

Matheus Vercesi Chiquetto ¹
Carolina Baptista Menezes ¹
Fernanda Machado Lopes ¹

As relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, Mindfulness e sofrimento psicológico de adultos

The relationships between cognitive distortions, emotion regulation strategies, Mindfulness and the psychological distress in adults

RESUMO

As terapias cognitivo-comportamentais (TCC) consideram diversos processos como fatores transdiagnósticos envolvidos na manutenção e/ou prevenção de sofrimento psicológico. As distorções cognitivas (DC), estratégias de regulação emocional (ERE) e mindfulness (MD) representam alguns desses processos nas TCC. Este estudo investigou a relação entre DC, ERE e MD com o sofrimento psicológico e explorou a relação desses mecanismos entre si. Utilizou-se um método transversal com amostragem não probabilística. A coleta on-line ocorreu por meio da técnica bola de neve. As variáveis foram medidas individualmente por diferentes instrumentos. Participaram 217 brasileiros entre 18 e 61 anos. Os resultados das análises de regressão demonstraram que o aumento de DC e ERE desadaptativas e a diminuição de MD e ERE adaptativas predisseram o sofrimento psicológico. A análise de rede demonstrou inter-relação positiva entre DC e ERE desadaptativas, tendo elas apresentado relações negativas com MD. Não foram observadas relações significativas entre MD e ERE adaptativas. Esses achados demonstraram a especificidade dos processos como preditores em diferentes direções de sofrimento psicológico, bem como as interações deles entre si. A compreensão dessas relações permitiu estabelecer conexões teórico-metodológicas e demonstrou a possibilidade de combinação de intervenções clínicas para o tratamento de sofrimento psicológico considerando-se as perspectivas teóricas dos processos analisados.

Palavras-chave: Cognição, Regulação emocional, Atenção plena, Angústia psicológica.

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapies (CBT) consider several processes as transdiagnostic factors involved in the maintenance and/or prevention of psychological distress (PD). Cognitive distortions (CD), emotion regulation strategies (ERS) and mindfulness (MD) represent some of these processes in CBT. This study investigated the relationship of CD, ERS and MD with PD and explored the relationship of these mechanisms with each other. A cross-sectional method with non-probabilistic sampling was used. The online data collection took place through the snowball technique. Variables were measured individually by different instruments. 217 Brazilians between 18 and 61 years old participated. The results of the regression analyzes demonstrated that the increase in maladaptive CD and ERS and the decrease in adaptive MD and ERS predicted PD. The network analysis demonstrated the positive interrelationship between maladaptive CD and ERS, and they presented negative relationships with MD. No significant relationships were observed between MD and adaptive ERS. These findings demonstrate the specificity of the processes as predictors in different directions of PD, as well as their interactions with each other. The understanding of these relations allowed establishing theoretical-methodological connections and demonstrated the possibility of combining clinical interventions for the treatment of PD considering the theoretical perspectives of the analyzed processes.

Keywords: Cognition, Emotional Regulation, Mindfulness, Psychological Distress.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia -
Florianópolis - Santa Catarina - Brasil.

Correspondência:
Matheus Vercesi Chiquetto.
E-mail: matheuschiquetto@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de
Gestão de Publicações) da RBTC em 5 de Julho
de 2022. cod. 317.
Artigo aceito em 25 de Janeiro de 2023.

DOI: 10.5935/1808-5687.20230005

INTRODUÇÃO

O sofrimento psicológico consiste em um conjunto de sintomas mentais e físicos angustiantes que se associam a alterações normais de humor na maioria das pessoas. Em alguns casos, o sofrimento psicológico pode indicar o início do desenvolvimento de transtornos mentais, como transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade, esquizofrenia, transtorno de sintomas somáticos ou uma variedade de outras condições clínicas (American Psychiatric Association [APA], 2022).

No Brasil, as estimativas epidemiológicas associadas ao sofrimento psicológico demonstraram que a prevalência de depressão foi de 5,8% em 2015, equivalente a 11,5 milhões de pessoas, e de transtornos de ansiedade foi de 9,3%, equivalente a 18,6 milhões de pessoas (World Health Organization [WHO], 2017). Em 2018, a International Stress Management Association no Brasil (ISMA-BR) indicou que 72% dos brasileiros sofrem alguma sequela de estresse, sendo que, destes, 32% desenvolveram *burnout* (Rossi, 2022). Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou para um aumento na prevalência de depressão em comparação com os dados da World Health Organization (WHO) e estimou em 10,2% a população adulta diagnosticada com depressão, o que representa 16,3 milhões de brasileiros (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2022).

Em um período pandêmico e de isolamento social, a incidência ou agravamento de quadros associados ao sofrimento psicológico tendem a aumentar (Barros et al., 2020). O estudo transversal realizado por Barros et al. (2020), com 45.161 brasileiros durante a pandemia de covid-19 no Brasil, identificou que 40,4% dos participantes se sentiram tristes ou deprimidos durante o distanciamento social estipulado como medida preventiva da doença, e 52,6% relataram se sentir sempre ou quase sempre ansiosos. O aumento dos sintomas associados ao sofrimento psicológico durante a pandemia pôde ser observado em outro estudo longitudinal que acompanhou 2.314 brasileiros e demonstrou que os sintomas depressivos e de ansiedade tiveram um aumento de 6,6 e 7,4 vezes desde o início da pandemia de covid-19 (Feter et al., 2021).

Contudo, constata-se que o desenvolvimento de sofrimento psicológico pode ser influenciado por diversos fatores de risco, sendo alguns deles comuns a diferentes diagnósticos (Paiva et al., 2021). A busca pela identificação desses fatores ou processos comuns surgiu mediante o questionamento da classificação dos transtornos mentais e do considerável desenvolvimento de intervenções específicas para os diferentes transtornos (Almeida & Marinho, 2021).

Os principais questionamentos relacionados à classificação dos transtornos mentais estão baseados no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM). Esses problemas referem-se à patologização de normalidade por meio de pontos de corte arbitrários; ao diagnóstico baseado no julgamento subjetivo de um clínico, em vez de em medidas

objetivas; ao foco excessivo em sintomas; à formulação de categorias que descrevem grupos heterogêneos, ou seja, um grande número de combinações de sintomas que definem o mesmo diagnóstico; à necessidade de utilização do diagnóstico residual (“não especificado”) devido ao não enquadramento em nenhuma das categorias diagnósticas; e, à frequente comorbidade dos transtornos que se demonstra inconsistente com a noção de que os sintomas refletem uma entidade patológica latente, uma vez que podem ser compartilhados por diferentes diagnósticos (Hofmann & Hayes, 2020).

Nesse sentido, tem se desenvolvido a compreensão transdiagnóstica de fatores comuns relacionados ao sofrimento psicológico, cuja perspectiva busca se distanciar de categorizações diagnósticas para proporcionar uma visão dimensional das patologias (Almeida & Marinho, 2021). De modo semelhante, as abordagens das terapias cognitivo-comportamentais (TCC) têm proposto a existência de processos de manutenção e/ou prevenção similares a diversas perturbações mentais (Barlow et al., 2016). Todavia, há uma discussão recorrente a respeito da definição desses processos advindos de diferentes abordagens (Hofmann & Hayes, 2020), bem como sobre a possibilidade de integrar as intervenções baseadas em modelos teóricos distintos (Azevedo et al., 2022).

A concepção de muitos processos relacionados a manutenção, recuperação e prevenção de sofrimento psicológico foi inicialmente desenvolvida por meio do modelo cognitivo de Aaron Beck, do qual se baseia a terapia cognitiva (TC) (Beck, 2019). Esse modelo compreende que a cognição influencia emoções e comportamentos e facilita o processamento de informações no nível da percepção consciente e inconsciente. O processamento das informações pode ocorrer de modo enviesado, levando a consequentes respostas emocionais e comportamentais disfuncionais. Esses vieses de pensamento são definidos como distorções cognitivas (DC), que se caracterizam como erros de pensamento com tendência negativa e ocorrência persistente e autônoma, desempenhando papel central no processamento cognitivo ligado ao sofrimento psicológico (Oliveira et al., 2015).

Outro processo frequentemente associado ao desenvolvimento e/ou recuperação do sofrimento psicológico consiste nas estratégias de regulação emocional (ERE), derivadas da literatura de enfrentamento e abordadas não somente pela TC, mas também por outros modelos, como a terapia de aceitação e compromisso (ACT) e terapia comportamental dialética (DBT) (Almeida & Marinho, 2021). O processo de regulação emocional ocorre por meio de estratégias regulatórias de respostas emocionais com o objetivo de atingir um estado emocional considerado ideal pelo indivíduo. A tentativa de influenciar em si mesmo a frequência, a duração, a intensidade e outros aspectos das emoções por meio de diferentes estratégias pode ser mais ou menos eficaz (em atingir uma determinada meta de regulação) e adaptativo ou desadaptativo (com relação aos resultados associados às saúdes física e mental em longo

prazo) (Aldao & Plate, 2020).

Além desses processos, recentemente *mindfulness* disposicional (MD) tem sido outro fator amplamente abordado pela ACT e pela DBT, assim como em intervenções sistematizadas, como as intervenções baseadas em *mindfulness* (IBMs), a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT), o programa de redução do estresse baseado em *mindfulness* (MBSR) e prevenção de recaída baseada em *mindfulness* (Azevedo et al., 2022; Baer, 2020). O MD consiste no estado de estar atento e consciente ao que está acontecendo no momento presente, cuja capacidade varia entre os indivíduos e está associada ao bem-estar psicológico (Brown & Ryan, 2003). Esse estado consciente demonstra estar associado a melhor processamento emocional e inversamente relacionado a sintomas de sofrimento psicológico e processos cognitivos desadaptativos (Tomlinson et al., 2017).

O funcionamento desses processos como fatores associados à manutenção e/ou prevenção de sofrimento psicológico foi apoiado empiricamente por diferentes estudos que avaliaram individualmente a relação do sofrimento psicológico com DC (Mercan et al., 2021), ERE (Lasa-Aristu et al., 2019) e MD (Medvedev et al., 2018). No entanto, nenhum deles buscou explorar a relação conjunta desses processos com o sofrimento psicológico ou a relação deles entre si. Considerando se tratar de fatores associados à manutenção e/ou prevenção de sofrimento psicológico, e tendo em vista a emergente possibilidade de combinação de intervenções baseadas em processos centrais de diferentes TCC, o primeiro objetivo deste trabalho consistiu em investigar a relação das DC, das ERE e de MD com o sofrimento psicológico, enquanto o segundo objetivo tratou de explorar a relação desses processos entre si.

MÉTODO

DELINEAMENTO

Este foi um estudo descritivo-exploratório, quantitativo e transversal com amostragem não probabilística.

PARTICIPANTES

Participaram 217 adultos brasileiros. Foram incluídos indivíduos na faixa etária entre 18 anos e 61 anos, com ensino médio completo e que concordaram em participar de uma pesquisa *on-line*. Foram excluídos os questionários incompletos.

INSTRUMENTOS

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

O questionário elaborado para esta pesquisa foi composto por oito perguntas fechadas com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e o histórico clínico dos participantes. Foram incluídas questões sobre idade, gênero, estado civil, estado de residência e grau de escolaridade, realização de

psicoterapia em algum momento da vida, se estava realizando psicoterapia no período da pesquisa e se fazia uso de medicação para transtorno mental.

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE-21 (DASS-21)

Foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) para verificar sintomas de depressão, ansiedade e estresse por meio de 21 itens divididos em três subescalas: depressão, ansiedade e estresse. A escala de resposta é do tipo Likert de quatro pontos que variam de 0 (“não se aplicou de maneira alguma”) a 3 (“aplicou-se muito ou na maior parte do tempo”). Os valores indicam a severidade e a frequência dos sintomas, que podem ser classificados como normais, leves, moderados, severos e extremos. A adaptação e validação da versão brasileira apresentou boa consistência interna total, com valor alfa de Cronbach de 0,95 na escala total e de 0,92, 0,86 e 0,90 nas subescalas de depressão, ansiedade e estresse, respectivamente (Vignola & Tucci, 2014).

QUESTIONÁRIO DE DISTORÇÕES COGNITIVAS (CD-QUEST)

O CD-Quest foi desenvolvido e validado por Oliveira et al. (2015) com o objetivo de avaliar o nível de distorções cognitivas por meio de 15 itens. A escala de resposta é do tipo Likert de cinco pontos que avaliam simultaneamente a frequência e a intensidade das distorções, variando de 0 (“não ocorreu” e “nem um pouco”) a 5 (“quase todo o tempo” e “muito – mais de 70%”). Cada item refere-se a uma distorção cognitiva distinta e o escore global permite classificar as distorções entre ausentes/mínimas, leves, moderadas e graves. Para a população brasileira, o CD-Quest apresentou consistência interna adequada, com alfa de Cronbach de 0,85, bem como a consistência interna das subescalas frequência com 0,91 e intensidade com 0,89 (Oliveira et al., 2015).

QUESTIONÁRIO DE REGULAÇÃO EMOCIONAL COGNITIVA (CERQ)

O CERQ foi elaborado por Garnefski et al. (2001) para verificar a utilização de estratégias cognitivas de regulação da emoção diante de experiências emocionais negativas. É composto por 36 itens com um formato de resposta escalar de tipo Likert de cinco pontos que variam entre 1 (“quase nunca”) e 5 (“quase sempre”). O instrumento avalia nove estratégias de regulação emocional cognitivas, sendo cinco adaptativas e quatro desadaptativas. Sendo elas, respectivamente com seus valores de alfa de Cronbach: aceitação (0,81), colocar em perspectiva (0,79), focar em aspectos positivos (0,86), focar no planejamento (0,71), reavaliação positiva (0,77), autculpabilização (0,86), catastrofização (0,73), culpabilização dos outros (0,88) e ruminação (0,85). Cada estratégia se refere a um fator, sendo que, quanto maior a média do fator, mais frequente é

a utilização da estratégia. Na versão brasileira, o CERQ apresentou validade e consistência interna adequadas, com o alfa de Cronbach variando entre 0,71 e 0,88 (Schäfer et al., 2018).

ESCALA DE ATENÇÃO E CONSCIÊNCIA PLENAS (MAAS)

A escala foi desenvolvida por Brown e Ryan (2003) com o objetivo de avaliar MD. É composta por 15 itens com escala de resposta do tipo Likert de seis pontos que variam entre 1 (“quase sempre”) e 6 (“quase nunca”). Por se tratar de uma escala unidimensional, todos os itens medem MD, sendo que valores maiores refletem níveis mais altos de MD, enquanto valores menores indicam níveis mais baixos. A versão brasileira da MAAS demonstrou medidas de confiabilidade e validade satisfatórias, com alfa de Cronbach de 0,83 (Barros et al., 2015).

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob protocolo CAAE 46870221.0.0000.0121. Devido ao contexto de pandemia por covid-19, a coleta de dados foi realizada de forma *on-line* por meio da plataforma *Survey-Monkey*[®], que permite a elaboração de formulários e facilita o gerenciamento de dados. O convite para a pesquisa foi divulgado em grupos e páginas das redes sociais Facebook, Instagram e WhatsApp, com uma apresentação do estudo e o endereço eletrônico de acesso ao formulário. Ao acessar o endereço eletrônico, os participantes foram conduzidos à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aqueles que consentiram digitalmente com os termos de participação tiveram o acesso liberado para o preenchimento do formulário, que continha todos os instrumentos descritos, cujo tempo médio de resposta era de 40 minutos. A técnica bola de neve adotada para alcançar mais participantes, desse modo, foi solicitado que os respondentes encaminhassem o convite da pesquisa para outros possíveis participantes. A coleta foi realizada durante os meses de julho, agosto e setembro de 2021.

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos a procedimentos estatísticos na versão 21 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A maioria das variáveis apresentou distribuição normal com valores dentro dos parâmetros aceitáveis de assimetria e curtose (entre -1 e +1). As variáveis depressão e ansiedade foram submetidas à transformação logarítmica para atender aos parâmetros de normalidade. Com o objetivo de caracterizar a amostra, foram utilizadas análises de frequência, média e desvio padrão. Para investigar se DC, ERE e MD poderiam prever os índices de depressão, ansiedade e estresse, foi utilizada a análise de regressão linear múltipla por meio do método *stepwise*. Foram verificados e atendidos os pressupostos de normalidade dos resíduos com valores dos coeficientes de assimetria e curtose

(entre -1 e +1) e de independência dos resíduos com valores para a estatística de *Durbin-Watson* (entre 1,5 e 2,5) (Figueiredo et al., 2011).

Posteriormente, foi conduzida uma análise de rede por meio da versão 0.16.1 do *Jeffreys' Amazing Statistics Program* (JASP) para verificar as relações entre DC, ERE e MD e depressão, ansiedade e estresse. A rede foi estimada por meio do Modelo Gráfico Gaussiano (GGM) usando o algoritmo *Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (GLasso), que aprimora o modelo ao estimar valores pequenos como zero, bem como o índice de ajuste *Extended Bayesian Criterion* (EBIC) para gerar um modelo com menor resíduo (Leme et al., 2020). Nesse modelo, as relações representadas se dão após o condicionamento de todas as variáveis entre si, dessa forma, a conexão entre duas variáveis representa uma correlação que não pode ser explicada por outras variáveis da rede. As variáveis são representadas por nodos (círculos) e as relações estimadas entre elas por arestas (linhas). Os nodos são posicionados com base na força das suas associações e a espessura das arestas indica a magnitude da conexão entre eles, além disso, a cor das arestas demonstra a direção da relação, sendo a cor azul para relações positivas e vermelha para negativas (Bergh, 2018).

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 217 participantes com idades entre 18 e 61 anos ($M = 28,33$; $DP = 7,75$), predominantemente do gênero feminino (57%), e residentes das regiões Sul ($n = 182$), Sudeste ($n = 28$), Nordeste ($n = 7$) e Centro-Oeste ($n = 2$) do Brasil. Quanto ao estado civil, 74% eram solteiros, 23% casados/união estável, 2% divorciados/separado e 1% viúvos. Além disso, 30% da amostra possuía ensino superior completo. Com relação ao histórico clínico, 73% já haviam realizado psicoterapia, 35% estavam realizando psicoterapia no período da pesquisa e 17% faziam uso de psicofármacos. As médias e os desvios padrão do DASS-21, CD-Quest, CERQ e MAAS são apresentados na Tabela 1.

ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

As análises de regressão linear múltipla foram realizadas separadamente para cada uma das variáveis dependentes a fim de verificar se DC, ERE e MD são preditores de depressão, ansiedade e estresse.

Os resultados da análise apresentaram um modelo estatisticamente significativo para prever depressão [$F(4,212) = 35,032$; $p < 0,001$; $R^2_{ajus} = 0,387$]. Os preditores foram CD-Quest ($\beta = 0,251$; $t = 3,668$; $p < 0,001$), escala de foco positivo CERQ ($\beta = -0,257$; $t = -4,559$; $p < 0,001$), MAAS ($\beta = -0,204$; $t = -3,504$; $p < 0,001$) e escala de catastrofização CERQ ($\beta = 0,183$; $t = 2,755$; $p < 0,05$). O modelo de regressão foi dado

Tabela 1. Médias, desvios-padrão, frequências absolutas e relativas dos escores dos instrumentos.

Instrumento	M (DP) N (%)
DASS-21 (total)	52,28 (30,76)
Depressão DASS-21*	
Normal	78 (35,94)
Suave	21 (9,67)
Moderado	43 (19,81)
Forte	22 (10,13)
Extremamente grave	53 (24,42)
Ansiedade DASS-21*	
Normal	80 (36,86)
Suave	17 (7,83)
Moderado	30 (13,82)
Forte	11 (5,06)
Extremamente grave	79 (36,40)
Estresse DASS-21*	
Normal	60 (27,64)
Suave	38 (17,51)
Moderado	37 (17,05)
Forte	38 (17,51)
Extremamente grave	44 (20,27)
CD-Quest (total)	24,42 (15,22)
Ausente/mínima*	77 (35,48)
Leve*	73 (33,64)
Moderada*	52 (23,96)
Grave*	15 (6,91)
CERQ	
Aceitação	13,61 (3,49)
Colocar em perspectiva	12,90 (4,13)
Focar em aspectos positivos	10,96 (3,84)
Focar no planejamento	13,81 (3,54)
Reavaliação positiva	14,45 (4,02)
Autoculpabilização	12,73 (3,89)
Catastrofização	9,62 (4,24)
Culpabilização dos outros	8,73 (3,84)
Ruminação	14,22 (3,72)
MAAS	51,74 (14,91)

Nota. *Para os pontos de corte do DASS-21 e do CD-Quest foram apresentadas as frequências absolutas e relativas (em parênteses), em vez de médias e desvios-padrão.

por: (depressão) = 1,324 + 0,007 x CD-Quest - 0,030 x foco positivo - 0,006 x MAAS + 0,019 x catastrofização. Esse resultado sugere que os sintomas de depressão eram maiores em decorrência de maiores níveis de DC e catastrofização, e menores em decorrência de foco positivo e MD.

A análise também resultou em um modelo estatisticamente significativo para prever ansiedade [F(2, 214) = 41,893; $p < 0,001$; $R^2_{ajus} = 0,275$]. Os preditores foram CD-Quest ($\beta = 0,373$; $t = 5,941$; $p < 0,001$) e MAAS ($\beta = -0,259$; $t = -4,126$; $p < 0,001$). O modelo de regressão foi dado por: (ansiedade) = 1,099 + 0,012 x CD-Quest - 0,009 x MAAS. Esse resultado indica que os sintomas de ansiedade eram maiores se houvessem níveis maiores de DC e menores de MD.

Para prever estresse, a análise resultou em modelo com valores estatisticamente significativos [F(5, 211) = 30,329; $p < 0,001$; $R^2_{ajus} = 0,404$]. Os preditores foram CD-Quest ($\beta = 0,237$; $t = 3,600$; $p < 0,001$), MAAS ($\beta = -0,241$; $t = -4,150$; $p < 0,001$), escala de culpabilização dos outros CERQ ($\beta = 0,184$; $t = 3,081$; $p < 0,005$), escala de ruminação CERQ ($\beta = 0,182$; $t = 2,987$; $p < 0,005$) e escala de reavaliação positiva CERQ ($\beta = -0,121$; $t = -2,110$; $p < 0,05$). O modelo de regressão foi dado por: (estresse) = 19,324 + 0,171 x CD-Quest - 0,178 x MAAS + 0,524 x culpabilização dos outros + 0,534 x ruminação - 0,328 x reavaliação positiva. Esses resultados indicam que os sintomas de estresse eram maiores se houvessem níveis maiores de DC, culpabilização dos outros e ruminação, e níveis menores de MD e reavaliação positiva.

ANÁLISE DE REDE

A análise de rede foi realizada para verificar as relações entre DC, ERE e MD, estresse, ansiedade e depressão. Em relação à estrutura da rede, observa-se aproximações que sugerem a possível formação de três grupos, um composto por depressão, ansiedade e estresse (nodos 1, 2 e 3), outro por DC e ERE desadaptativas (nodos 4, 10, 11, 12 e 13), e outro por ERE adaptativas (nodos 5, 6, 7, 8 e 9), sendo que MD (nodo 14) encontra-se posicionado entre os dois primeiros grupos citados.

As arestas azuis indicam que o peso da relação é positivo, ou seja, as variáveis de cada grupo apresentaram relações positivas entre si. A respeito das relações entre variáveis de grupos distintos, observa-se que depressão, ansiedade e estresse apresentaram relações positivas com DC e ERE desadaptativas. Contudo, as ERE desadaptativas de autoculpabilização, culpabilização dos outros e ruminação também se relacionaram positivamente com a ERE adaptativa de aceitação.

Por sua vez, as arestas de cor vermelha indicaram relações negativas entre depressão e ERE adaptativas. A catastrofização também apresentou relações negativas com focar no planejamento e reavaliação positiva. Houve uma relação negativa entre DC e reavaliação positiva. Ainda, o MD apresentou relações negativas com depressão, estresse e ansiedade, distorções cognitivas, autoculpabilização e ruminação.

Além de indicar a valência das relações, as arestas indicam sua magnitude. Quanto maior o peso dos itens, mais espessa é a aresta entre os nodos. As arestas que apresentaram os maiores pesos foram aquelas entre estresse e ansiedade (0,446), e entre focar no planejamento e reavaliação positiva (0,489). As relações entre essas variáveis eram esperadas por se tratar de fatores que compõem os mesmos instrumentos. Os demais valores de cada aresta podem ser observados detalhadamente na Figura 1.

DISCUSSÃO

O primeiro objetivo deste estudo foi investigar a relação de DC, ERE e MD com o sofrimento psicológico. Os resultados indicaram esses processos como preditores significativos de sofrimento psicológico, porém com direções diferentes, as quais serão exploradas adiante. Em geral, as DC e MD demonstraram ser os principais preditores, mas também foram identificados efeitos significativos de ERE específicas sobre os níveis de sofrimento psicológico. O segundo objetivo foi verificar a relação desses processos entre si. A inter-relação dos mecanismos pôde ser observada pela proximidade e linearidade positiva entre DC e ERE desadaptativas, bem como negativa com ERE adaptativas. O MD se relacionou negativamente com DC e ERE desadaptativas, e não apresentou relações significativas com ERE adaptativas.

Os resultados das análises de regressão múltipla indicaram que, entre o conjunto de variáveis inseridas nos modelos de análise, as DC demonstraram a maior relevância para prever depressão, ansiedade e estresse. Esses achados são consistentes com a perspectiva da TC de que as DC desempenham papel significativo no sofrimento psicológico (Beck, 2019). Ademais, os resultados são consistentes com as evidências de outros estudos empíricos que identificaram a relação prospectiva dos níveis elevados de DC com maiores níveis de depressão, ansiedade e estresse (Farrell et al., 2004; Mercan et al., 2021).

As análises também demonstraram que MD se apresentou como um preditor significativo de sofrimento psicológico na medida em que menores níveis de MD se associaram com maiores sintomas de depressão, ansiedade e estresse. A relação encontrada entre MD e sofrimento psicológico condiz com as perspectivas teóricas de MD que estabelecem como foco central a necessidade de desenvolvimento das competências de MD para promover melhoras no humor e na saúde mental (Baer, 2020; Tomlinson et al., 2017). Essa relação também apresenta concordância com pesquisas empíricas anteriores que evidenciaram a associação entre menores sintomas de depressão, ansiedade e estresse e nível elevado de MD (Medvedev et al., 2018; Mennitto et al., 2020).

Embora o efeito de MD no sofrimento psicológico tenha sido menor em comparação com as DC, ambos foram as variáveis independentes que demonstraram maior influência

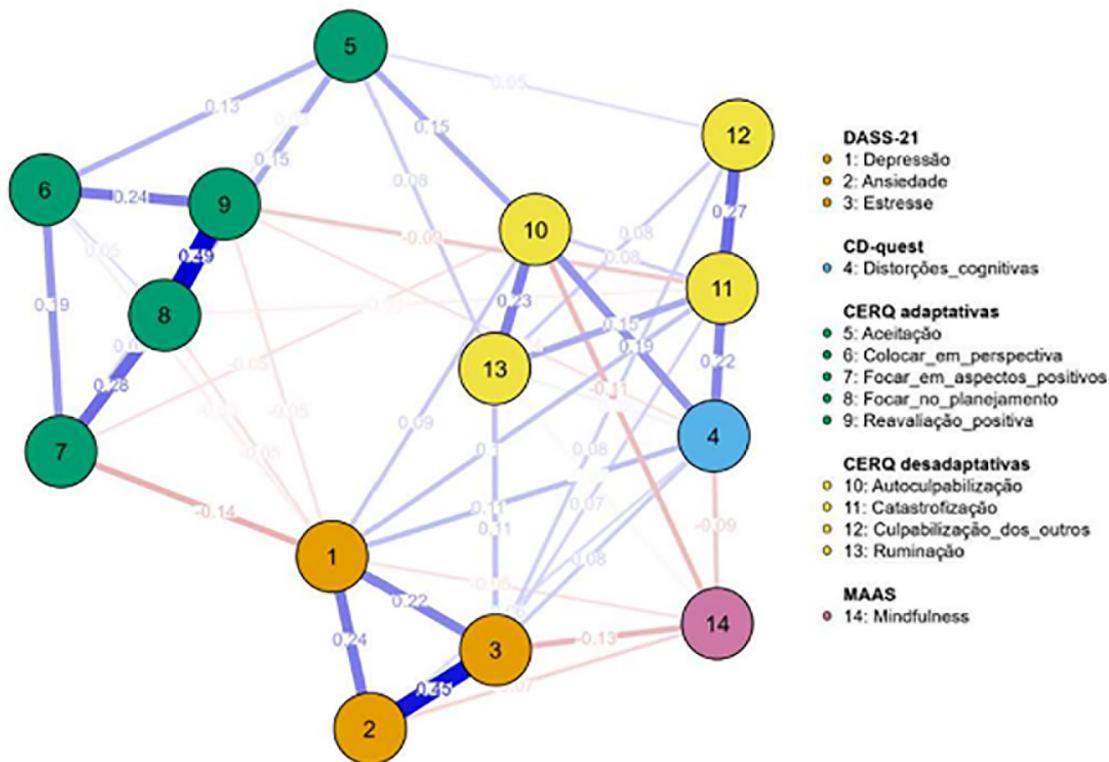


Figura 1. Gráfico de rede de relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, mindfulness, depressão, ansiedade e estresse.

nos sintomas de sofrimento psicológico – as DC apresentaram uma relação linear positiva, enquanto o MD uma relação linear negativa. Esses achados sugerem que a diminuição de DC e o desenvolvimento de MD parecem ser uma combinação relevante para a redução dos sintomas de sofrimento psicológico. Desse modo, as intervenções clínicas com foco na redução de DC implementadas em conjunto com intervenções focadas no desenvolvimento de MD poderiam potencializar o tratamento de sintomas de sofrimento psicológico. Como demonstrado em estudos anteriores, os processos metacognitivos envolvidos nas intervenções voltadas para o monitoramento e modificação de DC parecem ser facilitados pelo MD (Baer, 2020; Su & Shum, 2019). Estudos experimentais devem ser conduzidos para verificar os efeitos dessa hipótese.

Além de demonstrar que os níveis de DC e MD predizem o sofrimento psicológico, as análises também evidenciaram especificidades em relação às ERE. Entre as nove estratégias, apenas focar em aspectos positivos e catastrofização foram significativas para prever depressão. As estratégias de culpabilização dos outros, ruminação e reavaliação positiva foram significativas para prever estresse. Nenhuma delas foi significativa para prever ansiedade. As demais estratégias de autculpabilização, aceitação, colocar em perspectiva e focar no planejamento não foram significativas em nenhum dos modelos analisados.

As relações prospectivas encontradas entre ERE e sofrimento psicológico corroboram a literatura em alguns aspectos e divergem em outros. No caso da depressão, a catastrofização é frequentemente identificada como um preditor positivo, enquanto o foco positivo é identificado como preditor negativo (Dominguez-Lara, 2017; Wang et al., 2021). Como indicam esses estudos, catastrofizar as consequências emocionais e a dificuldade de focar em aspectos positivos da experiência emocional podem contribuir com a manutenção dos sintomas depressivos, uma vez que estão atrelados à desesperança e ao foco predominantemente negativo dos acontecimentos de vida.

Quanto ao estresse, a relação positiva com ruminação e culpabilização dos outros, e negativa com reavaliação positiva também são consistentes com a literatura empírica (Gliebe, 2012; Martin & Dahlen, 2005; Sakakibara & Kitahara, 2016). Esses achados indicam que os pensamentos repetitivos e a tendência de culpar os outros pelos aspectos negativos da experiência emocional, bem como a dificuldade em atribuir novos significados à experiência, podem influenciar a relação do indivíduo com o ambiente, gerando o estresse. Destaca-se que a ruminação pode ser identificada como foco de intervenção principalmente em terapias como a MBCT e a terapia metacognitiva (MCT) (Watkins & Roberts, 2020), enquanto a reavaliação é uma estratégia essencialmente abordada pela TC (Aldao & Plate, 2020).

No que diz respeito à ansiedade, diversos estudos identificaram as ERE como variáveis preditoras independentes, com destaque para a catastrofização, a ruminação e a

aceitação (Ataman & Da , 2014; Martin & Dahlen, 2005; Wang et al., 2021). Neste estudo, porém, os resultados indicaram que, quando inseridas no modelo de regressão com DC e MD, nenhuma delas contribuiu para a explicação do modelo de ansiedade. Vale destacar que, embora a aceitação seja um construto teórico central para várias psicoterapias, por exemplo, DBT e ACT (Aldao & Plate, 2020), essa estratégia não apresentou significância para prever os indicadores de sofrimento psicológico quando inserida com as demais variáveis.

Ainda que a linearidade das relações entre ERE e sofrimento psicológico tenha corroborado a literatura, as divergências observadas referem-se à especificidade das estratégias, uma vez que os modelos obtidos por outros estudos identificaram diferentes conjuntos de estratégias significativas. Essas diferenças podem estar associadas à caracterização das amostras ou à utilização de medidas distintas para avaliar os indicadores de depressão, ansiedade e estresse. Contudo, os resultados aqui apresentados parecem apoiar o entendimento de que o sofrimento psicológico é caracterizado pelo aumento de ERE desadaptativas e redução de ERE adaptativas (Lasa-Aristu et al., 2019).

A respeito dos resultados obtidos pela análise de redes, observou-se que houve uma aproximação por meio de correlações positivas entre DC e ERE desadaptativas, a qual pode ser justificada por certa sobreposição conceitual de alguns itens avaliados pelo CD-Quest com as ERE desadaptativas avaliadas pelo CERQ. Por exemplo, os itens 2 (“previsão do futuro – também denominada catastrofização”) e 13 (“culpar – outros ou a si mesmo”) do CD-Quest assemelham-se às estratégias de catastrofização e autculpabilização ou culpabilização dos outros avaliadas pelo CERQ. No entanto, ressalta-se que as ERE estão voltadas para a avaliação de respostas emocionais em vez de eventos externos (Garnefski et al., 2001; Schäfer et al., 2018). Em contrapartida, observou-se um distanciamento entre DC e ERE adaptativas devido à ausência de correlações. Ainda que o uso de ERE adaptativas em laboratório tenha demonstrado a redução da experiência negativa provocada pelas DC (Dixon et al., 2020), a ausência de correlação observada pode estar relacionada às implicações envolvidas nos processos de seleção e implementação das estratégias, dado que saber utilizar as ERE adaptativas não implica sua utilização no cotidiano (McRae & Gross, 2020).

Acerca de MD, observou-se relação negativa com DC, resultado consistente com as características antagônicas desses construtos. Enquanto as DC apresentam características de um modo irrefletido, automático, inflexível e constantemente negativo em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo (Beck, 2019), o MD se associa à desvinculação do envolvimento com pensamentos e sentimentos acerca do passado ou do futuro, maior aceitação, ausência de julgamentos, conexão e abertura para o momento presente (Kabat-Zinn, 2015). A relação inversa entre MD e padrões cognitivos negativos foi verificada por outros estudos que evidenciaram, por exemplo, que maior

consciência e menor avaliação negativa, apego e julgamento de pensamentos protegem contra padrões ruminativos e catastróficos (Tomlinson et al., 2017). Ademais, intervenções clínicas direcionadas ao desenvolvimento de MD demonstram estar associadas ao decréscimo de DC (Webb & Lahey, 2019).

Por sua vez, a correlação negativa observada entre MD e ERE desadaptativas, bem como a ausência de correlações entre MD e ERE adaptativas, parecem menos claras. Em uma revisão realizada por Guendelman et al. (2017), os estudos que exploraram a relação entre MD e regulação emocional, em geral, sugerem uma tendência negativa de MD com ERE desadaptativas, e positiva com as ERE adaptativas (Guendelman et al., 2017). Os resultados desta pesquisa evidenciaram a tendência de relação negativa de MD com as ERE desadaptativas, contudo, a relação com as ERE adaptativas não foi identificada.

Esses achados podem ser justificados pelos estudos empíricos dedicados à investigação do MD sem intervenção clínica, cujos resultados mais proeminentes referem-se à identificação de associações negativas entre MD e padrões cognitivos desadaptativos (Tomlinson et al., 2017). Já a relação de MD com as ERE adaptativas parece ser mais evidente em estudos que exploram os resultados de intervenções psicoterapêuticas baseadas em *mindfulness*, que além de contribuir para elevar a linha de base do MD (Quaglia et al., 2016), estimulam os participantes a utilizarem ERE adaptativas por meio de práticas como a aceitação, por exemplo (Guendelman et al., 2017).

Em suma, esses achados demonstram que os processos provenientes de diferentes TCC foram capazes de prever o sofrimento psicológico com algumas especificidades e podem estar associados entre si. Essas evidências reafirmam a concepção de que os mecanismos analisados são processos transdiagnósticos comuns à manutenção e à prevenção de diferentes tipos de sofrimento psicológico (Almeida & Marinho, 2021). Todavia, cabe aos profissionais considerarem a integração de elementos distintos na prática clínica, levando em conta as suas especificidades teóricas e metodológicas (Azevedo et al., 2022).

Existem alguns fatores que limitaram este estudo. Primeiro, o desenho transversal não permitiu identificar a causalidade dos fatores relacionados. As relações entre DC, ERE e MD podem ser exploradas futuramente por estudos experimentais e longitudinais. Em segundo lugar, este estudo se baseou no autorrelato dos participantes durante a pandemia de covid-19, então os resultados podem ter sido influenciados por esse contexto. Por fim, o estudo não utilizou uma amostra populacional aleatória, portanto, os resultados podem não ser generalizáveis ou aplicáveis a outras populações. Estudos com amostras mais representativas são necessários para confirmar esses achados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de pesquisas anteriores terem investigado as relações individuais das DC, ERE e do MD com o sofrimento psicológico (Lasa-Aristu et al., 2019; Medvedev et al., 2018;

Mercan et al., 2021), nenhuma delas analisou esses processos em conjunto ou verificou a relação desses mecanismos entre si. Os achados deste estudo demonstraram que os processos analisados foram capazes de prever o sofrimento psicológico com algumas especificidades e indicaram a proximidade e linearidade das relações entre eles.

A relação preditiva entre DC, ERE e MD com os sintomas de depressão, ansiedade e estresse condiz com a perspectiva transdiagnóstica desses processos, que são foco de intervenção em diferentes TCC (Almeida & Marinho, 2021; Cludius et al., 2020; Geurts et al., 2021). No que diz respeito à relação entre si, os processos se relacionaram de forma consistente com os seus respectivos modelos teóricos (Aldao & Plate, 2020; Beck, 2019; Kabat-Zinn, 2015).

Mais estudos são necessários para formar um quadro confiável de como esses processos interagem com a manutenção e/ou prevenção do sofrimento psicológico e sobre a interação desses processos entre si. Este estudo, porém, pode contribuir para pesquisas futuras e levar a *insights* sobre como esses processos estão relacionados, além de possibilitar o suporte para o uso combinado de intervenções direcionadas com o objetivo de otimizar os resultados terapêuticos de pacientes em sofrimento psicológico.

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Matheus Vercesi Chiquetto, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, área de concentração Saúde e Desenvolvimento Psicológico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

REFERÊNCIAS

- Aldao, A., & Plate, A. J. (2020). Enfrentamento e regulação emocional. In S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos* (pp. 205-211). Artmed.
- Almeida, D., & Marinho, G. (2021). Terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica: Uma revisão da literatura. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 979-990.
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *APA dictionary of psychology*. <https://dictionary.apa.org/>
- Ataman, T. E., & Dağ, İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. *Klinik Psikiyatri*, 17(1), 7-17.
- Azevedo, M. L., Bortolatto, M. O., Bizarro, L., & Lopes, F. M. (2022). Terapias comportamentais e cognitivas: Ondas do mesmo mar ou praias diferentes? *Revista Psicologia em Pesquisa*, 16(2), 1-23.
- Baer, R. (2020). Prática de *mindfulness*. In S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos* (pp. 308-317). Artmed.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853.
- Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2015). Validity evidence of the Brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 87-95.

- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., ... Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020427.
- Beck, A. T. (2019). A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16-20.
- Bergh, D. V. D. (2018). *How to perform a network analysis in JASP*. <https://jasp-stats.org/2018/03/20/perform-network-analysis-jasp/>.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 37-42.
- Dixon, M. L., Moodie, C. A., Goldin, P. R., Farb, N., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation in social anxiety disorder: Reappraisal and acceptance of negative self-beliefs. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(1), 119-129.
- Dominguez-Lara, S. (2017). Influencia de las estrategias cognitivas de regulacion emocional sobre ansiedad y depresión en universitarios: Análisis preliminar. *Salud Uninorte Barranquilla*, 33(3), 315-321.
- Farrell, S. P., Hains, A. A., Davies, W. H., Smith, P., & Parton, E. (2004). The impact of cognitive distortions, stress, and adherence on metabolic control in youths with type 1 diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 34(6), 461-467.
- Feter, N., Caputo, E. L., Doring, I. R., Leite, J. S., Cassuriaga, J., Reichert, F. F., ... Rombaldi, A. J. (2021). Sharp increase in depression and anxiety among Brazilian adults during the COVID-19 pandemic: Findings from the PAMPA cohort. *Public Health*, 190, 101-107.
- Figueiredo, D., Filho, Nunes, F., Rocha, E. C., Santos, M. L., Batista, M., & Silva, J. A., Jr. (2011). O que fazer e o que não fazer com a regressão: Pressupostos e aplicações do modelo linear de mínimos quadrados ordinários (MQO). *Revista Política Hoje*, 20(1), 44-99.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.
- Geurts, D. E. M., Haegens, N. M., Van Beek, M. H. C. T., Schroevers, M. J., Compen, F. R., & Speckens, A. E. M. (2021). Putting mindfulness-based cognitive therapy to the test in routine clinical practice: A transdiagnostic panacea or a disorder specific intervention? *Journal of Psychiatric Research*, 142, 144-152.
- Gliebe, S. K. (2012). *A study of the relationship between cognitive emotion regulation, optimism, and perceived stress among selected teachers in Lutheran schools* [doctoral thesis]. Concordia University Chicago and the Lutheran Education Association.
- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Frontiers in Psychology*, 8(1), 1-23.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2020). História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. In Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas* (pp. 7-18). Artmed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). *Pesquisa nacional de saúde 2019*. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481-1483.
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F. P., Amor, P. J., Domínguez-Sánchez, F. J., Fe, M., ... Abad, S. (2019). Los perfiles de la regulación cognitiva de las emociones y su asociación con los rasgos emocionales. *Clínica y Salud*, 30(1), 33-39.
- Leme, D. E. C., Alves, E. V. C., Lemos, V. C. O., & Fattori, A. (2020). Análise de redes: Uma abordagem de estatística multivariada para pesquisas em ciências da saúde. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 14(1), 43-51.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249-1260.
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9.
- Medvedev, O. N., Norden, P. A., Krägeloh, C. U., & Siegert, R. J. (2018). Investigating unique contributions of dispositional mindfulness facets to depression, anxiety, and stress in general and student populations. *Mindfulness*, 9(6), 1757-1767.
- Mennitto, S., Ditto, B., & Costa, D. (2020). The relationship of trait mindfulness to physical and psychological health during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 313-319.
- Mercan, N., Bulut, M., & Yüksel, Ç. (2021). Investigation of the relatedness of cognitive distortions with emotional expression, anxiety, and depression. *Current Psychology*, 42, 2176-2185.
- Oliveira, I. R., Seixas, C., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Abreu, J. N., Menezes, I. G., ... Wenzel, A. (2015). Evaluation of the Psychometric Properties of the Cognitive Distortions Questionnaire (CD-Quest) in a sample of undergraduate students. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(7-8), 20-27.
- Paiva, C. S., Guimarães, V. C., Costa, S. B. C., Neto, & Porto, J. D. S. (2021). Preditores de risco psicológico em psicologia da saúde: Uma revisão da literatura. *Interação*, 21(1), 426-445.
- Quaglia, J. T., Braun, S. E., Freeman, S. P., McDaniel, M. A., & Brown, K. W. (2016). Meta-analytic evidence for effects of mindfulness training on dimensions of self-reported dispositional mindfulness. *Psychological Assessment*, 28(7), 803-818.
- Rossi, A. M. (2022). *Prevenção e tratamento de stress*. <http://www.ismabrasil.com.br/>.
- Sakakibara, R., & Kitahara, M. (2016). The relationship between Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and depression, anxiety: Meta-analysis. *The Japanese Journal of Psychology*, 87(2), 179-185.
- Schäfer, J. L., Cibils, B. R., Filho, Moura, T. C., Tavares, V. C., Arteché, A. X., & Kristensen, C. H. (2018). Psychometric properties of the Brazilian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(2), 160-169.
- Su, M. R., & Shum, K. K. M. (2019). The moderating effect of mindfulness on the mediated relation between critical thinking and psychological distress via cognitive distortions among adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10(1), 1-14.
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2017). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness* 2017, 9(1), 23-43.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155(1), 104-109.

Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274.

Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573.

Webb, T. J., & Lahey, S. (2019). *Changes in depression, cognitive distortions, and self-esteem as a function of change in mindfulness among adult male inmates* [Ph.D]. Trevecca Nazarene University.

World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.