

Especificidade da interação entre os diferentes mecanismos de mindfulness e sintomas específicos da depressão ao longo do processo psicoterapêutico

Ana Rita Rodrigues¹

Universidade da Maia
Centro de Psicologia, Universidade do Porto

Carla Serrão

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico do Porto
inED - Centro de Investigação e Inovação em Educação

Tiago Bento Ferreira

Universidade da Maia
Centro de Psicologia, Universidade do Porto

RESUMO

As Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBMs) têm sido largamente associadas ao tratamento de perturbações mentais e físicas e à promoção do bem-estar geral em populações não-clínicas. Todavia, a ação dos mecanismos subjacentes a estas intervenções permanece pouco clara. Recentemente, a análise de redes psicopatológicas complexas tem vindo a explorar as interações entre os sintomas das perturbações mentais e entre os sintomas e diversos processos cognitivos associados ao desenvolvimento dessas perturbações. Este estudo procurou clarificar as interações entre os diferentes mecanismos de mindfulness e sintomas depressivos. Foi reanalisada uma amostra ($N = 151$) de um estudo realizado na Holanda relativo à eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) para adultos com sintomatologia depressiva. Os resultados sugerem que as competências atuar com consciência, não julgar e não reagir parecem ter maior relevância no tratamento da sintomatologia depressiva, dado que contribuem para a diminuição sintomática e para a relação dinâmica que explica a eficácia demonstrada das IBMs. Este estudo permitiu ainda identificar a especificidade da ação dos diferentes mecanismos sobre os sintomas e sublinhou que, em algumas circunstâncias, alguns mecanismos (e.g., observar, descrever) poderão estar associados a um aumento sintomático. Em geral, estes resultados sugerem que a eficácia das IBMs é melhor explicada pela relação dinâmica entre os mecanismos.

Palavras-chave: Especificidade de interações; Mecanismos de mindfulness; Sintomas depressivos; Análise de redes.

ABSTRACT

Mindfulness-Based Interventions (MBIs) have been widely associated with treating mental and physical disorders and promoting general well-being in non-clinical settings. However, the action of the mechanisms underlying these interventions remains unclear. Recently, the analysis of complex psychopathological networks has explored the relationship between symptoms of mental disorders and between symptoms and various cognitive processes associated with the development of these disorders. This study sought to clarify the relationship between different mindfulness mechanisms and depressive symptoms. A sample ($N = 151$) from a study conducted in the Netherlands on the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for adults with depressive symptoms was reanalyzed. The results suggest that the mechanisms of acting with awareness, non-judging and

¹Endereço de contacto: arrodriques@umaia.pt

non-reactivity, seem to be more relevant in the treatment of depressive symptoms, since they contribute to the symptomatic decrease and to the dynamic relationship that explains the demonstrated effectiveness of IBMs. This study also made it possible to identify the specificity of the action of different mechanisms on symptoms and underlined that, in some circumstances, some mechanisms (e.g., observe, describe) may be associated with an increase in symptoms. Overall, these results suggest that the effectiveness of IBMs is best explained by the dynamic relationship between different mechanisms.

Keywords: Interactions specificity; Mindfulness mechanisms; Depressive symptoms; Network analysis.

1. Introdução

O *mindfulness* define-se como o estado de consciência que surge quando prestamos atenção, com propósito e sem julgamento, ao momento presente (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994) referindo-se, por isso, a “um processo ativo de observação e presença em cada momento da vida. Significa estar no mundo com abertura, recetividade e curiosidade” (Rodrigues & Serrão, 2021, p.69). Tem sido proposto que o *mindfulness* constitui, por um lado, uma característica iminentemente humana (traço), intimamente ligada à atenção e à consciência (Bishop et al., 2004). Desta perspetiva, o traço *mindful* pode ser melhorado e/ou intensificado através de várias práticas (e.g., meditação), promovendo um aumento do bem-estar subjetivo, assim como maior capacidade de auto-regulação (Brown & Ryan, 2003). Por outro lado, este fenómeno pode ser entendido como um estado não automático de funcionamento geral (estado) necessitando, por essa razão, de ser “intencionalmente ativado” (Langer, 2014).

Ao longo dos últimos anos tem surgido um crescente interesse no estudo dos efeitos das Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBMs) quer no que se refere a indivíduos com algum tipo de problemática física e/ou psicológica (Alsubaie et al., 2017), quer no que respeita a populações não clínicas (Murakami et al., 2015). De facto, as IBMs têm vindo a demonstrar-se eficazes numa vasta gama de perturbações psicológicas (Goldberg et al., 2017), nomeadamente no que se refere ao tratamento (Khoury et al., 2013; McCarney et al., 2012; Piet & Hougaard, 2011) e prevenção da recaída (Kuyken et al., 2016; Segal et al., 2002) da depressão. Apesar disto, os mecanismos de ação subjacentes a estas intervenções ainda permanecem pouco claros (Alsubaie et al., 2017; Chiesa et al., 2014; Gu et al., 2015). Assim, ainda que sejam notórios os benefícios do *mindfulness*, as relações específicas entre os diferentes mecanismos do *mindfulness* e os diversos sintomas das perturbações mentais carecem de compreensão (Raphiphatthana et al., 2016). A compreensão da especificidade destas interações melhorará a compreensão teórica de como estas funcionam, proporcionando igualmente a oportunidade de melhorar a sua eficácia (Kuyken et al., 2010; Piet & Hougaard, 2011).

1.1. Redes psicológicas

Nos últimos anos, a análise de redes psicopatológicas tem vindo a explorar precisamente a especificidade das interações entre os sintomas das perturbações mentais e entre os sintomas e diversos processos cognitivos associados ao desenvolvimento dessas perturbações (Bernstein, Heeren, & McNally, 2017) e tem fornecido novos *insights* sobre a função diferencial de sintomas específicos de determinadas perturbações, como no caso da depressão (e.g., Fried et al., 2016). Esses *insights* têm implicações clínicas importantes, funcionando como indicadores que auxiliam e orientam a intervenção clínica pelo que constitui uma abordagem alternativa que promete contribuir de forma inovadora para a especificação das interações entre os mecanismos de ação dos tratamentos psicológicos e os sintomas sobre os quais agem.

1.2. O presente estudo

A investigação sobre a eficácia das IBMs é consistente, porém tem sido reconhecido que as questões relativas aos mecanismos de ação subjacentes a estas intervenções subsistem sem respostas (Alsubaie et al., 2017). A

elucidação dos diferentes mecanismos das IBMs melhorará a compreensão teórica de como estas funcionam, proporcionando igualmente a oportunidade de melhorar a sua eficácia por meio da ênfase desses mesmos mecanismos (Kuyken et al., 2010; Piet & Hougaard, 2011). Assim, este estudo teve como principal objetivo identificar as interações entre os sintomas específicos da depressão e os diferentes mecanismos de ação do *mindfulness*, possibilitando assim uma maior previsibilidade no que diz respeito aos resultados deste tipo de intervenções, bem como uma melhor adequação destas terapias aos indivíduos.

2. Método

2.1. Participantes

O presente estudo reanalisa os dados recolhidos por Pots e colegas (2014), num estudo relativo à eficácia da Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) para adultos com sintomatologia depressiva ligeira a moderada. No estudo original foram incluídos 151 participantes ($M = 48$, $DP = 11.29$). A maioria dos participantes (78.1%) era do sexo feminino.

A seleção dos participantes ocorreu entre novembro de 2009 e outubro de 2010 (para uma descrição detalhada ver Pots et al., 2014). Foram admitidos no estudo original adultos com idade igual ou superior a 18 anos que apresentassem sintomatologia depressiva. Os critérios de exclusão foram: a) apresentar um episódio depressivo grave atual; b) apresentar risco de suicídio moderado a alto, de acordo com a versão holandesa do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (van Vliet & de Beurs, 2007); c) ter recebido tratamento psicológico ou farmacológico nos últimos três meses; e d) apresentar qualquer outro tipo de problemas mentais ou sociais graves.

2.2. Instrumentos

Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006). O FFMQ é um instrumento de autorrelato, composto por 39 itens, avaliados numa escala tipo Likert de 1 (“nunca ou muito raramente verdadeiro”) a 5 (“frequentemente ou sempre verdadeiro”). São medidas cinco subdimensões de *mindfulness*: a) observar; b) descrever; c) agir com consciência; d) não julgar, e e) não reagir. As pontuações das subescalas variam entre 8 e 40 pontos, à exceção da subescala não reagir que varia entre 7 e 35 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maiores os níveis de *mindfulness*. As subescalas do presente instrumento revelaram valores indicativos de uma boa consistência interna: a) observar (alfa = 0.83); b) descrever (alfa = 0.91); c) agir com consciência (alfa = 0.87); d) não julgar (alfa = 0.87); e e) não reagir (alfa = 0.75) (Baer et al., 2006). Neste estudo, a informação relativa ao FFMQ foi utilizada como medida das facetas de *mindfulness*.

The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977). A CES-D é um instrumento de autorrelato, composto por 20 itens, destinado a medir a gravidade dos sintomas depressivos na população geral. Para cada item, as opções de resposta variam entre 0 (“raramente ou nunca”) a 3 pontos (“frequentemente ou sempre”). As pontuações da presente escala variam entre 0 e 60 pontos, sendo que pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de sintomas depressivos. A escala tem revelado uma boa consistência interna, apresentando valores de alfa de Cronbach entre 0,85 a 0,90 (Radloff, 1977). No presente estudo, a informação relativa ao CESD-D foi utilizada como medida dos sintomas de depressão.

2.3. Procedimentos

O objetivo do estudo original consistiu em avaliar o efeito do MBCT como uma intervenção de saúde mental pública destinada a adultos com sintomatologia depressiva leve a moderada. Os autores do estudo original sugeriram que a mudança nos sintomas depressivos seria mediada pela flexibilidade psicológica e *mindfulness*. De forma a testarem a sua hipótese, conduziram um ensaio clínico aleatorizado (RCT) comparando dois grupos: um grupo submetido ao programa MBCT e um grupo de controlo. O grupo de intervenção contou com a participação de 76 indivíduos (77.6% do sexo feminino; $M_{idade} = 48$, $D_{padrão} = 10.59$)

e o grupo de controlo era composto por 75 participantes (78.7% do sexo feminino; $M_{idade} = 48$, $D_{padrão} = 12.02$). Este último grupo consistiu numa lista de espera durante um período de três meses, sendo que os participantes incluídos neste grupo tiveram a possibilidade de receber outro tipo de cuidados (e.g., consultar o seu médico de família, familiares ou outras fontes), durante o seu período de espera. O estudo original foi autorizado pelo METiGG (comissão de ética médica para estudos em contextos de saúde mental na Holanda) e os participantes deram o seu consentimento informado previamente à sua admissão no estudo. A primeira autora deste estudo contactou a primeira autora do estudo original, de forma a obter autorização para a utilização dos dados recolhidos nesse estudo.

2.4. Intervenção-Baseada em Mindfulness (IBM)

No estudo original, o MBCT foi ministrado de acordo com as diretrizes de Segal e colegas (2002), adaptando-se o treino *mindfulness* de forma a se adequar a uma abordagem de saúde mental pública. Os participantes, distribuídos em grupos entre oito e quinze elementos, foram instruídos a praticar meditações durante 15 minutos por dia, ao invés dos 45 minutos diários propostos pelo programa original, e as sessões foram limitadas a 1h e 30 minutos. De forma a garantir que todos os elementos da intervenção original eram preservados, foram realizadas onze sessões ao invés das originais oito (Segal et al., 2002). A intervenção baseou-se na aquisição de competências no sentido de uma maior consciência e uma mudança na relação com pensamentos, sentimentos e sensações corporais. À semelhança da intervenção original, foram propostos exercícios como tarefa para casa que tinham como objetivo aumentar a atenção ao momento presente, juntamente com exercícios destinados a integrar a aplicação de competências de consciencialização na vida diária. De forma a monitorizar os exercícios propostos, os participantes receberam formulários de registo semanal das práticas meditativas, meditações guiadas (gravadas) e não guiadas, bem como um folheto com informações relevantes.

Instrutores

Os instrutores do MBCT eram psicólogos experientes e enfermeiros de saúde mental, com uma vasta experiência ao nível do MBCT (Segal et al., 2002). Para além disso, tinham experiência de meditação entre dois e quinze anos.

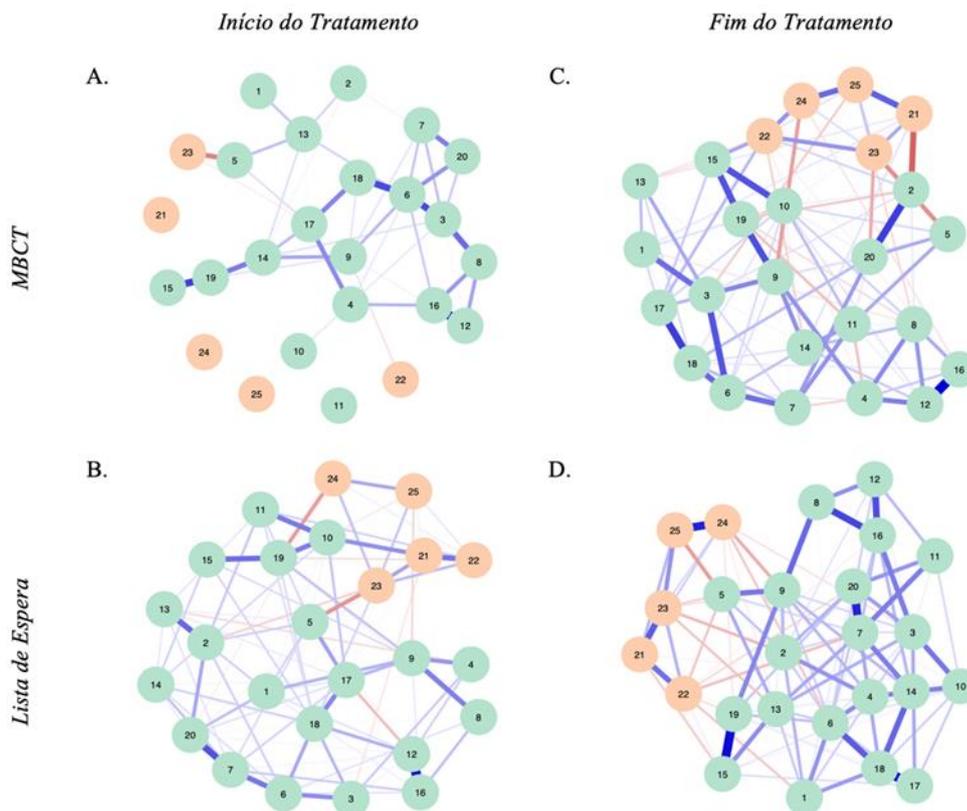
2.5. Análise de dados

A análise de dados foi realizada no software R (R Development Core Team, 2008). O método EBICglasso (Friedman et al., 2008), implementado no pacote qgraph para R (Epskamp et al., 2012), foi utilizado para estimar a estrutura da rede de interações entre vinte sintomas de depressão medidos através do CES-D e os cinco mecanismos de *mindfulness* (observar, descrever, atuar com consciência, não julgar e não reagir) medidos pelo FFMQ. Foram estimadas quatro redes referentes às interações entre os sintomas e os componentes de *mindfulness* no início e no final do tratamento para o grupo que recebeu MBCT e o grupo em lista de espera. O teste de comparação de redes (van Borkulo et al., 2017), implementado no pacote NetworkComparisonTest (van Borkulo et al., 2015) para R, foi utilizado para comparar o número e força das interações das redes que foram estimadas.

3. Resultados

A Figura 1 representa graficamente as quatro redes de interações entre os sintomas depressivos e os diferentes mecanismos de *mindfulness* pré e pós-tratamento para o grupo que recebeu MBCT e o grupo em lista de espera.

Figura 1. Representação gráfica das redes de interações entre os sintomas e as diferentes facetas de mindfulness no início e no final da intervenção



Representação gráfica das redes de interações entre os sintomas depressivos. Os círculos constituem os vértices das redes. A verde estão representados os sintomas específicos da depressão e a laranja os diferentes componentes de atenção plena. As linhas constituem as arestas das quatro redes, representando as interações entre os sintomas, entre os mecanismos e entre os mecanismos de mindfulness e os sintomas específicos da depressão. A azul estão representadas as interações positivas entre os diferentes vértices e a vermelho as interações negativas. A espessura das linhas representa a força das interações. Os números de 1 a 20 representam os vinte sintomas depressivos e os números de 21 a 25 representam as cinco facetas de mindfulness. Sintomas: aborrecimento (1); perda de apetite (2); desânimo (3); valorização (4); dificuldades de concentração (5); humor deprimido (6); fadiga/perda de energia (7); esperança (8); fracasso (9); medo (10); insónia (11); alegria (12); lentificação psicomotora (13); isolamento social (14); sentimento de rejeição (15); diversão (16); choro fácil (17); tristeza (18); inferioridade (19) e perda de interesse (20). Facetas: observar (21), descrever (22), atuar com consciência (23), não julgar (24) e não reagir (25).

MBCT – Início do Tratamento

A Figura 1.A. representa as interações entre os sintomas os mecanismos no início da intervenção nos participantes que receberam MBCT. A rede é constituída por 43 ligações das quais 40 são positivas e 3 são negativas. Em média, as ligações positivas apresentam uma força de 0.110 ($DP = 0.095$, $MIN = 0.007$, $MÁX = 0.404$) e as ligações negativas uma força de 0.092 ($DP = 0.093$, $MIN = 0.028$, $MÁX = 0.199$). No início do tratamento não existe qualquer interação entre os diferentes mecanismos de mindfulness. As interações entre mecanismos e sintomas são escassas (somente entre atuar com consciência e as dificuldades de concentração e o choro fácil; e entre descrever e fracasso) e negativas.

MBCT – Fim do Tratamento

A Figura 1.C. representa as interações entre os sintomas depressivos e os diferentes componentes de mindfulness pós-tratamento no grupo MBCT. A rede é constituída por 106 ligações, das quais 84 são positivas e 22 são negativas. Em média, as ligações positivas apresentam uma força de 0.128 ($DP = 0.111$, $MIN = 0.004$, $MÁX = 0.502$) e as ligações negativas uma força de 0.009 ($DP = 0.042$, $MIN = 0$, $MÁX = 0.199$). Existe um aumento

estatisticamente significativo da conectividade da rede do início para o final do tratamento ($p = 0.003$). No final do tratamento, os diferentes mecanismos de *mindfulness* já apresentam múltiplas ligações entre si e existe também uma maior conectividade entre os sintomas e os mecanismos.

Estes resultados sugerem que, no final do tratamento, a capacidade de descrever a experiência (22) apresenta interações relevantes com a capacidade de atuar com consciência (23) e com a capacidade de não-julgamento (24). Além disso, este mecanismo (22) apresenta interações positivas com os sintomas: rejeição (15) e choro fácil (17). Por sua vez, apresenta interações negativas com a lentificação psicomotora (13) e o isolamento social (14). Adicionalmente, os mecanismos observar (21) e atuar com consciência (23) são aqueles com maior número de ligações na rede. Já a não-reatividade (25) apresenta interações positivas com outros dois mecanismos: o não-julgamento (24) e a observação (21). Para além disso, observam-se algumas interações negativas entre mecanismos e sintomas. Especificamente, observa-se uma interação negativa entre a observação (21) e a perda de apetite (2), à semelhança do que se verifica com a capacidade de atuar com consciência (23) e as dificuldades de concentração (5). O mecanismo de atuar com consciência (23) também apresenta interações negativas com a perda de interesse (20) e as dificuldades de concentração (5). O não-julgamento (24) apresenta uma interação negativa com o fracasso (9). Este último revela também uma interação negativa com o mecanismo não reagir (25), à semelhança do sintoma desânimo (3). Por último, não se observa nenhuma interação entre o humor deprimido (6) e qualquer um dos mecanismos de *mindfulness*. Também o sintoma fadiga/perda de energia (7) parece não apresentar qualquer interação com nenhum dos mecanismos em questão.

Lista de Espera – Avaliação Inicial

A Figura 1.B. representa as interações entre os sintomas de depressão e as facetas de *mindfulness* na avaliação inicial do grupo de controlo. A rede é constituída por 106 ligações, das quais 85 são positivas e 21 são negativas. Em média, as ligações positivas apresentam uma força de 0.121 ($DP = 0.108$, $MIN = 0.001$, $MÁX = 0.590$) e as ligações negativas uma força de 0.067 ($DP = 0.067$, $MIN = 0.004$, $MÁX = 0.240$). Apesar da rede evidenciar um maior número de interações pré-tratamento do que a rede relativa ao grupo MBCT na mesma altura, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa ($p = 0.536$). Neste grupo, os mecanismos de *mindfulness* interagem positivamente uns com os outros. Por exemplo, a observação (21) e a descrição (22) da experiência apresentam uma interação positiva bastante significativa. Ademais, a capacidade de observar a experiência (21) apresenta uma outra interação positiva com o mecanismo atuar com consciência (23). Também o não julgamento (24) e a não-reatividade (25) se apresentam como positivamente ligados, revelando estes dois uma outra interação positiva com o mecanismo atuar com consciência (23).

Além disto, são observadas algumas interações negativas entre mecanismos e sintomas. Especificamente, entre o mecanismo não reagir (25) e o fracasso (9), entre o mecanismo não julgar (24) e a rejeição (19), e ainda entre o mecanismo atuar com consciência (23) e as dificuldades de concentração (5). Contudo, observa-se uma interação positiva entre o mecanismo observar (21) e o medo (10).

Lista de Espera – Avaliação Final

A Figura 1.D. representa as interações entre os sintomas depressivos e os diferentes componentes de *mindfulness* na avaliação final no grupo de controlo. A rede é constituída por 109 ligações, das quais 88 são positivas e 21 são negativas. Em média, as ligações positivas apresentam uma força de 0.112 ($DP = 0.087$, $MIN = 0.001$, $MÁX = 0.386$) e as ligações negativas uma força de 0.061 ($DP = 0.037$, $MIN = 0.006$, $MÁX = 0.143$). A comparação entre as redes relativas ao grupo em lista de espera nas avaliações inicial e final não revelou diferenças estatisticamente significativas, embora próximo da significância estatística, ($p = 0.062$). A conectividade das duas redes é semelhante assim como o padrão global de interação entre os sintomas de depressão e os mecanismos de *mindfulness*. A comparação desta rede com a rede relativa ao grupo MBCT pós-intervenção também não revelou diferenças estatisticamente significativas no nível geral de conectividade da rede ($p = 0.473$) nem no padrão global de interações.

4. Discussão

Este estudo teve como principal objetivo identificar a especificidade das interações entre os sintomas de depressão e os mecanismos de *mindfulness*, de modo a contribuir para um aprofundamento do conhecimento relativo aos mecanismos de mudança das IBMs e para novas possibilidades na previsão dos seus resultados terapêuticos, bem como para o desenvolvimento de intervenções individualizadas. Para tal, foram analisadas as redes de interações entre os sintomas e os mecanismos pré e pós-intervenção num grupo de participantes que recebeu MBCT e num grupo de participantes em lista de espera.

O grupo de controlo apresentou, na avaliação inicial, múltiplas ligações entre os diferentes mecanismos de *mindfulness*, contrariamente ao que se verificou no grupo de intervenção. Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, isto para além de nos sugerir que os grupos não eram semelhantes no início da intervenção, permite-nos questionar se o grupo de participantes em lista de espera será de facto um grupo de controlo adequado. O facto de a atribuição dos participantes ter sido feita de forma aleatória deveria ter impedido diferenças importantes entre o grupo de controlo e o grupo MBCT no momento pré-intervenção. Por outro lado, apesar de alguns autores (Langer, 2014) definirem o *mindfulness* como um estado “intencionalmente ativado”, sabe-se que o presente construto está também relacionado com uma maior predisposição. Estes resultados poderão ser explicados pelo facto dos participantes incluídos no grupo de controlo apresentarem uma maior disposição de base (traço mais evoluído) no que se refere às competências *mindful*. Assim, a conceptualização do *mindfulness* enquanto traço, tal como sugerida por Bishop e colaboradores (2004), permite-nos compreender os resultados observados em ambos os grupos pré-intervenção.

Este estudo conclui também que algumas facetas de *mindfulness* (especificamente, **atuar com consciência, não julgar e não reagir**) parecem ter um papel mais relevante do que outras (**observação e descrição**) no tratamento da sintomatologia depressiva, uma vez que apenas revelam interações negativas com os sintomas, potenciando a diminuição dos mesmos. Isto poderá explicar a eficácia amplamente comprovada das IBMs. Em parte, estes dados são consistentes com proposto por Cash e Whittingham (2010). A faceta **atuar com consciência** tem sido associada a níveis mais baixos de depressão (Bohlmeijer et al., 2012; Christopher et al., 2012). Os resultados deste estudo mostram que esta faceta interfere negativamente com os sintomas perda de interesse e dificuldades de concentração, ambos característicos da depressão. Isto sugere que os indivíduos, ao realizarem ações deliberadas e conscientes, percebem uma maior competência e mestria, desenvolvendo assim um aumento do seu bem-estar. De igual modo, as terapias de terceira geração, particularmente o MBCT, não descuidam a importância da ação (Segal et al., 2002). A tomada de consciência das nossas atividades facilita o reconhecimento do nosso padrão habitual de funcionamento, possibilitando assim a identificação dos comportamentos que mantêm e/ou agravam o nosso estado de humor ou, por outro lado, quais aqueles que poderão melhorá-lo. Isto também explica a eficácia amplamente comprovada das IBMs relativamente à prevenção da recaída (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000), na medida em que os indivíduos se tornam mais conscientes de possíveis sinais que possam alertar para mudanças nos seus estados afetivos. De modo semelhante, a faceta **não julgar** tem também sido amplamente associada a menores níveis de depressão (Alleva et al., 2014; Christopher et al., 2012). Neste estudo, observou-se uma interação negativa entre esta e o sintoma fracasso, pelo que se conclui que uma atitude não julgadora relativamente à experiência interfere negativamente com padrões de pensamento disfuncionais que estão na origem de sentimentos característicos dos quadros depressivos, como o fracasso. Isto mesmo é consistente com a literatura (Teasdale, 1999) que defende que esta competência interfere com padrões ruminativos inerentes à depressão. Neste estudo, a competência de **não reagir** apresenta interações negativas com os sintomas desânimo e fracasso. Estes resultados mostram-se congruentes com estudos anteriores sobre a eficácia deste tipo de intervenções no que se refere à diminuição da reatividade cognitiva (Kuyken et al., 2010). O desenvolvimento desta competência permite a diminuição de reações de segunda ordem, facilitando assim o processo não-elaborativo da experiência que surge no campo atencional (Segal et al., 2002). O indivíduo, ao desenvolver a capacidade de não reagir à sua experiência, torna-se capaz de distinguir a sua percepção da sua resposta comportamental e cognitiva a essa mesma experiência, diminuindo a sua reatividade e, conseqüentemente, os seus sentimentos de desânimo e fracasso. Estes três mecanismos referidos anteriormente apenas revelam interações negativas com sintomas específicos da depressão, sugerindo assim uma maior eficácia na diminuição dos mesmos. Paralelamente, revelam interações positivas entre si, sugerindo uma contribuição relevante para a relação dinâmica entre as

diferentes competências de *mindfulness*. Assim, para além de potenciarem resultados promissores através da sua atuação de modo isolado, favorecem também o desenvolvimento de outras competências e potenciam uma atuação dinâmica e, por isso, mais completa e eficaz.

Já as facetas **observar e descrever** apresentam interações tanto positivas como negativas com alguns sintomas. Especificamente, a observação apresenta interações positivas com os seguintes sintomas: isolamento social, aborrecimento, lentificação psicomotora e medo. Isto parece ser consistente com o defendido por Baer e colaboradores (2008) que sugere que, em algumas circunstâncias, este mecanismo pode gerar níveis mais elevados de ansiedade e angústia psicológica, particularmente em indivíduos sem qualquer experiência meditativa, à semelhança da amostra do presente estudo. Estes resultados parecem também ser consistentes com estudos anteriores sobre a perspetiva imersa, particularmente em indivíduos com depressão (Ayduk & Kross, 2010). Todavia, este mecanismo revelou uma interação negativa estatisticamente significativa com a perda de apetite. De acordo com Forman e Butryn (2015), a consciencialização promove decisões mais saudáveis no que à alimentação diz respeito, por meio do aumento de uma vasta gama de experiências corporais, como por exemplo a observação de sinais de fome e saciedade. Na literatura, tem vindo a ser defendido que esta capacidade, quando associada ao não-julgamento, facilita a compreensão de que os pensamentos são meramente transitórios e não o reflexo da realidade (Kabat-Zinn, 1982, 1990). Neste estudo, a observação apresenta interações positivas com outras facetas (e.g., atuar com consciência e não julgar). Assim, este mecanismo por si só poderá potenciar o aparecimento e/ou a exacerbação sintomática. Por exemplo, a atuação de forma isolada deste mecanismo poderá explicar a interação positiva entre a observação e o medo, sugerindo que indivíduos sem qualquer experiência meditativa associam a observação à hipervigilância. No entanto, esta competência contribui de forma relevante para a atuação dinâmica das diversas competências, sendo um mecanismo crucial para a aquisição e fortalecimento de outros. Bishop e colegas (2004) parecem concordar com estes dados, sugerindo que a observação é um mecanismo benéfico no que se refere ao tratamento da sintomatologia depressiva quando associado a outras habilidades. Desrosiers e colaboradores (2014) defendem que este mecanismo se torna mais benéfico para aqueles que apresentam a capacidade de observar sem reagir. De facto, não importa apenas se os indivíduos observam a sua experiência mas essencialmente a forma como a observam. Isto mesmo é sublinhado por Baer e colaboradores (2006) ao realçarem a importância de se observar uma vasta gama de estímulos, e de descrever os fenómenos observados através de uma atitude de aceitação e não-julgamento sobre a experiência.

A faceta **descrever** apresenta, no final do tratamento, um grande número de interações na rede, quer com outros mecanismos, quer com os sintomas de depressão. Isto sugere que este é um mecanismo com grande relevância nas IBMs para a depressão. Porém, à semelhança do que se verificou com a competência de observação, também a descrição da experiência revelou interações positivas com alguns sintomas (sentimento de rejeição e o choro fácil). A respeito, sabe-se que o *mindfulness* promove a consciência da experiência interna, bem como do próprio ambiente (Bronw & Ryan, 2003), o que pode manifestar-se sobre a forma de *insight* (Walach et al., 2006). Ademais, o *mindfulness* requer uma atitude de curiosidade, abertura e aceitação, implicando, por isso, uma capacidade de experimentar os eventos na sua íntegra, não recorrendo a nenhum tipo de supressão da experiência. Assim sendo, e uma vez que a descrição está intimamente ligada ao uso da linguagem das experiências que ocorrem no campo atencional (Baer et al., 2006), esta capacidade implica por si só uma consciencialização da experiência e das dificuldades a ela inerentes o que, quando manifestado sobre a forma de *insight* poderá gerar um maior grau de angústia psicológica, potenciando assim o desenvolvimento sintomático (e.g., choro fácil e sentimento de rejeição).

Assim, os resultados do presente estudo sugerem que poderão existir competências de *mindfulness* específicas com um papel significativo no tratamento dos sintomas depressivos. Neste sentido, compreender-se como essas competências são adquiridas e desenvolvidas ao longo do tempo, bem como explorar-se as suas interações com outras competências poderá maximizar a eficácia das IBMs, otimizando assim os tratamentos relativos à perturbação mental, especificamente à depressão. Sugerem-se, por isso, estudos adicionais que permitam compreender a sequência temporal da aquisição e/ou desenvolvimento das competências de *mindfulness*, percebendo assim quais competências devem os indivíduos adquirir numa primeira instância mediante as suas características (e.g., traço, sintomas). Por exemplo, talvez seja menos exigente do ponto de vista mental que indivíduos com depressão desenvolvam, numa primeira instância, a competência **atuar com consciência** (realizando ações deliberadas e conscientes), ao invés de observarem a sua experiência. A aquisição e o

desenvolvimento de outras competências (e.g., não julgamento, não reatividade) facilitará uma observação distanciada da experiência, e não do ponto de vista imerso, por parte dos indivíduos submetidos a este tipo de psicoterapias. Neste sentido, é fundamental garantir que as competências atuam no seu devido *timing*, para que os indivíduos não se prendam em elaborações automáticas da experiência, que potenciam processos cognitivos inerentes à depressão como, por exemplo, a ruminação. Compreender a sequência da aquisição dos diferentes mecanismos de *mindfulness*, sob o ponto de vista temporal, permitirá garantir que as competências atuam de modo a diminuir a sintomatologia, ao invés de a exacerbar.

Por último, o facto de não existir homogeneidade na construção de ambos os grupos origina resultados díspares aquando da avaliação inicial, levantando uma multiplicidade de questões que foram já discutidas. De acordo com estudos anteriores (Gawrysiak et al., 2017), a predisposição *mindful* dos indivíduos tem impacto direto nos resultados das intervenções que utilizam este tipo de técnicas. Isto sugere-nos que as características individuais dos/as participantes (e.g., traço) influenciam por si só a evolução e os resultados das IBMs. Assim, avaliar as características individuais dos participantes previamente à sua integração neste tipo de intervenções deveria ser acautelado, garantindo uma atribuição homogénea dos participantes pelos devidos grupos. Isto permitiria a garantia que os resultados IBMs se devem à intervenção em si e não às características idiossincráticas de cada participante.

Em geral, estes resultados sugerem, portanto, que a eficácia IBMs é melhor explicada pela relação dinâmica entre os diferentes mecanismos tal como proposto por alguns autores (e.g., Bronw et al., 2015; Gecht et al., 2014), ao invés da sua atuação *per se*. Contudo, conforme mencionado anteriormente, reitera-se a conveniência de se estudar as sequências temporais de aquisição e desenvolvimento destes mecanismos, auxiliando a informação de práticas clínicas mais eficazes e aprimorando, deste modo, as abordagens terapêuticas em indivíduos com sintomas depressivos. Adicionalmente, o estudo revelou observações importantes relativamente à especificidade das interações entre os diversos componentes da atenção plena e os sintomas de depressão.

Nota dos/as autores/as

Os dados deste estudo estão disponíveis com a autora de correspondência, mediante solicitação. Os autores não declaram potenciais conflitos de interesse. Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P no âmbito do projeto UIDB/00050/2020, e do Centro de Investigação e Inovação em Educação (inED) (UIDB/05198/2020). A primeira autora é apoiada pela Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia através de uma Bolsa de Doutoramento: SFRH/BD/145253/2019. A correspondência relativa a este artigo deve ser dirigida a Ana Rita Rodrigues, Universidade da Maia, Av. Prof. Carlos de Oliveira Campos, 4475-690, Maia. E-mail: arrodriques@umaia.pt.

Referências

- Alleva, J., Roelofs, J., Voncken, M., Meevissen, Y., & Albers, H. (2014). On the relation between mindfulness and depressive symptoms: Rumination as a possible mediator. *Mindfulness*, 5(1), 72-79. doi:10.1007/s12671-012-0153-y
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 74-91. doi:10.1016/j.cpr.2017.04.008
- Ayduk, Ö., & Kross, E. (2010). Analyzing negative experiences without ruminating: The role of self-distancing in enabling adaptive self-reflection. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(10), 841-854. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00301.x>
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Bernstein, E., Heeren, A., & McNally, R. (2017). Unpacking rumination and executive control: A network perspective. *Clinical Psychological Science*, 5(5), 816-826. doi:10.1177/26702617702171

- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Bohlmeijer, E., Ten Klooster, P., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment, 18*(3), 308-320. doi:10.1177/1073191111408231
- Brown, D., Bravo, A., Roos, C., & Pearson, M. (2015). Five facets of mindfulness and psychological health: evaluating a psychological model of the mechanisms of mindfulness. *Mindfulness, 6*(5), 1021-1032. doi:10.1007/s12671-014-0349-4
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology?. *Mindfulness, 1*(3), 177-182. doi:10.1007/s12671-010-0023-4
- Chiesa, A., Anselmi, R., & Serretti, A. (2014). Psychological mechanisms of mindfulness-based interventions: what do we know?. *Holistic Nursing Practice, 28*(2), 124-148. doi:10.1097/HNP.000000000000017
- Christopher, M., Neuser, N., Michael, P., & Baitmangalkar, A. (2012). Exploring the psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire. *Mindfulness, 3*(2), 124-131. doi:10.1007/s12671-011-0086-x
- Desrosiers, A., Vine, V., Curtiss, J., & Klemanski, D. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders, 165*, 31-37. doi:10.1016/j.jad.2014.04.024
- Epskamp, S., Cramer, A., Waldorp, L., Schmittmann, V., Borsboom, D., 2012. qgraph: Network Visualizations of Relationships in Psychometric Data. *Journal of Statistical Software, 48*(4), 1–18.
- Forman, E., & Butryn, M. (2015). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite, 84*, 171-180. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.004>
- Fried, E., Epskamp, S., Nesse, R., Tuerlinckx, F., & Borsboom, D. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders, 189*, 314-320. doi:10.1016/j.jad.2015.09.005
- Friedman, J., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2008). Sparse inverse covariance estimation with the graphical lasso. *Biostatistics, 9*(3), 432-441. <https://doi.org/10.1093/biostatistics/kxm045>
- Gawrysiak, M., Grasseti, S., Greeson, J., Shorey, R., Pohlig, R., & Baime, M. (2017). The many facets of mindfulness and the prediction of change following mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Journal of Clinical Psychology, 74*(4), 523-535. doi:10.1002/jclp.22521
- Gecht, J., Kessel, R., Forkmann, T., Guggel, S., Druke, B., Scherer, A., & Mainz, V. (2014). A mediation model of mindfulness and decentering: sequential psychological constructs or one and the same?. *BMC Psychology, 2*(1), 1-13. doi:10.1186/2050-7283-2-18
- Goldberg, S., Tucker, R., Greene, P., Davidson, R., Wampold, B., Kearney, D., & Simpson, T. (2017). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 59*, 52-60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.006
- 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. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Keng, S., Smoski, M., & Robins, C. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041- 1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquin, K., & Hofmann, S. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kuyken, W., Warren, F., Taylor, R., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J., Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry, 73*(6), 565-574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work?. *Behaviour Research and Therapy, 48*(11), 1105-1112. doi:10.1016/j.brat.2010.08.003
- Langer, E. (2014) Mindfulness forward and back. In A. Le, T. Christelle, & E. Langer (Eds.), *Wiley blackwell handbook of mindfulness* (pp. 7- 20). John Wiley & Sons, Ltd. doi: 10.1002/9781118294895.ch1
- Ma, S., & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31-40. doi:10.1037/0022-006X.72.1.31
- McCarney, R., Schulz, J., & Grey, A. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 14*(3), 279-299. doi:10.1080/13642537.2012.713186
- Murakami, H., Katsunuma, R., Oba, K., Terasawa, Y., Motomura, Y., Mishima, K., & Moriguchi, Y. (2015). Neural networks for mindfulness and emotion suppression. *PloS one, 10*(6), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0128005
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032-1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Pots, W., Meulenbeek, P., Veehof, M., Klungers, J., & Bohlmeijer, E. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: A randomized controlled trial. *PloS One, 9*(10), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0109789
- R Development Core Team. (2008). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.
- Raphiphatthana, B., Jose, P., & Kieplikowski, M. (2016). How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory?. *Personality and Individual Differences, 93*, 104- 111. doi:10.1016/j.paid.2015.08.005
- Rodrigues, A. R., & Serrão, C. (2021). *Renascer: Como a Pandemia o Pode Acordar*. Influência.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford.
- Teasdale, J. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 6*(2), 146-155.
- Teasdale, J., Segal, Z., Williams, J., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615. doi:10.1037//0022-006X.68.4.615
- van Borkulo, C., Boschloo, L., Borsboom, D., Penninx, B., Waldorp, L., & Schoevers, R. (2015). Association of symptom network structure with the course of depression. *JAMA Psychiatry, 72*(12). doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2079
- van Borkulo, C. D., van Bork, R., Boschloo, L., Kossakowski, J. J., Tio, P., Schoevers, R. A., Borsboom, D., & Waldorp, L. J. (2022). Comparing network structures on three aspects: A permutation test. *Psychological Methods*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/met0000476>
- van Vliet, I., & de Beurs, E. (2007). The MINI-International Neuropsychiatric Interview. A brief structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV en ICD-10 psychiatric disorders. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 49*(6), 393-397.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1543-1555. doi:10.1016/j.paid.2005.11.025.