



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

MATHEUS VERCESI CHIQUETTO

**AS RELAÇÕES ENTRE DISTORÇÕES COGNITIVAS, ESTRATÉGIAS DE
REGULAÇÃO EMOCIONAL, *MINDFULNESS* E SOFRIMENTO PSICOLÓGICO
EM ADULTOS**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Carolina Baptista Menezes

FLORIANÓPOLIS, SC

2022

MATHEUS VERCESI CHIQUETTO

**AS RELAÇÕES ENTRE DISTORÇÕES COGNITIVAS, ESTRATÉGIAS DE
REGULAÇÃO EMOCIONAL, *MINDFULNESS* E SOFRIMENTO PSICOLÓGICO
EM ADULTOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia,
Mestrado/Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Carolina Baptista Menezes

FLORIANÓPOLIS, SC

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Chiquetto, Matheus Vercesi

As relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, mindfulness e sofrimento psicológico em adultos / Matheus Vercesi Chiquetto ; orientador, Carolina Baptista Menezes, 2022.

100 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, , Programa de Pós-Graduação em , Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. . 2. Sofrimento psicológico. 3. Distorções cognitivas. 4. Regulação emocional. 5. Mindfulness. I. Menezes, Carolina Baptista . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em . III. Título.

Matheus Vercesi Chiquetto

As relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, *mindfulness* e sofrimento psicológico em adultos.

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Fernanda Machado Lopes

UFSC/PPGP/Examinadora Interna

Profa. Dra. Juliana Vieira Almeida Silva

UNIVALI/PPGP/Examinadora Externa

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Prof. Dr. Adriano Beiras

UFSC/PPGP/Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Profa. Dra. Carolina Baptista Menezes

UFSC/PPGP/Orientadora

Florianópolis, 2022.

AGRADECIMENTOS

Dedico os meus agradecimentos aos familiares e amigos que sempre me apoiaram durante a jornada de realização do mestrado, desde o ingresso no programa de pós-graduação até a defesa desse trabalho, especialmente nos momentos mais difíceis enfrentados pela pandemia de COVID-19. Seria inviável realizar este projeto sem a colaboração dos colegas de profissão que me acompanham desde a graduação em Psicologia, tanto pelas contribuições teóricas, como pelo empenho na divulgação dessa pesquisa.

Agradeço à minha orientadora, a Professora e Doutora Carolina Baptista Menezes, por confiar em mim a oportunidade e liberdade de realização deste projeto. Agradeço também às Professoras e Doutoradas Fernanda Machado Lopes, Clarissa Tochetto de Oliveira e Juliana Vieira Almeida Silva por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e/ou defesa dessa dissertação e por contribuírem para o meu aperfeiçoamento acadêmico e profissional.

E agradeço a todas as pessoas que aceitaram participar dessa pesquisa e que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho. Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Departamento de Psicologia por toda a assistência oferecida durante a minha trajetória e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por me conceder a bolsa de estudos nº88887.488759/2020-00.

NOTAS DO AUTOR

Esta dissertação foi redigida conforme a Resolução normativa nº 46/2019/CPG/UFSC, seguindo a estrutura de tópicos proposta no Manual do Aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFSC, sendo a formatação e as referências conforme as instruções da *American Psychological Association Publication Manual* (7.ed).

As informações apresentadas neste trabalho foram submetidas como relato de pesquisa na Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, número de artigo: 317. Contudo, consideram-se pertinentes as contribuições da banca para o aprimoramento da versão final da dissertação que será entregue ao depósito legal de publicações da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

As terapias cognitivo-comportamentais consideram uma variedade de processos como fatores etiológicos e mantenedores de sofrimento psicológico, ou como fatores protetivos e de prevenção. As distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* representam processos centrais em diferentes abordagens que compõem o conjunto de terapias cognitivo-comportamentais. Considerou-se que explorar as relações entre esses processos possa contribuir para a compreensão do seu caráter transdiagnóstico, além de incentivar a possibilidade de aplicação combinada de intervenções. Desse modo, o objetivo geral deste estudo foi investigar se há relação entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, *mindfulness* e sofrimento psicológico em uma amostra não clínica de adultos. Foi utilizado o método transversal de coleta de dados com amostragem não probabilística. Participaram 217 adultos na faixa etária entre 18 e 61 anos, de todos os gêneros, com ensino médio completo. Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sociodemográfico, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), Questionário de Distorções Cognitivas (CD-quest), Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ) e Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS). A coleta de dados ocorreu durante os meses de julho, agosto e setembro de 2021. Devido ao contexto da pandemia por COVID-19, a coleta foi realizada de forma online e divulgada em grupos e páginas de redes sociais. Os participantes que consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE eram direcionados ao formulário contendo os instrumentos descritos. A análise de dados foi realizada por procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Para realizar a caracterização da amostra foram utilizadas as análises de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão. Para investigar a relação preditora das distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* para sofrimento psicológico, foi utilizada a análise de regressão linear múltipla por meio do

método *stepwise*. Posteriormente, a análise de rede foi realizada por meio do programa *Jeffreys' Amazing Statistics Program* (JASP) para verificar as relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, *mindfulness* e depressão, ansiedade e estresse. A rede foi estimada através do Modelo Gráfico Gaussiano (GGM). Os resultados demonstraram que o aumento de distorções cognitivas e o baixo nível de *mindfulness* foram os principais preditores de sofrimento psicológico. Especificidades foram identificadas entre as estratégias de regulação emocional para cada indicador de sofrimento psicológico, contudo, de modo geral as estratégias desadaptativas previram o aumento de sofrimento psicológico, enquanto as estratégias adaptativas previram a redução de sofrimento. Além disso, os resultados indicaram a proximidade e a linearidade positiva de relações entre distorções cognitivas e estratégias de regulação desadaptativas, tendo eles apresentado relações negativas com *mindfulness*, o que demonstra a inter-relação desses processos. O distanciamento de *mindfulness* em relação às estratégias adaptativas evidenciou a ausência de relações entre estes processos. Acredita-se que este estudo possa contribuir para a compreensão de como estes processos estão relacionados, impactando o funcionamento psicológico, além de possibilitar insights sobre a combinação de técnicas em intervenções clínicas com o objetivo de otimizar os resultados terapêuticos de pacientes em sofrimento psicológico.

Palavras-chave: Distorções Cognitivas; Regulação Emocional; *Mindfulness*

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapies consider a variety of processes as etiological and maintenance factors of psychological distress, or as protective and preventive factors. Cognitive distortions, emotion regulation strategies and mindfulness represent central processes in different approaches that make up the set of cognitive-behavioral therapies. It was considered that exploring the relationships between these processes can contribute to the understanding of their transdiagnostic character, in addition to encouraging the possibility of combined application of interventions. Thus, the general objective of this study was to investigate whether there is a relationship between cognitive distortions, emotion regulation strategies, mindfulness and psychological distress in a non-clinical sample of adults. The cross-sectional method of data collection with non-probabilistic sampling was used. Participants were 217 adults aged between 18 and 61 years, of all genders, with complete high school. The instruments used were the Sociodemographic Questionnaire, Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), Cognitive Distortion Questionnaire (CD-quest), Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) and Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Data collection took place during the months of July, August and September 2021. Due to the context of the COVID-19 pandemic, the collection was carried out online and disseminated in groups and pages of social networks. Participants who consented to the free and informed consent term were directed to the form containing the instruments described. The analysis was performed using descriptive and inferential statistical procedures in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. To perform the characterization of the sample, the analysis of frequency, mean and standard deviation were used. To investigate the predictive relationship of cognitive distortions, emotion regulation strategies and mindfulness for psychological distress, multiple linear regression analysis was used using the stepwise method. Subsequently, network analysis was performed using the Jeffreys' Amazing

Statistics Program (JASP) to verify the relationships between cognitive distortions, emotion regulation strategies, mindfulness and depression, anxiety and stress. The network was estimated using the Gaussian Graphic Model (GGM). The results showed that the increase in cognitive distortions and the low level of mindfulness were the main predictors of psychological distress. Specifics were identified among the emotion regulation strategies for each indicator of psychological distress, however, in general, maladaptive strategies predicted increased psychological distress, while adaptive strategies predicted a reduction in distress. Furthermore, the results indicated the proximity and positive linearity of relationships between cognitive distortions and maladaptive regulatory strategies, and they showed negative relationships with mindfulness, which demonstrates the interrelationship of these processes. The distancing of mindfulness in relation to adaptive strategies evidenced the absence of relationships between these processes. It is believed that this study may contribute to the understanding of how these processes are related, impacting psychological functioning, as well as providing insights into the combination of techniques in clinical interventions with the aim of optimizing the therapeutic results of patients in psychological distress.

Keywords: Cognitive Distortions; Emotional Regulation; Mindfulness

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.....	30
Figura 2.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	18
Tabela 2.....	25
Tabela 3.....	31
Tabela 4.....	33
Tabela 5.....	36
Tabela 6.....	46
Tabela 7.....	48

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	OBJETIVOS	18
2.1.	Objetivo Geral.....	18
2.2.	Objetivos Específicos.....	18
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1.	O Sofrimento Psicológico e os Processos Transdiagnósticos.....	18
3.2.	As Terapias Cognitivo-Comportamentais.....	21
3.3.	As Distorções Cognitivas.....	24
3.4.	As Estratégias de Regulação Emocional.....	30
3.5.	O <i>Mindfulness</i>	37
4.	MÉTODO	41
4.1.	Caracterização da Pesquisa	41
4.2.	Participantes	42
4.3.	Instrumentos.....	42
4.3.1.	<i>Questionário Sociodemográfico</i>	42
4.3.2.	<i>Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - DASS-21</i>	42
4.3.3.	<i>Questionário de Distorções Cognitivas - CD-Quest</i>	43
4.3.4.	<i>Questionário de Regulação Emocional Cognitiva - CERQ</i>	44
4.3.5.	<i>Escala de Atenção e Consciência Plenas – MAAS</i>	44
4.4.	Procedimento de Coleta de Dados	45
4.5.	Análise de Dados	45
4.6.	Procedimentos Éticos.....	47
5.	RESULTADOS	47
5.1.	Caracterização da Amostra	47
5.2.	Análise de Regressão Linear Múltipla.....	52
5.3.	Análise de Rede	53

6.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
9.	APÊNDICES	81
9.1.	Apêndice A. Questionário Sociodemográfico	81
9.2.	Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	83
10.	ANEXOS.....	86
10.1.	Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	86
10.2.	Anexo 2. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - DASS – 21.....	89
10.3.	Anexo 3. Questionário de Distorções Cognitivas - CD-QUEST.....	90
10.4.	Anexo 4. Questionário de Regulação Emocional Cognitiva - CERQ	98
10.5.	Anexo 5. Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS)	99

1. INTRODUÇÃO

O sofrimento psicológico é inerente à experiência humana, porém, os prejuízos significativos decorrentes deste sofrimento que afetam as atividades sociais, profissionais, entre outras, podem evidenciar o desenvolvimento de distúrbios mentais (APA, 2022). Os indicadores de sofrimento psicológico são comumente observados por meio de sintomas de depressão, ansiedade e estresse que acometem a população global. Em 2015, os dados levantados pela *World Health Organization* (WHO) demonstraram que a prevalência da população mundial com depressão foi estimada em 4,4%, e a prevalência de transtornos de ansiedade foi estimada em 3,6% (WHO, 2017).

No Brasil, a prevalência da população com transtornos de depressão e ansiedade no ano de 2015 foi a maior entre os países das américas. A prevalência de depressão foi de 5,8%, equivalente a 11,5 milhões de pessoas e a prevalência de transtornos de ansiedade foi de 9,3%, equivalente a 18,6 milhões de pessoas (WHO, 2017). Em 2018, uma pesquisa realizada pela *International Stress Management Association* no Brasil (ISMA-BR) indicou que 72% dos brasileiros sofrem alguma sequela de estresse, sendo que desses, 32% desenvolveram *burnout* (Rossi, 2022). Além disso, um levantamento mais recente realizado em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstrou um aumento na prevalência de depressão em comparação com os dados da WHO, em que a população adulta diagnosticada com depressão foi estimada em 10,2%, o que representa 16,3 milhões de brasileiros (IBGE, 2022).

As formas de tratamento mais comuns dos distúrbios relacionados ao sofrimento psicológico envolvem a psicoterapia e o uso de medicamentos. O levantamento do IBGE (2019) demonstrou que entre a população diagnosticada com depressão, somente 18,9% faziam terapia, enquanto 48% fizeram uso de medicação para o transtorno nas últimas semanas (IBGE, 2022). Sobretudo, um dos primeiros tratamentos psicoterapêuticos

comparados empiricamente ao tratamento medicamentoso foram as intervenções cognitivo-comportamentais que demonstram eficácia através de um amplo conjunto de evidências quando oferecida tanto de forma isolada quanto combinada com a medicação (Oliveira, 2019).

Os esforços das terapias cognitivo-comportamentais em desenvolver tratamentos para os transtornos mentais proporcionaram a maior base de evidências de resultados clínicos benéficos (Hofmann & Hayes, 2020). Ao longo de décadas, o foco das terapias cognitivo-comportamentais nas diferentes sintomatologias resultaram no desenvolvimento de protocolos e manuais específicos para muitos transtornos, especialmente os transtornos afetivos (Gros et al., 2016). Contudo, devido à dificuldade de implementação do grande número de protocolos específicos para cada transtorno, surge a concepção transdiagnóstica, a qual consiste em considerar processos etiológicos e de manutenção comuns entre os diferentes distúrbios psicológicos (Fusar-Poli et al., 2019).

Desde o desenvolvimento das terapias cognitivo-comportamentais, processos comuns são identificados em diferentes transtornos mentais. No caso da terapia cognitiva (TC), o conceito de distorções cognitivas proposto por Aaron Beck se referia a erros de pensamento que possuem uma tendência negativa e são identificados desempenhando um papel central no processamento cognitivo de indivíduos que apresentam algum tipo de sofrimento psicológico (Beck, 2019). As distorções cognitivas como a generalização, personalização ou catastrofização podem ser observadas em diferentes transtornos e são foco de intervenção na TC (Knapp, 2004).

Além da terapia cognitiva tradicional, as demais psicoterapias desenvolvidas ao longo do tempo que são integradas ao amplo conjunto de terapias cognitivo-comportamentais também demonstraram interesse por processos centrais. Dentre eles, as estratégias de regulação emocional, que consistem no processo de tentar modular os aspectos relacionados à

experiência emocional, abordadas na terapia comportamental dialética (DBT) e na terapia de aceitação e compromisso (ACT) (Aldao & Plate, 2020) e, recentemente, o *mindfulness* nas intervenções baseadas em *mindfulness* (IBMs), enquanto uma técnica de regulação atencional e emocional baseada na característica disposicional da capacidade humana de observar e ampliar a consciência do momento presente de forma intencional e sem julgamento (Baer, 2020).

Diversos estudos empíricos demonstraram que as distorções cognitivas (Jha et al., 2022), as estratégias de regulação emocional (Cludius et al., 2020) e o *mindfulness* (Geurts et al., 2021) são processos relevantes para a explicação, manutenção, recuperação e prevenção do sofrimento psicológico. No entanto, embora seja possível identificar na literatura científica trabalhos que contemplem a relação isolada de cada um dos processos transdiagnósticos mencionados com o sofrimento psicológico, nenhum estudo teve como objetivo principal explorar a sua relação em conjunto ou a relação desses processos entre si. Em uma busca avançada, por assunto, utilizando as palavras “*cognitive distortions*”, “*cognitive emotion regulation*” e “*mindfulness*”, em qualquer idioma e contendo as palavras no título, resumo ou primeira página, nas bases de dados *Pubmed*, *PsycINFO*, *Web of Science*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *SciELO* e *Google Scholar*, nenhum estudo foi identificado com o objetivo principal de explorar a relação conjunta desses processos com o sofrimento psicológico ou a relação desses processos entre si.

Sendo assim, a relevância deste estudo se caracterizou pelos dados epidemiológicos relacionados ao sofrimento psicológico, bem como pela ausência de estudos que se dediquem a explorar as interações entre os processos transdiagnósticos relacionados ao sofrimento psicológico. A identificação destas possíveis relações pode contribuir para o esclarecimento nos diferentes níveis de análise cognitivos-comportamentais, além de ampliar as possibilidades de otimização dos resultados clínicos através da combinação de intervenções

terapêuticas focadas nos diferentes processos associados à manutenção e recuperação de sofrimento psicológico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Investigar se há relação entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, *mindfulness* e sofrimento psicológico em uma amostra não clínica de adultos.

2.2. Objetivos Específicos

- a) Verificar o efeito das distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* como preditores de sofrimento psicológico;
- b) Explorar a relação entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness*.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. O Sofrimento Psicológico e os Processos Transdiagnósticos

O sofrimento psicológico é um conjunto de sintomas mentais e físicos desagradáveis que estão associados a mudanças no humor da maioria das pessoas. Ocasionalmente, o sofrimento psicológico pode indicar o desenvolvimento de transtornos mentais, como depressão maior, ansiedade, esquizofrenia, somatização, dentre outras condições clínicas (APA, 2022). No entanto, existem fatores de risco comuns em diferentes diagnósticos que influenciam o sofrimento psíquico e levam à adoecimento (Paiva et al., 2021). A identificação de fatores ou processos comuns existentes nos diagnósticos surgiu de uma reconsideração da classificação dos transtornos mentais e do desenvolvimento significativo de intervenções específicas para os diversos transtornos (Almeida & Marinho, 2021).

As principais questões teóricas relativas à classificação dos transtornos mentais são baseadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Essas questões

dizem respeito à patologização da normalidade por meio de pontos de corte arbitrariamente atribuídos; ao diagnóstico baseado no julgamento subjetivo de um clínico em vez de medidas objetivas; à ênfase excessiva nos sintomas; à formulação de categorias que descrevem grupos heterogêneos, ou grande número de diferentes combinações de sintomas que definem o mesmo diagnóstico; à necessidade de utilização do diagnóstico residual (“não especificado”) devido à dificuldade de enquadramento em alguma das categorias diagnósticas; e à comorbidade dos transtornos que é inconsistente com a noção de que os sintomas refletem uma entidade patológica, uma vez que podem ser compartilhados por diferentes diagnósticos (Hofmann & Hayes, 2020).

Questões como essas fundamentaram o desenvolvimento da concepção de que elementos cognitivos e comportamentais atravessam as categorias diagnósticas, dando origem ao termo transdiagnóstico, cujo prefixo “trans”, que vem do latim, significa “através” ou “para além de” (Fusar-Poli et al., 2019). O movimento de questionar a visão dominante da classificação de sofrimento psicológico baseada na nosologia psiquiátrica tem sido apoiada por inúmeros autores, cuja proposição de uma concepção transdiagnóstica de processos comuns em diversas perturbações mentais se baseia nos atuais dados empíricos e sugere novas formas de pensar o tratamento em saúde mental (Almeida & Marinho, 2021; Dalgleish et al., 2020).

A definição de processos comuns começa a surgir a partir da década de 90 quando Ingram descreve a atenção autofocada como um elemento presente em diversos distúrbios, variando apenas o conteúdo e os consequentes pensamentos referentes a essa atenção (Ingram, 1990). Desde então, diversos processos têm sido identificados como transdiagnósticos, como descrito em uma revisão inicial realizada por Harvey e colaboradores (2004), apresentados na Tabela 1.

Tabela 1*Processos Transdiagnósticos Descritos por Harvey et al. (2004)*

Atenção	Memória	Raciocínio	Pensamento	Comportamento
Atenção seletiva (externa)	Memória seletiva explícita	Viés de interpretação	Pensamento negativo recorrente	Evitação
Atenção seletiva (interna)	Memórias recorrentes	Viés de expectativa	Crenças metacognitivas negativas e positivas	Comportamento de segurança
Evitação atencional	Memória sobregeneralizada	Raciocínio emocional	Supressão de pensamento	

Nota. Adaptado de Almeida e Marinho (2021).

A partir disso, outros processos têm sido identificados como transdiagnósticos, como o perfeccionismo, a intolerância à incerteza e a regulação emocional (Almeida & Marinho, 2021). Por exemplo, no caso dos transtornos emocionais, a desregulação emocional frequentemente demonstra ser um problema central nestes distúrbios (Cludius et al., 2020). Essa constatação é consistente com as pesquisas contemporâneas das emoções, como o modelo de processo de regulação emocional proposto por Gross (1998). Esse modelo propõe que pistas relevantes para ativação emocional são processadas e geram respostas fisiológicas, comportamentais e experienciais moduladas por estratégias de regulação, sendo que as variações relacionadas à identificação, seleção, implementação e monitoramento destas

estratégias estão associadas à desregulação emocional e conseqüentemente ao sofrimento psicológico (McRae & Gross, 2020).

Até o momento, a concepção transdiagnóstica de processos comuns relacionados ao sofrimento psicológico não proporcionou uma mudança de paradigma confiável capaz de proporcionar um grande impacto quanto à classificação e o atendimento clínico (Fusar-Poli et al., 2019). Os autores que defendem essa concepção reconhecem a existência de características que podem diferenciar os quadros diagnósticos, como as complicações, subtipos e comorbidades, todavia, acreditam que exista maior utilidade clínica enfatizar os fatores comuns (Norton & Paulus, 2017).

3.2. As Terapias Cognitivo-Comportamentais

De modo concomitante à crescente concepção transdiagnóstica, as terapias cognitivo-comportamentais propõem a existência de processos etiológicos e de manutenção semelhantes em diversos transtornos (Barlow et al., 2016). Desde as terapias comportamentais o envolvimento de certos princípios em diferentes condições foram considerados, como o condicionamento clássico ou operante e o seu tratamento por meio de exposição e, posteriormente, nas terapias cognitivas, mecanismos como as distorções cognitivas (generalização, personalização ou catastrofização) foram identificados em diferentes patologias, mas com distintas apresentações (Almeida & Marinho, 2021; Harvey et al., 2004).

O termo terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi amplamente difundido a partir dos anos 70 como uma forma de generalizar as terapias baseadas em modelos técnicos e teóricos provenientes do Behaviorismo Radical e Cognitivismo (Barbosa & Borba, 2010). No entanto, as terapias comportamentais começaram a se desenvolver desde a primeira metade do século XX, quando o modelo comportamental de intervenção clínica, baseado nos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical e nos princípios teóricos e metodológicos

da análise do comportamento, seguiu o exemplo de outras ciências ao tentar explorar princípios empiricamente validados através da pesquisa básica para a resolução de problemas aplicados (Leonardi, 2017). Desse modo, a perspectiva da terapia comportamental era de que as intervenções deveriam partir da compreensão científica dos processos comportamentais objetivos e verificáveis (Schultz & Schultz, 2019).

A partir dessa perspectiva, o cenário da terapia comportamental consistia em terapeutas comportamentais que aplicavam o conhecimento sobre o condicionamento respondente para tratar transtornos de ansiedade em consultório e analistas do comportamento que aplicavam a manipulação de contingências em ambientes institucionais para modificar comportamentos específicos (Leonardi, 2017). Contudo, no final dos anos 60, a insatisfação de terapeutas com os predominantes modelos comportamentais e psicanalíticos, porém, interessados pela objetividade e busca por embasamento empírico de questões relacionadas às demandas de atendimento psicológico em consultório, propiciou a incorporação de outras teorias e técnicas no campo da terapia comportamental (Barbosa & Borba, 2010).

Nesse contexto, a influência da “revolução cognitiva” contribuiu para que distintos modelos de análise e intervenção fossem gerados como alternativas para o desenvolvimento da prática clínica comportamental. O cognitivismo subsidiou o interesse em processos cognitivos que poderiam afetar comportamentos e sentimentos, bem como, o questionamento acerca da utilidade dos princípios de condicionamento na prática clínica (Leonardi, 2017). O interesse cognitivista pela investigação de como os seres humanos percebem, processam, codificam, estocam, recuperam e utilizam informações, influenciou o desenvolvimento de novos modelos terapêuticos, dentre os quais se destacam a terapia cognitiva e a terapia racional emotiva comportamental (Castañon, 2007). Essas terapias compartilham o pressuposto de que estruturas cognitivas influenciam problemas emocionais e

comportamentais, deste modo, o foco de intervenção consiste em modificar as cognições para proporcionar um decréscimo do sofrimento psicológico (Beck, 2022).

A variabilidade terapêutica que surgiu de modelos com ênfase em processos cognitivos e que incorporavam procedimentos comportamentais, como a dessensibilização, exposição e modelagem, culminou no ecletismo técnico e teórico de terapias que se popularizou em um agrupamento denominado terapia cognitivo-comportamental. Além da terapia cognitiva e da terapia racional emotiva comportamental, os demais modelos que comumente são atribuídos à terapia cognitivo-comportamentais são a terapia de aceitação e compromisso (ACT), terapia comportamental dialética (DBT), terapia metacognitiva (MCT), ativação comportamental, psicoterapia analítico funcional (FAP), terapia comportamental integrativa de casais (IBCT), sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (CBASP) e programas baseados em *mindfulness*, como a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT) e o programa Redução do Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR), dentre outros (Azevedo et al., 2022; Barbosa & Borba, 2010; Hayes et al., 2011; Leonardi, 2017).

As terapias que se desenvolveram ao longo deste período possuem consideráveis divergências filosóficas que deveriam comprometer uma integração precipitada entre os seus modelos. Enquanto as terapias cognitivas atribuem o protagonismo das estruturas cognitivas no desencadeamento de emoções e comportamentos, as terapias comportamentais estabelecem o foco na relação funcional entre o indivíduo e o ambiente através da observação de comportamentos manifestos (Azevedo et al., 2022). Nesse sentido, a proposta de um modelo focado em processos baseados em evidências surge como uma tentativa de contemplar as contribuições de diferentes terapias cognitivo-comportamentais, uma vez que o desenvolvimento de intervenções específicas para cada distúrbio propiciou a identificação de

processos centrais e comuns no desenvolvimento e recuperação do sofrimento psicológico (Hofmann & Hayes, 2020).

Todavia, essa integração deve considerar as especificidades dos modelos teóricos com o objetivo de complementariedade, otimizando as diferentes perspectivas e evidências para aumentar a eficácia, eficiência e efetividade clínica (Azevedo et al., 2022). Como mencionado anteriormente, alguns dos processos centrais de diferentes modelos teóricos das terapias cognitivo-comportamentais são as distorções cognitivas (Almeida & Marinho, 2021), a regulação emocional (Cludius et al., 2020) e, mais recentemente, o *mindfulness* (Geurts et al., 2021).

Com o intuito de explorar esses três processos centrais provenientes de diferentes modelos terapêuticos, serão apresentados a seguir cada um deles individualmente e, posteriormente, as possíveis relações entre eles.

3.3. As Distorções Cognitivas

O conceito de distorções cognitivas emergiu do desenvolvimento do modelo cognitivo de Aaron Beck, que através de pesquisas e observações clínicas identificou incongruências na explicação psicanalítica sobre o transtorno de depressão. Motivado pela tentativa de validar cientificamente os conceitos psicanalíticos, Beck iniciou uma série de estudos exploratórios para identificar evidências da hostilidade retrofletida reprimida de pacientes deprimidos, dado que, para a psicanálise estes pacientes possuíam inconscientemente raiva de pessoas próximas, que por sua vez, ao considerarem tal raiva inaceitável retornavam este sentimento para si mesmos (Beck, 2019).

Orientado pela teoria psicanalítica e pelo rigor científico, Aaron Beck dedicou-se a investigar sistematicamente o conteúdo dos sonhos dos pacientes deprimidos, examinando o grau de hostilidade através de escalas. As observações empíricas demonstraram que os sonhos de pacientes deprimidos apresentavam menos sinais de hostilidade do que os sonhos

de pacientes não deprimidos, ademais, observou que o conteúdo dos sonhos eram coerentes com os conteúdos relatados pelos pacientes em estado de vigília que geralmente estavam relacionados aos sentimentos de frustração, rejeição, perda, abandono e vitimização (Beck, 2019).

Através das evidências empíricas obtidas por pesquisas sistemáticas, Aaron Beck propôs que a depressão poderia ser explicada através de termos cognitivos, como interpretações ou representações negativas que os pacientes atribuíam a si mesmos, aos outros e às expectativas de futuro (Beck, 1979). A partir de então, passou a direcionar a sua abordagem ao objetivo de tratar problemas atuais e analisar experiências psicológicas acessíveis, opondo-se ao modelo psicanalítico enfatizado em problemas passados e experiências inconscientes (Knapp & Beck, 2008).

O modelo cognitivo desenvolvido a partir destes achados partilha como princípio geral a concepção de que o modo como as pessoas percebem e processam as informações influenciará no modo como elas se sentem e se comportam. Além do mérito dos achados pessoais de Beck, a formulação de sua estrutura teórica recebeu influência de outras teorias e conhecimentos ligados ao cognitivismo (Knapp & Beck, 2008). Esse movimento doutrinário se expandiu a partir da segunda metade do século XX defendendo a perspectiva de que através de observações empíricas seria possível inferir construtos teóricos inobserváveis (Castañon, 2007).

Deste modo, apoiado pela premissa da inter-relação entre cognição, emoção e comportamento, Aaron Beck (1979) desenvolve o conceito de distorções cognitivas para denominar categorias de pensamentos enviesados que interferem na percepção e influenciam alterações emocionais e comportamentais. As distorções cognitivas estariam envolvidas no processo de ativação emocional disfuncional que proporciona sofrimento. Desde então, essa

concepção se encontra como uma premissa central no modelo cognitivo das emoções e dos transtornos emocionais (Beck, 1979).

Atualmente, as distorções cognitivas são compreendidas como vieses sistemáticos que levam os indivíduos a percepções e interpretações falhas no modo pelo qual avaliam as suas experiências. Geralmente, as distorções ocorrem em formato de pensamentos, cuja a principal característica se refere ao automatismo, ou seja, pensamentos automáticos que surgem de forma rápida e involuntária. Esses pensamentos se demonstram distorcidos, exagerados e irrealistas e integram parte da ativação emocional, sendo assim, possuem um efeito considerado disfuncional à medida em que interferem de forma inadequada nos processos emocionais e comportamentais (Knapp, 2004; Pereira & Rangé, 2011).

A ocorrência de distorções cognitivas pode ser ocasionada por eventos externos (por exemplo, situações cotidianas) ou através de eventos internos (por exemplo, memórias). Embora a característica de automatismo implique em certo funcionamento inconsciente, são padrões de pensamentos identificáveis e passíveis de modificação. Como exemplo, podemos considerar os pensamentos automáticos distorcidos de um palestrante que, involuntariamente, imagina os seus expectadores zombando de algo que ele possa ter dito sem qualquer evidência de que isso realmente tenha acontecido, então, ele passa a experimentar sintomas de ansiedade desproporcionais à situação (Knapp, 2004).

Os tipos de distorções cognitivas mais comuns foram categorizadas através de uma análise realizada por Paulo Knapp (2004), em que constam um total de quatorze tipos de distorções cognitivas, sendo elas: catastrofização, polarização, raciocínio emocional, abstração seletiva, adivinhação, leitura mental, rotulação, desqualificação do positivo, minimização ou maximização, personalização, hipergeneralização, imperativos, vitimização e questionalização. As definições e exemplos de cada distorção cognitiva podem ser observadas no Tabela 2. Apesar desses pensamentos automáticos fazerem parte do

funcionamento típico dos indivíduos, o modelo cognitivo apresenta uma hipótese de especificidade de conteúdo, que propõe que os transtornos psicopatológicos possuem um conteúdo cognitivo específico, uma temática própria para cada transtorno, sendo as distorções cognitivas prevalentes em diversos deles (Knapp, 2004).

A concepção teórica do modelo cognitivo está fortemente embasada por pesquisas empíricas. No caso da depressão, um estudo realizado com adultos diagnosticados com transtorno depressivo maior (TDM), distímia, TDM em remissão completa e controles saudáveis, foi determinado que os indivíduos com TDM e indivíduos com distímia apresentavam mais distorções cognitivas do que pacientes com TDM em remissão e o grupo controle (Cerit & Coşkun, 2012). Os estudos empíricos demonstraram que pacientes diagnosticados usam distorções cognitivas com bastante frequência, e que os problemas experimentados são em grande parte associados à distorção da realidade como resultado de falsas suposições e avaliações (Bathina et al., 2021; Buschmann et al., 2018; Tanrıverdi & Özgüç, 2022).

Tabela 2

Lista de Distorções Cognitivas e Exemplos

Distorção cognitiva	Exemplo
Catastrofização: pensar que o pior de uma situação irá acontecer de forma terrível, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos.	Perder o emprego será o fim da minha carreira. Eu não suportarei a separação da minha mulher. Se eu perder o controle, será meu fim.
Raciocínio emocional (emocionalização): presumir que sentimentos são fatos.	Sinto-me desesperado, portanto, a situação deve ser desesperadora.

Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico): ver a situação em duas categorias apenas, em vez de um continuum. Deu tudo errado na festa. Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso. Ou algo é perfeito, ou não vale a pena.

Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo): um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Veja todas as pessoas que não gostam de mim. A avaliação do meu chefe foi ruim (focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos).

Adivinhação: prever o futuro. Antecipar problemas que talvez não venham a existir. Não irei gostar da viagem. Ela não aprovará meu trabalho. Dará tudo errado.

Leitura mental: presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis. Ela não está gostando da minha conversa. Ele está me achando inoportuno. Ele não gostou do meu projeto,

Rotulação: colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa ou situação. Sou incompetente. Ele é uma pessoa má. Ela é burra.

Desqualificação do positivo: experiências positivas e qualidades que conflitam com a visão negativa são desvalorizadas porque "não contam" ou são triviais. O sucesso obtido naquela tarefa não importa, porque foi fácil. Eles só estão elogiando meu trabalho porque estão com pena.

Minimização e maximização: características e experiências positivas em si mesmo, no mundo tem. Obter notas boas não quer dizer

outro ou nas situações são minimizadas, enquanto o negativo é maximizado.

que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que as minhas.

Personalização: assumir a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, falhando em ver que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nos acontecimentos.

O chefe estava com a cara amarrada, devo ter feito algo errado. É minha culpa. Não consegui manter meu casamento, ele acabou por minha causa.

Hipergeneralização: perceber num evento específico um padrão universal.

Eu sempre estrago tudo. Eu não me dou bem com mulheres.

Imperativos ("deveria" e "tenho-que"): interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, em vez de simplesmente considerar como as coisas são.

Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas. Eu devo ser perfeito em tudo que faço. Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa.

Vitimização: a fonte dos sentimentos negativos é algo ou alguém, havendo recusa ou dificuldade de se responsabilizar pelos próprios sentimentos ou comportamentos.

Minha esposa não entende meus sentimentos. Faço tudo pelos meus filhos e eles não me agradecem.

Questionalização (E se?): focar o evento naquilo que poderia ter sido e não foi.

Se eu não tivesse viajado, isso não teria acontecido.

Nota. Adaptado de Knapp (2004).

No caso da ansiedade, um estudo realizado com 235 adultos identificou que as distorções cognitivas estavam vinculadas à ansiedade atuando como um viés atencional, cujas dificuldades em inibir informações ameaçadoras caracterizaram a sintomatologia ansiosa (Robert et al., 2018). E com relação ao estresse, um estudo realizado com 150 adolescentes diabéticos identificou que quanto mais distorções cognitivas um jovem tinha, maior o nível de estresse relatado e, conseqüentemente, menor a aderência ao tratamento de controle metabólico (Farrell et al., 2004).

Tendo em vista a ocorrência de distorções cognitivas em diferentes sintomatologias de sofrimento psicológico, a terapia cognitiva tradicional tem como um dos seus principais focos de intervenção incentivar os pacientes a reconhecer e corrigir seus erros de interpretação por meio de procedimentos como buscar evidências, considerar explicações alternativas ou avaliar a lógica das conclusões para promover melhora do sofrimento (Beck, 2019). Contudo, conforme salientado por Judith Beck, outras terapias cognitivo-comportamentais derivadas do modelo de Beck possuem diferentes formulações e ênfases de tratamento baseadas em evidências que podem ser incorporadas na compreensão das estruturas cognitivas dos pacientes (Beck, 2022).

3.4. As Estratégias de Regulação Emocional

O conceito geral de regulação emocional se refere a todos os processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis por monitorar, avaliar e modificar as reações emocionais, especialmente os aspectos relacionados à intensidade e duração, para atingir os objetivos de uma pessoa (Garnefski et al., 2001). A regulação emocional é um construto derivado da literatura de enfrentamento desenvolvida a partir dos anos 60, principalmente da teoria de estresse e enfrentamento de Folkman e Lazarus (Aldao & Plate, 2020; Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

A teoria de Folkman e Lazarus propõe um modelo para estudar o estresse psicológico enquanto um fenômeno contextual que se trata de um processo de relação entre o indivíduo e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980). O enfrentamento é caracterizado como um processo cognitivo, ativo e consciente de avaliação e de resposta aos eventos estressores que se apresentam em forma de estratégias focalizadas no problema ou na emoção (Folkman et al., 1986). Em suma, o modelo de Folkman e Lazarus buscava compreender o enfrentamento a partir de respostas cognitivas e comportamentais utilizadas para gerenciar o sofrimento psicológico e resolver problemas cotidianos desconfortáveis (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

O conceito de enfrentamento é uma definição ampla que abrange diversos processos regulatórios comportamentais e cognitivos. Embora os diferentes tipos de enfrentamento sejam relevantes, foram realizadas tentativas posteriores de descrever os aspectos desse construto para distinguir os processos regulatórios cognitivos e comportamentais (Garnefski et al., 2004). Nesse sentido, baseado em pesquisas sobre processos básicos e distintas estratégias de enfrentamento, James Gross propõe um modelo de processos de geração de emoções que considera as diferenças individuais no processo regulatório das emoções (Gross, 1999).

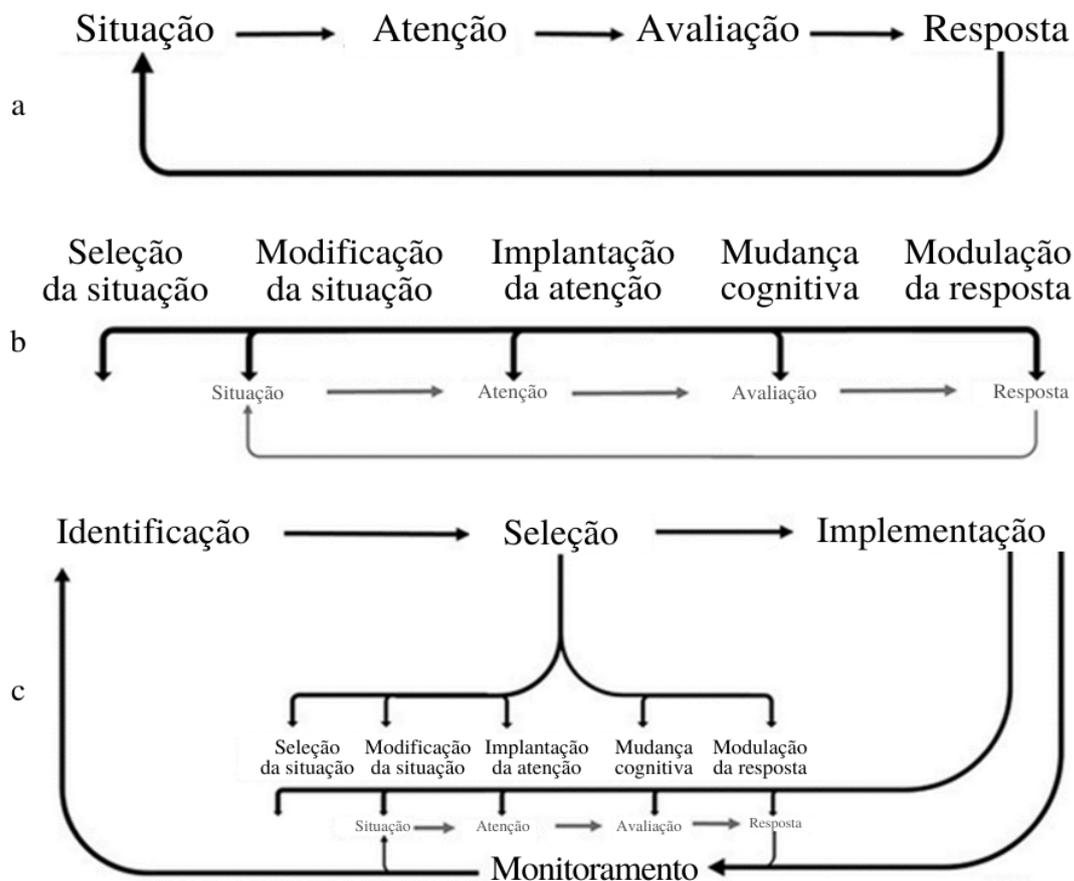
O modelo propõe que a regulação emocional se trata de um processo que ocorre mediante a discrepância entre o estado emocional desejado por alguém e o estado real (Gross, 2015). Um esquema organizacional do modelo de processo regulatório das emoções foi proposto por McRae e Gross (2020), cada nível do processo de regulação emocional é considerado (Figura 1). No primeiro nível, a geração de emoções consiste em identificar as situações relevantes, atender aos elementos primordiais dessas situações, avaliar as situações em relação às metas e ter respostas experienciais, fisiológicas e comportamentais. Por exemplo, uma pessoa em uma entrevista de emprego (situação), pode notar o comportamento impessoal do entrevistador (atenção), interpretar a impessoalidade como desagrado com o

entrevistado (avaliação) e sentir medo, falta de ar e ficar inquieto (resposta) durante a entrevista.

No segundo nível, são consideradas as estratégias de regulação emocional utilizadas para influenciar os aspectos emocionais. De acordo com os estágios de geração de emoção do primeiro nível, cinco famílias de estratégias foram delimitadas, sendo elas, as estratégias de seleção da situação, modificação da situação, desenvolvimento atencional, mudança cognitiva e modulação da resposta (McRae & Gross, 2020). A partir do exemplo da entrevista de emprego, a Tabela 3 descreve as cinco famílias de estratégias e alguns exemplos de estratégias de regulação emocional.

Figura 1

O Modelo de Processo Regulatório das Emoções



Nota. Adaptado de McRae e Gross (2020). As setas de feedback indicam que os três estágios são ciclos de interação constante.

^a O modelo sequencial de geração de emoções.

^b As cinco famílias de estratégias de regulação emocional organizadas pelo estágio de geração de emoções.

^c Os quatro estágios pelos quais as estratégias de regulação são realizadas.

Por fim, o terceiro nível descreve os quatro processos que governam o uso dessas estratégias. Mediante a identificação da discrepância entre o estado emocional atual e o estado desejado (1), uma estratégia de regulação é selecionada (2), a estratégia é implementada por meio de táticas específicas (3) e todo o ciclo é monitorado com o objetivo de se obter sucesso em atingir a meta regulatória (4). No contexto da entrevista de emprego, a identificação envolveria a percepção de estar com medo, mas querer e acreditar ser possível modificar essa emoção. A seleção consistiria em decidir modificar a resposta comportamental em vez de direcionar atenção ao entrevistador. A implementação envolveria aumentar a tensão muscular do rosto para evitar um semblante preocupado. O monitoramento incluiria observar a efetividade das mudanças internas e externas que indicariam a necessidade de continuar, interromper ou modificar a estratégia de regulação emocional (McRae & Gross, 2020).

Tabela 3

As Cinco Famílias de Estratégias, Exemplos de Estratégias de Regulação Emocional e a Tática Utilizada no Contexto da Entrevista de Emprego

Família de estratégias	Estratégia selecionada	Tática (no contexto de entrevista de emprego)
------------------------	---------------------------	--

Seleção da situação	Esquiva	Recusar o envolvimento inicial com situações emocionais (por exemplo, recusar o pedido de entrevista)
Modificação da situação	Evitação direta	Agir para influenciar a situação em que está envolvido (por exemplo, pedir para mudar a entrevista para um local privado)
Desenvolvimento atencional	Distração	Direcionar a atenção (interna ou externa) da situação emocional para aspectos não emocionais (por exemplo, olhar para as anotações em vez do entrevistador)
	Ruminação	Dirigir a atenção recorrentemente para as causas e consequências da emoção (por exemplo, repetir mentalmente o momento em que o entrevistador franziu a testa com sua resposta)
Mudança cognitiva	Reavaliação cognitiva	Reinterpretar a situação emocional ou seus objetivos (por exemplo, dizer a si mesmo que o entrevistador provavelmente foi treinado para não dar feedback positivo aos candidatos)
	Aceitação	Acolher a emoção sem julgamento avaliativo (por exemplo, perceber e cultivar a curiosidade sobre os sintomas de ansiedade)

Modulação da resposta	Supressão expressiva	Prevenir a expressão externa do estado emocional interno (por exemplo, manter o rosto neutro para sem expressar decepção)
	Intervenção fisiológica	Alterando diretamente a fisiologia relevante para a emoção usando ações ou substâncias (por exemplo, reduzindo a taxa de respiração)

Nota. Adaptado de McRae e Gross (2020).

O presente estudo, portanto, focará exclusivamente nas estratégias de regulação emocional que são contempladas pelas famílias de desenvolvimento atencional e mudança cognitiva do modelo de McRae e Gross (2020). Tendo em vista a necessidade de delimitação de conceitos, principalmente por se tratar de um processo complexo como a regulação emocional, Garnefski et al. (2001) definiram um conjunto de estratégias de regulação emocional cognitivas considerando as dimensões cognitivas (na medida em que existiam) das estratégias de enfrentamento (Tabela 4).

Tabela 4

Estratégias de Regulação Emocional Cognitivas e Definições Propostas por Garnefski et al. (2001)

Estratégia	Definição
Autoculpabilização	Culpar a si mesmo pelo que se experimentou
Culpabilização dos outros	Colocar a culpa do que se experimentou nos outros
Aceitação	Aceitar o que se experimentou e resignar-se ao que aconteceu

Focar no planejamento	Pensar sobre quais atitudes tomar e como lidar com o evento negativo, sem implicar necessariamente no comportamento de fato
Focar em aspectos positivos	Pensar nos aspectos mais agradáveis em vez dos aspectos negativos
Ruminação	Pensar de forma recorrente nos sentimentos e aspectos associados ao evento negativo
Reavaliação positiva	Atribuir um significado positivo à experiência em termos de crescimento pessoal
Colocar em perspectiva	Minimizar a gravidade do evento ou enfatizar sua relatividade em comparação a outros eventos
Catastrofização	Enfatizar explicitamente o terror da experiência

As evidências empíricas demonstraram que o uso de certas estratégias de regulação emocional cognitivas estão mais associadas ao sofrimento psicológico do que outras. Os estudos demonstraram que o maior uso de autculpabilização, ruminação, catastrofização, e culpabilização em comparação aos outros estão fortemente relacionados com os sintomas de depressão, ansiedade e estresse, enquanto o uso de reavaliação positiva, aceitação, focar no planejamento, focar nos aspectos positivos apresentam uma relação inversa com os sintomas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Ataman & Dağ, 2014; Dominguez-Lara, 2017; Foroudifard et al., 2020; Garnefski et al., 2004; Gliebe, 2012; Martin & Dahlen, 2005; Sakakibara & Kitahara, 2016; Salehi, 2017; Tuna, 2020; Wang et al., 2021; Yalçinkaya-Alkar, 2020). De modo geral, as estratégias que apresentaram relação com o aumento de

sofrimento psicológico são interpretadas como estratégias desadaptativas, enquanto as estratégias relacionadas com menor sofrimento psicológico e maior bem estar são consideradas adaptativas (Balzarotti et al., 2016; Chu et al., 2022; Mayer et al., 2022).

A partir do caráter transdiagnóstico das diferentes estratégias cognitivas e a sua relação com o aumento do bem-estar, diferentes modelos terapêuticos enfatizam a relevância de intervenções clínicas direcionadas ao desengajamento de estratégias desadaptativas e desenvolvimento de estratégias adaptativas pelos pacientes. Por exemplo, no caso da terapia cognitiva (TC), os pacientes são encorajados a reavaliar os pensamentos de uma forma mais adaptativa possibilitando a reestruturação cognitiva e conseqüentemente a melhora do humor (Beck, 2019; Beck, 2022). Outro exemplo consiste na ênfase dada à estratégia de aceitação nas terapias de aceitação e compromisso (ACT) e comportamental dialética (DBT), em que os pacientes são estimulados a desenvolver competências de aceitação, ao invés de tentativas de modificação da experiência, com o objetivo de modificar o padrão de inflexibilidade ligado ao desenvolvimento e manutenção do sofrimento psicológico (Aldao & Plate, 2020).

O processo de regulação emocional possibilita um modelo de definição das cognições e processos cognitivos envolvidos no gerenciamento da regulação das emoções que contribuem para manter o controle sobre a própria experiência emocional (Garnefski et al., 2004). Sobretudo, existem outros fatores associados à regulação emocional que não foram contemplados pelo modelo de processo de regulação emocional, mas parecem demonstrar benefícios substanciais em condições clínicas e não clínicas caracterizadas por angústia e emoções negativas, como é o caso do *mindfulness* (Guendelman et al., 2017).

3.5. O *Mindfulness*

O *mindfulness* pode ser definido como uma forma de consciência do momento presente, prestando atenção às experiências de forma não reativa e sem julgamento (Kabat-Zinn, 2015). Essas experiências incluem sensações, cognições, emoções e impulsos, além de

estímulos ambientais, como imagens, sons e aromas (Baer, 2020). O termo tem origem na tradição budista e corresponde à tradução dos termos originais *smṛti* (do sânscrito) ou *sati* (pali), que capturam a concepção da capacidade de reter um objeto na mente (sem distrair-se), mas em sentido mais amplo também implica estar ciente e atento ao momento presente (Guendelman et al., 2017).

No Ocidente, o conceito de *mindfulness* se popularizou no final dos anos 70, especialmente devido ao programa de redução do estresse baseado em *mindfulness* (MBSR) desenvolvido por Kabat-Zinn (1982). O programa é baseado em um treinamento rigoroso e sistemático em *mindfulness* através da prática de meditação derivada de tradições budistas durante pelo menos oito semanas. Após a experiência de passar pelo programa, Kabat-Zinn observou nos participantes que o cultivo de maior nível de *mindfulness* proporcionava novas maneiras de lidar com ameaças percebidas, em vez de reagir de forma automática e desencadear consequências prejudiciais (Kabat-Zinn, 2019).

A utilização do termo *mindfulness* por uma variedade de intervenções com diferentes fundamentos teóricos dificultou o estabelecimento de uma definição precisa do conceito. Uma análise realizada por Baer (2020) caracterizou as descrições psicológicas contemporâneas de *mindfulness* em dois elementos gerais: o que fazemos e como fazemos (Tabela 5). A autora considera que esses elementos são essenciais para uma compressão clara do *mindfulness*.

Tabela 5

Descrições Psicológicas Contemporâneas do Conceito de Mindfulness

Autor	O que	Como
-------	-------	------

(Kabat-Zinn, 2019)	A atenção ou consciência de estar prestando atenção...	...intencionalmente, no momento presente e sem criticar
		...com uma postura afetuosa e compassiva, interesse aberto e amigável
(Marlatt & Kristeller, 1999)	Toda a atenção voltada para as experiências presentes...	...momento a momento, com atitude de aceitação e gentileza amorosa
(Bishop et al., 2004)	A autorregulação da atenção para se manter na experiência imediata...	...com uma orientação curiosa, aberta e de aceitação
(Germer et al., 2005)	A consciência da experiência presente...	...com aceitação enquanto uma extensão do não julgamento que inclui a bondade ou amabilidade
(Linehan, 2015)	O ato de focar a mente no momento presente...	...sem julgamento ou apego, com abertura à fluidez do momento

Nota. Adaptado de Baer (2020).

Nesse sentido, uma pessoa com o humor triste pode estar consciente de que se sente triste, mas pode responder à tristeza julgando o seu próprio humor como inválido, se criticando e engajando em pensamentos sobre como o humor triste surgiu e possibilidades de se livrar dele. Essa resposta seria inconsistente com o *mindfulness* e aumentaria o risco de

uma espiral descendente até a depressão. Todavia, o *mindfulness* da tristeza envolveria uma resposta de interesse amigável, permitindo que a tristeza esteja presente, observando as sensações associadas à emoção e a sua duração no momento presente. Essa consciência poderia encorajar a escolha de respostas mais adaptativas, como tomar medidas para resolver problemas, realizar atividades para melhorar o humor ou apenas permitir que a emoção siga o seu curso natural (Baer, 2020).

Todavia, a distinção mais comum entre as definições de *mindfulness* encontradas na literatura consiste em considerar três concepções gerais, como definido por Guendelman et al. (2017). A primeira seria o *mindfulness* disposicional, concepção que considera o *mindfulness* como um traço mental ou característica estável da personalidade que pode variar entre os indivíduos e ao longo do tempo. Em segundo, o *mindfulness* como uma prática de meditação, que consiste no treinamento ativo da capacidade de se atentar à experiência do momento presente, o que contribui para o desenvolvimento de habilidades ligadas à consciência, não reatividade e concentração. Por fim, o *mindfulness* como um estado psicológico que corresponde ao estado momentâneo experimentado em primeira pessoa da consciência centrada no presente e sem julgamento (Guendelman et al., 2017).

Tendo em vista as múltiplas concepções de *mindfulness*, a definição utilizada neste estudo consiste no conceito de *mindfulness* disposicional, enquanto uma característica inerente ao ser humano, com intensidade variável entre os indivíduos e podendo ser intensificada através de práticas, como a meditação (Peixoto & Gondim, 2020). A variância do nível de *mindfulness* disposicional apresentou relevância para a compreensão do desenvolvimento e manutenção do sofrimento psicológico em diversos estudos empíricos. No geral, os estudos empíricos demonstraram que baixos níveis de *mindfulness* disposicional se relacionam com uma piora dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, enquanto níveis mais elevados associam-se à melhora dos sintomas e maior qualidade de vida (Calvete et al.,

2021; Kraemer & McLeish, 2019; Medvedev et al., 2018; Mennitto et al., 2020; Westphal et al., 2021).

Dado a sua relevância, o *mindfulness* possui um foco central em diversos modelos clínicos. Além do programa de redução do estresse baseado em *mindfulness* (MBSR), outras intervenções baseadas em *mindfulness* (IBMs), como a prevenção de recaídas baseada em *mindfulness* (MBRP), e modelos terapêuticos, como a terapia de aceitação e compromisso (ACT), a terapia comportamental dialética (DBT) e a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT), incluem uma variedade de exercícios e práticas direcionadas ao desenvolvimento das competências de *mindfulness*, que envolve a meditação formal e o incentivo à consciência plena em atividades cotidianas (Baer, 2020).

4. MÉTODO

4.1. Caracterização da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, caráter descritivo-exploratório e delineamento transversal com amostragem não probabilística.

A abordagem quantitativa permite a verificação de hipóteses ao estabelecer padrões comportamentais por meio de um conjunto de medidas numéricas e análises estatísticas (Cozby, 2003). Essa abordagem condiz com o caráter descritivo que consiste em caracterizar os fenômenos e as relações entre variáveis, bem como com o caráter exploratório que esclarece conceitos e viabiliza a formulação de hipóteses sobre um fenômeno pouco estudado (Gil, 2022). Por sua vez, o delineamento transversal se refere ao levantamento e análise de dados observados em um único momento no tempo, ao passo que os dados obtidos em uma amostra disponível para o estudo e não baseada em critérios estatísticos, se caracteriza por uma amostragem não probabilística (Cozby, 2003).

4.2. Participantes

A amostra foi composta por 217 adultos. Os critérios de inclusão foram participantes na faixa etária entre 18 e 65 anos, de todos os gêneros, com ensino médio completo e que aceitaram participar voluntariamente do estudo. Foram excluídos 255 indivíduos que desistiram da pesquisa e não responderam a todos os instrumentos.

4.3. Instrumentos

A pesquisa utilizou um formulário online contendo cinco instrumentos, sendo eles: o Questionário Sociodemográfico (Apêndice A), a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) (Anexo 1) o Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest (Anexo 2), o Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ) (Anexo 3) e a Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS) (Anexo 4).

4.3.1. *Questionário Sociodemográfico*

Elaborado para a presente pesquisa, o questionário foi composto por oito perguntas fechadas para se obter informações sobre o perfil sociodemográfico dos participantes: idade, gênero, estado civil, estado de residência e grau de escolaridade. E informações relacionadas ao histórico clínico: se já realizou psicoterapia em algum momento da vida, se está realizando psicoterapia atualmente e se faz uso de medicação para transtorno mental.

4.3.2. *Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - DASS-21*

Escala desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) para verificar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Consiste em 21 itens divididos em três subescalas (itens Depressão: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; Ansiedade: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; Estresse: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). A escala de resposta aos itens é do tipo Likert de quatro pontos que variam entre 0 ("não se aplicou de maneira alguma") a 3 ("aplicou-se muito ou na maior parte do tempo"). Os valores indicam a frequência e a severidade dos sintomas, classificando-os como normais, leves, moderados, severos e extremos. A adaptação e validação da versão brasileira

demonstrou boa consistência interna, com o valor alpha de Cronbach de 0,95 na escala total e nas subescalas os valores de alpha de Cronbach foram de 0,92 para depressão, 0,86 para ansiedade e 0,90 para estresse (Vignola & Tucci, 2014).

4.3.3. *Questionário de Distorções Cognitivas - CD-Quest*

Desenvolvido e validado por Oliveira et al. (2015), o CD-Quest (Anexo 2) se trata de um questionário de autorrelato, que avalia o nível de distorções cognitivas através da frequência e intensidade de equívocos cognitivos. Possui 15 itens com uma escala de resposta ao item do tipo Likert de cinco pontos que avaliam simultaneamente a frequência e a intensidade das distorções, entre 0 (“não ocorreu” e “nem um pouco”) a 5 (“quase todo o tempo” e “muito – mais de 70%”). Cada item se refere a uma distorção cognitiva específica, sendo elas: (1) pensamento dicotômico (também denominado pensamentos do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado), (2) previsão do futuro (catastrofização), (3) desqualificação dos aspectos positivos, (4) raciocínio emocional, (5) rotulação, (6) ampliação/minimização, (7) abstração seletiva, (8) leitura mental, (9) supergeneralização, (10) personalização, (11) afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”), (12) conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias), (13) culpar (outros ou a si mesmo), (14) e se...?, e (15) comparações injustas. Os itens são apresentados com uma breve descrição de seu significado e no mínimo dois exemplos, como no item (1) pensamento dicotômico: “Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de ‘uma coisa ou outra’, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo. Exemplos: ‘Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso’. ‘Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta’”. Além de indicar o escore de cada item, o escore global permite classificar as distorções entre ausentes/mínimas, leves, moderadas e graves. Para a população brasileira, o questionário apresentou boa consistência interna, com alpha de Cronbach de 0,85. A consistência interna

das subescalas de frequência, intensidade e escore global os valores de alpha de Cronbach foram de 0,91, 0,89 e 0,85, respectivamente (Oliveira et al., 2015). Ao final de cada item há um campo em aberto para descrição de exemplos pessoais do participante, porém, optou-se por não utilizar estes campos no formulário de pesquisa por motivos metodológicos.

4.3.4. *Questionário de Regulação Emocional Cognitiva - CERQ*

O Questionário de Regulação Emocional Cognitiva – CERQ (Anexo 3) foi elaborado por Garnefski et al. (2001) para mensurar a utilização de estratégias cognitivas de regulação da emoção mediante experiências emocionais desagradáveis. Contém 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 cinco estratégias de regulação adaptativas e quatro estratégias desadaptativas apresentadas a seguir com os seus valores de alpha 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). Os itens representam cognições sobre a experiência emocional, por exemplo: “eu enfatizo os sentimentos que a situação provocou em mim”, item da subescala de ruminação. Cada estratégia de regulação emocional cognitiva se refere a um fator, quanto maior a média do fator, mais frequente a estratégia é utilizada. Na versão brasileira, o CERQ apresentou boa validade e consistência interna com o valor de alpha de Cronbach variando entre 0,71 e 0,88 (Schäfer et al., 2018).

4.3.5. *Escala de Atenção e Consciência Plenas – MAAS*

Desenvolvida por Brown e Ryan (2003), a escala tem por objetivo avaliar o traço de *mindfulness* enquanto uma capacidade de estar atento e aberto às experiências vivenciadas no momento presente. Contém 15 itens com escala de resposta do tipo Likert de seis pontos que variam entre 1 (“quase sempre”) e 6 (“quase nunca”). Os itens se referem às características de

mindfulness, por exemplo, o item (1): “Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois”. Todos os itens medem *mindfulness*, sendo que valores elevados refletem níveis maiores de *mindfulness*, enquanto valores menos elevados indicam níveis menores. A versão brasileira do MAAS demonstrou medidas de confiabilidade e validade adequadas, com o valor de alpha de Cronbach de 0,83 (De Barros et al., 2015).

4.4. Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de julho, agosto e setembro de 2021. Devido ao contexto da pandemia por COVID-19, a coleta foi realizada de forma online através da plataforma *SurveyMonkey*®. Essa plataforma 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 (Apêndice B). Aqueles que consentiram digitalmente com os termos de participação tiveram o acesso liberado para o preenchimento do formulário. O formulário continha todos os instrumentos descritos, cujo tempo médio de resposta era de 40 minutos. A técnica de *snowball* foi adotada para alcançar mais participantes, deste modo, foi solicitado que os respondentes da pesquisa encaminhassem o convite para outros possíveis participantes. A técnica de *snowball* permite que ocorram indicações entre os indivíduos até que se esgotem as possibilidades de participação (Vinuto, 2014).

4.5. Análise de Dados

Foram utilizados procedimentos estatísticos descritivos e inferenciais na versão 21 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Inicialmente, a verificação de normalidade apresentou valores dentro dos parâmetros aceitáveis de assimetria e curtose (entre -1 e +1) para a maioria das variáveis. As variáveis depressão DASS-21 e ansiedade

DASS-21 não atenderam ao requisito de normalidade, desta forma, foram submetidas à transformação logarítmica para atender aos parâmetros normais.

Para realizar a caracterização da amostra foram utilizadas as análises de frequência, porcentagem, média e desvio-padrão. A análise de regressão linear múltipla por meio do método *stepwise* foi utilizada para atender ao objetivo de investigar o efeito de distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* preditores dos índices de depressão, ansiedade e estresse. Os pressupostos de normalidade dos resíduos foram verificados e atendidos com valores dos coeficientes de assimetria e curtose entre -1 e +1 e de independência dos resíduos com valores de *Durbin-Watson* entre 1,5 e 2,5 (Figueiredo Filho et al., 2011).

Em seguida, a análise de rede foi realizada através da versão 0.16.1 do *Jeffreys' Amazing Statistics Program* (JASP) para verificar as relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness*. A rede foi estimada através do Modelo Gráfico Gaussiano (GGM), usando o algoritmo *Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (GLasso) para aprimorar o modelo ao estimar valores pequenos como zero, e utilizando-se do índice de ajuste *Extended Bayesian Criterion* (EBIC) para produzir um modelo com menor resíduo (Leme et al., 2020). Nesse modelo de rede, as relações representadas se dão em decorrência do condicionamento de todas as variáveis, sendo assim, a ligação entre duas variáveis representa uma correlação que não pode ser explicada pelas demais variáveis da rede. Os nodos (círculos) representam as variáveis, sendo que as arestas (linhas) representam as relações estimadas entre elas. Os nodos são posicionados de acordo com a força das correlações e a espessura das arestas indica a magnitude da associação. Ademais, a cor das arestas demonstra a valência da relação, sendo a cor azul a indicação de relações positivas e a cor vermelha para relações negativas (Bergh, 2018).

4.6. Procedimentos Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH – UFSC) e aprovado sob protocolo CAAE 46870221.0.0000.0121 de acordo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras para pesquisa com seres humanos, previstas na Resolução nº510/16, do Conselho Nacional de Saúde e na Resolução nº 010/2012 do Conselho Federal de Psicologia.

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) foram elucidadas as condições da pesquisa quanto à participação voluntária, garantia do anonimato, objetivos da pesquisa e ausência de penalização caso a participação fosse interrompida. Constaram no TCLE os benefícios da pesquisa, como a contribuição para a compreensão do funcionamento cognitivo e emocional, e possibilidade de aprimorar formas de intervenções clínicas direcionadas à saúde mental. Como eventuais riscos, foram mencionados o possível constrangimento ou mobilização emocional ao expor seus pensamentos, sentimentos e opiniões no formulário, a falta de motivação para participar da pesquisa e o tempo despendido para responder a todos os instrumentos.

Após a defesa em banca examinadora, uma cópia dos resultados e discussões realizadas neste estudo serão enviadas por e-mail aos participantes que sinalizaram o interesse, bem como, uma lista contendo indicações de serviços para encaminhamento psicológico e atendimento gratuito.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 217 participantes com idades entre 18 e 61 anos ($M = 28,33$; $DP = 7,75$), residentes das regiões sul, sudeste, nordeste e centro-oeste do Brasil, em sua maioria do gênero feminino, estado civil solteiro e com ensino superior completo. Com relação ao histórico clínico, a maior parte dos participantes não fazia uso de psicofármacos e

já realizou psicoterapia em algum momento da vida, mas não realizava no período em que participou da pesquisa. Na Tabela 6 são apresentadas as frequências relativas e absolutas das variáveis sociodemográficas e clínicas.

Tabela 6

Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas da Amostra

Variáveis	N (%)
Idade	
18 – 29 anos	162 (74,65)
30 – 39 anos	36 (16,58)
40 ou mais	19 (8,75)
Gênero	
Feminino	123 (56,68)
Masculino	94 (43,31)
Estado civil	
Solteiro(a)	161 (74,19)
Casado(a)/União estável	50 (23,04)
Divorciado(a)/Separado(a)	5 (2,30)
Viúvo(a)	1 (0,46)
Divisão regional	
Sul	180 (82,97)

Sudeste	28 (12,89)
Nordeste	7 (3,22)
Centro-oeste	2 (0,92)
Nível de escolaridade	
Ensino superior completo	66 (30,41)
Ensino superior incompleto	61 (28,11)
Pós-graduação completa	47 (21,65)
Pós-graduação incompleta	23 (10,59)
Ensino médio completo	20 (9,21)
Já realizou terapia	
Sim	158 (72,81)
Não	59 (27,18)
Está realizando terapia atualmente	
Sim	77 (35,48)
Não	140 (64,51)
Faz uso de medicação para transtorno mental	
Sim	37 (17,05)
Não	180 (82,94)

Após a aplicação dos pontos de corte do DASS-21 e do CD-quest, observou-se que a maior parte dos participantes apresentou escores que indicam a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse e a ocorrência de distorções cognitivas conforme apresentados na Tabela 7. As médias e desvios-padrão dos demais instrumentos também são apresentadas.

Tabela 7

Médias, Desvios-padrão, Frequências Absolutas e Relativas dos Escores dos Instrumentos

Instrumentos	M (DP) N (%)
DASS-21 (escore total)	52,28 (30,76)
Depressão*	
Normal	78 (35,94)
Suave	21 (9,67)
Moderado	43 (19,81)
Forte	22 (10,13)
Extremamente grave	53 (24,42)
Ansiedade*	
Normal	80 (36,86)
Suave	17 (7,83)

Moderado	30 (13,82)
Forte	11 (5,06)
Extremamente grave	79 (36,40)
Estresse*	
Normal	60 (27,64)
Suave	38 (17,51)
Moderado	37 (17,05)
Forte	38 (17,51)
Extremamente grave	44 (20,27)
CD-Quest (escore 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 dos instrumentos foram apresentadas as frequências absolutas e relativas (em parênteses), em vez de médias e desvios-padrão.

5.2. Análise de Regressão Linear Múltipla

As análises de regressão linear múltipla foram realizadas para verificar o efeito das distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* como preditores de depressão, ansiedade e estresse. Para cada indicador de sofrimento psicológico foi conduzida uma análise.

A análise apresentou um modelo estatisticamente significativo para prever depressão [F4, 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 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 aumentaram em decorrência de níveis mais elevados de distorções cognitivas e estratégia de regulação emocional de catastrofização, menor utilização da estratégia de regulação emocional de foco positivo e em decorrência de baixo *mindfulness*.

A análise apresentou 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) = $1,099 + 0,012 \times \text{CD-quest} - 0,009 \times \text{MAAS}$. Este resultado indicou que os sintomas de ansiedade aumentaram em decorrência de maiores níveis de distorções cognitivas e baixo nível de *mindfulness*.

A análise também resultou em modelo estatisticamente significativo para prever estresse [$F(5, 211) = 30,329$; $p < 0,001$; $R^2_{ajus} = 0,404$]. 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) = $19,324 + 0,171 \times \text{CD-quest} - 0,178 \times \text{MAAS} + 0,524 \times \text{culpabilização dos outros} + 0,534 \times \text{ruminação} - 0,328 \times \text{reavaliação positiva}$. Esses resultados indicaram que os sintomas de estresse aumentaram em decorrência de maiores níveis de distorções cognitivas, maior utilização da estratégia de regulação emocional de culpabilização dos outros e de ruminação, de baixo nível de *mindfulness* e de menor utilização da estratégia de regulação emocional de reavaliação positiva.

5.3. Análise de Rede

A análise de rede foi conduzida para observar as relações entre as distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional, *mindfulness*. Na Figura 2 está representada a rede de correlações parciais, isto significa que as relações apresentadas entre duas variáveis foram mantidas após controlados os efeitos das demais variáveis.

A estrutura da rede pode ser observada por aproximações que sugerem a possível formação de três grupos. O primeiro, formado pelos indicadores de sofrimento psicológico

(nodos 1, 2, e 3), o segundo, pela aproximação entre distorções cognitivas e estratégias de regulação emocional desadaptativas (nodos 4, 10, 11, 12, 13) e, o terceiro, pela aproximação entre as estratégias de regulação emocional adaptativas (nodos 5, 6, 7, 8 e 9). O *mindfulness* (nodo 14) apresenta-se posicionado entre o primeiro e o segundo grupo.

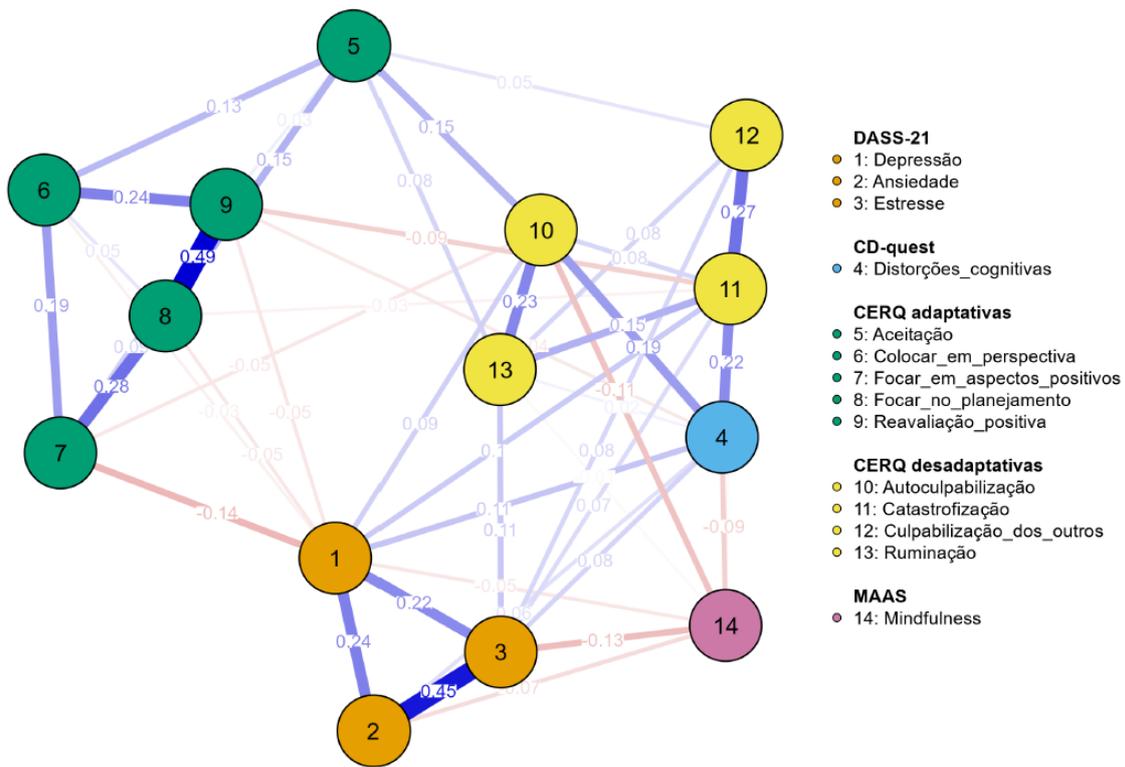
As variáveis de cada grupo apresentaram entre si correlações positivas conforme indicado pela cor azul das arestas. A respeito das correlações entre variáveis de diferentes grupos, a depressão, ansiedade e estresse apresentaram correlações positivas com distorções cognitivas e estratégias de regulação emocional desadaptativas. As estratégias desadaptativas de autculpabilização, culpabilização dos outros e ruminação se correlacionaram positivamente com a estratégia adaptativa de aceitação.

Contudo, as correlações observadas pelas arestas de cor vermelha indicaram a correlação negativa entre depressão e estratégias de regulação emocional adaptativas. A estratégia de catastrofização apresentou correlações negativas com as estratégias de focar no planejamento e de reavaliação positiva. Houve uma correlação negativa entre distorções cognitivas e a estratégias de reavaliação positiva. E, o *mindfulness* apresentou correlações negativas com os indicadores de sofrimento psicológico, distorções cognitivas, e estratégias de autculpabilização e de ruminação.

A magnitude das correlações também são indicadas pelas arestas, sendo assim, quanto maior o coeficiente de correlação, mais espessa é a aresta. Os maiores coeficientes de correlação foram observados pelas arestas de estresse e ansiedade (0,446) e das estratégias de focar no planejamento e reavaliação positiva (0,489). Essas correlações eram esperadas por se tratarem de variáveis que integram os mesmos instrumentos. Os demais coeficientes de correlação podem ser observados pelas arestas na Figura 2.

Figura 2

Gráfico de Rede de Relações Entre Distorções Cognitivas, Estratégias de Regulação Emocional, Mindfulness, Depressão, Ansiedade e Estresse



6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objetivo deste estudo foi investigar a possível relação entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional cognitivas e *mindfulness* com o sofrimento psicológico. Os resultados demonstraram que estes processos foram preditores significativos de sofrimento psicológico, porém com diferentes relações, as quais serão exploradas detalhadamente adiante. Em geral, as distorções cognitivas e o *mindfulness* demonstraram ser os principais processos preditores de sofrimento psicológico, contudo, foram também identificados efeitos significativos de estratégias de regulação emocional específicas sobre os níveis de sofrimento. O segundo objetivo foi verificar a relação destes processos entre si. A partir das análises realizadas, observou-se uma proximidade entre as distorções cognitivas e as estratégias de regulação emocional desadaptativas, além do distanciamento de *mindfulness*

em relação aos demais processos. Identificou-se também uma relação positiva entre as distorções cognitivas e as estratégias desadaptativas, assim como, uma relação negativa das distorções cognitivas e estratégias desadaptativas com as estratégias adaptativas. O *mindfulness* se relacionou negativamente com as distorções cognitivas e as estratégias desadaptativas e não apresentou relações significativas com as estratégias adaptativas.

Os resultados das análises de regressão múltipla indicaram que dentre os processos inseridos como variáveis independentes nos modelos de análise, as distorções cognitivas demonstraram os maiores coeficientes para prever níveis mais altos de depressão, ansiedade e estresse. Estes achados condizem com a perspectiva da terapia cognitiva de que as distorções cognitivas desempenham um papel central no desenvolvimento e manutenção do sofrimento psicológico (Beck, 2019). Estes resultados também são consistentes com as evidências empíricas provenientes de diferentes modalidades de análises correlacionais e prospectivas que identificaram a relação positiva entre os níveis de distorções cognitivas e os níveis de depressão, ansiedade e estresse (Bathina et al., 2021; Buschmann et al., 2018; Farrell et al., 2004; Güner et al., 2020; Kumar et al., 2020; Mercan et al., 2021; Robert et al., 2018; Tanrıverdi & Özgüç, 2022; Tecuta et al., 2019; Thomas & Larkin, 2020; Yesilyaprak et al., 2019).

Dentre os processos analisados, nossos achados indicaram que as distorções cognitivas se mantêm relevantes para a compreensão do sofrimento psicológico e, conseqüentemente, representam um foco relevante de intervenção clínica. Vale ressaltar que os resultados deste estudo ampliam a literatura ao apontar a relação preditora das distorções cognitivas na sintomatologia de estresse sem trauma, uma vez que os estudos empíricos frequentemente buscam associar as distorções cognitivas a transtornos específicos relacionados a trauma e a estressores (Chung et al., 2016; Chung & Shakra, 2022; Daniels et al., 2011; Fang & Chung, 2019; Kar, 2011).

As análises de regressão também demonstraram o *mindfulness* como um preditor significativo de sofrimento psicológico na medida em que menores níveis de *mindfulness* se associaram com maiores níveis de depressão, ansiedade e estresse. A relação encontrada entre *mindfulness* e sofrimento psicológico foi consistente com as perspectivas teóricas que fundamentam os programas e psicoterapias baseadas em *mindfulness*. Essas perspectivas estabelecem o desenvolvimento de competências de *mindfulness* como objetivo central para promover a melhora do humor (Almeida et al., 2021; Baer, 2020; Lima & Ferreira Gomides, 2022). Esses achados também correspondem à pesquisas empíricas anteriores que evidenciaram a relação negativa entre níveis de depressão, ansiedade e estresse e o nível de *mindfulness* disposicional (Barcaccia et al., 2019; Calvete et al., 2021; Dailey, 2018; Kaiseler et al., 2017; Kraemer & McLeish, 2019; Mamede et al., 2022; Medvedev et al., 2018; Mennitto et al., 2020; Poulin et al., 2016; Soysa & Wilcomb, 2015; Westphal et al., 2021).

Embora o efeito de *mindfulness* como preditor de sofrimento psicológico tenha sido menor em comparação com as distorções cognitivas, ambos foram os processos que demonstraram maior influência nos níveis de sofrimento psicológico, à medida em que as distorções cognitivas apresentaram uma relação positiva, enquanto o *mindfulness*, uma relação negativa com os sintomas. Estes resultados podem sugerir que intervenções clínicas orientadas para a diminuição de distorções cognitivas e intervenções focadas no desenvolvimento de *mindfulness* disposicional quando implementadas em conjunto podem ser mais eficazes na redução de sintomas de sofrimento psicológico do que quando implementadas isoladamente. O efeito dos processos metacognitivos envolvidos nas intervenções direcionadas ao monitoramento e modificação de distorções cognitivas parece ser facilitado pelo *mindfulness* (Su & Shum, 2019). Além disso, intervenções direcionadas ao desenvolvimento de *mindfulness* se demonstraram associadas ao decréscimo de distorções

cognitivas (Sears & Kraus, 2009; Webb & Lahey, 2019). Contudo, mais estudos devem ser realizados para verificar essa hipótese.

Além de demonstrar que as distorções cognitivas e *mindfulness* podem predizer o sofrimento psicológico, as análises de regressão também indicaram a especificidade de estratégias de regulação emocional para cada indicador de sofrimento psicológico. Dentre as nove estratégias analisadas, somente o menor uso da estratégia de focar em aspectos positivos e o maior uso de catastrofização foram preditores significativos de maiores níveis de depressão. O maior uso das estratégias de culpabilização dos outros e ruminação e o menor uso de reavaliação positiva demonstraram ser preditores de maiores níveis de estresse. E nenhuma das estratégias de regulação emocional foi significativa para predizer ansiedade. As estratégias de autoculpabilização, aceitação, colocar em perspectiva e focar no planejamento não foram significativas em nenhum dos modelos analisados para prever os indicadores de sofrimento psicológico.

As relações prospectivas apresentadas entre as estratégias de regulação emocional e o sofrimento psicológico condizem com a literatura em alguns aspectos e divergem em outros. No caso da depressão, a catastrofização é frequentemente identificada como um preditor positivo (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Dominguez-Lara, 2017; Garnefski et al., 2004; Martin & Dahlen, 2005; Salehi, 2017; Yalçinkaya-Alkar, 2020), assim como, o foco positivo como um preditor negativo (Ataman & Dağ, 2014; Wang et al., 2021). De acordo com esses estudos, a catastrofização das consequências emocionais e a dificuldade de focar nos aspectos positivos das experiências emocionais podem ajudar na manutenção dos sintomas depressivos, pois estão ligados à desesperança e ao foco predominantemente negativo nos eventos da vida.

Quanto ao estresse, a relação positiva com as estratégias de ruminação e culpabilização dos outros, e a relação negativa com a estratégia de reavaliação positiva

também condizem com outros estudos empíricos (Gliebe, 2012; Martin & Dahlen, 2005; Sakakibara & Kitahara, 2016; Tuna, 2020). Esses achados sugerem que pensamentos repetitivos e a propensão a culpar os outros pela experiência emocional negativa, bem como a dificuldade em interpretar a experiência emocional de novas maneiras, podem ter impacto na forma como um indivíduo interage com seu ambiente e contribuir para o desenvolvimento e manutenção de sintomas de estresse. Deste modo, a ruminação pode ser identificada como alvo de intervenção em diferentes terapias como a terapia metacognitiva (MCT) e terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT) (Watkins & Roberts, 2020), enquanto a reavaliação consiste em uma estratégia essencialmente desenvolvida na terapia cognitiva (TC) (Wenzel, 2020).

No que diz respeito à ansiedade, diversos estudos demonstraram a relação prospectiva com as estratégias de regulação emocional, dentre elas, se destacam o maior uso de catastrofização e ruminação, e o menor uso de aceitação (Ataman & Dağ, 2014; Dominguez-Lara, 2017; Foroudifard et al., 2020; Martin & Dahlen, 2005; Wang et al., 2021). Contudo, os nossos resultados demonstraram que, quando inseridas no modelo de regressão com as distorções cognitivas e *mindfulness*, nenhuma estratégia de regulação emocional contribuiu para a explicação dos níveis de ansiedade. É importante notar que, apesar da aceitação ser um componente chave de muitas psicoterapias, como a terapia comportamental dialética (DBT) e a terapia de aceitação e compromisso (ACT) (Aldao & Plate, 2020), essa estratégia não foi significativa para prever o sofrimento psicológico quando combinada com as outras variáveis.

Ainda que a linearidade das relações entre as estratégias de regulação emocional e o sofrimento psicológico tenham sido consistentes com a literatura, houveram divergências relacionadas à especificidade das estratégias para cada indicador de sofrimento, uma vez que os resultados identificados por outros estudos apresentaram modelos com diferentes estratégias significativas para prever o sofrimento psicológico. Essas divergências podem

ser explicadas devido as diferenças com relação à caracterização das amostras ou à utilização de medidas distintas para avaliar depressão, ansiedade e/ou estresse. Contudo, os nossos resultados parecem corroborar o entendimento de que o sofrimento psicológico é caracterizado pelo maior uso de estratégias desadaptativas e menor uso de estratégias adaptativas (Lasa-Aristu et al., 2019).

Quanto aos resultados obtidos por meio da análise de rede, observamos uma aproximação entre as distorções cognitivas e as estratégias desadaptativas de regulação emocional através de correlações positivas. A aproximação entre estes processos pode ser justificada devido a uma possível sobreposição conceitual de itens avaliados pelo questionário de distorções cognitivas (CD-quest) com estratégias desadaptativas avaliadas pelo questionário de estratégias de regulação emocional cognitivas (CERQ), por exemplo, as distorções cognitivas “culpar (outros ou a si mesmo)” e “catastrofização” e as estratégias de regulação emocional de autculpabilização, de culpabilização dos outros e de catastrofização. Contudo, os itens do questionário de estratégias de regulação emocional cognitivas (CERQ) são direcionados para a avaliação de respostas emocionais ao invés de eventos externos, conforme avaliam os itens do CD-quest (Garnefski et al., 2001; Schäfer et al., 2018). Em contrapartida, através da rede observou-se um distanciamento entre as distorções cognitivas e as estratégias adaptativas de regulação emocional devido à ausência de correlações. Esse distanciamento pode indicar que, ainda que o uso de estratégias adaptativas em laboratório tenha demonstrado efeito na redução da experiência negativa eliciada pelas distorções cognitivas (Dixon et al., 2020), a ausência de correlação entre esses processos pode estar relacionada com as implicações envolvidas na seleção e implementação das estratégias, uma vez que, saber utilizar uma determinada estratégia não implica em sua utilização em situações cotidianas (McRae & Gross, 2020).

Acerca das relações de *mindfulness* apresentadas na rede, observou-se uma tendência linear negativa com as distorções cognitivas. Este resultado condiz com as características antagônicas destes construtos. Enquanto as distorções cognitivas são representadas por características de pensamento autônomo, irrefletido, inflexível e constantemente negativo em relação a si mesmo, aos outros e ao mundo (Beck, 2019), o *mindfulness* se caracteriza pela desvinculação do envolvimento com o passado ou futuro, maior aceitação, ausência de julgamentos, conexão e abertura para o momento presente (Kabat-Zinn, 2015). A relação inversa entre *mindfulness* disposicional e padrões cognitivos negativos foi demonstrada por outros estudos que evidenciaram, por exemplo, que maior consciência e menor avaliação negativa, apego e julgamento protegem contra os padrões cognitivos negativos e desadaptativos que podem levar ao desenvolvimento de distúrbios emocionais (Kiken & Shook, 2012; Tomlinson et al., 2017).

Por sua vez, as correlações negativas entre *mindfulness* e estratégias desadaptativas, assim como, a ausência de correlações entre *mindfulness* e estratégias adaptativas parecem incompreensíveis. No entanto, uma revisão realizada Guendelman et al. (2017), demonstrou que os estudos que exploravam a relação entre *mindfulness* e regulação emocional, em geral, analisaram as estratégias de regulação emocional como variáveis mediadoras entre *mindfulness* e seus efeitos, ou como variáveis preditoras dos efeitos de intervenções focadas em *mindfulness*, dos quais as associações sugerem uma tendência negativa de *mindfulness* com estratégias desadaptativas e positiva com as estratégias adaptativas (Guendelman et al., 2017). Os nossos resultados apresentaram uma certa tendência negativa entre *mindfulness* e estratégias desadaptativas, porém, a tendência de correlações positivas de *mindfulness* com estratégias adaptativas não foi observada.

Estes resultados podem ser justificados através de outros estudos empíricos que investigaram o *mindfulness* disposicional sem intervenção clínica, dos quais os resultados

mais proeminentes se trataram da identificação de associações negativas entre o *mindfulness* disposicional e padrões cognitivos desadaptativos (Tomlinson et al., 2017). Enquanto a relação de *mindfulness* com as estratégias adaptativas aparenta ser mais observada em estudos que exploram os resultados das intervenções baseadas em *mindfulness*, que além de auxiliar na elevação da linha de base do *mindfulness* disposicional (Quaglia et al., 2016), estimulam os participantes a utilizarem as estratégias adaptativas através de práticas, como por exemplo, a aceitação (Guendelman et al., 2017).

Em síntese, os nossos achados demonstraram que os processos abordados por diferentes terapias cognitivo-comportamentais foram capazes de prever, em diferentes direções, o sofrimento psicológico e podem estar associados entre si. Essas evidências reiteram a concepção transdiagnóstica dos processos analisados envolvidos na manutenção e/ou recuperação de diferentes tipos de sofrimento psicológico (Almeida & Marinho, 2021). Ainda assim, é de responsabilidade dos profissionais clínicos considerarem a integração de elementos provenientes de distintas abordagens terapêuticas na prática clínica atentando-se as suas particularidades teóricas e metodológicas (Azevedo et al., 2022).

Por fim, existem alguns fatores que limitaram este estudo. Primeiro, o desenho transversal não permite pressupor causalidade entre os fatores relacionados. As relações entre as distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* devem ser exploradas futuramente por estudos experimentais e/ou longitudinais. Segundo, este estudo se baseou em instrumentos de autorrelato respondidos durante a pandemia de COVID-19, portanto, os resultados podem ter sido influenciados devido a este contexto. Por último, o estudo não contou com uma amostra populacional aleatória e, por isso, os resultados não podem ser generalizados ou aplicados a outras populações. São necessários estudos com amostras mais representativas para confirmar os achados apresentados.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora pesquisas anteriores tenham investigado as relações individuais entre os processos de distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional ou *mindfulness* com o sofrimento psicológico (Lasa-Aristu et al., 2019; Medvedev et al., 2018; Mercan et al., 2021), nenhum estudo anterior investigou a relação destes processos em conjunto ou, além disso, verificou a relação destes processos entre si. Os achados apresentados neste estudo demonstraram que os mecanismos analisados foram capazes de prever o sofrimento psicológico e indicaram as correlações entre eles.

O efeito das distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* como preditores dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse são consistentes com a perspectiva transdiagnóstica destes processos, os quais caracterizam aspectos centrais de intervenção em diferentes abordagens cognitivo-comportamentais (Almeida & Marinho, 2021; Cludius et al., 2020; Geurts et al., 2021). No que se refere à relação dos processos entre si, as relações observadas foram consistentes com os respectivos modelos teóricos destes construtos (Aldao & Plate, 2020; Beck, 2019; Kabat-Zinn, 2015).

Mais estudos são necessários para formular um quadro confiável sobre como os processos interagem com o sofrimento psicológico e entre si. Apesar disso, acreditamos que os achados apresentados por este estudo possam contribuir para o desenvolvimento de pesquisas futuras e levar a insights sobre como estes processos estão relacionados, além de viabilizar o suporte para o uso combinado de intervenções focadas nesses processos com o objetivo de otimizar os resultados terapêuticos no tratamento de sintomas de sofrimento psicológico.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2010.06.002>
- 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. <https://doi.org/doi.org/doi.org/10.15309/21psd220317>
- Almeida, L. S., Rocha, G. S. da, & Silva, J. C. (2021). The importance of mindfulness practice as a tool to reduce anxiety and depression symptoms in the context of the covid-19 pandemic. *Research, Society and Development*, 10(15), 1–15. <https://doi.org/10.33448/RSD-V10I15.23559>
- APA. (2022). *American Psychological Association 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 Yıllıklar. *J Clin Psy*, 17(1), 7–17. <https://klinikpsikiyatri.org/jvi.aspx?pdire=kpd&plng=tur&un=KPD-96079>
- Azevedo, M. L., Bortolatto, M. de 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. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.V16.30871>

- Baer, R. (2020). Prática de mindfulness. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos* (pp. 308–317). Artmed.
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2016). Individual Differences in Cognitive Emotion Regulation: Implications for Subjective and Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, *17*(1), 125–143.
<https://doi.org/10.1007/s10902-014-9587-3>
- Barbosa, J. I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivocomportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *12*(1/2), 60–79. <https://doi.org/10.31505/RBTCC.V12I1/2.416>
- Barcaccia, B., Baiocco, R., Pozza, A., Pallini, S., Mancini, F., & Salvati, M. (2019). The more you judge the worse you feel. A judgemental attitude towards one's inner experience predicts depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, *138*, 33–39. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2018.09.012>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – Republished Article. *Behavior Therapy*, *47*(6), 838–853.
<https://doi.org/10.1016/J.BETH.2016.11.005>
- Bathina, K. C., ten Thij, M., Lorenzo-Luaces, L., Rutter, L. A., & Bollen, J. (2021). Individuals with depression express more distorted thinking on social media. *Nature Human Behaviour* *2021 5:4*, *5*(4), 458–466. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01050-7>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. A Meridian Book.
- Beck, A. T. (2019). A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspectives on*

- Psychological Science*, 14(1), 16–20. <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>
- Beck, J. S. (2022). Introdução à terapia cognitivo comportamental. In *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* (3rd ed., pp. 19–37). Artmed.
- Bergh, D. V. D. (2018). *How to Perform a Network Analysis in JASP - JASP - Free and User-Friendly Statistical Software*. JASP Team. <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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E., & Bohan, K. B. (2018). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 36(2), 137–162. <https://doi.org/10.1007/S10942-017-0278-Y/TABLES/5>
- Calvete, E., Roldan Franco, M. A., Oñate, L., Sánchez-Izquierdo Alonso, M., Bermejo-Toro, L., Calvete, E., Roldan Franco, M. A., Oñate, L., Sánchez-Izquierdo Alonso, M., & Bermejo-Toro, L. (2021). Mindfulness como rasgo, la rumiación y el bienestar en los cuidadores de las personas con daño cerebral adquirido. *Clínica y Salud*, 32(2), 71–77. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2021A5>
- Castañón, G. A. (2007). *O que é Cognitivismo: Fundamentos Filosóficos* (1st ed.). Editora Pedagógica Universitária.
- Cerit, C., & Coşkun, B. (2012). The comparison of cognitive distorsions among patients with depression, dysthymia, remitted depression and healty control group. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 250–255. <https://alpha-psychiatry.com/en/the-comparison-of-cognitive->

distorsions-among-patients-with-depression-dysthymia-remitted-depression-and-healthy-control-group-131223

- Chu, Q., Wang, X., Yao, R., Fan, J., Li, Y., Nie, F., Wang, L., & Tang, Q. (2022). Childhood trauma and current depression among Chinese university students: a moderated mediation model of cognitive emotion regulation strategies and neuroticism. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03673-6>
- Chung, M. C., Jalal, S., & Khan, N. U. (2016). Posttraumatic stress symptoms, co-morbid psychiatric symptoms and distorted cognitions among flood victims of different ages. *Journal of Mental Health*, *26*(3), 204–211. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1149803>
- Chung, M. C., & Shakra, M. (2022). The Association Between Trauma Centrality and Posttraumatic Stress Among Syrian Refugees: The Impact of Cognitive Distortions and Trauma-Coping Self-Efficacy. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(3–4), 1852–1877. <https://doi.org/10.1177/0886260520926311>
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion (Washington, D.C.)*, *20*(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/EMO0000646>
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciência do comportamento* (Vol. 1). Atlas.
- Dailey, L. (2018). Association of Mindfulness and Resilience with Stress, Depression, and Anxiety among Freshman Undergraduate Students [Saint Louis University]. In *Saint Louis University*. <https://www.proquest.com/docview/2074730799?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to

- mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/CCP0000482>
- Daniels, J. K., Hegadoren, K., Coupland, N. J., Rowe, B. H., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2011). Cognitive distortions in an acutely traumatized sample: an investigation of predictive power and neural correlates. *Psychological Medicine*, 41(10), 2149–2157. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000237>
- De Barros, V. V., Kozasa, E. H., De 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. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528110>
- Oliveira, I. R., Seixas, C., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., De Abreu, J. N., Menezes, I. G., Pidgeon, A., Sudak, D., & 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4558787/>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55–66. <https://doi.org/10.20435/PSSA.V11I2.642>
- 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. <https://doi.org/10.1016/J.BPSC.2019.07.009>
- 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.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000300315&lang=pt

Fang, S., & Chung, M. C. (2019). The impact of past trauma on psychological distress among Chinese students: The roles of cognitive distortion and alexithymia. *Psychiatry Research*, 271, 136–143. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.11.032>

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. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00215-5](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00215-5)

Figueiredo Filho, D., Nunes, F., Rocha, E. C., Santos, M. L., Batista, M., & Silva Júnior, J. A. (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. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3808>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

Foroudifard, F., Amini, P., Navid, B., Omani-Samani, R., Sepidarkish, M., & Maroufizadeh, S. (2020). Cognitive emotion regulation, anxiety, and depression in infertile women: a cross-sectional study. *Middle East Fertility Society Journal*, 25(1), 1–6.

<https://doi.org/10.1186/S43043-020-00035-2/TABLES/3>

Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S.,

Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry, 18*(2), 192–207.

<https://doi.org/10.1002/WPS.20631>

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8),

1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36*(2), 267–276.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)

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.

<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.07.043>

Gil, A. C. (2022). *Como elaborar projetos de pesquisa* (7th ed.). Atlas.

Gliebe, S. K. (2012). A study of the relationship between cognitive emotion regulation, optimism, and perceived stress among selected teachers in Lutheran schools

[Southwestern Baptist Theological Seminary]. In *ProQuest Dissertations and Theses*.

[https://lej.cuchicago.edu/research-in-education/a-study-of-the-relationship-between-](https://lej.cuchicago.edu/research-in-education/a-study-of-the-relationship-between-cognitive-emotion-regulation-optimism-and-perceived-stress-among-selected-teachers-in-lutheran-schools/)

[cognitive-emotion-regulation-optimism-and-perceived-stress-among-selected-teachers-in-lutheran-schools/](https://lej.cuchicago.edu/research-in-education/a-study-of-the-relationship-between-cognitive-emotion-regulation-optimism-and-perceived-stress-among-selected-teachers-in-lutheran-schools/)

- Gros, D. F., Allan, N. P., & Szafranski, D. D. (2016). Movement towards transdiagnostic psychotherapeutic practices for the affective disorders. *Evidence-Based Mental Health, 19*(3), e10–e12. <https://doi.org/10.1136/EB-2015-102286>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion, 13*(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
- Güner, M. C., Yazar, M. S., & Meterelliyoz, K. Ş. (2020). Cognitive predictors of depression and anxiety in individuals with newly diagnosed Multiple Sclerosis. *The European Journal of Psychiatry, 34*(4), 202–210. <https://doi.org/10.1016/J.EJPSY.2020.06.004>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach To Research And Treatment*. Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2020). História e situação atual da TCC como uma terapia baseada em evidências. In *Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos: Ciência e Competências Clínicas* (Artmed, pp. 7–18).

- IBGE. (2022). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://www.ibge.gov.br/>
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, *107*(2), 156–176. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>
- Jha, A., Bhoi, A. K., Saha, S. K., Singh, A., Mukherjee, S., Sharma, B., & Jayarani. (2022). Impact of Select Cognitive Distortions on Emotional Stress. In S. R. Samanta, P. K. Mallick, P. K. Pattnaik, J. R. Mohanty, & Z. Polkowski (Eds.), *Cognitive Computing for Risk Management* (pp. 31–44). EAI/Springer Innovations in Communication and Computing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-74517-2_2
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, *6*(6), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Kabat-Zinn, J. (2019). *Viver a catástrofe total: como utilizar a sabedoria do corpo e da mente para enfrentar o estresse, a dor e a doença*. (2nd ed.). Palas Athena.
- Kaiseler, M., Poolton, J. M., Backhouse, S. H., & Stanger, N. (2017). The Relationship Between Mindfulness and Life Stress in Student-Athletes: The Mediating Role of Coping Effectiveness and Decision Rumination. *The Sport Psychologist*, *31*(3), 288–298. <https://doi.org/10.1123/TSP.2016-0083>
- Kar, N. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress

- disorder: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1), 167–181.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S10389>
- Kiken, L. G., & Shook, N. J. (2012). Mindfulness and emotional distress: The role of negatively biased cognition. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 329–333.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.031>
- Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 19–41). Artmed.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(SUPPL. 2), s54–s64.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Kraemer, K. M., & McLeish, A. (2019). Evaluating the role of mindfulness in terms of asthma-related outcomes and depression and anxiety symptoms among individuals with asthma. *Psychology, Health & Medicine*, 24(2), 155–166.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529326>
- Kumar, P., Kumar, P., & Mishra, S. D. (2020). Suicidal ideation, Cognitive distortions, Impulsivity and Depression among young adult in Patna, Bihar. *Journal of Psychosocial Research*, 15(1), 101–112. <https://doi.org/10.32381/jpr.2020.15.01.8>
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F. P., Amor, P. J., Domínguez-Sánchez, F. J., Fe, M., Muñoz, R., Associate, S. /, Barraca, J., Ma, M., Morales, I. C., González, H., Ma, O., Crespo, E. O., Cabras, V. P., Santamaría, P., Albert, F., & 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. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2019A6>
- Leme, D. E. C., Alves, E. V. C., Lemos, V. do 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. <https://doi.org/10.5327/z2447-212320201900073>

Leonardi, J. L. (2017). O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: um panorama histórico. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 6(2), 119–131. <https://doi.org/10.18761/pac.2015.027>

Lima, C., & Ferreira Gomides, L. (2022). Os benefícios do mindfulness como terapia complementar e integrativa na prevenção e no tratamento dos transtornos mentais menores. *Brazilian Medical Students*, 6(9). <https://doi.org/10.53843/bms.v6i9.215>

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. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

Mamede, A., Merkelbach, I., Noordzij, G., & Denktas, S. (2022). Mindfulness as a Protective Factor Against Depression, Anxiety and Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic: Emotion Regulation and Insomnia Symptoms as Mediators. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.820959>

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. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2005.06.004>

Mayer, J. S., Brandt, G. A., Medda, J., Basten, U., Grimm, O., Reif, A., & Freitag, C. M. (2022). Depressive symptoms in youth with ADHD: the role of impairments in cognitive emotion regulation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01382-z>

- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- 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.
<https://doi.org/10.1007/S12671-018-0917-0/TABLES/4>
- Mennitto, S., Ditto, B., & Da Costa, D. (2020). The relationship of trait mindfulness to physical and psychological health during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 313–319.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1761320>
- Mercan, N., Bulut, M., & Yüksel, Ç. (2021). Investigation of the relatedness of cognitive distortions with emotional expression, anxiety, and depression. *Current Psychology*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/S12144-021-02251-Z/TABLES/2>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, 56, 122–137.
<https://doi.org/10.1016/J.CPR.2017.03.004>
- Oliveira, A. C. (2019). Eficácia da terapia cognitivocomportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 29–37.
<https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190006>
- Paiva, C. S., Guimarães, V. C., Neto, S. B. C., & Porto, J. D. S. (2021). Preditores de risco psicológico em Psicologia da Saúde: uma revisão da literatura. *Interação*, 21(1), 426–445. <http://interacao.org/index.php/edicoes/article/view/160>
- Peixoto, L. S. A., & Gondim, S. M. G. (2020). Mindfulness e regulação emocional: uma

- revisão sistemática de literatura. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 16(3), 88–104. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168328>
- Pereira, M., & Rangé, B. P. (2011). Terapia Cognitiva. In *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um Diálogo com a Psiquiatria* (2nd ed., pp. 20–32). Artmed.
- Poulin, P. A., Romanow, H. C., Rahbari, N., Small, R., Smyth, C. E., Hatchard, T., Solomon, B. K., Song, X., Harris, C. A., Kowal, J., Nathan, H. J., & Wilson, K. G. (2016). The relationship between mindfulness, pain intensity, pain catastrophizing, depression, and quality of life among cancer survivors living with chronic neuropathic pain. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4167–4175. <https://doi.org/10.1007/S00520-016-3243-X/FIGURES/2>
- 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. <https://doi.org/10.1037/PAS0000268>
- Robert, A., Combalbert, N., & Pennequin, V. (2018). Étude des profils de distorsion cognitive en fonction des états anxieux et dépressifs chez des adultes tout-venant. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2017.06.005>
- Rossi, A. M. (2022). *Prevenção e tratamento de stress*. ISMA-BR. <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. <https://doi.org/10.4992/JJPSY.87.15302>

- Salehi, A. (2017). The role of cognitive emotion regulation strategies in the prediction of depression. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 16*(1), 108–117. http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533959_en.html
- Schäfer, J. L., Cibils Filho, B. R., De Moura, T. C., Tavares, V. C., Arteche, 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. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0074>
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2019). *História da psicologia moderna* (4th ed.). Cengage Learning.
- Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore i om: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), 561–573. <https://doi.org/10.1002/JCLP.20543>
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness, 6*(2), 217–226. <https://doi.org/10.1007/S12671-013-0247-1/TABLES/5>
- 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. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01455/BIBTEX>
- Tanrıverdi, D., & Özgüç, S. (2022). Metacognitive features and cognitive distortions of the patients with major depression. *Current Psychology, 1*, 1–7. <https://doi.org/10.1007/S12144-022-03026-W/TABLES/3>

- Tecuta, L., Tomba, E., Lupetti, A., & DiGiuseppe, R. (2019). Irrational Beliefs, Cognitive Distortions, and Depressive Symptomatology in a College-Age Sample: A Mediation Analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 33*(2), 116–127.
<https://doi.org/10.1891/0889-8391.33.2.116>
- Thomas, S. J., & Larkin, T. (2020). Cognitive Distortions in Relation to Plasma Cortisol and Oxytocin Levels in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 1–10.
<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00971/BIBTEX>
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2017). Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. *Mindfulness 2017 9:1, 9*(1), 23–43.
<https://doi.org/10.1007/S12671-017-0762-6>
- Tuna, E. (2020). Predictors of stress generation in Turkish young adults: The role of rumination and excessive reassurance seeking. *International Journal of Psychology, 55*(6), 907–915. <https://doi.org/10.1002/IJOP.12666>
- 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. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2013.10.031>
- Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas, 22*(44), 203–220. <https://doi.org/10.20396/TEMATICAS.V22I44.10977>
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., Yuan, J. M., Gao, Y., Qian, R. L., & 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. <https://doi.org/10.1111/JONM.13265>
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes,

mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 1–27.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>

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 [Trevecca Nazarene University]. In *ProQuest Dissertations and Theses*.

<https://www.proquest.com/dissertations-theses/changes-depression-cognitive-distortions-self/docview/2394860565/se->

[2?accountid=10932%0Ahttps://CN9EX9VQ2W.search.serialssolutions.com?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/ProQuest+Di](https://www.proquest.com/dissertations-theses/changes-depression-cognitive-distortions-self/docview/2394860565/se-2?accountid=10932%0Ahttps://CN9EX9VQ2W.search.serialssolutions.com?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/ProQuest+Di)

Wenzel, A. (2020). Reavaliação Cognitiva. In S. C. Hayes & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia*

Cognitivo-Comportamental Baseada em Processos: Ciência e Competências Clínicas

(pp. 256–266). Artmed. [https://www.amazon.com.br/Terapia-Cognitivo-](https://www.amazon.com.br/Terapia-Cognitivo-Comportamental-Baseada-Processos-Competências/dp/6581335053/ref=asc_df_6581335053/?tag=googleshopp00-20&linkCode=df0&hvadid=379726090702&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15898611565217305884&hvpone=&hvptwo=&hvmqmt=&hvdev=c)

[Comportamental-Baseada-Processos-](https://www.amazon.com.br/Terapia-Cognitivo-Comportamental-Baseada-Processos-Competências/dp/6581335053/ref=asc_df_6581335053/?tag=googleshopp00-20&linkCode=df0&hvadid=379726090702&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15898611565217305884&hvpone=&hvptwo=&hvmqmt=&hvdev=c)

[Competências/dp/6581335053/ref=asc_df_6581335053/?tag=googleshopp00-](https://www.amazon.com.br/Terapia-Cognitivo-Comportamental-Baseada-Processos-Competências/dp/6581335053/ref=asc_df_6581335053/?tag=googleshopp00-20&linkCode=df0&hvadid=379726090702&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15898611565217305884&hvpone=&hvptwo=&hvmqmt=&hvdev=c)

[20&linkCode=df0&hvadid=379726090702&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15898611565](https://www.amazon.com.br/Terapia-Cognitivo-Comportamental-Baseada-Processos-Competências/dp/6581335053/ref=asc_df_6581335053/?tag=googleshopp00-20&linkCode=df0&hvadid=379726090702&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15898611565217305884&hvpone=&hvptwo=&hvmqmt=&hvdev=c)

[217305884&hvpone=&hvptwo=&hvmqmt=&hvdev=c](https://www.amazon.com.br/Terapia-Cognitivo-Comportamental-Baseada-Processos-Competências/dp/6581335053/ref=asc_df_6581335053/?tag=googleshopp00-20&linkCode=df0&hvadid=379726090702&hvpos=&hvnetw=g&hvrnd=15898611565217305884&hvpone=&hvptwo=&hvmqmt=&hvdev=c)

Westphal, M., Wall, M., Corbeil, T., Keller, D. I., Brodmann-Maeder, M., Ehlert, U.,

Exadaktylos, A., Bingisser, R., & Kleim, B. (2021). Mindfulness predicts less

depression, anxiety, and social impairment in emergency care personnel: A longitudinal

study. *PLOS ONE*, 16(12), 1–14. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0260208>

WHO. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*.

World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2020). Is self esteem mediating the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression? *Current Psychology*, 39(1), 220–228.

<https://doi.org/10.1007/S12144-017-9755-9/TABLES/4>

Yesilyaprak, N., Batmaz, S., Yildiz, M., Songur, E., & Akpınar Aslan, E. (2019). Automatic thoughts, cognitive distortions, dysfunctional attitudes, core beliefs, and ruminative response styles in unipolar major depressive disorder and bipolar disorder: a comparative study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 854–863.

<https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1690815>

9. APÊNDICES

9.1. Apêndice A. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Gênero

Feminino

Masculino

Outro

2. Idade (em anos)

3. Cidade

4. Estado

5. Estado Civil

Solteiro(a)

Casado(a)/União estável

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

6. Grau de escolaridade

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós graduação incompleta
- Pós graduação completa

7. Já realizou psicoterapia?

- Sim
- Não

8. Está realizando psicoterapia atualmente?

- Sim
- Não

9. Faz uso de medicação para distúrbio psíquico?

- Sim
- Não

Qual distúrbio? _____

9.2. Apêndice B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa se refere a um trabalho de mestrado intitulado “As relações entre Distorções Cognitivas, Estratégias de Regulação Emocional e *Mindfulness* em adultos”, conduzida pelo acadêmico Matheus Vercesi Chiquetto, sob responsabilidade da Prof^a Dr^a Carolina Baptista Menezes do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Por favor, leia com atenção este documento e certifique-se de que compreendeu todos os passos da pesquisa antes de aceitar participar da mesma.

O objetivo desta pesquisa consiste em investigar as relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e *mindfulness* em adultos. As distorções cognitivas se referem a pensamentos que se apresentam no cotidiano e influenciam a forma como as pessoas se sentem e se comportam. As estratégias de regulação emocional consistem em tentativas de lidar com as emoções. E por fim, o *mindfulness* se trata da habilidade de atentar-se ao momento presente, de forma intencional e sem julgamentos.

Para tanto, a pesquisa será realizada em uma única etapa, totalmente online e por meio de um questionário contendo questões acerca de dados sociodemográficos; sintomas de depressão, ansiedade e estresse; frequência e intensidade de distorções cognitivas; utilização de estratégias de regulação emocional; e, habilidade de *mindfulness*. O tempo total de resposta é de aproximadamente 40 minutos. Ao final da pesquisa, um relatório final com os principais resultados poderá ser enviado por e-mail aos participantes que manifestarem interesse e deixarem seu e-mail.

Participar desta pesquisa poderá oferecer riscos mínimos referentes a possíveis constrangimentos, desconforto ou cansaço ao responder às questões. Caso isso ocorra, você poderá fazer um pequeno intervalo antes de dar continuidade ao preenchimento do questionário ou interromper a sua participação em qualquer momento sem nenhum problema. O pesquisador (que é psicólogo) estará apto a oferecer atendimento psicológico gratuito ou lhe encaminhará para acolhimento psicológico com a pesquisadora responsável (também psicóloga), caso você manifeste desejo. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, *pendrive*). Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa

a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Você não receberá dinheiro e nem terá gastos ao participar dessa pesquisa. Caso venha a ter qualquer custo financeiro decorrente da pesquisa, você terá direito a ressarcimento, e caso venha a ter qualquer prejuízo ou danos em decorrência da pesquisa, você terá direito à indenização.

Como benefícios desta pesquisa, espera-se contribuir para o conhecimento acerca das características que se relacionam com a saúde mental e bem-estar da população investigada, e que, com tais informações, seja possível favorecer o desenvolvimento e aprimoramento de intervenções específicas que proporcionem a este público melhores condições de saúde.

Todas as informações coletas serão analisadas em caráter estritamente científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e anonimato. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade. Os dados ficarão armazenados por pelo menos cinco anos em banco de dados online, com senha pessoal, de posse do pesquisador responsável, podendo ser descartados (deletados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo. O pesquisador responsável se compromete a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 010/2012, que tratam-se dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos na área das Ciências Humanas e Sociais.

Caso você deseje maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador através do e-mail: matheuschiquetto@gmail.com; ou telefone: (47) 99622-4929, ou com a pesquisadora Prof^a Dra. Carolina Baptista Menezes, responsável por este estudo, através do e-mail: menezescarolina@hotmail.com; ou pessoalmente no endereço Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Departamento de psicologia, Sala 11B, Rua Engenheiro Agrônomo Andrey Cristian Ferreira, 240, Carvoeira, Florianópolis - SC, 88036-020. Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094; e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br ou pessoalmente na rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401, bairro Trindade. O comitê de ética é um órgão colegiado interdisciplinar, criado para defender os interesses dos

participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Após a leitura do presente termo e de sua concordância em participar do estudo, solicitamos que selecione o campo “Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar da pesquisa” e confirme para ser direcionado à página de início da pesquisa. Caso não queira participar, basta fechar a página do navegador e a pesquisa não será iniciada. Sua participação somente ocorrerá se você concordar com este termo de consentimento. Faça o download deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido clicando [aqui](#) ou, caso prefira, retorne nesta página clicando no link de convite para a pesquisa que recebeu. Este é um documento importante que traz informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa e nos colocamos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Declaro meu consentimento em participar desta pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação do mesmo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

() Estou ciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar da pesquisa.

Nome: _____

E-mail: _____

Cidade: _____

Data: _____

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As relações entre distorções cognitivas, estratégias de regulação emocional e mindfulness em adultos.

Pesquisador: Carolina Baptista Menezes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46870221.0.0000.0121

Instituição Proponente: Pós-graduação de psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.813.427

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, caráter descritivo-exploratório e delineamento transversal com amostragem não probabilística. A abordagem quantitativa permite estabelecer padrões comportamentais por meio de procedimentos objetivos que possibilitam a verificação de hipóteses através de um conjunto maior de medidas numéricas e análises estatísticas. O caráter descritivo visa descrever o fenômeno estudado, bem como as relações entre as variáveis, e o caráter exploratório pretende esclarecer conceitos com o intuito de possibilitar a formulação de hipóteses sobre um fenômeno pouco estudado. Por fim, o delineamento transversal permite identificar a associação de fatores e efeitos através de uma única coleta de dados dos participantes, que integram uma amostragem não probabilística, mas por conveniência, porque dizem respeito a uma amostra que esteja disponível para o estudo e não baseada em critérios estatísticos.

Critério de Inclusão: Participantes brasileiros na faixa etária entre 18 e 65 anos de todos os gêneros. Critério

de Exclusão: Indivíduos com faixa etária menor que 18 anos ou ensino fundamental incompleto, devido ao possível comprometimento da compreensão dos instrumentos.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.813.427

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora:

Objetivo Primário: Investigar se há relação entre Distorções Cognitivas, Estratégias de Regulação Emocional e Mindfulness em uma amostra não clínica de adultos.

Objetivo Secundário: a) Identificar a correlação entre Distorções Cognitivas, Estratégias de Regulação Emocional e Mindfulness; b) identificar a correlação entre Distorções Cognitivas, Estratégias de Regulação Emocional e sintomas de depressão, ansiedade e estresse; e c) verificar a atuação mediadora de Mindfulness na relação entre Distorções Cognitivas e Estratégias de Regulação Emocional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos: Considera-se os riscos mínimos referentes a possíveis constrangimentos, desconforto ou cansaço ao responder às questões. Caso isso ocorra, o participante poderá fazer um pequeno intervalo antes de dar continuidade ao preenchimento do questionário ou interromper a sua participação em qualquer momento sem nenhum problema. O pesquisador (que é psicólogo) estará apto a oferecer atendimento psicológico gratuito ou encaminhará para acolhimento psicológico com a pesquisadora responsável (também psicóloga), caso o participante manifeste desejo. Outro risco inerente à pesquisa é a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, pendrive).

Benefícios: Considera-se a contribuição para o desenvolvimento de conhecimentos acerca das características que se relacionam com a saúde mental e bem estar da população investigada, e que, com tais informações, seja possível favorecer o desenvolvimento e aprimoramento de intervenções específicas que proporcionem a este público melhores condições de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática do estudo é relevante. A metodologia apresentada está em consonância com os objetivos propostos no projeto.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.813.427

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram submetidos e estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1747681.pdf	06/05/2021 18:32:38		Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_Assinada.pdf	06/05/2021 17:56:44	Carolina Baptista Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/05/2021 15:32:49	Carolina Baptista Menezes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	05/05/2021 15:31:32	Carolina Baptista Menezes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 29 de Junho de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

10.2. Anexo 2. Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse - DASS – 21



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

10.3. Anexo 3. Questionário de Distorções Cognitivas - CD-QUEST

ANEXO C - Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest (Copyright (c) 2010)

Irismar Reis de Oliveira

Todos nós temos milhares de pensamentos durante o dia. Esses pensamentos são palavras, frases e imagens que passam por nossas cabeças à medida que fazemos as coisas. Muitos desses pensamentos são corretos, porém, muitos estão distorcidos. Por isto eles são chamados de erros cognitivos ou distorções cognitivas.

Por exemplo, Paulo é um jornalista competente cujo trabalho de umas 10 páginas foi revisado por João, o editor de um importante jornal local. João fez correções em um parágrafo e deu algumas sugestões de menor importância. Embora João tenha aprovado o texto de Paulo, este ficou ansioso e pensou: "Este trabalho está muito ruim. Se estivesse bom, João não teria corrigido nada."

Para Paulo, ou o trabalho está bom, ou está ruim. Este tipo de erro de pensamento costuma ser chamado de pensamento dicotômico. Como o pensamento retornou à mente de Paulo várias vezes de sexta a domingo (3 dias), e Paulo acreditou nele pelo menos 75%, ele fez um círculo em torno do número 4 **na quarta coluna da grade abaixo**.

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de "ou uma coisa, ou outra", colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.
EXEMPLOS: "Eu cometi um erro, logo meu desempenho foi um fracasso". "Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta"
 Exemplo de Paulo: *Este trabalho está muito ruim. Se ele estivesse bom, João não teria feito qualquer correção*

Por favor, vire a página e avalie seu próprio estilo de pensamento

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest

Escore global: _____

Irismar Reis de Oliveira

Nome:

Data:.....

Por favor, faça um círculo em torno do número correspondente a cada opção abaixo, indicando os erros ou distorções cognitivos que você notou estar fazendo durante esta semana. Ao avaliar cada distorção cognitiva, por favor, indique quanto você acreditou nela no exato momento em que ocorreu (não quanto você acredita agora) e com que frequência ela ocorreu durante esta semana. Por favor, dê seus próprios exemplos nos itens que você marcar 3 ou mais.

DURANTE ESTA SEMANA, PERCEBI QUE ESTAVA PENSANDO DA SEGUINTE FORMA:

1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo-ou-nada, preto e branco ou polarizado): Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de "uma coisa ou outra", colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um contínuo.

EXEMPLOS: "Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso". "Comi mais do que pretendia, portanto estraguei completamente minha dieta"

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

2. Previsão do futuro (também denominada catastrofização): Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.

EXEMPLOS: "Vou fracassar e isso será insuportável." "Vou ficar tão perturbado que não conseguirei me concentrar no exame."

Meu exemplo:.....

3. Desqualificação dos aspectos positivos: Desqualifico e desconto as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam.”

EXEMPLOS: “Fui aprovado no exame, mas foi pura sorte.” “Entrar para a faculdade não foi grande coisa, qualquer um consegue.”

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

4. Raciocínio emocional: Acredito que minhas emoções refletem a realidade e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.

EXEMPLOS: “Sinto que ela me ama, então deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões, logo voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos me dizem que não devo acreditar nele.”

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3

Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Meu exemplo:.....

5. Rotulação: Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.

EXEMPLOS: "Sou um fracassado." "Ele é uma pessoa estragada." "Ela é uma completa imbecil."

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

6. Ampliação/minimização: Avalio a mim mesmo, os outros e as situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.

EXEMPLOS: "Consegui um 8. Isto demonstra o quanto meu desempenho foi ruim." "Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil."

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

7. Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel): Presto atenção em um ou poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.

EXEMPLOS: "Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido" (não considerando o retorno positivo de Miguel. "Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada" (deixando de considerar o sucesso da apresentação e o aplauso das pessoas).

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

8. Leitura mental: Acredito que conheço os pensamentos e intenções de outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.

EXEMPLOS: "Ele está pensando que eu falhei". "Ela pensou que eu não conhecia o projeto."
"Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito."

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

9. Supergeneralização: Eu tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como "sempre", "nunca", "todo", "inteiro", etc.

EXEMPLOS: "Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana." "Que azar! Perdi o avião, logo isto vai estragar minhas férias inteiras". "Minha dor de cabeça nunca vai parar".

Meu exemplo:.....

10. Personalização: Assumo que comportamentos dos outros e eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.

EXEMPLOS: “Senti-me desrespeitado porque a moça do caixa não me agradeceu” (sem considerar que ela não agradeceu a ninguém). “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa” (deixando de considerar que ela foi seu quarto marido).

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

11. Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”): Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos de outras pessoas e minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não o que de fato são.
EXEMPLOS: “Eu devia ter sido uma mãe melhor”. “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria”. “Eu não devia ter cometido tantos erros.”

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3- 5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

12. Conclusões precipitadas (também conhecidas como inferências arbitrárias): Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências que possam confirmá-las.

EXEMPLOS: “Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

13. Culpar (outros ou a si mesmo): Dirijo minha atenção aos outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros.
EXEMPLOS: "Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade." "É culpa minha que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada."

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

14. E se...?: Fico me fazendo perguntas do tipo "e se acontecer alguma coisa?"
EXEMPLOS: "E se meu caro bater?" "E se eu tiver um enfarte?" "E se meu marido me deixar?"

Meu exemplo:.....

Frequência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3

Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

15. Comparações injustas: Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.

EXEMPLOS: "Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu." "Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu."

Meu exemplo:.....

Freqüência: Intensidade: Acreditei...	Não (Não ocorreu)	Ocasional (1-2 dias durante esta semana)	Boa parte do tempo (3-5 dias durante esta semana)	Quase todo o tempo (6-7 dias durante esta semana)
Nem um pouco (0%)	0			
Um pouco (Até 30%)		1	2	3
Médio (31% to 70%)		2	3	4
Muito (Mais de 70%)		3	4	5

Referências

Beck J (1995) *Cognitive therapy: basics and beyond.*, New York: Guilford,

Beck AT (1979) *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: Meridian.

Burns D (1989) *The feeling good handbook.* New York: Plume.

Dryden W, Ellis A (2001) rational emotive behavior therapy. In: Dobson KS. *Handbook of cognitive behavioral therapies.* New York: Guilford.

Leahy R (2003) *Cognitive therapy techniques: a practitioner's Guide.* New York: Guilford.

10.4. Anexo 4. Questionário de Regulação Emocional Cognitiva - CERQ

CERQ

© Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001

Como você lida com os eventos?

Você vivenciou (evento específico). Mais pessoas passaram por situações semelhantes, porém cada pessoa lida com elas da sua própria maneira. Nas questões seguintes, pedimos que você pense na situação que você viveu (evento específico). Por favor, leia as frases abaixo e indique com que frequência você tem os seguintes pensamentos, circulando a opção que mais se encaixa com você.

	(quase) nunca	Às vezes	regular- mente	Com frequên- cia	(quase) sempre
1. Eu sinto que sou o culpado pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
2. Eu penso que tenho que aceitar que isso aconteceu	1	2	3	4	5
3. Eu frequentemente penso em como me sinto em relação ao que aconteceu	1	2	3	4	5
4. Eu penso em coisas que são mais agradáveis do que aquilo que aconteceu	1	2	3	4	5
5. Eu penso nas melhores coisas que eu consigo	1	2	3	4	5
6. Eu penso que eu posso aprender algo com o que aconteceu	1	2	3	4	5
7. Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior	1	2	3	4	5
8. Eu frequentemente penso que o que eu vivi é muito pior do que o que os outros viveram	1	2	3	4	5
9. Eu sinto que os outros são os culpados pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
10. Eu sinto que eu sou o responsável pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
11. Eu penso que eu tenho que aceitar o que aconteceu	1	2	3	4	5
12. Eu me preocupo com o que eu penso e sinto sobre o que aconteceu	1	2	3	4	5
13. Eu penso em coisas agradáveis que não tem nada a ver com o que aconteceu	1	2	3	4	5
14. Eu penso em qual a melhor forma para lidar com o que aconteceu	1	2	3	4	5
15. Eu penso que eu posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do que aconteceu	1	2	3	4	5
16. Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores	1	2	3	4	5
17. Eu fico pensando o quão horrível é o que aconteceu	1	2	3	4	5
18. Eu penso que os outros são responsáveis pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
19. Eu penso sobre os erros que cometi no que aconteceu	1	2	3	4	5
20. Eu penso que eu não posso mudar nada do que aconteceu	1	2	3	4	5
21. Eu quero entender porque me sinto da maneira que me sinto sobre o que aconteceu	1	2	3	4	5
22. Eu penso em algo agradável ao invés de pensar no que aconteceu	1	2	3	4	5
23. Eu penso em como mudar a situação atual	1	2	3	4	5
24. Eu penso que o que aconteceu também tem seu lado positivo	1	2	3	4	5
25. Eu penso que o que aconteceu não foi tão ruim quando comparado a outras coisas	1	2	3	4	5
26. Eu, frequentemente, penso que o que eu vivi é o pior que pode acontecer com uma pessoa	1	2	3	4	5
27. Eu penso sobre os erros que os outros cometeram no que aconteceu	1	2	3	4	5
28. Eu penso que há algo em mim que causou o que aconteceu	1	2	3	4	5
29. Eu penso que eu devo aprender a viver com isso	1	2	3	4	5
30. Eu fico remoendo os sentimentos que a situação causou em mim	1	2	3	4	5
31. Eu penso em experiências prazerosas	1	2	3	4	5
32. Eu penso em um plano para aquilo que eu posso fazer melhor	1	2	3	4	5
33. Eu procuro o lado positivo da situação	1	2	3	4	5
34. Eu digo a mim mesmo que existem coisas piores na vida	1	2	3	4	5
35. Eu, continuamente, penso o quão horrível foi a situação	1	2	3	4	5
36. Eu penso que há algo nos outros que causou a situação	1	2	3	4	5

Obrigada por responder o questionário!

10.5. Anexo 5. Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS)

Versão brasileira da MAAS (Mindful Attention Awareness Scale) e instruções para pontuação (Barros et al, 2015)

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1-6, por favor, indique a frequência com que você tem cada experiência, atualmente. Por favor, responda de acordo com o que realmente reflita a sua experiência, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, pense em cada item separadamente dos outros.

	1	2	3	4	5	6				
	Quase sempre	Muito frequentemente	Relativamente frequente	Raramente	Muito Raramente	Quase nunca				
1	Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.				1	2	3	4	5	6
2	Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.				1	2	3	4	5	6
3	Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente.				1	2	3	4	5	6
4	Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.				1	2	3	4	5	6
5	Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.				1	2	3	4	5	6
6	Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.				1	2	3	4	5	6
7	Parece que eu estou "funcionando no piloto automático", sem muita consciência do que estou fazendo.				1	2	3	4	5	6
8	Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas.				1	2	3	4	5	6
9	Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá.				1	2	3	4	5	6
10	Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.				1	2	3	4	5	6
11	Eu me percebo ouvindo alguém falar e fazendo outra coisa ao mesmo tempo.				1	2	3	4	5	6
12	Eu dirijo no "piloto automático" e depois penso porque eu fui naquela direção.				1	2	3	4	5	6
13	Encontro-me preocupado com futuro ou com o passado.				1	2	3	4	5	6
14	Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.				1	2	3	4	5	6
15	Eu como sem estar consciente do que estou comendo.				1	2	3	4	5	6

Pontuação: some todas as respostas e divida por 15. Valores mais altos representam níveis maiores de mindfulness.

Referência bibliográfica:

Barros, V. V. De et al. Validity evidence of the brazilian version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 1, p. 87-95, 2015.