



2024-2025

**Mariana Penninck
Brum Ferreira**

**RELAÇÃO ENTRE O TRAUMA INFANTIL E A
RESILIÊNCIA**

2024-2025

**Mariana Penninck
Brum Ferreira**

**RELAÇÃO ENTRE O TRAUMA INFANTIL E A
RESILIÊNCIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde de Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica da Doutora Lisa Liliane Nunes Roque, Professora Auxiliar da Universidade Europeia e coorientação do Doutor Paulo Alexandre da Silva Ferrajão, Professor Associado da Universidade Europeia.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Lisa Roque, por toda orientação e dedicação ao meu trabalho, assim como o apoio, o incentivo, a disponibilidade e o acolhimento no decorrer deste fazer. Quero agradecer à Giovanna Becks, uma estudante dedicada e comprometida do curso de licenciatura, cuja colaboração foi inestimável para a realização deste trabalho.

Aos meus pais pela presença e palavras de apoio, mesmo em meio à distância, que foram essenciais para que a conclusão desta pesquisa fosse possível. Ao meu companheiro que foi um apoio inestimável ao longo de todos os anos da minha formação, me ajudando tanto em âmbitos práticos quanto no apoio emocional, assim como à sua família que também esteve presente e me apoiou em cada etapa. Aos meus familiares, minhas primas e minhas amigas, que acompanharam cada passo, acreditando em mim e me fortalecendo a cada desafio desse percurso.

Ao local de estágio, que me proporcionou crescimento e expansão, tanto de conhecimento quanto de experiência, a nível profissional e pessoal, para ser melhor Psicóloga cada vez mais. E por fim, a todos que me apoiaram, de forma direta ou indireta, ao logo destes anos de estudo.

Resumo

Este estudo no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Europeia teve como objetivo investigar a relação entre o trauma infantil e a resiliência. Especificamente, pretende-se analisar o papel mediador de variáveis psicológicas como a alexitimia e a auto-reflexão e *insight*. Foi adotado um desenho quantitativo, correlacional e transversal. A amostra é composta por 418 participantes da população portuguesa, que responderam a um conjunto de questionários disponibilizados online. Os instrumentos utilizados incluem: o Questionário de Trauma na Infância, Escala de Alexitimia de Toronto, Escala de Autor-Reflexão e *Insight* e Escala de Resiliência Essencial. Com o objetivo de testar o efeito direto do trauma infantil e os efeitos indiretos da alexitimia e capacidade de auto-reflexão e *insight*, sobre a resiliência, foi conduzida uma análise de mediação paralela com 2 mediadores, com intervalos de confiança (IC) *bootstrapped* para avaliar a significância dos efeitos indiretos. Esta análise foi conduzida com recurso à macro PROCESS (modelo 4, *parallel mediation*) para SPSS. Este estudo pode contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos psicológicos envolvidos na ligação entre trauma precoce e o desenvolvimento da resiliência em pessoas com alexitimia e sua capacidade de autor-reflexão e *insight*, com implicações para a prática clínica e para o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas à saúde mental e física de adultos com histórico de adversidade na infância.

Palavras-chave: trauma infantil, resiliência, alexitimia e auto-reflexão e *insight*.

Abstract

This Master's dissertation in Clinical and Health Psychology at Universidade Europeia aimed to investigate the relationship between childhood trauma and resilience. Specifically, the study sought to analyze the mediating role of psychological variables such as alexithymia and self-reflection and *insight*. A quantitative, correlational, and cross-sectional design was adopted. The sample consisted of 418 participants from the Portuguese population, who responded to a set of online questionnaires. The instruments used included the Childhood Trauma Questionnaire, the Toronto Alexithymia Scale, the Self-Reflection and *Insight* Scale, and the Essential Resilience Scale. To test the direct effect of childhood trauma and the indirect effects of alexithymia and the capacity for self-reflection and *insight* on resilience, a parallel mediation analysis with two mediators was conducted, using bootstrapped confidence intervals (CIs) to assess the significance of indirect effects. This analysis was carried out using the PROCESS macro (model 4, parallel mediation) for SPSS. This study may contribute to a better understanding of the psychological mechanisms involved in the link between early trauma and the development of resilience in individuals with alexithymia and varying capacities for self-reflection and *insight*, with implications for clinical practice and the development of intervention strategies targeting the mental and physical health of adults with a history of childhood adversity.

Keywords: childhood trauma, resilience, alexithymia, self-reflection and *insight*.

Conteúdo

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| Referências bibliográficas..... | 3 |
| Revisão de literatura | 6 |
| Trauma Infantil..... | 6 |
| <i>Tipos de Trauma</i> | 7 |
| <i>Impactos físicos e psicológicos dos traumas infantis precoces no desenvolvimento</i> | 8 |
| Alexitimia..... | 10 |
| <i>Tipos de Alexitimia</i> | 11 |
| <i>Consequências da alexitimia no desenvolvimento</i> | 12 |
| <i>Relação entre Trauma Infantil e Alexitimia</i> | 14 |
| Auto-reflexão e Insight..... | 15 |
| <i>Tipos de Auto-reflexão e Insight</i> | 16 |
| <i>Consequências associadas à capacidade de auto-reflexão e insight no desenvolvimento</i> ... | 18 |
| <i>Relação entre a capacidade de auto-reflexão e insight, e alexitimia</i> | 19 |
| <i>Relação entre capacidade de auto-reflexão e insight, e trauma infantil</i> | 20 |
| Resiliência | 21 |
| <i>Tipos de Resiliência (física, emocional e social)</i> | 22 |
| <i>Consequências associadas à resiliência ao longo do desenvolvimento</i> | 24 |
| Objetivos do estudo e hipóteses de investigação | 28 |

| | |
|--|----|
| Metodologia..... | 29 |
| Participantes..... | 29 |
| Delineamento..... | 31 |
| Procedimento..... | 32 |
| Instrumentos..... | 33 |
| <i>Questionário de Trauma na Infância (CTQ)</i> | 33 |
| <i>Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)</i> | 34 |
| <i>Escala de Auto-reflexão e Insight (SRIS)</i> | 35 |
| <i>Escala de Resiliência Essencial (ERS)</i> | 35 |
| Resultados..... | 36 |
| Estratégia de análise..... | 36 |
| Discussão..... | 44 |
| Pontos fortes e limitações..... | 49 |
| Implicações para prática clínica e sugestões para investigação futura..... | 51 |
| Conclusão..... | 52 |
| Referências bibliográficas..... | 54 |
| Anexos..... | 67 |
| Lista de Figuras..... | 67 |
| <i>Figura 1</i> | 67 |
| <i>Figura 2</i> | 67 |
| Lista de Tabelas..... | 68 |

| | |
|--|----|
| <i>Tabela 1</i> | 68 |
| <i>Tabela 2</i> | 70 |
| <i>Tabela 3</i> | 70 |
| <i>Tabela 4</i> | 71 |
| <i>Tabela 5</i> | 71 |
| Instrumentos/elementos de recolha de dados | 73 |

Lista de abreviaturas

CTQ – Questionário de Trauma Infantil

DDF – Dificuldade de Descrever as Emoções

DIF – Dificuldade de Identificar as Emoções

EOT – Estilo de Pensamento Orientado para o Exterior

ERS – Escala Essencial de Resiliência

HPA – Eixo Hipotálamo-Hipofisário-Adrenal

MERIT - Metacognitive Reflection and *Insight* Therapy

OMS – Organização Mundial da Saúde

SRIS – Escala de Auto-Reflexão e *Insight*

TAS-20 – Escala de Alexitimia Toronto

TEPT – Transtorno de Stress Pós Traumático

Introdução

A infância constitui um período sensível do desenvolvimento humano, no qual experiências adversas podem impactar de forma duradoura a saúde psicológica e o funcionamento emocional ao longo da vida (Cicchetti, 2016; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). O trauma infantil tem sido associado a dificuldades na regulação emocional, aumento da vulnerabilidade para psicopatologias e prejuízos em competências adaptativas, evidenciando a relevância de compreender seus efeitos a longo prazo (McLaughlin et al., 2012; Van der Kolk, 2015).

Apesar desses riscos, nem todos os indivíduos expostos a adversidades precoces apresentam desfechos negativos, o que ressalta o papel da resiliência como um recurso essencial de adaptação (Masten, 2001; Rutter, 2012). A resiliência é entendida não como uma característica estática, mas como um processo dinâmico que envolve a interação entre fatores individuais, emocionais e contextuais, possibilitando resultados adaptativos mesmo em contextos de risco (Masten & Barnes, 2018; Ungar, 2019).

Entre os mecanismos psicológicos que podem explicar diferenças nos níveis de resiliência, destacam-se a alexitimia e a capacidade de autoreflexão/*insight*. A alexitimia, caracterizada por dificuldades em identificar, compreender e expressar emoções, tem sido frequentemente associada a experiências traumáticas precoces e menor adaptação psicológica (Krystal, 2015; Paivio & McCulloch, 2004; Taylor, Bagby, & Parker, 2016). Já a auto-reflexão e o *insight* têm sido apontados como processos relevantes para a construção de estratégias de coping, desenvolvimento pessoal e maior adaptação em contextos adversos (Grant, Franklin, & Langford, 2002; Harrington & Loffredo, 2010; Trapnell & Campbell, 1999).

Contudo, ainda é pouco explorado como esses mecanismos se articulam na relação entre trauma infantil e resiliência. Investigar estas associações é relevante tanto do ponto de vista teórico,

pois amplia a compreensão sobre os fatores mediadores dessa relação, quanto do ponto de vista clínico, já que permite identificar alvos específicos de intervenção que podem mitigar os efeitos negativos da adversidade precoce (Southwick et al., 2014; Kalisch et al., 2017).

Tendo em consideração a relação existente entre a qualidade das experiências precoces e a qualidade do desenvolvimento de uma pessoa, o objetivo geral deste trabalho é o de compreender a relação entre a exposição ao trauma infantil e o desenvolvimento da resiliência, analisando potenciais fatores mediadores envolvidos, como a alexitimia e a auto-reflexão e *insight*.

Referências bibliográficas

- Cicchetti, D. (2016). Socioemotional, personality, and biological development: Illustrations from a multilevel developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 187–211. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033259>
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 30(8), 821–835. <https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.8.821>
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2010). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology*, 145(1), 39–57. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.528072>
- Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2017). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e92. <https://doi.org/10.1017/S0140525X15001830>
- Krystal, H. (2015). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315735028>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
- McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339–354. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.018>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284>

Ungar, M. (2019). Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104098>

Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

Revisão de Literatura

Trauma Infantil

Na psicologia, o trauma é entendido como uma vivência tão intensa que ultrapassa os recursos da pessoa para manter sua estabilidade emocional e preservar sua integridade psíquica (Rok-Bujko, 2021). Já o DSM-5-TR delimita o trauma como a exposição a “morte real ou ameaçada, lesão grave ou violência sexual” (APA, 2023). No entanto, de uma perspectiva mais relacional e do desenvolvimento, Bowlby (1973) argumentava que eventos capazes de ameaçar seriamente a qualidade da vinculação, como a morte dos pais, divórcio ou negligência, podem configurar traumas significativos, com impacto duradouro no funcionamento emocional.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), quando o foco é a infância, o trauma envolve situações de abuso e negligência, incluindo todos os tipos de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, exploração comercial ou outra, que cause danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, ao desenvolvimento ou a dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, com indivíduos menores que 18 anos.

Quando vividas na infância, essas situações impactam negativamente o desenvolvimento cerebral e emocional, podendo gerar consequências duradouras, como transtornos mentais, dificuldades de vinculação e aumento do risco de doenças físicas na vida adulta (Teicher & Samson, 2016; Shonkoff et al., 2012). Pessoas que vivenciaram trauma infantil, estão mais propensas ao suicídio e ao abuso de substâncias na idade adulta (OMS, 2020).

O trauma infantil pode aumentar o risco de revitimização ao longo da vida, crianças que vivenciam maus-tratos têm maior risco de experimentar eventos traumáticos novamente na fase adulta (Dias et al., 2013). Entre os diferentes tipos de violência, os maus-tratos destacam-se como

uma das principais causas de problemas de saúde em crianças e adolescentes, conforme indicado pela literatura (Junqueira e Deslandes, 2003).

Tipos de Trauma

Uma forma frequentemente utilizada para classificar o trauma infantil é a abordagem dimensional, que o organiza em três categorias principais de maus-tratos: *emocional* (que inclui abuso e negligência emocionais), *físico* (abrangendo abuso e negligência físicos) e *sexual* (referente ao abuso sexual) (Haim-Nachum et al., 2024).

A *negligência física* refere-se à ausência de cuidados básicos, como a falta de comida suficiente, roupas limpas, cuidados médicos quando necessários ou a incapacidade dos pais em zelar pela família devido ao uso de substâncias (Dias et al., 2013). A *negligência emocional*, por sua vez, caracteriza-se pela ausência de afeto, atenção e suporte, evidenciada em situações nas quais a criança não se sentia amada, especial ou apoiada pela família (Dias et al., 2013).

O *abuso físico* envolve episódios de violência corporal, tais como apanhar ao ponto de necessitar de cuidados médicos, ficar com nódoas negras ou ser agredido com objetos (Dias et al., 2013). Já o *abuso emocional* traduz-se em experiências de humilhação e hostilidade verbal, incluindo insultos, ofensas, rejeição ou expressões de ódio por parte de familiares. Por fim, o *abuso sexual* refere-se a situações de imposição de contato sexual inadequado, desde toques forçados até coerção para realizar ou presenciar atos sexuais (Dias et al., 2013).

Há, portanto, uma distinção entre o chamado *trauma simples*, originado por um acontecimento único, e o *trauma complexo*, associado a vivências prolongadas e repetitivas, geralmente ocorridas em situações de impotência ou de impossibilidade de evasão, tanto em nível individual quanto coletivo (Herman, 1992). O trauma complexo tem nuances mais profundas, comparadas ao trauma simples, e são áreas de perturbação sintomática: mais complexo, difuso e

persistente, caracterológica: alterações na personalidade, em relacionamento e na identidade, assim como a vulnerabilidade: sobreviventes a episódios repetidos, tanto contra si, quanto causado pelo outro (Herman,1992).

Os sintomas associados revelam patologias de diferentes domínios: somático, cognitivo, afetivo, comportamental e relacional (Herman,1992).

Para que na infância seja garantida a estruturação psíquica e o desenvolvimento de capacidades de regulação afetiva, de reflexão e autonomia, os cuidados primários são essenciais (Waikamp & Serralta, 2018).

Impactos físicos e psicológicos dos traumas infantis precoces no desenvolvimento

Os maus-tratos físicos e psicológicos na infância, atuam como um fator de risco amplo, manifestando-se em diferentes formas de psicopatologia ao longo do desenvolvimento. Haim-Nachum et al. (2024) identificaram que o abuso sexual foi o preditor mais forte de Transtorno de Stress Pós Traumático (TEPT), ansiedade e depressão; o abuso emocional e a negligência física estiveram particularmente associados à depressão, e, finalmente, o abuso emocional e sexual, à ansiedade. Esses resultados reforçam que a experiência de trauma precoce aumenta significativamente a probabilidade de desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta.

O trauma infantil pode influenciar a manifestação de sintomas psicológicos ao comprometer o desenvolvimento dos mecanismos de regulação emocional. Essa perturbação dificulta que adolescentes consigam reconhecer, interpretar e gerir adequadamente suas próprias emoções (Sharma et al., 2024).

Os achados de Beilharz et al. (2020) indicam que experiências de trauma na infância podem acarretar efeitos negativos persistentes, refletindo-se na saúde física e emocional, no padrão de sono e na forma como o indivíduo responde ao stress.

Pasteuning et al. (2025) acrescentam que os efeitos do trauma infantil devem ser compreendidos a partir de um modelo multimodal, que integra mecanismos neurobiológicos (eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), amígdala, hipocampo, córtex pré-frontal), cognitivos e emocionais (como dificuldades de regulação emocional, esquemas negativos e viés de atenção para ameaça), além de aspectos relacionais, incluindo padrões de vinculação inseguros.

Na mesma direção, Waikamp & Serralta, (2018) observaram que a exposição a esses eventos pode estar fortemente ligada ao desenvolvimento de transtornos de humor, psicóticos, TEPT, transtornos de personalidade, bem como comportamentos de risco (suicídio, violência conjugal, maus-tratos a crianças). Além disso, crianças que crescem em contextos de pobreza enfrentam maiores enfermidades, tensões no ambiente familiar, carência de apoio social e sintomas depressivos nos pais, condições que ampliam a vulnerabilidade ao surgimento de dificuldades comportamentais (Junqueira & Deslandes, 2003).

Assim, os impactos do trauma infantil são múltiplos e duradouros, o que reforça a importância de abordagens clínicas e preventivas (Waikamp & Serralta, 2018). Contudo para que o desenvolvimento possa ser retomado após situações potencialmente traumáticas, é preciso existir uma capacidade de reação capaz de superar o efeito paralisante do trauma. Essa capacidade de reação é o que chamamos de resiliência (Neves et al., 2015).

Além dos impactos psicopatológicos amplos, experiências adversas precoces também podem comprometer dimensões emocionais e cognitivas mais sutis. A alexitimia, caracterizada pela dificuldade em identificar e descrever emoções está frequentemente associada a contextos de negligência, maus-tratos emocionais e vínculos familiares inseguros. Sharma et al. (2024) evidenciaram que em jovens com histórico de trauma infantil, a alexitimia relaciona-se com o aumento de sintomas, como depressão, ansiedade e TEPT, além de favorecer comportamentos de

auto-mutilação. Os autores mostraram ainda que a regulação emocional exerce papel mediador parcial entre trauma, alexitimia e sintomatologia psicológica, reforçando a complexidade destas associações.

Esses aspectos serão aprofundados nas seções seguintes, como parte dos mecanismos que medeiam a relação entre trauma infantil e desenvolvimento psicológico.

Alexitimia

Em 1973, Sifneos estudava pacientes com relativa restrição no funcionamento emocional, que tinham como principal característica a incapacidade de encontrar palavras para nomear seus sentimentos, tendo nomeado essa dificuldade específica como "alexitimia". A palavra foi escolhida a partir de sua etimologia grega: a = ausência, lexis = palavra ou linguagem, thymos = humor ou emoção, indicando, portanto, a dificuldade de expressar verbalmente os sentimentos (Sifneos, 1973).

Na década de 1970, foram identificadas as características centrais que compõem o conceito multidimensional de alexitimia: *Difficulty Identifying Feelings* (DIF), que se traduz em: dificuldade em identificar os próprios sentimentos; *Difficulty Describing Feelings* (DDF), que se traduz por: dificuldade em descrever os próprios sentimentos; e *External Orientation of Thoughts* (EOT), traduzido em: estilo de pensamento orientado para o exterior, revelador de uma tendência para o indivíduo não prestar atenção aos próprios sentimentos e pensamentos internos. Outra característica deste conceito é a limitação na imaginação, evidenciada pela escassez de fantasias e devaneios (Taylor et al., 1985).

Estudos mais recentes mostraram que a alexitimia pode ser associada a maiores divagações mentais, maiores devaneios caracterizados por emoções negativas, maiores fantasias de realização de desejos (por exemplo vingança, conquista, desejos sexuais) e o uso de devaneios com a função

de regular as emoções (Preece et al., 2020; Preece & Gross, 2023). Nesse sentido, como indivíduos com níveis elevados de alexitimia tendem a apresentar maior carga de afetos negativos e sintomas psicopatológicos mais intensos, é compreensível que tais aspectos também se reflitam no conteúdo predominante de seus devaneios (Preece & Gross, 2023).

No processo de regulação das emoções, o EOT (estilo de pensamento orientado para o exterior), pode ser interpretado como uma dificuldade no processo de atenção, e o DIF e o DDF como dificuldades na fase de avaliação (Preece & Gross, 2023). Segundo Kick et al., (2024) a alexitimia tem sido associada a uma variedade de perturbações mentais. Na população com perturbações de ansiedade, a alexitimia é encontrada com maior prevalência, comparada a população geral (Kick et al., 2024).

Tipos de Alexitimia

A alexitimia foi dividida em subtipos com relação a causa e ao momento do início: primária, secundária e um subtipo orgânico de alexitimia secundária (Messina et al., 2014). A *primária* refere-se a um traço de personalidade que se desenvolveu nos seus primeiros anos e se mantém, influenciada por fatores biológicos e contextuais ambientais (Messina et al., 2014).

Já a *secundária* é definida como uma reação que pode surgir a eventos difíceis vividos, podendo até ser de forma precoce, mas também pode surgir em qualquer outra idade (Messina et al., 2014). Segundo Messina et al. (2014), a alexitimia primária é um traço estável, que se molda durante a infância e os primeiros anos da idade adulta, portanto sendo considerada de natureza desenvolvimental. Conforme mencionado anteriormente, a secundária acomete indivíduos em consequência de eventos que ocorrem na idade adulta (Messina et al., 2014). A alexitimia *orgânica*, é definida por uma condição decorrente de lesões em estruturas cerebrais, responsáveis pelo processamento das emoções, podendo ser provocada por alterações diretas ou indiretas no

funcionamento do cérebro (Messina et al., 2014). Não se encontra relacionada a um padrão específico de personalidade pré-mórbida, mas sim a danos de ordem cognitiva (induzida por alguma condição médica) (Messina et al., 2014).

Conforme mencionado de forma breve anteriormente, a mensuração da alexitimia é frequentemente realizada por meio da *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), que contempla três dimensões principais. A primeira é a *dificuldade em identificar sentimentos* (DIF), que corresponde à limitação em reconhecer as próprias emoções e diferenciá-las de sensações corporais. A segunda é a *dificuldade em descrever sentimentos* (DDF), associada à incapacidade de comunicar estados emocionais a outras pessoas. Por fim, o *pensamento orientado externamente* (EOT) refere-se à tendência a dirigir a atenção a eventos externos e concretos, em detrimento da vida emocional interna (Sharma et al., 2024).

Consequências da alexitimia no desenvolvimento

Os estudos de Alpay et al. (2024) destacam que as dificuldades na identificação dos próprios sentimentos, uma característica central da alexitimia, estão associadas a défices no processamento emocional e na regulação afetiva. Para complementar, Messina et al. (2014) afirmam que essa limitação também se manifesta na dificuldade em colocar em palavras as experiências emocionais, frequentemente vividas de forma difusa e enraizada em sensações corporais.

De acordo com Weissman et al. (2020), a redução da consciência emocional em crianças e adolescentes pode estar associada a diferentes formas de psicopatologia concomitante, funcionando como um preditor para o aumento de sintomas psicopatológicos ao longo do desenvolvimento. Nesse sentido, a dificuldade em reconhecer e compreender as próprias emoções não apenas se configura como um fator de risco para manifestações como a depressão, abrangendo

tanto o espectro da internalização quanto o da externalização na adolescência (Weissman et al., 2014), mas também compromete a construção de recursos para uma regulação emocional eficaz. Pesquisas indicam que adolescentes com alexitimia têm mais dificuldades para se integrar em situações sociais típicas e são mais propensos a se sentirem solitários (Zhang et al., 2023).

Assim, crianças e adolescentes com baixa consciência emocional, podem carecer de fundamentos adequados para lidar com suas emoções no âmbito intrapessoal e interpessoal, tornando-se mais vulneráveis ao surgimento de psicopatologias (Weissman et al., 2014). Além disso, estudos observacionais revelaram que crianças com altos níveis de alexitimia relataram níveis mais elevados de sintomas somáticos, sugerindo uma relação entre alexitimia e manifestações psicossomáticas (Cerutti et al., 2020).

Estudos recentes sugerem a hipótese de que a alexitimia está associada a sintomas de perturbações afetivas, mediada por dificuldades na regulação emocional. Tais evidências ajudam a elucidar os mecanismos pelos quais a alexitimia pode aumentar a vulnerabilidade a esses transtornos, além de ressaltar a importância de considerar tanto a alexitimia quanto a regulação emocional na formulação de casos clínicos e na definição de estratégias terapêuticas (Preece et al., 2022).

Hamel et al. (2024) em um estudo ainda mais recente, também afirmaram que a alexitimia pode mediar a relação entre experiências adversas na infância, como abuso sexual, abuso emocional e exposição à violência doméstica, e a manifestação de sintomas internalizantes e externalizantes, incluindo ansiedade, depressão, agressividade e problemas de conduta.

De modo complementar, Brett et al. (2025), identificaram através de um estudo longitudinal, que a alexitimia não está apenas associada a dificuldades de regulação emocional no presente, mas também prediz o aumento de problemas de regulação de emoções negativas e

positivas ao longo do tempo, o que, por sua vez, intensifica sintomas de sofrimento psicológico, como depressão, ansiedade e stress.

Pesquisas indicam que a alexitimia prejudica a capacidade de integrar informações emocionais e cognitivas, impactando negativamente a adaptação emocional e a resolução de problemas (Luminet et al., 2021). Estes resultados convergem para a compreensão de que a alexitimia compromete processos fundamentais do desenvolvimento emocional e cognitivo, fragilizando tanto a adaptação social quanto a saúde mental na adolescência, e ressaltam a importância de intervenções precoces voltadas ao fortalecimento da consciência e regulação das emoções.

Entre as consequências emocionais mais estudadas do trauma precoce está a dificuldade em acessar e expressar os próprios estados internos, fenômeno que a literatura tem descrito sob o conceito de alexitimia. Assim, enquanto o trauma representa o evento externo que afeta o desenvolvimento emocional, a alexitimia pode ser compreendida como uma manifestação interna desse impacto.

Relação entre Trauma Infantil e Alexitimia

A literatura sugere que uma das consequências relevantes do trauma infantil é a dificuldade de acessar e nomear emoções, fenômeno conceituado como alexitimia (Carneiro & Yoshida, 2009).

Kick et al. (2024), através de uma meta-análise, verificou que o abuso emocional, negligência emocional e negligência física apresentam ter maior influência no desenvolvimento da alexitimia comparada ao abuso físico e sexual, sendo este último o que demonstrou a relação mais fraca. Os autores salientam, contudo, a dificuldade de isolar os efeitos de cada subtipo de maus-tratos de outras variáveis contextuais.

Adolescentes que apresentam alexitimia tendem a ter dificuldades na compreensão dos seus próprios estados emocionais, o que compromete a capacidade de regulá-los de maneira adequada. Essa limitação, caracterizada pela dificuldade em identificar e expressar emoções, tem sido apontada como um fator relevante na mediação entre experiências de trauma infantil e a manifestação de sintomas psicológicos na adolescência (Sharma et al., 2024).

Resultados recentes de Sharma et al. (2024) confirmam essa associação em adolescentes, mostrando que experiências de trauma precoce estão ligadas a maiores níveis de alexitimia, que, por sua vez, predizem sintomas como ansiedade, depressão e TEPT. Neste estudo, as dificuldades de regulação emocional atuaram como mediadoras parciais da relação entre trauma e alexitimia, reforçando o papel dessa dificuldade emocional como um elo central na cadeia que conecta adversidade precoce e psicopatologia. Dessa forma, a dificuldade em identificar e nomear emoções limita não apenas a regulação afetiva, mas também compromete processos metacognitivos mais complexos, como a auto-reflexão e o *insight*, já que refletir sobre si mesmo exige acesso à vida emocional, frequentemente prejudicado pela alexitimia.

Auto-reflexão e Insight

Segundo Leal et al. (2018), a autoconsciência é um constructo complexo e multidimensional. Nesse contexto, a auto-reflexão é um componente metacognitivo e refere-se a observação e a avaliação dos próprios pensamentos, emoções e comportamentos. Por outro lado, o *insight* é definido como a compreensão clara desses mesmos conteúdos. Ambos constituem fatores metacognitivos essenciais para o desenvolvimento de uma autoconsciência intencional e orientada (Grant et al., 2002).

A auto-reflexão está associada ao monitoramento dos processos internos, enquanto o *insight* se relaciona com a avaliação desses processos, permitindo ao indivíduo ajustar suas

estratégias e agir de forma mais adaptativa (Grant et al., 2002). Isto é, a auto-reflexão consiste na monitorização dos próprios pensamentos, emoções e comportamentos, enquanto o *insight* se refere à capacidade de compreendê-los e avaliá-los sobre diferentes perspectivas, bem como de expressá-los (Grant et al., 2002).

Leal et al. (2018) destacam que a auto-reflexão, quando não acompanhada de *insight*, pode favorecer a ruminação e processos desadaptativos, ao passo que o *insight*, sem reflexão, tende a ser superficial. A interação entre ambas as dimensões é o que caracteriza uma reflexão saudável, promotora de ajustes adaptativos e de maior bem-estar psicológico.

Leal et al. (2018) também apontam que tanto a auto-reflexão quanto o *insight* constituem capacidades essenciais para o desenvolvimento da autoconsciência e para a adaptação psicológica. Quando combinados, favorecem maior compreensão dos estados internos e possibilitam ajustes comportamentais mais eficazes, promovendo bem-estar e crescimento pessoal.

Tipos de Auto-reflexão e Insight

De acordo com Grant et al. (2002), a *auto-reflexão* pode assumir diferentes formas: em alguns casos, ela manifesta-se de maneira mais construtiva, favorecendo a busca de soluções e contribuindo para a resolução de problemas (*auto-reflexão focada no problema*). Em outras situações, apresenta-se como um processo centrado no próprio indivíduo, no qual o foco é direcionado a compreender e regular pensamentos, emoções e comportamentos negativos, sem necessariamente promover o avanço em direção às metas propostas (*auto-reflexão focada em si mesmo*). Opta-se pelo termo ‘focada em si mesmo’ em vez de ‘focada nas emoções’, uma vez que o foco pode englobar outros aspectos além do emocional (Grant et al., 2002). Cada indivíduo pode utilizar os dois estilos, mas geralmente demonstra maior propensão a adotar predominantemente um deles (Grant et al., 2002). A auto-reflexão não afirma que a pessoa desenvolveu ou

desenvolverá clareza de *insight*, mas que ela pode estar usando a auto-reflexão de forma ruminativa, ou seja, focada em si mesma (Grant et al., 2002). Estudos como o de Cowden & Meyer-Weitz, (2016), mostram que a auto-reflexão pode estar associada a maiores níveis de resiliência.

O *insight*, por sua vez, pode ser definido como a capacidade metacognitiva de compreender e atribuir significado aos próprios pensamentos e emoções, permitindo a integração das experiências internas (Leal et al., 2018). Diferencia-se da auto-reflexão por não se restringir ao monitoramento dos estados internos, mas por possibilitar a avaliação e reorganização desses conteúdos de modo a favorecer respostas mais adaptativas (Grant et al., 2002). Contudo, esse processo pode variar em profundidade: quando superficial, tende a não produzir mudanças significativas, ao passo que, quando aliado a uma reflexão construtiva, promove crescimento pessoal e bem-estar psicológico (Leal et al., 2018). Além disso, o *insight* está associado ao uso de estratégias adaptativas de regulação emocional, como a reavaliação cognitiva, reduzindo o recurso à supressão emocional (Haga et al., 2009).

Segundo síntese apresentada por Leal et al. (2018), o estudo de Haga et al. (2009) indicou que, entre as mulheres, a auto-reflexão tende a contribuir para evitar a supressão emocional e favorecer a reavaliação cognitiva, enquanto o *insight* atua reduzindo o recurso à supressão. Entre os homens, por sua vez, tanto a auto-reflexão quanto o *insight* estão associados ao aumento da reavaliação cognitiva, mas não apresentam efeito sobre a utilização da supressão.

Em síntese, o estilo de auto-reflexão adotado, construtivo ou ruminativo, e a profundidade do *insight* alcançado são determinantes para que esses processos funcionem como recursos de adaptação psicológica ou, em contraste, como fatores de risco para desajustes emocionais.

Consequências associadas à capacidade de auto-reflexão e insight no desenvolvimento

Literatura prévia tem revelado que níveis elevados de *insight* estão mais associados ao bem-estar subjetivo, comparativamente à simples disposição para auto-reflexão. Estes resultados sugerem que a clareza interpretativa pode ter papel mais protetivo do que a monitorização interna isolada (Harrington & Loffredo, 2011). De facto, estudos anteriores revelaram que intervenções focadas em metacognição, reflexão e *insight*, como a *Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT)*, contribuem para a redução de sintomas e promoção da recuperação em diferentes transtornos mentais (Lysaker et al., 2024).

Barkai e Rappaport, (2019) também verificaram que os adolescentes em risco que conseguem narrar as suas experiências de forma reflexiva, tendem a apresentar trajetórias de vida mais resilientes, o que sugere que a auto-reflexão pode também atuar como recurso protector no desenvolvimento dos jovens.

Em um estudo longitudinal com adolescentes, Mertens et al., (2022) observaram que mudanças nos comportamentos de auto-reflexão, não se mostraram fortemente associadas ao bem-estar psicológico quando isoladas, sendo a autoestima e a regulação emocional os fatores mais determinantes. Isso sugere que a auto-reflexão, por si só, pode não ser suficiente para promover resultados adaptativos, dependendo da forma como se articula com outros recursos emocionais.

Evidências em neurociência do desenvolvimento indicam que, durante a adolescência, os processos de auto-reflexão e *insight* estão fortemente modulados pelo feedback social. Pfeifer et al., (2009) mostraram que adolescentes ativam intensamente regiões cerebrais relacionadas à autoconsciência quando se avaliam a partir da perspectiva de outros, o que destaca a influência das relações interpessoais na formação da identidade e da consciência de si.

Estudos na área das neurociências também sugerem que níveis reduzidos ou distorcidos de auto-reflexão, podem estar associados à vulnerabilidade psicopatológica. Modinos et al., (2010) identificaram que variações nos processos reflexivos de adolescentes se relacionam a traços esquizotípicos positivos, indicando que o funcionamento atípico da auto-reflexão pode atuar como marcador precoce de risco para psicopatologia.

Em contrapartida, Barkai & Rappaport, (2011) mostraram que adolescentes em contextos de risco que conseguem elaborar narrativas reflexivas sobre suas experiências tendem a apresentar trajetórias mais resilientes. Este resultado aponta que a auto-reflexão, quando bem integrada, pode atuar como recurso protetor ao longo do desenvolvimento, favorecendo a adaptação frente a adversidades.

Relação entre a capacidade de auto-reflexão e insight, e alexitimia

A capacidade de auto-reflexão e *insight*, parecem estar significativamente relacionadas com a capacidade dos indivíduos em identificar e reconhecer as suas emoções, i.e, a alexitimia. Um estudo recente por Olgun e Eroglu (2024), verificou que os níveis de alexitimia aumentam quando a os níveis de introspecção diminuem, ou seja, pessoas com menos capacidade de olhar para dentro de si (introspecção baixa) tendem a apresentar mais dificuldades em identificar e expressar emoções (alexitimia alta).

Paralelamente, num estudo com participantes com e sem depressão, verificou-se que entre pacientes com depressão, níveis mais baixos de *insight* encontram-se associados com um aumento generalizado da alexitimia. Por outro lado, participantes sem depressão, os níveis mais elevados de auto-reflexão estavam associados a uma diminuição da tendência ao pensamento excessivamente orientado para o exterior (Olgun & Eroglu, 2024).

Finalmente, a literatura recente também indica a existência de uma relação entre sintomas de ansiedade de *insight*, sendo que níveis mais elevados de ansiedade se encontram significativamente relacionados com níveis mais baixos de *insight*.

Em síntese, quando o acesso à vida emocional está comprometido, como no caso da alexitimia, também se fragilizam processos de auto-reflexão e *insight*, já que ambos dependem da consciência emocional como base.

Relação entre capacidade de auto-reflexão e insight, e trauma infantil

Evidências indicam que tanto a sensibilidade ao processamento sensorial quanto a alexitimia atuam como variáveis mediadoras relevantes na associação entre experiências de trauma na infância e o desenvolvimento de psicopatologia (Karaca Dinç et al., 2021). Estes resultados sugerem que o trauma infantil influencia de forma negativa a capacidade de identificar e compreender as próprias emoções, afetando a capacidade auto-reflexão e o *insight* sobre os estados internos.

Uma meta-análise recente por Yang e Huang (2024) verificou a existência de uma correlação negativa entre trauma infantil e capacidade de mentalização (i.e. *insight*/auto-reflexão), indicando que pessoas com história de maus-tratos tendem a apresentar redução na habilidade de refletir sobre seus próprios estados mentais. A magnitude dessa correlação é moderada, o que sugere que o efeito existe, mas não é absoluto, existe muita variância, que pode depender de fatores como gênero, idade ou presença de psicopatologia.

Em consonância, outro estudo recente identificou que experiências de maltrato psicológico na infância estão associadas a uma redução na capacidade de atenção reflexiva interna, como por exemplo, níveis mais baixos de atenção plena, bem como a uma menor tendência à autotranscendência (Arslan, Kabasakal & Taş, 2023). Estes défices reflexivos funcionam como

mediadores importantes entre o trauma infantil e o bem-estar psicológico em adultos emergentes, sugerindo que a relação entre trauma precoce e a auto-reflexão/*insight* é *biunívoca*. A capacidade de auto-reflexão e o *insight* não só são influenciadas pelas experiências de trauma, como simultaneamente, podem funcionar como mecanismos pelo qual o trauma se manifesta em sintomas emocionais, sociais e psicológicos mais amplos.

De modo geral, evidências indicam que o trauma infantil pode prejudicar a capacidade de auto-reflexão e *insight*, sobretudo por meio de alterações em processos ligados à atenção consciente e à consciência emocional. Gibson (2024), por exemplo, aponta que experiências de stress precoce estão associadas a níveis mais baixos de *mindfulness* e maior propensão à alexitimia, sugerindo que a dificuldade em reconhecer e refletir sobre os próprios estados internos é um dos mecanismos pelos quais o trauma afeta a saúde mental.

Resiliência

De forma geral, a resiliência pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos em lidar com eventos difíceis, stressantes ou potencialmente traumáticos, mantendo ou restaurando o seu funcionamento normal (Babić et al., 2020). Trata-se de um processo contínuo de adaptação a novas circunstâncias, envolvendo o desenvolvimento progressivo e ampliado da capacidade de lidar com o stress (Babić et al., 2020). Nesta perspectiva, a resiliência não se trata de um traço estável ou fixo, mas de um processo dinâmico que se desenvolve em interações do indivíduo com seu contexto (Clark, 2021; Haynes et al., 2024; Kan & Lejano, 2023), podendo expressar-se de modo distinto nos domínios físico, emocional e social, dependendo dos recursos individuais e ambientais.

Chen et al. (2016), definiram resiliência como um recurso intrapessoal composto por três mecanismos, sendo eles: antecipação, flexibilidade e recuperação, os quais são responsáveis por lidar com três tipos de situações externas traumáticas e adversas: físicas, emocionais e sociais.

Chen et al. (2016), propõem que a resiliência é uma capacidade, assim como aprender, dançar, socializar e cantar, entre outras. A resiliência pode atuar como fator protetor sobre comportamentos de risco a saúde, podendo reduzir os níveis de stress e a depressão (Chen et al., 2016). Níveis mais altos de resiliência correspondem a níveis mais baixos de vulnerabilidade e risco de doenças (Babić et al., 2020).

Além disso, a resiliência pode ser entendida como a capacidade de superação de forma dialética, ou seja, permitindo uma nova interpretação e ressignificação do problema, sem, contudo, apagá-lo, já que ele permanece como parte da trajetória do indivíduo (Junqueira e Deslandes, 2003).

Tipos de Resiliência (física, emocional e social)

Chen et al. (2016), definiram os eventos traumáticos e adversos que caracterizam os diferentes tipos de resiliência, agrupando-os de forma ampla e correlacionada, incluindo eventos de natureza física, emocional e social. Segundo estes autores, um indivíduo pode ser resiliente em uma destas dimensões e não noutras.

A resiliência física é compreendida como a capacidade do organismo de resistir, adaptar-se ou recuperar após eventos adversos de saúde, como doenças ou lesões, sendo um processo dinâmico que envolve tanto a preservação da função corporal, quanto a recuperação diante de condições debilitantes (Whitson et al., 2016). Embora seja um construto emergente, a literatura aponta sua relevância sobretudo em populações idosas, ainda que sua definição e mensuração estejam em desenvolvimento (Whitson et al., 2016).

A resiliência física é entendida como a capacidade de manter ou recuperar níveis saudáveis de funcionamento físico após adversidades como câncer, acidente vascular cerebral ou doenças crônicas (Johnston et al., 2015). Estudos também tem mostrado que fatores como a escolaridade e a prática de atividade física atuam como fatores que potencializam os efeitos positivos da resiliência sobre a saúde física percebida (Asensio-Martínez et al., 2019).

Ademais, a resiliência é um dos fatores mais consistentes na predição da percepção de saúde mental, uma vez que indivíduos resilientes tendem a apresentar maior regulação emocional e menor vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos (Asensio-Martínez et al., 2019).

A *resiliência emocional*, não implica ausência de sofrimento ou emoções negativas, mas sim a capacidade de lidar de forma funcional com situações de stress e a recuperação das mesmas, preservando o equilíbrio psicológico. Manifesta-se sob a forma de estratégias de coping que permitem manter otimismo perante problemas de saúde ou experiências de fracasso e evitar consequências graves, como a ideação suicida (Stepanovic, 2024). Indivíduos resilientes tendem a enfrentar dificuldades sem perder a esperança ou o senso de valor pessoal, o que evidencia indicadores de estabilidade emocional, maturidade e capacidade de adaptação (Stepanovic, 2024).

Já a *resiliência social* não depende apenas de recursos internos do indivíduo, mas emerge da interação entre características pessoais e sistemas de apoio (Livingston et al. (2025). No caso dos mais jovens, a resiliência social fortalece-se quando crianças e adolescentes contam com redes de apoio consistentes, tanto formais, como escolas e serviços de saúde, quanto informais, como família e pares, que amortecem os efeitos da adversidade.

A presença de adultos de confiança e de contextos comunitários de apoio contribuem para que os jovens não só sejam capazes de resistir às dificuldades, mas também desenvolver competências socioemocionais e sentimento de pertença (Livingston et al., 2025). Além disso,

estilos de vida saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos, refletem não apenas escolhas individuais, mas também interações sociais que contribuem para o fortalecimento da resiliência (Asensio-Martínez et al., 2019).

Consequências associadas à resiliência ao longo do desenvolvimento

Diversas evidências científicas na literatura demonstram que níveis mais reduzidos de resiliência ao longo do desenvolvimento, estão associados a consequências negativas de ordem física e psicológica. A exposição a adversidade precoce pode comprometer o desenvolvimento cerebral e os sistemas biológicos, aumentando o risco de doenças crônicas e perturbações mentais na vida adulta (Shonkoff & Garner, 2012; Franke, 2014).

Revisões de literatura recentes, evidenciam que a ausência de recursos associados à resiliência (e.g., suporte familiar, autoestima, otimismo e regulação emocional), intensifica a vulnerabilidade, favorecendo a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, dificuldades acadêmicas e sociais, bem como o surgimento de doenças somáticas e crônicas (Nelson et al., 2020; Mesman et al., 2021; Ross et al., 2020).

Além disso, estudos com crianças e adolescentes mostram que a falta de suporte protetor perante situações familiares causadoras de stress, aumenta significativamente a probabilidade de dificuldades de saúde física e emocional (Webster et al., 2022). De forma mais ampla, análises integrativas confirmam que a baixa resiliência em contextos de adversidade está ligada a trajetórias de desenvolvimento caracterizadas por níveis mais baixos de saúde mental e física ao longo da vida (Hales et al., 2022).

Por outro lado, níveis mais elevados de resiliência estão associados a importantes benefícios físicos e psicológicos ao longo do desenvolvimento. Estudos longitudinais indicam que indivíduos mais resilientes apresentam menor risco de doenças cardiometabólicas e taxas

reduzidas de mortalidade, mesmo após exposição a traumas (Seery et al., 2024). Na adolescência, a resiliência tem sido relacionada a uma melhor qualidade de vida, incluindo menos sintomas físicos, melhor qualidade do sono e maior bem-estar psicológico (Haugland et al., 2020). Em crianças, a presença de resiliência está associada a comportamentos de saúde mais adaptativos, como maior prática de atividade física, melhor alimentação e sono adequado (Narayan et al., 2024).

Já na vida adulta jovem, a resiliência psicológica favorece estilos de vida mais saudáveis e manutenção de peso corporal adequado (Hakulinen et al., 2021). Além disso, fatores protetores associados à resiliência, como suporte familiar, autoestima, otimismo e regulação emocional, contribuem para a preservação da saúde física e emocional em contextos de adversidade, favorecendo trajetórias mais adaptativas ao longo do desenvolvimento (Masten & Barnes, 2016; Schaan et al., 2023).

De acordo com Garmezy (1987), a resiliência é promovida pela presença de fatores individuais, familiares e sociais que atuam de forma integrada. Do ponto de vista pessoal, competências cognitivas, habilidades de resolução de problemas, autoconfiança, sociabilidade, para além de um temperamento adaptável, contribuem para uma maior auto-regulação emocional e eficiência perante situações de stress (Garmezy, 1987).

No caso dos jovens, experiências de sucesso em tarefas quotidianas fortalecem o sentido de eficácia e a flexibilidade adaptativa, permitindo que as crianças ajustem o seu comportamento diante de novas demandas (Garmezy, 1987). A existência de vínculos afetivos estáveis com pelo menos um adulto de referência, também oferecem suporte frente às adversidades e funcionam como base de segurança (Garmezy, 1987).

Da mesma forma, famílias que garantem apoio emocional consistente, mesmo em contextos adversos, favorecem a adaptação positiva, especialmente quando adultos significativos

atuam como modelos. A integração social, por meio de amizades de apoio e participação em grupos, também constitui um recurso protetor, ampliando o sentimento de pertença e reduzindo o impacto de fatores de risco (Garmezy, 1987).

Além disso, contextos estruturados e previsíveis, como o ambiente escolar, funcionam como espaços que reforçam o desenvolvimento saudável. Nesse sentido, a resiliência emerge não pela ausência de riscos, mas pelo equilíbrio entre experiências adversas e a disponibilidade de suportes pessoais e sociais que sustentam a adaptação. Essa construção quotidiana pode ser fortalecida em diferentes contextos familiares e culturais, desde que haja relações pautadas pela confiança, respeito e apoio mútuo (Junqueira & Deslandes, 2003).

Por outro lado, alguns fatores e experiências ao longo do desenvolvimento, aumentam a vulnerabilidade percebida e reduzem os níveis de resiliência. Entre os fatores psicológicos, destacam-se os défices cognitivos, dificuldades de auto-regulação emocional, impulsividade e temperamentos caracterizados pela inibição excessiva ou agressividade (Garmezy, 1987).

O histórico de transtornos mentais na família, em especial a presença de condições graves como a esquizofrenia, também representa um risco importante para a adaptação positiva (Garmezy, 1987). No campo físico, condições médicas debilitantes, doenças crônicas e complicações perinatais podem comprometer os recursos individuais necessários para lidar com situações stressantes. Estes fatores, quando somados, reduzem as chances de desenvolvimento resiliente, sobretudo quando não existe a presença de suportes ambientais e sociais capazes de atenuar seus efeitos (Garmezy, 1987).

Segundo Öksüz, Mersin e Özcan (2018), experiências traumáticas na infância estão associadas a níveis mais elevados de alexitimia e a menores índices de resiliência, o que prejudica a adaptação psicológica diante de situações causadoras de stress. Os autores ressaltam que

indivíduos que vivenciaram experiências de abuso ou negligência precoce tendem a apresentar maior dificuldade em identificar e descrever emoções, o que limita a sua capacidade de auto-reflexão e o desenvolvimento de *insight*.

Karaca Dinç et al. (2021) destacam que a alexitimia atua como mediadora entre os traumas infantis e os efeitos emocionais negativos consequentes, ao reduzir os recursos protetores associados à resiliência e ao comprometer a flexibilidade psicológica. Os autores enfatizam que a dificuldade em reconhecer e elaborar as emoções, restringe a consciência emocional e a empatia, fragilizando a capacidade de enfrentar e ressignificar as experiências adversas.

Por outro lado, Bucknell, Kangas e Crane (2022), sugerem que resiliência se encontra positivamente associada à auto-reflexão por meio do *insight*, mas essa mediação ocorre apenas quando os níveis de ruminação são baixos. Os autores apontam que, em contextos de ruminação elevada, a auto-reflexão deixa de favorecer o desenvolvimento de *insight* e, conseqüentemente, não contribui para a resiliência.

Em síntese, o fortalecimento da capacidade de identificar e expressar emoções surge como um caminho importante para favorecer a auto-reflexão e o *insight* e, conseqüentemente, ampliar a resiliência diante das adversidades, particularmente, no caso de trauma infantil (Öksüz, Mersin e Özcan, 2018; Karaca Dinç et al., 2021).

Objetivos do estudo e hipóteses de investigação

Tendo em relação a literatura exposta, o presente estudo tem como objetivo investigar a relação entre a exposição ao trauma infantil e a resiliência.

O estudo ainda visa explorar tanto o efeito direto do trauma infantil sobre a resiliência, quanto os efeitos indiretos (i.e., mediadores) da alexitimia e da capacidade de auto-reflexão/*insight*, na relação entre trauma infantil e resiliência. Em suma, o objetivo principal deste trabalho é o de expandir a compreensão dos processos psicológicos associados ao desenvolvimento da resiliência nos indivíduos, com particular enfoque no efeito das experiências traumáticas precoces e nos mecanismos psicológicos que podem influenciar essa relação.

Com base na literatura, foram propostas as seguintes hipóteses:

1. Existe um efeito direto entre o trauma infantil e o desenvolvimento da resiliência (i.e., maior exposição ao trauma infantil estará associada a menor resiliência).
2. Existe um efeito indireto (i.e., mediador) da alexitimia na relação entre o trauma infantil e a resiliência (i.e., maior exposição ao trauma infantil estará associada a maior alexitimia, que por sua vez estará associada a menor resiliência).
3. Existe um efeito indireto (i.e., mediador) da capacidade de auto-reflexão/*insight* dos indivíduos, na relação entre o trauma infantil e a resiliência (i.e., maior exposição ao trauma infantil, estará associada a menor capacidade de auto-reflexão/*insight*, que por sua vez estará associada a menor resiliência).

Deste modo, o presente estudo visa não só confirmar a existência de uma relação direta entre a exposição ao trauma infantil e a resiliência, mas também identificar os mecanismos emocionais e cognitivos que podem explicar esta associação. Ao explorar o papel da alexitimia e auto-reflexão/*insight* como mediadores, esta investigação visa aprofundar a nossa compreensão

das interações entre adversidades precoces, alexitimia, capacidade de auto-reflexão e *insight* e como esses pontos se correlacionam com o desenvolvimento da resiliência.

Metodologia

Participantes

Neste estudo participaram 418 participantes (291 mulheres, 69.6%; 127 homens, 30.4%), com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos de idade ($M=32.92$; $DP=12.44$), na sua maioria de nacionalidades Portuguesa (55.3%) e Brasileira (40.4%), oriundos de diferentes estatutos socioeconômicos, maioritariamente médio (54.3%) e médio alto (20.1%). Relativamente ao estado civil, a maioria reportou ser solteiro (67.5%), e os restantes casado com registo (25.4%), divorciados (6.5%) ou viúvos (0.7%). A maioria dos participantes indicou viver com familiares (44%) ou com o seu companheiro(a) (39.2%) e 70.8% indicou ter filhos. No que se refere às habilitações literárias, na altura do preenchimento do questionário, a maioria indicou ter uma licenciatura (43.1%). No que se refere à existência de doenças físicas ou psicológicas crónicas diagnosticadas por um médico, 84.4% indicou não ter qualquer doença crónica e 81.8% indicou não ter qualquer doença psicológica. Finalmente, 71.5% dos participantes reportaram não ter qualquer tipo de acompanhamento psicológico (ver Tabela 1).

Tabela 1

Variáveis sociodemográficas e clínicas

| Variável | Contagem (%) |
|-------------|--------------|
| Sexo | |
| Feminino | 219(69.6%) |
| Masculino | 127(30.4%) |

| | |
|-------|-----------|
| Total | 418(100%) |
|-------|-----------|

Nacionalidade

| | |
|------------|------------|
| Portuguesa | 231(55.3%) |
|------------|------------|

| | |
|------------|------------|
| Brasileira | 169(40.4%) |
|------------|------------|

| | |
|----------|----------|
| Angolano | 13(3.1%) |
|----------|----------|

| | |
|---------------|---------|
| Cabo-Verdiano | 2(0.5%) |
|---------------|---------|

| | |
|--------|---------|
| Outros | 3(0.7%) |
|--------|---------|

Habilitações literárias completas

| | |
|----------------------------|------------|
| Ensino Secundário completo | 114(27.3%) |
|----------------------------|------------|

| | |
|------------------------------|----------|
| Ensino Secundário incompleto | 17(4.1%) |
|------------------------------|----------|

| | |
|--------------|------------|
| Licenciatura | 180(43.1%) |
|--------------|------------|

| | |
|----------|-----------|
| Mestrado | 93(22.2%) |
|----------|-----------|

| | |
|--------------|----------|
| Doutoramento | 14(3.3%) |
|--------------|----------|

Estado civil

| | |
|--------------------|------------|
| Casado com registo | 106(25.4%) |
|--------------------|------------|

| | |
|--------------------|----------|
| SolteiroDivorciado | 27(6.5%) |
|--------------------|----------|

| | |
|----------|------------|
| Solteiro | 282(67.5%) |
|----------|------------|

| | |
|-------|---------|
| Viúvo | 3(0.7%) |
|-------|---------|

Filhos

| | |
|-----|------------|
| Sim | 122(29.2%) |
|-----|------------|

| | |
|-----|------------|
| Não | 296(70.8%) |
|-----|------------|

Co-habitação

| | |
|---------|-----------|
| Sozinho | 49(11.7%) |
|---------|-----------|

| | |
|------------------------------|------------|
| Familiares | 184(44%) |
| Com companheiro(a)/esposo(a) | 164(39.2%) |
| Amigos | 4(1.0%) |
| Colegas de casa | 17(4.1%) |

Estatuto sócio-económico

| | |
|-------------|------------|
| Alto | 10(2.4%) |
| Baixo | 17(4.1%) |
| Médio | 227(54.3%) |
| Médio-alto | 84(20.1%) |
| Médio-Baixo | 80(19.1%) |

Doença física crónica

| | |
|-----|------------|
| Sim | 65(15.6%) |
| Não | 353(84.4%) |

Doença psicológica

| | |
|-----|------------|
| Sim | 76(18.2%) |
| Não | 342(81.8%) |

Acompanhamento psicológico

| | |
|-----|------------|
| Sim | 119(28.5%) |
| Não | 299(71.5%) |

Delineamento

Este projeto de investigação adota um desenho quantitativo, correlacional e transversal, que permite examinar as relações entre a exposição ao trauma infantil e a resiliência, e respetivos

mediadores, num único momento. O desenho de investigação correlacional é particularmente adequado para explorar associações entre variáveis sem a necessidade de manipulação experimental, oferecendo uma abordagem descritiva das relações entre as variáveis em estudo.

Procedimento

No que diz respeito ao protocolo de investigação, a fim de garantir o cumprimento das normas éticas e dos regulamentos relativos à proteção dos dados pessoais, este foi submetido à Direção de Proteção de Dados (DPO) e do Comité de Ética da Universidade Europeia. Isto assegura que todos os procedimentos de recolha de dados cumprem as normas éticas, garantindo a confidencialidade e a segurança das informações dos participantes. A participação de todos os participantes foi voluntária e anónima, através do preenchimento de um consentimento informado obtido previamente, onde foram detalhados o tipo de dados recolhidos e o seu uso exclusivo para fins científicos.

Na recolha de dados, foi utilizada a plataforma JotForms. Esta plataforma assegurou um acesso fácil e prático aos participantes, garantindo simultaneamente o seu anonimato. O questionário foi concebido para recolher os dados necessários, respeitando os princípios do anonimato e da confidencialidade.

A ligação para aceder ao questionário foi publicada em várias plataformas de redes sociais, como o Facebook, o Instagram, o Whatsapp e o Reddit. Cada publicação incluía uma breve explicação do objetivo do estudo, um convite à participação e uma ligação direta ao questionário. Este método de divulgação tinha como objetivo chegar a um vasto leque de potenciais participantes utilizando canais digitais populares acessíveis a um vasto público.

Além disso, foram concebidos folhetos para distribuir o questionário através de um código QR em centros de saúde, associações e lojas de comércio local.

Para manter o envolvimento e incentivar a participação contínua, as publicações nas redes sociais eram atualizadas de cinco em cinco dias. O link para o questionário esteve acessível durante o período compreendido entre o início de janeiro e a metade de junho.

Instrumentos

Questionário de Trauma na Infância (CTQ)

O Questionário de Trauma na Infância (Dias et al., 2013), foi utilizado para medir a exposição a experiências traumáticas na infância. Este instrumento contém 28 itens e cinco subescalas principais, que permitem uma avaliação detalhada das várias formas de adversidades vivenciadas durante a infância, através de 5 dimensões: *Abuso Emocional* (Ex Q14: Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam), *Negligência Emocional* (Ex Q5: Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante), *Abuso Físico* (Ex Q11: Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisada ou com nódoas negras no corpo), *Negligência Física* (Ex Q4: Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam) e *Abuso Sexual* (Ex Q20: Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente). As respostas são fornecidas numa escala de Likert de 5 pontos, variando de "nunca" (1) a "sempre" (5). O valor total da pontuação de cada subescala é obtido através da soma das pontuações individuais de cada uma das cinco subescalas. Existe também a possibilidade de criar um score global de trauma infantil, que resulta da soma de todos os itens da escala. A atribuição de um score total inferior a 28-49 pontos sugere a inexistência de experiência significativa de abuso ou negligência infantil. Um score total moderado a 50-74 pontos, sugere a existência de algumas vivências de trauma infantil, podendo indicar um estado de sofrimento emocional. Já um score total elevado a 75-140 pontos, indica experiências substanciais de abuso ou negligência, podendo sugerir a necessidade de uma avaliação clínica especializada. Neste

estudo, recorreremos à análise do score total dos dados. O valor do coeficiente alfa de Cronbach para esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.82).

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Escala de Alexitimia de Toronto – 20 Itens (TAS-20), desenvolvida por Bagby, Parker e Taylor (1994), adaptada para a versão Portuguesa por Praceres, Parker e Taylor (2000), foi utilizada para avaliar o constructo de alexitimia, entendida como a dificuldade em identificar e descrever sentimentos, acompanhada de uma tendência a um estilo de pensamento excessivamente voltado para fatores externos. O instrumento é composto por 20 itens, respondidos em uma escala Likert de cinco pontos, que varia de “1-discordo totalmente” a “5-concordo totalmente”. A estrutura da escala organiza-se em três dimensões: dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos e pensamento orientado para o exterior. Exemplos de itens ilustram bem o conteúdo de cada uma dessas dimensões. No fator de *dificuldade em identificar sentimentos*, encontra-se a afirmação item 6: “Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado”; no fator de *dificuldade em descrever sentimentos*, o item 2: “Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos”; e no fator de *pensamento orientado para o exterior*, o item 15: “Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos”. A TAS-20 pode ser utilizada tanto de forma global, por meio do score total de alexitimia, quanto pela análise específica dos scores de cada uma das três subescalas. A forma de cálculo é realizada pela soma das respostas atribuídas a cada item. Neste estudo foi utilizado um score total. O valor do coeficiente alfa de Cronbach para esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.85).

Escala de Auto-reflexão e Insight (SRIS)

A *Self-Reflection and Insight Scale* (SRIS), desenvolvida por Grant, Franklin e Langford (2002), tem como objetivo principal avaliar dois processos metacognitivos fundamentais: a *auto-reflexão*, definida como a inspeção e avaliação intencional dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos, e o *insight*, entendido como a clareza de compreensão desses mesmos conteúdos internos.

A versão final da escala é composta por 20 itens, respondidos em uma escala Likert de 6 pontos, que varia de 1 = “discordo totalmente” a 6 = “concordo totalmente”. A escala apresenta a possibilidade de cálculo de duas subescalas, ou de um score total auto-reflexão/*insight*. As duas subescalas incluem a 1. Auto-reflexão (item 16: “Com frequência, dedico tempo para refletir sobre meus pensamentos”) e o 2. *Insight* (item: 6: “Geralmente, tenho uma ideia muito clara sobre porque me comportei de determinada maneira”). Neste estudo, foi utilizado um score total, que resulta da soma de todos os itens.

Uma vez que não existe uma versão portuguesa deste questionário, a equipa de investigação procedeu à sua tradução, de acordo com as boas práticas científicas (Hableton, & Patsula, 1998). O valor do coeficiente alfa de Cronbach para esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.89).

Escala de Resiliência Essencial (ERS)

A Escala Essencial de Resiliência (ERS), desenvolvida por Chen, Wang e Yan (2016), foi utilizada com objetivo avaliar a resiliência, entendida como a capacidade intrapessoal de antecipação, flexibilidade e recuperação de eventos adversos de natureza física, emocional e social. O instrumento é composto por 15 itens distribuídos em três subescalas, cada uma com cinco itens: resiliência física, resiliência emocional e resiliência social. As respostas são dadas em uma escala

do tipo Likert de cinco pontos, que varia de “1-discordo totalmente” a “5-concordo totalmente”. Alguns exemplos ilustram o conteúdo das subescalas: a *resiliência física*, um dos itens é o 3: “O meu corpo consegue recuperar rapidamente depois de estar fisicamente exausto”; na *resiliência emocional*, encontra-se o item: 8 “Tenho sempre esperança quando enfrento grandes dificuldades ou situações muito más.”; e na *resiliência social*, um exemplo é o item: 15 “Ergo-me sempre rapidamente após grandes contratempos e fracassos.”.

A escala pode ser utilizada tanto de forma global, por meio de um score total de resiliência, quanto pela análise específica de cada subescala, já que o modelo fatorial de segunda ordem considera as três dimensões como expressões de um construto geral de resiliência. O cálculo das subescalas é feito pela soma dos itens correspondentes. O score total é calculado através da soma de todos os itens da escala. Neste estudo foi utilizado o score total.

Uma vez que não existe uma versão portuguesa deste questionário, a equipa de investigação procedeu à sua tradução, de acordo com as boas práticas científicas (Hableton, & Patsula, 1998). O valor do coeficiente alfa de Cronbach para esta escala revelou uma confiabilidade e consistência interna dos itens elevada (.88).

Resultados

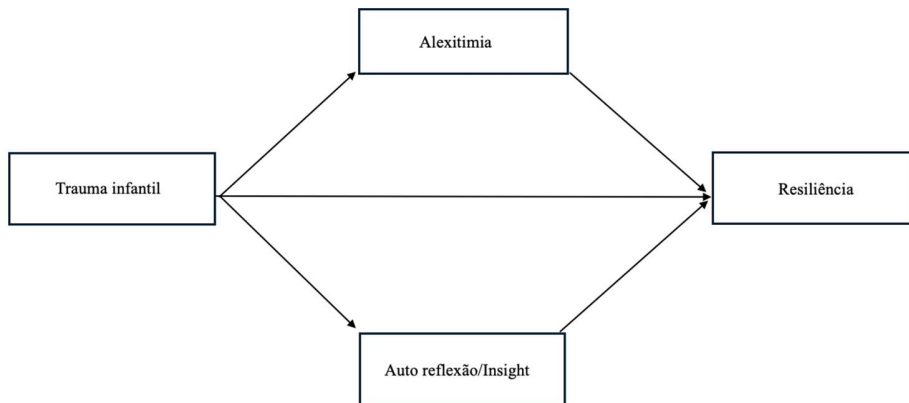
Estratégia de análise

A análise de dados descritiva e associativa foi conduzida com recurso ao software IBM SPSS Statistics (versão 29). De forma a analisar a existência de relações significativas entre as principais variáveis do estudo as características sócio-demográficas dos participantes, várias correlações de Spearman (r_s) e coeficientes de determinação Eta^2 (η^2) foram realizados. Posteriormente, múltiplas correlações de Pearson (r) foram efectuadas para avaliar as várias relações bivariadas entre as principais variáveis do estudo. Coeficientes entre ± 0.50 e ± 1 indicam

uma correlação forte; coeficientes entre ± 0.30 e ± 0.49 indicam uma correlação média; e coeficientes abaixo de ± 0.29 indicam uma correlação fraca (Cohen, 1988). De modo a averiguar se existiam diferenças significativas para o trauma infantil, alexitimia, capacidade de auto-reflexão/*insight* e resiliência, múltiplos testes t para amostras independentes foram realizados. De forma a testar as hipóteses deste estudo, foi conduzida uma análise de mediação paralela com 2 mediadores, com intervalos de confiança (IC) *bootstrapped* para avaliar a significância dos efeitos indiretos. Esta análise foi conduzida com recurso à macro PROCESS (modelo 4, *parallel mediation*) para SPSS, desenvolvida por Preacher e Hayes, e de acordo com os procedimentos descritos por Hayes (2022). Os seguintes efeitos foram testados: 1. Efeito direto entre o trauma infantil e a resiliência; 2. Efeito indireto da alexitimia, na relação entre o trauma infantil e a resiliência; 3. Efeito indireto da capacidade de auto-reflexão/*insight*, na relação entre o trauma infantil e a resiliência. Um total de 5,000 amostras *bootstrapped* foram obtidas, de forma a estimar os efeitos indiretos. Intervalos de confiança de 95% foram computados, de forma a avaliar a significância estatística de cada efeito “ab” para o mediador. Um intervalo de confiança que não inclua zero, indica a existência de um efeito indireto ou mediação significativa. Não existiam valores omissos nas variáveis testadas (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo teórico para as relações entre o trauma infantil, a alexitimia, a capacidade de auto-reflexão/insight e a resiliência.



Relativamente às relações entre as características sociodemográficas dos participantes e as principais variáveis do estudo, verificaram-se diferenças significativas em função do sexo dos participantes nas variáveis trauma infantil (M mulheres=49.66, DP =10.75; M homens=46.87, DP =7.80; $t(416)=2.64$, $p\leq 0.01$) e resiliência (M mulheres=55.90, DP =12.63; M homens=61.61, DP =12.04; $t(416)=-4.31$, $p\leq 0.001$). Verificaram-se também correlações significativas entre a idade e a alexitimia ($r=-0.23$, $p\leq 0.01$) e entre a idade e a resiliência ($r=0.23$, $p\leq 0.01$).

Também se verificou que a nacionalidade dos participantes se encontrava significativamente relacionada com a resiliência ($F(4, 417) = 3.62$, $p\leq 0.01$, $\eta^2=0.03$), sendo a nacionalidade responsável por 3% da variação na resiliência.

A existência de irmãos encontrava significativamente relacionada com a resiliência ($F(1, 417)=5.80$, $p\leq 0.05$, $\eta^2=0.01$), sendo a nacionalidade responsável por 1% da variação na resiliência.

O estado civil dos participantes encontrava-se significativamente relacionado com a alexitimia ($F(3, 417)=9.31$, $p\leq 0.001$, $\eta^2=0.06$) e a resiliência ($F(3, 417)=7.27$, $p\leq 0.01$, $\eta^2=0.05$),

sendo responsável por 6% na variação da alexitimia e 5% na variação da resiliência, respectivamente. A existência de filhos também se encontrava significativamente relacionada com a alexitimia ($F(1, 417)=4.48, p\leq 0.05, \eta^2=0.01$) e a resiliência ($F(1, 417)=11.76, p\leq 0.01, \eta^2=0.03$), sendo responsável por 1% na variação da alexitimia e 3% na variação da resiliência, respectivamente.

A coabitação dos participantes encontrava-se relacionada de forma significativa com a alexitimia ($F(4, 417)=7.67, p\leq 0.001, \eta^2=0.07$), sendo responsável por 7% na variação da mesma.

Também se verificou uma associação significativa positiva entre as habilitações literárias e o trauma infantil ($r_s=-0.13, p<0.05$), a alexitimia ($r_s=-0.20, p<0.01$) e a capacidade de auto-reflexão/*insight* ($r_s=0.15, p<0.01$).

A existência de doença psicológica diagnosticada por um médico, encontrava-se relacionada significativamente com o trauma infantil ($F(1, 417)=19.33, p\leq 0.001, \eta^2=0.04$), a alexitimia ($F(1, 417)=6.89, p\leq 0.01, \eta^2=0.02$) e a resiliência ($F(1, 417)=26.79, p\leq 0.001, \eta^2=0.06$), sendo responsável por 4% da variação no trauma infantil, 2% da variação da alexitimia e 6% da resiliência, respectivamente.

Finalmente, o acompanhamento psicológico encontrava-se relacionado com o trauma infantil ($F(1, 417)=11.75, p\leq 0.001, \eta^2=0.03$) e a resiliência ($F(1, 417)=22.72, p\leq 0.001, \eta^2=0.05$), sendo responsável por 3% da variação no trauma infantil, e 5% da resiliência, respectivamente.

Tabela 2

Médias e desvios-padrões para as variáveis trauma infantil, alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência.

| Variável | M | DP |
|----------|---|----|
|----------|---|----|

| | | |
|-------------------------------|-------|-------|
| Trauma Infantil | 48.82 | 10.02 |
| Alexitimia | 50.15 | 12.63 |
| Auto-reflexão/ <i>Insight</i> | 85.83 | 14.88 |
| Resiliência | 57.64 | 12.71 |

Tabela 3

Correlações de Pearson entre as variáveis o trauma infantil, alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência.

| Variável | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------|---|--------|---------|---------|
| 1. Trauma Infantil | - | 0.27** | -0.16** | -0.29** |
| 2. Alexitimia | | - | -0.66** | -0.43** |
| 3. Auto-reflexão/ <i>Insight</i> | | | - | 0.31** |
| 4. Resiliência | | | | - |

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Após análise da tabela 3, verificam-se correlações significativas entre todas as variáveis principais do estudo. Quanto maior o trauma infantil, maior a alexitimia ($r=0.27$, $p<0.01$), menor a capacidade de auto-reflexão/*insight* ($r=-0.16$, $p<0.01$) e menor a resiliência ($r=-0.29$, $p<0.01$). Quanto maior a alexitimia, menor a capacidade de auto-reflexão/*insight* ($r=-0.66$, $p<0.01$) e menor a resiliência ($r=-0.43$, $p<0.01$). Finalmente, quanto maior a capacidade de auto-reflexão/*insight*, maior a resiliência.

Em seguida, testou-se o modelo de mediação paralela através da utilização da macro PROCESS para SPSS (modelo 4, *parallel mediation*).

Tabela 4

Coeficientes de regressão para as variáveis resposta alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência.

| | | | | | IC | IC |
|--|----------|------|----------|-------------|--------------|---------------|
| Resposta: Alexitimia | <i>b</i> | EP | <i>t</i> | <i>p</i> | inferior | superior |
| Constante | 33.87 | 2.97 | 11.41 | 0.00 | 28.03 | 39.70 |
| Trauma infantil | 0.33 | 0.06 | 5.60 | 0.00 | 0.22 | 0.45 |
| Resposta: Auto-reflexão/Insight | | | | | | |
| Constante | 97.12 | 3.58 | 27.11 | 0.00 | 90.08 | 104.16 |
| Trauma infantil | -0.23 | 0.07 | -3.22 | 0.00 | -0.37 | -0.09 |
| Resposta: Resiliência | | | | | | |
| Constante | 82.01 | 6.84 | 11.99 | 0.00 | 68.56 | 95.47 |
| Trauma infantil | -0.24 | 0.06 | -4.16 | 0.00 | -0.35 | -0.13 |
| Alexitimia | -0.34 | 0.06 | -5.74 | 0.00 | -0.46 | -0.22 |
| Auto-reflexão/Insight | 0.05 | 0.05 | 1.03 | 0.30 | -0.05 | 0.15 |

E.P.=Erro padrão; IC= Intervalo de confiança

O modelo de regressão tendo a alexitimia como variável resposta, e o trauma infantil como variável preditora, revelou-se significativo ($F(4, 416)=31.34$; $R^2=0.07$; $p\leq 0.001$). A análise da tabela 4 permite-nos constatar que o trauma infantil prediz a alexitimia de forma significativa ($b=0.33$, $t(416)=5.60$ $p\leq 0.001$; IC inferior: 0.22 – IC superior: 0.45).

O modelo de regressão tendo a capacidade de auto-reflexão/insight como variável resposta, e o trauma infantil como variável preditora, também se revelou significativo ($F(1,416)=10.35$;

$R^2=0.02$; $p \leq 0.001$). A análise da tabela 4 permite-nos constatar que o trauma na infância prediz a capacidade de auto-reflexão/*insight* de forma significativa ($b=-0.23$, $t(416)=-3.22$, $p \leq 0.001$; IC inferior: -0.37 – IC superior: -0.09).

Finalmente, o modelo de regressão tendo a resiliência variável resposta, e o trauma infantil, alexitimia e capacidade de auto-reflexão/*insight* como variáveis predictoras, também se revelou significativo ($F(3, 414)=38.17$; $R^2=0.22$; $p \leq 0.001$).

A análise da tabela 4 permite-nos constatar que o trauma na infância ($b=-0.24$, $t(414)=-4.16$, $p \leq 0.001$; IC inferior: -0.35 – IC superior: -0.13), a alexitima ($b=-0.34$, $t(414)=-5.74$, $p \leq 0.001$; IC inferior: -0.46 – IC superior: -0.22) predizem a resiliência. O efeito preditor da capacidade de auto-reflexão/*insight*, não se revelou significativo ($b=0.05$, $t(414)=1.03$, $p \leq 0.001$; IC inferior: -0.05 – IC superior: 0.15).

Tabela 5

Efeitos diretos e indiretos.

| Efeitos | Efeito | EP | IC inferior | IC superior |
|---|--------|------|--------------|--------------|
| Efeito direto | | | | |
| Trauma infantil → Resiliência | -0.24 | 0.06 | -0.36 | -0.13 |
| Efeitos indiretos | | | | |
| Total | -0.13 | 0.03 | -0.18 | -0.08 |
| Trauma infantil → Alexitimia → Resiliência | -0.11 | 0.03 | -0.17 | -0.06 |
| Trauma infantil → Auto-reflexão/ <i>Insight</i> → Resiliência | -0.01 | 0.01 | -0.04 | 0.01 |

EP=Erro padrão; I.C. = Intervalo de confiança.

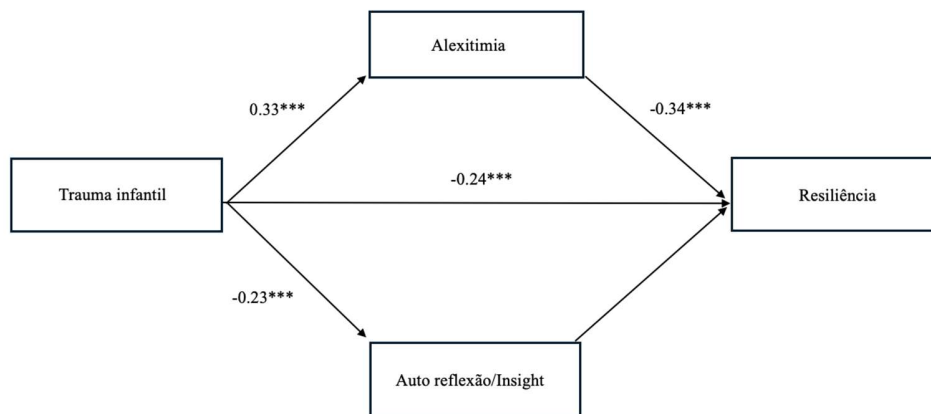
A análise da tabela 5 permite-nos constatar que o efeito direto do trauma na infância sobre a resiliência é significativo (IC inferior: -0.36 – IC superior: -0.13; o intervalo não inclui zero, logo o efeito é significativo), confirmando a nossa primeira hipótese.

O efeito indireto (i.e., mediador) da alexitimia, na relação entre o trauma infantil e a resiliência também se verificou significativo (IC inferior: -0.17 – IC superior: -0.06), confirmando a nossa segunda hipótese.

Finalmente, o efeito indireto da capacidade de auto-reflexão/*insight*, na relação entre o trauma infantil e a resiliência não se revelou significativo (IC inferior: -0.04 – IC superior: 0.01; o intervalo inclui zero, logo o efeito não é significativo), não confirmando a nossa terceira hipótese.

Figura 2

Modelo de mediação paralela entre trauma infantil, alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência



* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre o trauma infantil e o desenvolvimento da resiliência, examinando o papel mediador de duas variáveis psicológicas fundamentais: a alexitimia e a capacidade de auto-reflexão e *insight*. O objetivo constituiu em compreender melhor como esses dois processos podem mediar os efeitos do trauma infantil a longo prazo na resiliência a eventos traumáticos precoces. Os resultados obtidos confirmam as hipóteses formuladas e revelam que a maior exposição a experiências traumáticas vividas durante a infância se encontra significativamente associada a menor capacidade de resiliência. A relevância deste tema reside no fato de que as experiências precoces de maus-tratos e negligência influenciam de forma significativa a capacidade dos indivíduos enfrentarem e recuperarem de forma eficaz das mesmas, com implicações a nível do desenvolvimento cognitivo, emocional e social ao longo da vida (Teicher & Samson, 2016; Shonkoff et al., 2012).

A análise dos resultados permitiu demonstrar a existência de um efeito direto e efeitos indiretos significativos, evidenciando o papel mediador da alexitimia e da capacidade de auto-reflexão e *insight*, na relação entre trauma infantil e resiliência. A primeira hipótese previa a existência de um efeito direto entre o trauma infantil e a resiliência, assumindo que maior exposição a experiências traumáticas estaria associada a menores níveis de resiliência. A análise dos dados confirmou esta hipótese, revelando que o trauma infantil é um preditor significativo de menor resiliência. Este achado está em consonância com a literatura que indica que os traumas precoces comprometem a estruturação psíquica, os mecanismos de regulação emocional e a qualidade da vinculação, todos eles recursos associados à construção da resiliência. (Waikamp & Serralta, 2018; Haim-Nachum et al., 2024). Do mesmo modo, a literatura também aponta que

experiências adversas na infância estão associadas a consequências de longo prazo para a saúde física e psicológica, incluindo maior risco de psicopatologia e redução dos recursos resilientes (Pasteuning et al., 2025; Nelson et al., 2020). Nesse sentido, os resultados do presente estudo confirmam que a adversidade precoce atua como fator de risco para o enfraquecimento da resiliência (Öksüz, Mersin & Özcan, 2018).

Adicionalmente, os resultados também indicam efeitos indiretos significativos através das variáveis mediadoras. A segunda hipótese propunha a existência de um efeito indireto da alexitima, na relação entre trauma infantil e resiliência. Esta hipótese foi confirmada, ao verificar-se que quanto maior o trauma infantil, maiores os níveis de alexitimia, que por sua vez se encontram relacionados com menor resiliência. Este resultado está de acordo com a literatura que aponta que maus-tratos emocionais e negligência na infância têm forte influência no desenvolvimento da alexitimia (Kick et al., 2024; Sharma et al., 2024). Tais dificuldades emocionais restringem o acesso à vida interna e reduzem o uso de estratégias adaptativas de regulação afetiva, o que fragiliza os recursos resilientes (Messina et al., 2014; Preece & Gross, 2023).

Finalmente, a terceira hipótese propunha a existência de um efeito indireto da capacidade de auto-reflexão/*insight*, na relação entre trauma infantil e resiliência. Esta hipótese não se confirmou. Embora este resultado não vá totalmente ao encontro da literatura que sugere que processos reflexivos contribuem para uma maior adaptação e desenvolvimento de resiliência (Grant et al., 2002; Harrington & Loffredo, 2010), algumas explicações são possíveis. Uma hipótese é que a auto-reflexão, isoladamente, não seja suficiente para diminuir os efeitos do trauma, dependendo da forma como é exercida (adaptativa ou ruminativa). Estudos recentes destacam que níveis elevados de reflexão, quando acompanhados de ruminação negativa, podem

inclusive estar associados a piores indicadores de saúde mental (Trapnell & Campbell, 1999). Assim, é possível que, no presente estudo, a auto-reflexão não tenha emergido como mediadora significativa devido à coexistência de formas adaptativas e desadaptativas de reflexão entre os participantes.

Neste estudo, algumas variáveis sociodemográficas revelaram-se fatores preditivos significativos, contribuindo para uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes à relação entre trauma infantil e a resiliência. Um dos resultados notáveis relaciona-se com a variável sexo dos participantes, o qual evidenciou um impacto substancial tanto na experiência traumática precoce, quanto na resiliência. Mais concretamente, as mulheres relataram níveis mais elevados de trauma infantil e menores índices de resiliência em comparação aos homens. Esse resultado pode ser compreendido à luz de evidências que indicam uma maior vulnerabilidade feminina a experiências adversas na infância, como abuso e negligência, frequentemente associadas a desigualdades de gênero e papéis sociais tradicionais. Além disso, estudos sugerem que mulheres apresentam maior vulnerabilidade fisiológica e psicológica às adversidades precoces (Heim et al., 2011). Além disso, sugere que as mulheres podem tender a diferentes estratégias de coping desenvolvidas a longo da vida, sugerindo a necessidade de considerar diferenças socioculturais e psicológicas na análise da resiliência.

Paralelamente, a idade também se revelou significativa com relação a alexitimia e com a resiliência. Mais concretamente, a idade e a alexitimia têm uma correlação negativa, e evidencia que quanto maior a idade, menor o nível de alexitimia. Isso pode ser interpretado como um indício de que, ao longo do desenvolvimento, as pessoas tendem a melhorar sua capacidade de identificar e expressar emoções, seja por maturidade psicológica, por maior experiência de vida ou por aprendizado socioemocional. Por outro lado, a idade e a resiliência têm uma correlação positiva,

o que indica que com o avanço da idade, os níveis de resiliência tendem a aumentar. Esse resultado pode estar associado ao fato de que, ao longo da vida, as pessoas acumulam um maior número de estratégias de coping mais adaptativas, assim como o acesso a redes de apoio, que fortalecem sua capacidade de lidar com adversidades.

A nacionalidade mostrou-se um fator significativo na variabilidade da resiliência, ainda que de forma moderada, reforçando a importância de considerar contextos culturais e sociais no estudo dessa variável.

Verificou-se também que o estado civil apresentou associação significativa com a alexitimia e com a resiliência, explicando 6% e 5% da variação, respectivamente. Esses dados sugerem que o vínculo conjugal pode ter impacto tanto na capacidade de identificar e expressar emoções quanto na adaptação a situações adversas. Pessoas em relações estáveis e saudáveis tendem a beneficiar de maior suporte social e emocional, o que pode reduzir dificuldades emocionais (menor alexitimia) e ampliar recursos adaptativos (maior resiliência). Por outro lado, a ausência de vínculos conjugais pode estar associada a menores redes de apoio, refletindo em mais dificuldades emocionais e menor resiliência.

A existência de filhos também se relacionou significativamente com a alexitimia e a resiliência, ainda que de forma modesta (1% e 3% da variância, respectivamente). Esse resultado pode ser compreendido considerando que a parentalidade implica desenvolvimento de competências emocionais e maior necessidade de regulação afetiva para lidar com os desafios da criação. Além disso, a experiência de ter filhos pode favorecer a construção de sentido de vida, responsabilidade e propósito, o que fortalece a resiliência.

A coabitação apresentou relação significativa com a alexitimia, explicando 7% da variação. Esse dado sugere que viver acompanhado ou sozinho influencia diretamente a forma como os

indivíduos reconhecem e expressam emoções. O convívio diário com outras pessoas pode funcionar como espaço de aprendizagem e regulação emocional, enquanto a ausência dessa interação pode estar associada a maiores dificuldades em identificar e comunicar estados afetivos.

Foram ainda encontradas associações significativas entre as habilitações literárias e três variáveis principais: trauma infantil (negativamente), alexitimia (negativamente) e auto-reflexão/*insight* (positivamente). Esses achados indicam que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a menor exposição ou impacto de experiências traumáticas precoces, bem como a menores dificuldades emocionais. Além disso, maior escolaridade parece favorecer a capacidade de auto-reflexão e *insight*, possivelmente devido ao acesso ampliado a recursos cognitivos, sociais e culturais que contribuem para maior elaboração psicológica e emocional.

Os participantes com diagnóstico médico de doença psicológica apresentaram diferenças significativas em relação ao trauma infantil, à alexitimia e à resiliência, com explicação de 4%, 2% e 6% da variância, respectivamente. Esse resultado sugere que a presença de psicopatologia está relacionada a maior impacto de experiências traumáticas, maiores dificuldades de reconhecimento e expressão emocional e menores recursos de adaptação. Assim, confirma-se a relevância da saúde mental na relação entre trauma precoce, alexitimia e resiliência.

Por fim, verificou-se que o acompanhamento psicológico esteve significativamente associado tanto ao trauma infantil (3% da variância) quanto à resiliência (5% da variância). Esse achado pode indicar que indivíduos com maior histórico de trauma recorrem mais frequentemente a apoio psicológico, e que a intervenção terapêutica pode desempenhar papel protetivo, favorecendo o fortalecimento da resiliência. O resultado evidencia, portanto, a importância do suporte psicológico não apenas como resposta ao trauma, mas também como recurso promotor de adaptação positiva.

Pontos fortes e limitações

Os resultados obtidos neste estudo confirmam a hipótese geral de que o trauma infantil influencia negativamente no desenvolvimento da resiliência. A abordagem integrativa constitui um dos principais pontos fortes deste estudo, na medida em que explora não só a relação entre o trauma infantil e o desenvolvimento da resiliência, mas também os mecanismos psicológicos mediadores, tais quais como a alexitimia e a auto-reflexão/*insight*. Essa perspectiva multifatorial possibilita a compreensão da complexidade da ligação entre o trauma infantil precoce e desenvolvimento da resiliência ao desenvolvimento da vida.

Outro ponto forte importante é a dimensão elevada da amostra ($n = 418$), o que oferece uma boa representatividade da população adulta portuguesa e garante uma robustez estatística suficiente para a análise por modelos de mediação múltipla.

Adicionalmente, a metodologia quantitativa, fundamentada numa análise estatística robusta, possibilitou a avaliação objetiva das hipóteses formuladas e a identificação de relações significativas entre as variáveis-chave do modelo conceitual proposto.

O estudo contribui para a literatura sobre trauma e resiliência, sobretudo no contexto da idade adulta. Tem implicações práticas para intervenções clínicas e preventivas, já que identifica fatores emocionais (como a alexitimia) que podem ser alvo de estratégias terapêuticas.

Em última análise, esta investigação contribuiu para completar uma lacuna na literatura, evidenciando a ligação entre trauma precoce, resiliência e as influências da alexitimia e auto-reflexão e *insight*, um domínio que ainda que seja estudado há décadas, carece de exploração aprofundada.

Embora apresente resultados relevantes e inovadores sobre a relação entre trauma infantil, o desenvolvimento da resiliência, alexitimia e auto-reflexão/*insight*, o presente estudo apresenta

algumas limitações metodológicas que devem ser reconhecidas e consideradas na interpretação dos dados.

O desenho transversal adotado neste estudo permite apenas identificar associações entre variáveis num determinado momento. Portanto, não é possível estabelecer relações de causalidade entre o trauma infantil e os resultados avaliados, como a alexitimia e a auto-reflexão/*insight* associados a resiliência. Por exemplo, embora se observe que maior exposição a trauma infantil se encontra associada a uma menor resiliência, e a uma maior alexitimia, não se pode afirmar com certeza que o trauma seja a causa direta dessas condições. Seriam necessários estudos longitudinais para examinar a evolução dessas variáveis ao longo do tempo e a existência de uma relação de causalidade.

A aplicação de questionários de autoavaliação enquanto instrumento de recolha de dados acarreta riscos metodológicos substanciais. Os participantes podem experienciar dificuldades em recordar com precisão eventos passados, incluindo traumas infantis, ou podem optar por não divulgar informações sensíveis por vergonha, desconforto ou esquecimento. Adicionalmente, existe o risco de viés relacionado com a desejabilidade social, uma vez que os indivíduos tendem a responder de forma socialmente aceitável em vez de honesta. Este fator pode ter um impacto significativo nas variáveis emocionais e cognitivas, incluindo a supressão emocional.

Apesar da atenção dedicada à inclusão de variáveis sociodemográficas e psicológicas relevantes, é possível que fatores externos não controlados tenham afetado os resultados. Por exemplo, condições médicas não diagnosticadas, utilização de medicação, estilo de vida (por exemplo, alimentação ou sono) ou apoio social não foram incluídos na análise, mas podem ter um impacto significativo tanto nos sintomas intestinais como na qualidade de vida percebida.

Implicações para prática clínica e sugestões para investigação futura

Os resultados do presente estudo evidenciam que o trauma infantil está associado a menor resiliência, sendo a alexitimia um mediador importante nessa relação. Este achado tem implicações relevantes para a prática clínica, uma vez que sugere a necessidade de intervenções que privilegiem o desenvolvimento de competências emocionais em indivíduos com história de adversidade precoce.

Estratégias psicoterapêuticas centradas no treino de reconhecimento, rotulação e expressão emocional, como as propostas pela terapia focada nas emoções (Greenberg & Watson, 2006), podem ser úteis para reduzir o impacto da alexitimia. De igual modo, práticas corpo–mente, como *mindfulness* e yoga, mostraram eficácia em promover maior consciência emocional e integração corpo-emoção, favorecendo processos de resiliência (van der Kolk, 2014).

Outro aspeto a considerar é a importância da prevenção e intervenção precoce. A identificação de jovens com adversidade precoce e dificuldades emocionais em contextos escolares e de saúde pode possibilitar a implementação de programas de educação socioemocional que, como sugerem Durlak et al. (2011), estão associados a ganhos significativos em competências emocionais, sociais e de resiliência.

Além disso, terapias baseadas na mentalização (Bateman & Fonagy, 2016) podem ser particularmente relevantes, dado o seu foco no desenvolvimento da capacidade de compreender estados internos próprios e alheios, o que se mostra essencial para indivíduos com traumas precoces e alexitimia.

No que se refere à auto-reflexão/*insight*, os resultados mostraram que esta variável não desempenhou um papel mediador na relação entre trauma e resiliência. Esta constatação sugere que a promoção da reflexão, isoladamente, pode não ser suficiente. É necessário distinguir entre

formas adaptativas de *insight* e processos de ruminação desadaptativos, conforme apontado por Trapnell e Campbell (1999). Nesse sentido, abordagens como a terapia baseada em compaixão (Gilbert, 2014) e intervenções metacognitivas (Wells, 2009) podem ajudar os indivíduos a desenvolver uma reflexão construtiva e regulada, reduzindo o risco de ruminação.

Finalmente, a prática clínica pode beneficiar da integração de fatores sociais e familiares. Intervenções sistêmicas, que envolvem familiares ou redes de apoio, podem fortalecer um dos fatores protetores mais consistentes para a resiliência: o suporte social (Masten & Barnes, 2018). Para além disso, em contextos de saúde pública, seria pertinente incluir a avaliação de trauma precoce e alexitimia em protocolos de triagem psicológica e psiquiátrica, uma vez que a identificação precoce desses fatores permite delinear planos de tratamento mais adequados e direcionados.

Conclusão

O presente estudo permitiu aprofundar a compreensão das relações entre o trauma infantil, a alexitimia, a auto-reflexão/*insight* e a resiliência em adultos. Os resultados evidenciaram que o trauma precoce se associa a níveis mais baixos de resiliência, confirmando a hipótese de um efeito direto negativo. Adicionalmente, verificou-se que a alexitimia desempenha um papel mediador importante nesta relação, enquanto a auto-reflexão/*insight* não se mostrou mediadora significativa.

Estes resultados reforçam a relevância de considerar o impacto duradouro das experiências adversas precoces e apontam para a necessidade de abordar a alexitimia como um mecanismo central em intervenções clínicas destinadas a promover a resiliência. Apesar das limitações metodológicas, como o caráter transversal e o uso de medidas de autorrelato, o estudo contribui para a literatura de forma muito valiosa para a compreensão das complexas ligações entre o trauma

infantil, a alexitimia, a capacidade de auto-reflexão e *insight*, e o desenvolvimento da resiliência, integrando múltiplas variáveis psicológicas num mesmo modelo explicativo.

Em termos práticos, os resultados sugerem que estratégias terapêuticas que promovam o reconhecimento e a expressão emocional podem reduzir o impacto do trauma e favorecer processos de adaptação. Futuras investigações, preferencialmente longitudinais e com métodos multiculturais, poderão aprofundar estes mecanismos e explorar novos fatores de proteção, ampliando o conhecimento sobre os caminhos que permitem transformar adversidade em resiliência.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5ª ed., texto revisado, traduzido por R. M. C. Gauer et al.). Artmed Editora.
- Alpay, P., Kocsel, N., Galambos, A., & Kokonyei, G. (2024). The relationship between alexithymia, rumination and binge drinking among university students. *Personality and Individual Differences, 112*, 112621. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112621>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 256*(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Asensio-Martínez, Á., Oliván-Blázquez, B., Montero-Marín, J., Masluk, B., Fueyo-Díaz, R., Gascón-Santos, S., Gudé, F., González-Quintela, A., García-Campayo, J., & Magallón-Botaya, R. (2019). Relation of the psychological constructs of resilience, mindfulness, and self-compassion on the perception of physical and mental health. *Psychology research and behavior management, 12*, 1155–1166. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S225169>
- Arslan, G., Kabasakal, Z., & Taş, B. (2023). Childhood psychological maltreatment, mindful awareness, self-transcendence, and mental well-being in emerging adults. *Emerging Adulthood, 12*(1), 18–28. <https://doi.org/10.1177/21676968231208246>
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Ćurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina, 32*(Suppl 2), 226–232.

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—
I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic
Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—
II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*,
38(1), 33–40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
- Barkai, A., & Rappaport, H. (2019). A psychiatric perspective on narratives of self-reflection in
resilient adolescents. *Current Psychiatry Reviews*, 15(2), 107–115.
<https://doi.org/10.2174/1573400515666190325150324>
- Barkai, A., & Rappaport, H. (2011). A psychiatric perspective on narratives of self-reflection in
resilient adolescents. *Current Psychiatry Reviews*, 7(4), 289–295.
<https://doi.org/10.2174/157340011798109400>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A
practical guide*. Oxford University Press.
- Beilharz, J. E., Paterson, M., Fatt, S., Wilson, C., Burton, A., Cvejic, E., Lloyd, A., & Vollmer-Conna,
U. (2020). The impact of childhood trauma on psychosocial functioning and physical health in
a non-clinical community sample of young adults. *The Australian and New Zealand journal of
psychiatry*, 54(2), 185–194. <https://doi.org/10.1177/0004867419881206>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Basic Books.

- Brett, J. D., Zarei, M., Preece, D. A., Becerra, R., Gross, J. J., & Mazidi, M. (2025). How alexithymia increases mental health symptoms in adolescence: Longitudinal evidence for the mediating role of emotion regulation. *Affective Science*. <https://doi.org/10.1007/s42761-025-00318-9>
- Bucknell, K. J., Kangas, M., & Crane, M. F. (2022). Adaptive self-reflection and resilience: The moderating effects of rumination on insight as a mediator. *Personality and Individual Differences, 185*, 111234. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111234>
- Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(1), 103–108. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>
- Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, A., & Solano, L. (2020). Alexithymic traits and somatic symptoms in children and adolescents: A screening approach to explore the mediation role of depression. *Psychiatric Quarterly, 91*(2), 521–532. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09715-8>
- Chen, X., Wang, Y., & Yan, Y. (2016). The essential resilience scale: Instrument development and prediction of perceived health and behaviour. *Stress and Health, 32*(5), 533–542. <https://doi.org/10.1002/smi.2659>
- Clark, J. N. (2021). Resilience as a multi-directional movement process: A conceptual and empirical exploration. *The British Journal of Sociology, 72*(4), 1078–1091. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12853>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Psychology Press.

- Cowden, R. G., & Meyer-Weitz, A. (2016). Self-reflection and self-insight predict resilience and stress in competitive tennis. *Social Behavior and Personality*, 44(7), 1133–1150. <https://doi.org/10.2224/sbp.2016.44.7.1133>
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro-Vale, I., Kleber, R., & Cardoso, R. M. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11(2), 103–120. <https://doi.org/10.14417/lp.11.2.713>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Garnezy, N. (1987). Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology, and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 159–174. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03526.x>
- Gibson, J. (2024). Trauma, early life stress, and mindfulness in adulthood. *BMC Psychology*, 12, 71. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01563-6>
- Gilbert, P. (2014). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger.
- Grant, A. M., Franklin, J., & Langford, P. (2002). The self-reflection and insight scale: A new measure of private self-consciousness. *Social Behavior and Personality*, 30(8), 821–836. <https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.8.821>

- Grant, A. M. (2003). The impact of life coaching on goal attainment, metacognition and mental health. *Social Behavior and Personality*, 31(3), 253-264. <https://doi.org/10.2224/sbp.2003.31.3.253>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Haga, S. M., Kraft, P., & Corby, E.-K. (2009). Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 271–291. <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9080-3>
- Haim-Nachum, S., Amsalem, D., Lazarov, A., Seedat, S., Neria, Y., & Zhu, X. (2024). Childhood maltreatment and its associations with trauma-related psychopathology: Disentangling two classification approaches. *NPJ Mental Health Research*, 3(1), 39. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00082-x>
- Hakulinen, C., Hintsanen, M., Jokela, M., Merjonen, P., Pulkki-Råback, L., Lehtimäki, T., ... & Keltikangas-Järvinen, L. (2021). Association of psychological resilience with healthy lifestyle and body weight in young adulthood. *JAMA Network Open*, 4(9), e2121475. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.21475>
- Hales, G. K., et al. (2022). Links of adversity in childhood with mental and physical health across the life course: Systematic review. *Psychological Medicine*, 52(4), 641–656. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002400>
- Hamel, C., Rodrigue, C., Clermont, C., Hébert, M., Paquette, L., & Dion, J. (2024). Alexithymia as a mediator of the associations between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors in adolescence. *Scientific Reports*, 14(1), 6359. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56909-2>

- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2010). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology*, *144*(4), 339–357. <https://doi.org/10.1080/00223981003784030>
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2011). *Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being*. *Journal of Psychology*, *145*(1), 39–57. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.528072>
- Haugland, S., Wold, B., & Torsheim, T. (2020). Resilience and lifestyle-related factors as predictors for health-related quality of life among early adolescents. *Journal of Public Health*, *42*(3), e237–e245. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz021>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.).
- Haynes, P., Hart, A., Eryigit-Madzwamuse, S., Chen, R., & Aumann, K. (2024). The contribution of a complex systems-based approach to progressive social resilience. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, *28*(1), 84–101. <https://doi.org/10.1177/13634593231195784>
- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2011). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies. *Psychoneuroendocrinology*, *36*(3), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.09.009>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal Of Traumatic Stress*, *5*(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

- Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. *Child abuse & neglect*, *149*, 106623. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106623>
- Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, M. A., Burton, C. D., Elliott, A., Iversen, L., McArdle, K., Murray, A., Phillips, L. H., & Black, C. (2015). Physical disease and resilient outcomes: a systematic review of resilience definitions and study methods. *Psychosomatics*, *56*(2), 168–180. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.10.005>
- Junqueira, M. de F. P. da S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos De Saúde Pública*, *19*(1), 227–235. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025>
- Kan, W., & Lejano, R. P. (2023). Relationality: The role of connectedness in the social ecology of resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(3), 2330. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032330>
- Karaca Dinç, P., Oktay, S., & Durak Batıgün, A. (2021). Mediation role of alexithymia, sensory processing sensitivity and emotional-mental processes between childhood trauma and adult psychopathology: a self-report study. *BMC psychiatry*, *21*(1), 508. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03532-4>
- Kick, L., Schleicher, D., Ecker, A., Kandsperger, S., Brunner, R., & Jarvers, I. (2024). Alexithymia as a mediator between adverse childhood events and the development of psychopathology: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1412229. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1412229>
- Leal, C. K. N., Souza, M. D. P., & Souza, M. L. (2018). Autorreflexão e insight como dimensões da autoconsciência privada: uma revisão da literatura. *Psico*, *49*(3), 231–241. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.3.26732>

- Livingston, V., Jackson-Nevels, B., Mitchell, B. D., & Riddick, P. M. (2025). Resilience, adversity, and social supports in childhood and adolescence. *Encyclopedia*, 5(3), 108. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5030108>
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2021). Cognitive-emotional processing in alexithymia: An integrative review. *Personality and Individual Differences*, 108, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110025>
- Lysaker, P. H., Hasson-Ohayon, I., Salvatore, G., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2024). Promoting mental health recovery through Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT): A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1389859. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1389859>
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2016). Children’s physical resilience outcomes: Meta-analysis of vulnerability and protective factors. *Development and Psychopathology*, 30(2), 537–556. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000326>
- Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
- Mertens, E., Deković, M., van Londen, M., Reitz, E., & Branje, S. (2022). Parallel changes in positive youth development and self-awareness: The role of emotional self-regulation, self-esteem, and self-reflection. *Prevention Science*, 23(7), 1189–1200. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01345-9>
- Mesman, J., et al. (2021). Resilience and mental health in children and adolescents: An overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 653–665. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01591-4>

- Messina, A., Beadle, JN, & Paradiso, S. (2014). Rumo a uma classificação da alexitimia: primária, secundária e orgânica. *Journal of Psychopathology*, 20 (1), 38–49.
- Modinos, G., Ormel, J., & Aleman, A. (2010). Self-reflection and positive schizotypy in the adolescent brain. *Schizophrenia Research*, 122(1–3), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.06.018>
- Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, M. A., & Lieberman, A. F. (2024). The relationships between resilience and child health behaviors in a national dataset. *Frontiers in Public Health*, 12, 1383563. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1383563>
- Nelson, C. A., Gabard-Durnam, L., & Danese, A. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*, 371, m3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Neves, A. N., Hirata, K. M., & Tavares, M. da C. G. C. F. (2015). Imagem corporal, trauma e resiliência: Reflexões sobre o papel do professor de Educação Física. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(1), 97–104. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0191805>
- Öksüz, E., Mersin, S., & Tangül Özcan, C. (2018). Experiências traumáticas na infância, alexitimia e resiliência em pacientes com transtorno de adaptação. *Gulhane Medical Journal*, 60(3), 97-102. <https://doi.org/10.26657/gulhane.00030>
- Olgun, A. Y., & Eroglu, M. Z. (2024). Os efeitos da alexitimia na autorreflexão e no insight no transtorno depressivo maior. *The Medical Bulletin of Haseki*, 62(5), 309–315. <https://doi.org/10.4274/haseki.galenos.2025.10096>
- Pasteuning, M., Van Harmelen, A.-L., Hauber, K., van Rooij, S. J. H., Geuze, E., Olf, M., & Bicanic, I. A. E. (2025). Childhood trauma mechanisms: An integrative review of a multimodal and

transdiagnostic pathway. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1495654.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1495654>

Pfeifer, J. H., Lieberman, M. D., & Dapretto, M. (2009). “I know you are but what am I?!”: Neural bases of self- and social knowledge retrieval in children and adults. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(9), 1902–1912. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21135>

Praceres, N., Parker, D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20) [Portuguese adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9–21.

Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Allan, A., Boyes, M., Chen, W., ... Gross, J. J. (2020). What is alexithymia? Using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity. *Journal of Personality*, 88(6), 1162–1176. <https://doi.org/10.1111/jopy.12563>

Preece, D. A., Mehta, A., Becerra, R., Chen, W., Allan, A., Robinson, K., Boyes, M., Hasking, P., & Gross, J. J. (2022). Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 296, 337–341. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.085>

Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 215, 112375. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112375>

Rok-Bujko P. (2021). Early life trauma - review of clinical and neurobiological studies. *Postepy psychiatrii neurologii*, 30(1), 37–44. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.106818>

- Ross, N., Gilbert, R., & Stein, A. (2020). Adverse childhood experiences: Assessing the impact on physical and psychosocial health in adulthood and the mitigating role of resilience. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1), e000750. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000750>
- Schaan, V. K., McCrory, E., Cheong, J., Donohue, R., Holmes, E. A., Patalay, P., Wolpert, M., et al. (2023). Protective factors for resilience in adolescence: Analysis of a longitudinal dataset using the residuals approach. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17, 87. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00687-8>
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2024). Psychological resilience to lifetime trauma and risk for cardiometabolic disease and mortality in older adults. *Psychological Science*, 35(1), 112–125. <https://doi.org/10.1177/09567976231214567>
- Sharma, P., Sen, M. S., Sinha, U. K., & Kumar, D. (2024). Childhood Trauma, Emotional Regulation, Alexithymia, and Psychological Symptoms Among Adolescents: A Mediation Analysis. *Indian journal of psychological medicine*, 02537176241258251. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/02537176241258251>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Stepanovic, S. (2024). Resilience to physical and emotional stress. *Human Research in Rehabilitation*, 14(1), 143–148. <https://doi.org/10.21554/hrr.042414>

- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191–199. <https://doi.org/10.1159/000287912>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 137–144. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1603>
- Webster, E. M., et al. (2022). Adverse childhood experiences and health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 10, 829345. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.829345>
- Weissman, D. G., Nook, E. C., Dews, A. A., Miller, A. B., Lambert, H. K., Sasse, S. F., Somerville, L. H., & McLaughlin, K. A. (2020). Low emotional awareness as a transdiagnostic mechanism underlying psychopathology in adolescence. *Clinical Psychological Science*, 8(6), 971–988. <https://doi.org/10.1177/2167702620923649>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

- Whitson, H. E., Duan-Porter, W., Schmader, K. E., Morey, M. C., Cohen, H. J., & Colón-Emeric, C. S. (2016). Physical Resilience in Older Adults: Systematic Review and Development of an Emerging Construct. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 71(4), 489–495. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv202>
- World Health Organization. (2020, June 2). *International Children's Day: New WHO report tells the stories of child trauma*. <https://www.who.int/europe/news/item/02-06-2020-international-children-s-day-new-who-report-tells-the-stories-of-child-trauma>
- World Health Organization. (2024, April 30). Child maltreatment. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Zhang, B., Li, X., Zhang, L., & Wang, L. (2023). Relationship between alexithymia, loneliness, resilience, and non-suicidal self-injury in adolescents with depression: A multi-center study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 445. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04552-7>

Anexos

Lista de Figuras

Figura 1

Modelo teórico para as relações entre o trauma infantil, a alexitimia, a capacidade de auto-reflexão/insight e a resiliência.

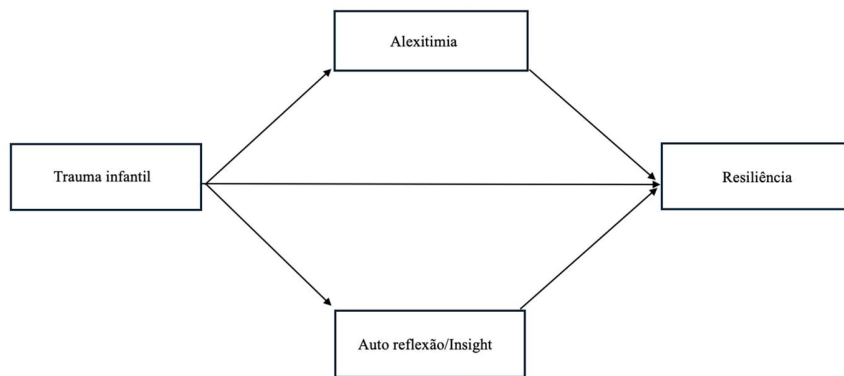
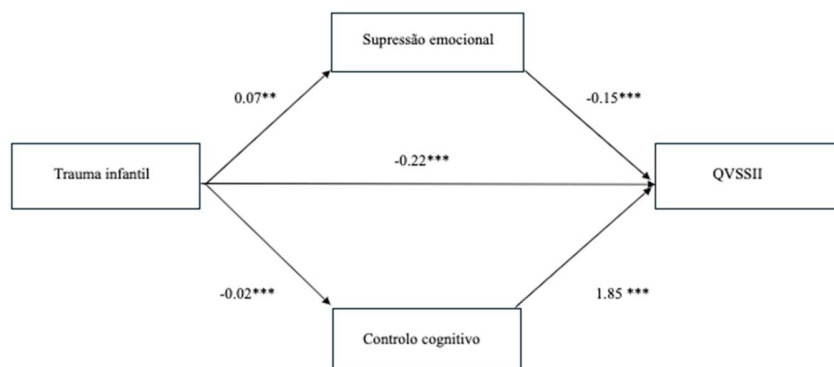


Figura 2

Modelo de mediação paralela entre trauma infantil, supressão emocional, controlo cognitivo e qualidade de vida associada a sintomas subjetivos de inflamação intestinal (QVSSII).



* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Lista de Tabelas

Tabela 1

Variáveis sociodemográficas e clínicas

| Variável | Contagem (%) |
|--|---------------------|
| Sexo | |
| Feminino | 219(69.6%) |
| Masculino | 127(30.4%) |
| Total | 418(100%) |
| Nacionalidade | |
| Portuguesa | 231(55.3%) |
| Brasileira | 169(40.4%) |
| Angolano | 13(3.1%) |
| Cabo-Verdiano | 2(0.5%) |
| Outros | 3(0.7%) |
| Habilitações literárias completas | |
| Ensino Secundário completo | 114(27.3%) |
| Ensino Secundário incompleto | 17(4.1%) |
| Licenciatura | 180(43.1%) |
| Mestrado | 93(22.2%) |
| Doutoramento | 14(3.3%) |
| Estado civil | |
| Casado com registo | 106(25.4%) |
| SolteiroDivorciado | 27(6.5%) |

Solteiro 282(67.5%)

Viúvo 3(0.7%)

Filhos

Sim 122(29.2%)

Não 296(70.8%)

Co-habitação

Sozinho 49(11.7%)

Familiares 184(44%)

Com companheiro(a)/esposo(a) 164(39.2%)

Amigos 4(1.0%)

Colegas de casa 17(4.1%)

Estatuto sócio-económico

Alto 10(2.4%)

Baixo 17(4.1%)

Médio 227(54.3%)

Médio-alto 84(20.1%)

Médio-Baixo 80(19.1%)

Doença física crónica

Sim 65(15.6%)

Não 353(84.4%)

Doença psicológica

Sim 76(18.2%)

Não 342(81.8%)

Acompanhamento psicológico

| | |
|-----|------------|
| Sim | 119(28.5%) |
| Não | 299(71.5%) |

Tabela 2

Médias e desvios-padrões para as variáveis trauma infantil, alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência.

| Variável | M | DP |
|-------------------------------|-------|-------|
| Trauma Infantil | 48.82 | 10.02 |
| Alexitimia | 50.15 | 12.63 |
| Auto-reflexão/ <i>Insight</i> | 85.83 | 14.88 |
| Resiliência | 57.64 | 12.71 |

Tabela 3

Correlações de Pearson entre as variáveis o trauma infantil, alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência.

| Variável | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------------|---|--------|---------|---------|
| 1. Trauma Infantil | - | 0.27** | -0.16** | -0.29** |
| 2. Alexitimia | | - | -0.66** | -0.43** |
| 3. Auto-reflexão/ <i>Insight</i> | | | - | 0.31** |
| 4. Resiliência | | | | - |

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Tabela 4

Coefficientes de regressão para as variáveis resposta alexitimia, capacidade de auto-reflexão/insight e resiliência.

| | | | | | IC | IC |
|--|----------|------|----------|-------------|--------------|---------------|
| Resposta: Alexitimia | <i>b</i> | EP | <i>t</i> | <i>p</i> | inferior | superior |
| Constante | 33.87 | 2.97 | 11.41 | 0.00 | 28.03 | 39.70 |
| Trauma infantil | 0.33 | 0.06 | 5.60 | 0.00 | 0.22 | 0.45 |
| Resposta: Auto-reflexão/Insight | | | | | | |
| Constante | 97.12 | 3.58 | 27.11 | 0.00 | 90.08 | 104.16 |
| Trauma infantil | -0.23 | 0.07 | -3.22 | 0.00 | -0.37 | -0.09 |
| Resposta: Resiliência | | | | | | |
| Constante | 82.01 | 6.84 | 11.99 | 0.00 | 68.56 | 95.47 |
| Trauma infantil | -0.24 | 0.06 | -4.16 | 0.00 | -0.35 | -0.13 |
| Alexitimia | -0.34 | 0.06 | -5.74 | 0.00 | -0.46 | -0.22 |
| Auto-reflexão/Insight | 0.05 | 0.05 | 1.03 | 0.30 | -0.05 | 0.15 |

E.P.=Erro padrão; IC= Intervalo de confiança

Tabela 5

Estimativas bootstrapped para os efeitos direto e indirectos.

| Efeitos | Efeito | EP | IC inferior | IC superior |
|-------------------------------|--------|------|--------------|--------------|
| Efeito direto | | | | |
| Trauma infantil → Resiliência | -0.24 | 0.06 | -0.36 | -0.13 |

Efeitos indiretos

| | | | | |
|---|-------|------|--------------|--------------|
| Total | -0.13 | 0.03 | -0.18 | -0.08 |
| Trauma infantil → Alexitimia → Resiliência | -0.11 | 0.03 | -0.17 | -0.06 |
| Trauma infantil → Auto-reflexão/ <i>Insight</i> → Resiliência | -0.01 | 0.01 | -0.04 | 0.01 |

EP=Erro padrão; I.C. = Intervalo de confiança.

Instrumentos/elementos de recolha de dados

Questionário Sócio-Demográfico

1. Qual a sua idade? _____ (em anos)
2. Indique o seu género
 - Feminino
 - Masculino
3. Qual é a sua nacionalidade?
 - Português
 - Brasileiro
 - Cabo-Verdiano
 - Angolano
 - Outra, qual? _____
4. Tem irmãos? Se sim, quantos? _____
5. Qual é o seu estado civil?
 - Casado/a com registo
 - Solteiro/a
 - Divorciado/a
 - Viúvo/a
6. Tem filhos?
 - Sim
 - Não
7. No momento atual, com quem vive?
 - Familiares
 - Amigos/as
 - Colegas de casa
 - Sozinho/a
 - Com companheiro/a e/ou esposo/a
8. Quais são as suas habilitações literárias?
 - Sem Estudos
 - Ensino secundário incompleto
 - Ensino Secundário completo
 - Licenciatura
 - Mestrado

- Doutoramento

9. Qual é o estatuto socioeconómico que o seu agregado familiar integra?

- Nível Baixo
- Nível Médio-Baixo
- Nível Médio
- Nível Médio Alto
- Nível Alto

10. Tem alguma doença crónica física diagnosticada pelo médico?

- Sim
 Não

11. Tem alguma doença psicológica/mental diagnosticada pelo médico?

- Sim
 Não

12. Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

- Sim
 Não

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Questionário de Trauma de Infância

Instrução:

Encontra abaixo um conjunto de afirmações sobre a sua infância. Por favor, classifique-as de acordo com o que viveu nessa fase da sua vida.

| Na minha infância e juventude... | | 1-NUNCA | 2-POUCAS VEZES | 3-ÀS VEZES | 4-MUITAS VEZES | 5-SEMPRE |
|----------------------------------|---------------------------------|---------|----------------|------------|----------------|----------|
| 1. | Eu não tinha comida suficiente. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |

| | | | | | | |
|-----|--|-------|--------------|----------|--------------|--------|
| 2. | Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 3. | As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.). | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 4. | Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 5. | Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 6. | Tinha que usar roupas sujas. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 7. | Senti-me amado(a). | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 8. | Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 9. | Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 10. | A minha família parecia quase perfeita. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 11. | Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 12. | Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |

| | | | | | | |
|-----|--|-------|--------------|----------|--------------|--------|
| 13. | As pessoas da minha família cuidavam umas das outras. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 14. | Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 15. | Acredito que fui fisicamente maltratado. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 16. | Tive uma ótima infância. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 17. | Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 18. | Sentia que na minha família alguém me odiava. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 19. | As pessoas da minha família eram unidas. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 20. | Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 21. | Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 22. | Tive a melhor família do mundo. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 23. | Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 24. | Alguém me assediou. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |

| | | | | | | |
|-----|---|-------|--------------|----------|--------------|--------|
| 25. | Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 26. | Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 27. | Acredito que fui abusado sexualmente. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |
| 28. | A minha família foi uma fonte de força e apoio. | Nunca | Poucas vezes | Às vezes | Muitas Vezes | Sempre |

Escala Alexitimia Toronto (TAS-20)

Instrução:

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de acordo com cada uma das seguintes afirmações, indicando em que medida as seguintes afirmações se aplicam geralmente a si, selecionando a resposta correspondente de (1-5) ao lado da afirmação.

| | | 1-DISCORDA TOTALMENTE | 2-SE DISCORDA EM PARTE | 3-SE NEM DISCORDA NEM CONCORDA | 4-SE CONCORDA EM PARTE | 5-SE CONCORDA TOTALMENTE |
|----|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a senti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 5. | Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Tenho sentimentos que não consigo identificar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | É essencial estar em contacto com as emoções. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Não sei o que se passa dentro de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Muitas vezes não sei porque estou zangado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Prefiro assistir a espetáculos ligeiros a dramas psicológicos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | É-me difícil revelar sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Posso sentir-me muito próximo de uma pessoa mesmo com momentos de silêncio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 19 | Considero útil o exame dos meus sentimentos na resolução de problemas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro faz com que se perca o prazer que proporcionam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Escala de Auto-reflexão e Insight (SRIS)

Instruções:

Leia as frases a seguir e circule a resposta que indica o grau em que você concorda ou discorda de cada uma das afirmações.

| | Discordo totalmente | Discordo | Discordo ligeiramente | Concordo ligeiramente | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|-----------------------|-----------------------|----------|---------------------|
| 1 Não costumo pensar sobre meus pensamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Não estou realmente interessado(a) em analisar meu comportamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 Geralmente tenho consciência de meus pensamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 Muitas vezes fico confuso sobre o que realmente sinto em relação às coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 É importante para mim avaliar as coisas que faço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 Geralmente, tenho uma ideia muito clara sobre porque me comportei de determinada maneira | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 Estou muito interessado(a) em examinar o que penso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|-----------|--|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Raramente dedico tempo à auto-reflexão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 | Muitas vezes estou ciente de que estou a vivenciar um sentimento, mas não sei exatamente o que é | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Examino meus sentimentos com frequência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | O meu comportamento muitas vezes confunde-me | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | É importante para mim tentar entender o que meus sentimentos significam | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Eu não penso sobre porquê que me comporto, da maneira que me comporto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Pensar sobre meus pensamentos deixa-me mais confuso | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Tenho uma necessidade clara de entender o funcionamento de minha mente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Com frequência, dedico tempo para refletir sobre meus pensamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Com frequência, acho difícil dar sentido ao que sinto em relação às coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | É importante para mim poder entender como meus pensamentos surgem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Penso com frequência na maneira como me sinto em relação às coisas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Geralmente sei por que me sinto da forma como me sinto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Escala de Resiliência Essencial (ERS)

Leia as frases a seguir e escolha a resposta que indica o grau em que você concorda ou discorda de cada uma das afirmações. Tente ser preciso, mas trabalhe com bastante rapidez. Não gaste muito tempo em nenhuma pergunta.

| | | Discordo totalmente | Discordo | Discordo ligeiramente | Concordo ligeiramente | Concordo | Concordo totalmente |
|---|--|---------------------|----------|-----------------------|-----------------------|----------|---------------------|
| 1 | As dificuldades e os sofrimentos raramente me detêm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 | Posso trabalhar continuamente durante muito tempo sem me sentir cansado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 | O meu corpo consegue recuperar rapidamente depois de estar fisicamente exausto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | Consigo continuar as minhas tarefas mesmo quando tenho muita sede ou fome. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 | Não importa o quão faminto ou sedento estou, recupero-me rapidamente depois de comer ou beber. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 | Considero-me uma pessoa emocionalmente “forte”. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | Sou capaz de lidar calmamente com acontecimentos grandes, inesperados e muito importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 | Tenho sempre esperança quando enfrento grandes dificuldades ou situações muito más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 | Sou capaz de ultrapassar rapidamente a tristeza e o sentimento de depressão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Consigo manter-me com os pés assentes na terra, quando me acontecem coisas extremamente boas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Sou capaz de manter boas relações durante muito tempo com pessoas mal-humoradas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Sou capaz de aprender com uma pessoa muito rígida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Acredito em mim mesmo quando sou repetidamente provocado, menosprezado e gozado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Acredito na verdade e na justiça quando sou injustiçado ou incriminado por outros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Ergo-me sempre rapidamente após grandes contratempos e fracassos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |