Instituto Superior Miguel Torga

Reatividade Emocional e Sintomatologia Depressiva e Ansiosa

Contributos da Flexibilidade Psicológica e do Pensamento Dialético em Pessoas com e sem Diagnóstico Psicopatológico

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Marta Susana Santos de Sousa
Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

Reatividade Emocional e Sintomatologia Depressiva e Ansiosa: Contributos da Flexibilidade Psicológica e do Pensamento Dialético em Pessoas com e sem Diagnóstico Psicopatológico

MARTA SUSANA SANTOS DE SOUSA

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo Comportamentais

Orientador: Professor Doutor Diogo Carreiras

Coimbra, outubro de 2025

Resumo

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a reatividade emocional, a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético na explicação dos sintomas depressivos e ansiosos, procurando compreender o papel destas variáveis como potenciais fatores de vulnerabilidade e proteção da saúde mental. Participaram 326 indivíduos de nacionalidade portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos, distribuídos entre população clínica (n = 52) e não clínica (n = 274), tendo sido aplicados instrumentos de autorrelato que avaliaram reatividade emocional, flexibilidade psicológica, pensamento dialético, depressão e ansiedade. O desenho do estudo foi quantitativo, transversal, correlacional e preditivo. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com a população clínica a apresentar níveis mais elevados de reatividade emocional, depressão e ansiedade, e níveis mais baixos de flexibilidade psicológica e pensamento dialético. As análises correlacionais demonstraram associações positivas entre reatividade emocional e sintomatologia psicopatológica, e associações negativas entre flexibilidade psicológica, pensamento dialético e sintomatologia psicopatológica. As regressões lineares hierárquicas confirmaram que a reatividade emocional prediz positivamente a depressão e a ansiedade, enquanto a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético as predizem negativamente, quando controlada a presença de diagnóstico psicopatológico, explicando uma proporção significativa da variância dos sintomas depressivos (42%) e ansiosos (44%). Estes resultados sustentam a relevância destes processos na compreensão da psicopatologia e reforçam o valor clínico de intervenções que promovam a flexibilidade cognitivo-emocional e o pensamento dialético, como componentes centrais da regulação emocional e da adaptação psicológica.

Palavras-chave: Reatividade emocional; Flexibilidade psicológica; Pensamento dialético; Depressão; Ansiedade.

Abstract

The present study aimed to analyse the relationship between emotional reactivity, psychological flexibility, and dialectical thinking in explaining depressive and anxiety symptoms, seeking to understand the role of these variables as potential vulnerability and protective factors for mental health. A total of 326 individuals of Portuguese nationality, aged between 18 and 69 years, participated in the study, divided into clinical (n = 52) and non- clinical (n = 274) populations. Self-report instruments were administered to assess emotional reactivity, psychological flexibility, dialectical thinking, depression, and anxiety. The study design was quantitative, cross-sectional, correlational, and predictive. The results revealed statistically significant differences between groups, with the clinical population presenting higher levels of emotional reactivity, depression, and anxiety, and lower levels of psychological flexibility and dialectical thinking. Correlational analyses showed positive associations between emotional reactivity and psychopathological symptoms, and negative associations between psychological flexibility, dialectical thinking, and psychopathological symptoms. Hierarchical linear regressions confirmed that emotional reactivity positively predicts depression and anxiety, while psychological flexibility and dialectical thinking negatively predict them, when controlling for the presence of a psychopathological diagnosis. These variables explained a significant proportion of the variance in depressive (42%) and anxiety (44%) symptoms. These findings support the relevance of these processes in understanding psychopathology and reinforce the clinical value of interventions that promote cognitive- emotional flexibility and dialectical thinking as central components of emotional regulation and psychological adaptation.

Keywords: Emotional reactivity; Psychological flexibility; Dialectical thinking; Depression; Anxiety.

Introdução

A reatividade emocional corresponde à tendência para experienciar respostas emocionais intensas, rápidas e prolongadas perante estímulos ou acontecimentos emocionalmente significativos, constituindo um mecanismo adaptativo essencial à sobrevivência e ao ajustamento humano (Davidson, 1998). Este conceito integra diferentes componentes, incluindo a sensibilidade aos estímulos emocionais, a intensidade da experiência subjetiva e a persistência da reação emocional até ao restabelecimento do equilíbrio interno (Nock et al., 2008). Apesar do seu valor adaptativo, a reatividade emocional, quando excessiva ou mal regulada, pode comprometer o bem-estar psicológico, predispondo o indivíduo a estados de vulnerabilidade face ao stress e a um maior risco de desenvolver sintomas depressivos e ansiosos (Herres et al., 2016; Pine et al., 2001). Este risco é particularmente pronunciado em indivíduos que foram expostos a experiências adversas precoces, dado que estas podem moldar padrões de reatividade emocional duradouros, aumentando a probabilidade de respostas desajustadas ao longo do desenvolvimento (Dollar et al., 2023).

No plano da saúde mental, a investigação tem demonstrado que a reatividade emocional elevada, associada a dificuldades na regulação e a estilos cognitivos pouco flexíveis, se relaciona com a intensificação de sintomas depressivos e ansiosos (Lavi et al., 2019; Pine et al., 2001). Respostas emocionais particularmente intensas e persistentes podem alimentar processos de ruminação e autocrítica negativa, dificultando o restabelecimento do equilíbrio emocional e favorecendo trajetórias de ajustamento psicossocial desadaptativo (Dollar et al., 2023). A este respeito, importa considerar o desenvolvimento emocional durante a adolescência. Aos 12 anos de idade, os adolescentes ainda não apresentam respostas de sobressalto intensificadas pelo medo, o que sugere que os sistemas neurais e fisiológicos responsáveis pelo controlo da reatividade emocional se encontram ainda em desenvolvimento. Isto indica que os mecanismos cerebrais que regulam as emoções não estão totalmente maturados nesta fase (Latham et al., 2017). Este desenvolvimento incompleto dos mecanismos de controlo emocional poderá explicar o motivo pelo qual os adolescentes com reatividade emocional mais intensa apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão. Dessa forma, é importante que adquiram competências eficazes de regulação emocional, capazes de atenuar aqueles que são os efeitos negativos resultantes dessa sensibilidade (Shapero et al., 2016). Neste contexto, importa também considerar as experiências emocionais

negativas vividas na infância, uma vez que estas têm sido associadas a uma reatividade emocional mais intensa durante a idade adulta, o que poderá levar a que haja uma maior probabilidade de desenvolverem ansiedade e depressão (van Harmelen et al., 2013). No âmbito das perturbações psicológicas, como a perturbação da personalidade borderline (PPB), a forma como os indivíduos avaliam as situações pode levar a que reajam emocionalmente de forma intensa, particularmente quando se trata de emoções negativas. A alteração na reatividade emocional pode explicar parte da instabilidade emocional que caracteriza esta perturbação (Houben et al., 2018).

Por sua vez, a flexibilidade psicológica (considerada o principal objetivo da terapia de aceitação e compromisso; ACT) entende-se como sendo a capacidade de contactar, de forma aberta e consciente, com a experiência do momento presente, regulando comportamentos de acordo com os valores e objetivos pessoais, mesmo na presença de emoções ou pensamentos dolorosos. Esta flexibilidade desenvolve-se através de seis processos psicológicos que compõem o Modelo do Hexágono da Flexibilidade Psicológica: 1) "Contacto com o momento presente"; 2) "Aceitação"; 3) "Desfusão cognitiva"; 4) "Eu observador"; 5) "Valores"; 6) "Ação comprometida" (Hayes et al., 2006). Indivíduos com maior flexibilidade psicológica tendem a lidar de forma mais eficaz com desafios emocionais, reduzindo a probabilidade de recorrer a estratégias disfuncionais como a evitação experiencial ou a ruminação, as quais se associam a maior sintomatologia depressiva e ansiosa.

De forma complementar, o pensamento dialético, conceito central da terapia comportamental dialética (DBT), é conceptualizado como a capacidade de integrar perspetivas contraditórias, reconhecer a mudança constante e adoptar uma visão relacional e holística dos fenómenos (Basseches, 2005; Peng & Nisbett, 1999), representando um estilo cognitivo que poderá sustentar a flexibilidade psicológica. A DBT foi inicialmente desenhada para pessoas com elevada suicidalidade e comportamentos autolesivos, particularmente PPB, tendo, atualmente, crescido a sua evidência com outros quadros clínicos. De facto, estudos recentes mostram que a DBT pode ajudar a reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, como se verificou em situações como a da pandemia de COVID-19 (Torbati et al., 2022; Liang et al., 2021). Também na perturbação de stress pós-traumático há evidências de que a DBT é eficaz para estes pacientes, podendo, inclusivamente, haver melhores resultados clínicos (Gratz et al., 2020). De igual forma, verificam-se melhorias nas perturbações de comportamento alimentar, nomeadamente na

ingestão alimentar compulsiva, havendo uma maior estabilidade a nível dos ganhos terapêuticos alcançados, além de requerer menor tempo de tratamento e de ser mais económica quando comparada com outras terapias (Lammers et al., 2022).

Este tipo de raciocínio implica tolerar a coexistência de emoções mistas, bem como aceitar ambiguidades e incertezas sem necessidade de resolver a contradição de forma imediata (Spencer-Rodgers et al., 2004). Esta abertura à contradição facilita a construção de interpretações mais nuançadas e adaptativas, promovendo a capacidade de reorganizar significados face a acontecimentos adversos (Zheng et al., 2021). O pensamento dialético, ao flexibilizar a forma de pensar e ao atenuar processos dicotómicos, pode oferecer ao indivíduo recursos para gerir de modo mais eficaz as emoções, minimizando reações impulsivas e padrões rígidos de pensamento (Lu et al., 2020).

Com base no exposto, os processos de flexibilidade psicológica e pensamento dialético parecem ter potencial para atuar como fatores protetores na saúde mental, ao permitir que o indivíduo mantenha uma relação mais funcional com as suas emoções e pensamentos, aceitando-os sem excessiva fusão cognitiva e regulando os comportamentos de acordo com valores pessoais (Hayes et al., 2012). Neste sentido, torna-se pertinente aprofundar o modo como estas variáveis se articulam. O efeito da reatividade emocional nos sintomas depressivos e ansiosos poderá ser influenciado pela presença de maiores níveis de flexibilidade psicológica e capacidade de pensamento dialético.

Este estudo pretende responder às seguintes questões: (i) Quais as diferenças nas variáveis psicológicas (reatividade emocional, flexibilidade psicológica, pensamento dialético, depressão e ansiedade) entre população clínica e não clínica? (ii) Como as variáveis de interesse se correlacionam em cada uma das populações? e (iii) Pode a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético contribuir para a explicação da sintomatologia ansiosa e depressiva em pessoas com e sem diagnóstico psicopatológico?

Métodos

Participantes

Os participantes deste estudo são de nacionalidade portuguesa, com compreensão da língua portuguesa e com idades compreendidas entre os 18 e 69 anos (n = 326). Esta amostra foi posteriormente dividida em amostra não clínica (n = 274) e clínica (n = 52) (Tabela 1), com base na informação dada pelos participantes sobre terem algum diagnóstico psicopatológico confirmado por um profissional de saúde. Com base na

Tabela 1, podem observar-se as características sociodemográficas dos participantes deste estudo, atendendo às variáveis género, faixa etária, estado civil, profissão e níveis socioeconómico e de escolaridade.

Quanto ao diagnóstico de perturbação psicológica ou psiquiátrica, 1 (0.3%) participante optou por não divulgar o seu diagnóstico, já os restantes 51 (15.6%) reportaram ter um diagnóstico de perturbação, sendo as seguintes perturbações as mais reportadas: perturbação depressiva (19; 37.3%), perturbação de personalidade (5; 9.8%), perturbação de ansiedade generalizada (5; 9.8%), perturbação de ansiedade social (3; 5.9%) e perturbação de pânico (3; 5.9%). Outras perturbações foram também reportadas, perfazendo um total de (8; 15.7%). Adicionalmente, 8 (15.7%) reportaram ter comorbilidade com outras psicopatologias. Em cerca de 94.2% (49) dos participantes da amostra clínica, esse diagnóstico foi confirmado por um profissional de saúde mental. Os profissionais mencionados pelos participantes foram os seguintes: psiquiatra (26; 53.1%), psicólogo (10; 20.4%), ambos (10; 20.4%) e outro profissional, nomeadamente um neurologista e dois psicoterapeutas (3; 6.1%).

Do total de participantes pertencentes à amostra clínica (n = 52), sabe-se que, atualmente 27 (51.9%) recebem acompanhamento psicológico e 28 (53.8%) acompanhamento psiquiátrico, sendo que 5 (9.6%) participantes reportaram estar a receber ambos os acompanhamentos. Por fim, 34 (65.4%) referiram estar a tomar medicação.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra clínica e não clínica (N= 326)

	População não clínica (*n* = 274)		**População clínica (*n* = 52)**	
	n (%)	Medidas descritivas	*n* (%)	Medidas descritivas
Género				
Feminino	190 (82.3%)		41 (17.7%)	
Masculino	84 (90.3%)	Mo: Feminino	9 (9.7%)	Mo: Feminino
Outro	0 (0.0%)		2 (100.0%)	
Idade				
18-29	192 (84.2%)	M: 28.94	36 (15.8%)	M: 29.33
30-39	39 (81.3%)	DP: 10.64	9 (18.8%)	DP: 10.08
40-49	23 (85.2%)	Mo: 18-29	4 (14.8%)	Mo: 18-29
50-59	14 (87.5%)		2 (12.5%)	
60-69	6 (85.7%)		1 (14.3%)	
Estado civil				
Solteiro/a	222 (85.4%)		38 (14.6%)	
União/casado/a	44 (77.2%)	Mo: Solteiro/a	13 (22.8%)	Mo: Solteiro/a
Viúvo/a	1 (100.0%)		0 (.0%)	
Separado/a ou Divorciado/a	7 (87.5%)		1 (12.5%)	
Profissão				
Desemprego/a	12 (92.3%)	Mo: Empregado/a	1 (7.7%)	Mo: Empregado/a
Empregado/a	130 (83.9%)		25 (16.1%)	
Estudante	93 (83.0%)		19 (17.0%)	
Reformado/a	4 (100.0%)		0 (0.0%)	
Trabalhador-Estudante	35 (83.3%)		7 (16.7%)	
Nível socioeconómico				
Baixo	18 (72.0%)		7 (28.0%)	
Médio	241 (86.7%)	Mo: Médio	37 (13.3%)	Mo: Médio
Alto	15 (65.2%)		8 (34.8%)	
Nível de escolaridade				
Ensino Básico ou inferior	1 (50.0%)		1 (50.0%)	
Secundário	54 (80.6%)		13 (19.4%)	
Licenciatura	122 (85.3%)	Mo: Licenciatura	21 (14.7%)	Mo: Licenciatura
Mestrado	93 (85.3%)		16 (14.7%)	
Doutoramento	4 (80.0%)		1 (20.0%)	

Procedimentos

A realização desta investigação desenvolveu-se ao longo de várias etapas, as quais serão descritas de seguida. Uma vez definido quais os objetivos da investigação e os

instrumentos que mais se adequavam, foi efetuado um pedido de autorização à Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga para que a investigação se pudesse realizar, tendo o parecer sido favorável (CE-P22-25; ver Anexo A).

Numa fase subsequente, foi solicitada autorização, através de e-mail, aos autores da versão portuguesa de cada um dos instrumentos, tendo sido obtido parecer favorável. De seguida, procedeu-se à aplicação do consentimento informado, através do qual foram apresentados aos participantes quais seriam os objetivos da investigação, assegurando-se a confidencialidade, anonimato, o caráter voluntário da participação, assim como a possibilidade de desistência a qualquer momento. O levantamento de dados foi efetuado de seguida, através de um questionário sociodemográfico disponibilizado *online*, na plataforma *Google Forms*, destinado à caracterização da amostra. O questionário incluiu questões de resposta aberta e fechada, tendo a divulgação do link de acesso sido efetuada através de redes sociais e e-mail. A amostra desta investigação é não probabilística por conveniência, uma vez que a seleção dos participantes foi realizada com base na sua proximidade e disponibilidade. O protocolo desta investigação também integra uma bateria de instrumentos: Escala de Pensamento Dialético (EPD); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); Escala de Reatividade Emocional (ERE); Questionário de Flexibilidade Psicológica (Psy-Flex).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário sociodemográfico desenvolvido para este estudo, o qual incluiu variáveis como a idade, o género com que a pessoa se identifica, o estado civil, a situação profissional, o nível socioeconómico e o nível de escolaridade. Além destes dados, o questionário contemplou questões relativas à existência de diagnóstico de perturbação psicológica ou psiquiátrica no momento da recolha da amostra, solicitando, em caso afirmativo, a identificação da perturbação reportada. Foi também questionado se o eventual diagnóstico havia sido confirmado por um profissional de saúde mental, especificando, se aplicável, qual o profissional. Adicionalmente, o questionário inquiriu sobre a existência de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico no momento da recolha, bem como sobre a toma de medicação psicofarmacológica à data da participação.

Escala de Pensamento Dialético (EPD)

A EPD, desenvolvida por Soler et al. (2025), e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Antunes (2025), foi criada para avaliar a tendência dos indivíduos para o pensamento dialético, isto é, a capacidade de integrar perspetivas contraditórias e tolerar a mudança. Trata-se de um inventário de autorresposta composto por 5 itens, organizados em dois fatores: *ambas as partes em mim* (itens 1, 3 e 4) e *ambas as partes* (itens 2 e 5). Os itens são avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos, com respostas que variam entre *Nunca (1)* e *Sempre (5)*. O fator *ambas as partes em mim* reflete a capacidade de reconhecer e aceitar que duas perspectivas divergentes podem ser simultaneamente válidas, promovendo uma maior flexibilidade cognitiva na resolução de problemas. Já o fator *ambas as partes* centra-se na integração e aceitação de contradições a nível interno. Este inventário é adequado para aplicação na população geral. Em termos de consistência interna, a escala total apresentou um alfa de Cronbach de .81 na versão original e de .85 na versão portuguesa (Soler et al., 2025; Antunes, 2025), evidenciando boa fiabilidade. No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .85.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A HADS, desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007), foi concebida para auxiliar os clínicos no reconhecimento de componentes emocionais associados à doença física. Trata-se de um instrumento validado para a população portuguesa, composto por duas subescalas independentes: uma dedicada à avaliação da ansiedade e outra à avaliação da depressão, ambas constituídas por 7 itens. Os itens são cotados separadamente, utilizando uma escala de 0 a 3, obtendo-se a pontuação total de cada subescala através da soma dos respectivos itens. Em ambas as subescalas, os valores possíveis variam entre 0 e 21, sendo considerados como indicativos de pontuação: normal (0–7), ligeira (8–10), moderada (11–14) e grave (15–21). Na versão portuguesa a subescala da ansiedade apresenta um alfa de Cronbach de .76 e a subescala da depressão um alfa de Cronbach de .81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .77 para a subescala de depressão um alfa de Cronbach de .83 para a subescala de ansiedade.

Escala de Reatividade Emocional (ERE)

A ERE, desenvolvida por Nock et al. (2008) e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Santos et al. (2022), foi concebida para avaliar a tendência dos indivíduos a experienciar respostas emocionais intensas e prolongadas. Trata-se de um questionário de autorresposta composto por 7 itens, cotados numa escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre *Nada parecido comigo* (1) e *Completamente parecido comigo* (5). Os itens da ERE incidem sobre diferentes dimensões da reatividade emocional, como a rapidez de escalada emocional, a dificuldade de regulação e a intensidade subjectiva das emoções. Exemplos de itens incluem afirmações como "*As minhas emoções passam do neutro para o extremo num instante*" ou "*Muitas vezes fico tão chateado/a que é difícil pensar com clareza*". Esta escala pode ser aplicada na população geral e apresenta boas propriedades psicométricas reportadas pelos estudos de adaptação portuguesa (Santos et al., 2022). Na versão portuguesa, a Escala de Reatividade Emocional apresenta uma consistência interna elevada, com um alfa de Cronbach de .91 (Santos et al., 2022). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .93.

Questionário de Flexibilidade Psicológica (Psy-Flex)

O Psy-Flex, desenvolvido por Gloster et al. (2021) e traduzido e adaptado para a população portuguesa por Cunha et al. (2024), tem como objectivo avaliar a flexibilidade psicológica, entendida como a capacidade de agir em função de valores pessoais, mesmo na presença de experiências internas desconfortáveis. Trata-se de um inventário de autorresposta composto por 6 itens, cotados numa escala tipo Likert de 5 pontos, que varia entre *Muito raramente* (1) e *Muito frequentemente* (5), referindo-se às experiências dos últimos sete dias. Os itens avaliam dimensões centrais da flexibilidade psicológica, incluindo contacto com o momento presente, aceitação de experiências desagradáveis, distanciamento cognitivo, sentido de self estável, orientação para valores pessoais e envolvimento significativo em actividades coerentes com esses princípios. A versão portuguesa apresenta boas propriedades psicométricas, evidenciando uma consistência interna elevada, com um alfa de Cronbach de .89 (Cunha et al., 2024). No presente estudo, obteve-se um alfa de Cronbach de .85.

Análise Estatística

Para o tratamento e a realização das análises estatísticas recorremos ao programa

informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 28.0 para Windows. Na fase inicial da análise, procedeu-se à análise exploratória de dados, a qual incidiu sobre as frequências absolutas (*n*) e relativas (%) para as variáveis qualitativas, sobre a média (*M*), o desvio-padrão (*DP*) e os valores mínimos e máximos para as variáveis quantitativas. A avaliação da normalidade dos dados da amostra foi analisada através da sua semelhança com uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov), da assimetria da distribuição (Skewness) e curtose (Kurtosis). O estudo da correlação foi realizado pelo coeficiente de Pearson. Os critérios de classificação de Pestana e Gageiro (2014) foram utilizados neste estudo para classificar a magnitude das correlações (nas correlações muito baixas o *r* situa-se abaixo de .19; nas correlações baixas o *r* está entre o .20 e .39; nas correlações moderadas o *r* está entre .40 e .69 e nas correlações altas o *r* situa se entre .70 e .89. Procedeu-se previamente à análise dos *outliers*, o que permitiu identificar um valor, o qual foi posteriormente removido, seguindo os critérios propostos por Tabachnick e Fidell (2007). Foi ainda realizado o teste da homogeneidade de variâncias de Levene e em seguida o teste *t* de Student para variáveis contínuas para comparações de dois grupos. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo valor de *p* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Marôco, 2011). Foi adicionado o tamanho do efeito com o cálculo do parâmetro *d* de Cohen e respetiva magnitude, tendo por base a classificação de Cohen (1988) que considera valores de .2 pequenos, de .5 médios e de .8 grandes. Com a finalidade de testar o poder preditivo de variáveis psicológicas na depressão e ansiedade, foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas. Foi efetuada uma regressão linear hierárquica de três passos para investigar potenciais preditores dos sintomas depressivos e ansiosos. As variáveis independentes incluídas nos modelos de regressão foram a reatividade emocional (ERE), o pensamento dialético (EPD) e a flexibilidade psicológica (PsyFlex). A independência dos erros foi analisada considerando o valor de Durbin-Watson (DW aceitável quando < 2). A multicolinearidade e a singularidade das variáveis foi examinada através dos Variance Inflation Factors (*VIF*), sendo valores abaixo de 10 aceitáveis (Pestana & Gageiro, 2014).

Resultados

Análise Preliminar dos Dados

Numa primeira fase, a amostra desta investigação era constituída por 328 sujeitos, contudo, após terem sido aplicados critérios de exclusão, dois sujeitos foram eliminados:

um por se tratar de um *outlier* severo no grupo pertencente à população clínica, e um outro por apresentar indícios de resposta não diferenciada.

Pela análise do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (indicado para amostras com este número de observações apresentado), pode observar-se que as variáveis aleatórias em estudo não seguem uma distribuição normal ($p < .05$). Contudo, analisando os valores de assimetria e curtose das mesmas variáveis, pode concluir-se que, ainda assim, é estatisticamente válido proceder à análise através de testes paramétricos (assimetria próxima de 0 e curtose próxima de 3). Tal facto justifica a utilização dos testes paramétricos de *t* de Student que podem ser observados em seguida.

Diferenças entre a População Clínica e Não Clínica Relativamente às Variáveis Psicológicas em Estudo

Analisando a Tabela 2, são notórias diferenças estatisticamente significativas entre as populações clínica e não clínica para todas as variáveis. Realça-se a existência de níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa na população clínica, que apresenta $M = 7.15$ ($DP = 3.57$) na depressão e $M = 11.02$ ($DP = 3.57$) na ansiedade, o que contrasta com as médias mais baixas observadas na população não clínica ($M = 3.98$ depressão e $M = 6.68$ ansiedade). Além disso, também o tamanho do efeito, medido através do *d* de Cohen, dá a indicação de que as diferenças existentes entre populações na sintomatologia depressiva e ansiosa apresentam um efeito considerado grande ($d = .91$ depressão; $d = 1.52$ ansiedade).

Relativamente à reatividade emocional, observa-se que também existem diferenças entre as populações, apresentando a população clínica médias superiores ($M = 15.56$; $DP = 6.93$) à da não clínica ($M = 6.91$; $DP = 6.07$), sendo esta diferença notória quando se observa o *d* de Cohen ($d = .82$), sugerindo um efeito considerado grande.

Tabela 2

Análise descritiva e de diferenças nas variáveis psicológicas em função do tipo de população (clínica ou não clínica)

	População clínica (*n* = 274)		População não clínica (*n* = 52)		*t-student*		
	Intervalo (*min– max*)	*M* (*DP*)	Intervalo (*min– max*)	*M* (*DP*)	*t*	*p*	*d* cohen
Reatividade emocional (ERE)	[8.63;22.49]	15.56 (6.93)	[.84;12.98]	6.91 (6.07)	-9.21	<.001	.82
Pensamento dialético (EPD)	[15.39;22.19]	18.79 (3.40)	[17.16;23.28]	20.22 (3.06)	3.03	.003	.04
Flexibilidade psicológica (PsyFlex)	[14.53;24.71]	19.62 (5.09)	[17.33;26.18]	21.75 (4.43)	3.11	.002	.04
Depressão (HADS)	[3.59;10.72]	7.15 (3.57)	[.55;7.41]	3.98 (3.43)	-6.08	<.001	.91
Ansiedade (HADS)	[7.45;14.59]	11.02 (3.57)	[2.93;10.42]	6.68 (3.75)	-7.72	<.001	1.52

Nota. ERE = Escala de Reatividade Emocional – EPD = Escala de Pensamento Dialético – Psy-Flex = Questionário de Flexibilidade Psicológica – HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = teste *t* de Student para amostras independentes; *pt*-student = nível de significância estatística de *t* de Student; *d* de Cohen calculado em Effect Size Calculator (Cohen's D) for T-Test.

Correlações de Pearson

Após análise da Tabela 3, verifica-se primeiramente uma significância estatística face à correlação entre todas as variáveis consideradas na amostra não clínica. Quanto aos valores do coeficiente de correlação linear de Pearson, podem separar-se dois grandes grupos de análise: valores de $|r| < .40$ (considerando uma correlação fraca) e valores de $|r|$ compreendidos no intervalo [.40; .60] (considerando uma correlação moderada).

Nas variáveis depressão e flexibilidade psicológica, assim como nas variáveis depressão e pensamento dialético, a correlação verificada é negativa moderada, indicando que níveis mais elevados de depressão apresentam uma associação com níveis mais baixos de flexibilidade psicológica e pensamento dialético. Verifica-se, ainda, que há correlações negativas fracas entre as variáveis reatividade emocional e flexibilidade psicológica, bem como entre as variáveis reatividade emocional e pensamento dialético. Em ambos os casos, isto significa que quando se verifica um maior índice de reatividade emocional, é de esperar uma pequena diminuição quer da flexibilidade psicológica quer do pensamento dialético. Relativamente às variáveis flexibilidade psicológica e pensamento dialético, há uma correlação positiva moderada entre ambas, o que sugere que uma maior flexibilidade psicológica se associa a uma maior tendência para pensar dialeticamente.

Tabela 3

Correlações entre as escalas Depressão (HADS), Ansiedade (HADS), Reatividade emocional (ERE), Flexibilidade psicológica (PsyFlex) e Pensamento dialético (EPD) na população não clínica

	Depressão (HADS)	Ansiedade (HADS)	Reatividade emocional (ERE)	Flexibilidade psicológica (PsyFlex_total)	Pensamento dialético (EPD_total)
Depressão (HADS)	-	.57**	.40**	-.54**	-.42**
Ansiedade (HADS)	-	-	.48**	-.46	-.37**
Reatividade emocional (ERE)	-	-	-	-.36**	-.25**
Flexibilidade psicológica (PsyFlex)	-	-	-	-	.48**
Pensamento dialético (EPD)	-	-	-	-	-

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale – ERE = Escala de Reatividade Emocional – Psy-Flex = Questionário de Flexibilidade Psicológica – EPD = Escala de Pensamento Dialético. Coeficiente de Correlação de Pearson = r (**p < .01; *p < .05).

Na Tabela 4, estão apresentadas as correlações entre as variáveis psicológicas na amostra clínica. São verificadas correlações fracas entre as variáveis depressão e ansiedade, depressão e pensamento dialético, ansiedade e flexibilidade psicológica e entre as variáveis ansiedade e pensamento dialético. No caso da relação entre a depressão e a ansiedade, a correlação é positiva, significando que quando se verifica um aumento na depressão, é de esperar um aumento na ansiedade. No caso das variáveis depressão e pensamento dialético, das variáveis ansiedade e flexibilidade psicológica e das variáveis ansiedade e pensamento dialético a correlação verificada é negativa, pelo que o aumento de uma das variáveis está associado a uma diminuição da outra.

Observaram-se correlações moderadas entre depressão e flexibilidade psicológica, entre ansiedade e reatividade emocional, e ainda entre flexibilidade psicológica e pensamento dialético. A correlação entre depressão e flexibilidade psicológica é negativa, o que indica que níveis mais elevados de depressão se associam a uma menor flexibilidade psicológica. Nos restantes casos, as correlações são positivas, sugerindo que um aumento da ansiedade tende a estar associado a um aumento da reatividade emocional, e que uma maior flexibilidade psicológica se relaciona com um maior pensamento dialético.

Não foram encontradas correlações significativas entre a reatividade emocional e a depressão, flexibilidade psicológica e pensamento dialético.

Tabela 4

Correlações entre as escalas Depressão (HADS), Ansiedade (HADS), Reatividade Emocional (ERE), Flexibilidade Psicológica (PsyFlex) e Pensamento Dialético (EPD) na população clínica

	Depressão (HADS)	Ansiedade (HADS)	Reatividade emocional (ERE)	Flexibilidade psicológica (PsyFlex_total)	Pensamento dialético (EPD_total)
Depressão (HADS)	-	.39**	-.07	-.60**	-.39**
Ansiedade (HADS)	-	-	.44**	-.35*	-.39**
Reatividade emocional (ERE)	-	-	-	-.04	-.09
Flexibilidade psicológica (PsyFlex)	-	-	-	-	.46**
Pensamento dialético (EPD)	-	-	-	-	-

Nota. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale – ERE = Escala de Reatividade Emocional – Psy-Flex = Questionário de Flexibilidade Psicológica – EPD = Escala de Pensamento Dialético. Coeficiente de Correlação de Pearson = r (**p < .01; *p < .05).

Regressões Lineares Hierárquicas

A primeira regressão hierárquica conduzida procurou predizer os sintomas depressivos. No primeiro passo, apenas foram introduzidas as variáveis tipo de população e reatividade emocional, explicando o modelo cerca de 19% dos sintomas depressivos (R^2 adj. = .19; $F_{(2, 323)}$ = 38.36; p < .001). Com base nos resultados do modelo de regressão, pode observar-se que a existência de um aumento na proporção de indivíduos com diagnóstico clínico (β = .17; .003), assim como um aumento na reatividade emocional (β = .14; p < .001), estão associados a um aumento da depressão. No segundo passo, com as variáveis tipo de população, reatividade emocional e flexibilidade psicológica, o modelo explicou cerca de 39% (R^2 adj. = .39; $F_{(1, 322)}$ = 111.33; p < .001). Com base nos resultados do modelo de regressão, pode observar-se que a existência de um aumento na proporção de indivíduos com diagnóstico clínico (β = .16; p < .001), o aumento na reatividade emocional (β = .18; p < .001) e a diminuição da flexibilidade psicológica (β = -.49; p < .001), estão associados a um aumento da depressão. No terceiro passo realizado, com as variáveis tipo de população, reatividade emocional, flexibilidade psicológica e pensamento dialético, verificou-se que se trata do modelo que melhor explica os sintomas depressivos, em cerca de 42% (R^2 adj. = .42; $F_{(2, 320)}$ = 12.87; p = < .001). Com base nos resultados do modelo de regressão, pode observar-se que a existência de um aumento na proporção de indivíduos com diagnóstico clínico (β = .15; p = .002), assim como um aumento na reatividade emocional (β = .16; p = .002), estão associados a um aumento da depressão. Por outro lado, quando se verifica um aumento quer da flexibilidade

psicológica (β = -.41; p < .001) quer do pensamento dialético (β = -.18; p < .001), os valores da depressão tendem a diminuir.

Tabela 5

Regressão Linear Hierárquica a predizer sintomas depressivos (N = 326)

	R^2	R^2 ajust.	β	p	Erro	F	DW	VIF
Modelo 1	.19	.19				38.36		
População clínica			.17	.003	.56			1.26
Reatividade emocional (ERE)			.34	<.001	.03			1.26
Modelo 2	.40	.39				111.33		
População clínica			.16	.001	.48			1.26
Reatividade emocional (ERE)			.18	<.001	.03			1.39
Flexibilidade psicológica (PsyFlex)			-.49	<.001	.04			1.13
Modelo 3	.42	.42				12.87	.19	
População clínica			.15	.002	.47			1.27
Reatividade emocional (ERE)			.16	.002	.03			1.40
Flexibilidade psicológica (PsyFlex)			-.41	<.001	.04			1.40
Pensamento dialético (EPD)			-.18	<.001	.06			1.34

Nota. ERE = Escala de Reatividade Emocional – Psy-Flex = Questionário de Flexibilidade Psicológica – EPD = Escala de Pensamento Dialético. População clínica: 0 = não; 1 = sim.

A segunda regressão hierárquica procurou predizer os sintomas ansiosos. No primeiro passo, somente com as variáveis tipo de população e reatividade emocional, o modelo explicou cerca de 19% da ansiedade (R^2 adj. = .34; $F_{(2, 323)}$ = 85.72; p = < .001). Com base nos resultados do modelo de regressão, pode observar-se que a existência de um aumento na proporção de indivíduos com diagnóstico clínico (β = .17; p < .001), assim como um aumento na reatividade emocional (β = .49; p < .001), estão associados a um aumento da depressão. No segundo passo, com as variáveis tipo de população, reatividade emocional e flexibilidade psicológica, o modelo explicou os dados em cerca de 42% dos sintomas ansiosos (R^2 adj. = .42; $F_{(1, 322)}$ = 46.54; p < .001). Com base nos resultados do modelo de regressão, pode observar- se que a existência de um aumento na proporção de indivíduos com diagnóstico clínico (β = .17; p < .001), o aumento na reatividade emocional (β = .39; p < .001) e a diminuição da flexibilidade psicológica (β = -.31; p < .001), estão associados a um aumento da depressão.

Por fim, no terceiro passo, com as variáveis tipo de população, reatividade

emocional, flexibilidade psicológica e pensamento dialético, o modelo explicou 44% da ansiedade (R^2 adj.= .44; $F_{(1, 321)}$ = 11.10; p < .001). Com base nos resultados do modelo de regressão apresentado, pode observar-se que um aumento na proporção de indivíduos com diagnóstico clínico (β = .16; p < .001), bem como um aumento na reatividade emocional (β = .38; p < .001) gera um aumento da ansiedade. Por sua vez, quando se verifica um aumento quer da flexibilidade psicológica (β = -.23; p < .001) quer do pensamento dialético (β = -.16; p < .001), os valores de ansiedade tendem a diminuir.

Tabela 6

Regressão Linear Hierárquica a predizer sintomas ansiosos (N = 326)

	R^2	R^2 ajust.	β	p	Erro	F	DW	VIF
Modelo 1	.35	.34				85.72		
População clínica			.17	<.001	.56			1.26
Reatividade emocional (ERE)			.49	<.001	.03			1.26
Modelo 2	.43	.42				46.54		
População clínica			.17	<.001	.52			1.26
Reatividade emocional (ERE)			.39	<.001	.03			1.39
Flexibilidade psicológica (PsyFlex_total)			-.31	<.001	.04			1.13
Modelo 3	.45	.44				11.10	1.89	
População clínica			.16	<.001	.51			1.27
Reatividade emocional (ERE)			.38	<.001	.03			1.40
Flexibilidade psicológica (PsyFlex_total)			-.23	<.001	.04			1.40
Pensamento dialético (EPD_total)			-.16	<.001	.06			1.34

Nota. ERE = Escala de Reatividade Emocional – Psy-Flex = Questionário de Flexibilidade Psicológica – EPD = Escala de Pensamento Dialético População clínica: 0 = não; 1 = sim.

Discussão

A literatura científica tem demonstrado de forma consistente que a reatividade emocional é um preditor relevante da sintomatologia depressiva e ansiosa, uma vez que níveis elevados de intensidade, sensibilidade e persistência emocional tendem a potenciar respostas desadaptativas perante situações de stresse (Herres et al., 2016; Pine et al., 2001). A incapacidade de modular essas reações emocionais pode conduzir a ciclos de ruminação e autocrítica, comprometendo o equilíbrio psicológico e aumentando a vulnerabilidade à psicopatologia (Nock et al., 2008; Shapero et al., 2016). Em

contrapartida, variáveis como a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético têm sido identificadas como fatores protetores da saúde mental, permitindo aos indivíduos lidar de modo mais adaptativo com experiências emocionais negativas (Hayes et al., 2012; Kashdan & Rottenberg, 2010; Peng & Nisbett, 1999). Estas competências favorecem uma regulação emocional eficaz e uma integração cognitiva da experiência, reduzindo a probabilidade de recorrer a estratégias disfuncionais, como a evitação experiencial ou a rigidez cognitiva. Neste enquadramento, o presente estudo procurou compreender de que modo a reatividade emocional, a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético contribuem para a explicação dos sintomas depressivos e ansiosos em indivíduos com e sem diagnóstico psicopatológico.

Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre as populações clínica e não clínica em todas as variáveis psicológicas analisadas. Especificamente, a população clínica apresentou maiores níveis de reatividade emocional, depressão e ansiedade, e menores níveis de flexibilidade psicológica e pensamento dialético. Este padrão é coerente com a literatura que associa elevada reatividade emocional a maior vulnerabilidade emocional e dificuldade em regular estados afetivos intensos (Davidson, 1998; Lavi et al., 2019; Dollar et al., 2023). Indivíduos com elevada reatividade tendem a experienciar emoções negativas de forma mais persistente, o que favorece a manutenção da ansiedade e da depressão. Por outro lado, a flexibilidade psicológica mostrou-se mais elevada na população não clínica, o que reforça o seu papel protetor na adaptação emocional. Tal como defendem Hayes et al. (2012) e Kashdan e Rottenberg (2010), a flexibilidade permite que o indivíduo aja de forma coerente com os seus valores, mesmo perante sofrimento emocional, o que contribui para a regulação saudável das emoções. No mesmo sentido, a diferença significativa no pensamento dialético sugere que esta capacidade cognitiva desempenha um papel importante na adaptação emocional. A literatura sustenta que o pensamento dialético, ao integrar perspetivas contraditórias e promover uma visão relacional e contextual, favorece a regulação emocional e a redução de respostas extremadas (Peng & Nisbett, 1999; Lu et al., 2020). Assim, a menor presença desta capacidade na população clínica pode explicar parte da rigidez emocional observada nestes indivíduos.

A análise correlacional permitiu identificar padrões distintos de associação entre as variáveis psicológicas nas amostras clínica e não clínica. Na população não clínica, os resultados revelaram correlações positivas entre reatividade emocional, ansiedade e depressão, bem como correlações negativas entre depressão, flexibilidade psicológica e

pensamento dialético. Estes achados corroboram a literatura existente, que destaca o papel protetor da flexibilidade psicológica e do pensamento dialético face à psicopatologia (Hayes et al., 2012; Gloster et al., 2017; Zheng et al., 2021). De facto, níveis mais elevados de flexibilidade e de pensamento dialético parecem associar-se a uma menor sintomatologia depressiva, o que sugere que estes processos favorecem uma maior capacidade de adaptação, aceitação e integração das experiências internas.

A correlação positiva entre flexibilidade psicológica e pensamento dialético reforça esta interpretação, apontando para a existência de mecanismos psicológicos partilhados, relacionados com a tolerância à ambiguidade e a regulação contextualizada das respostas cognitivas e emocionais. Por outro lado, as correlações positivas entre reatividade emocional e ansiedade/depressão confirmam o que tem sido amplamente reportado na literatura, nomeadamente que uma maior reatividade emocional constitui um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de sintomas psicopatológicos (Shapero et al., 2016).

Contudo, este mesmo padrão não foi observado na população clínica, onde a reatividade emocional não se correlacionou significativamente com a depressão, a flexibilidade psicológica ou o pensamento dialético. Existem várias possíveis explicações para este resultado. Em primeiro lugar, a amostra clínica tende a apresentar menor variabilidade nas variáveis psicopatológicas, dado que a maioria dos participantes apresenta níveis elevados de sintomas de depressão, ansiedade e reatividade emocional. Esta restrição de amplitude reduz a dispersão dos dados, afetando, subsequentemente, a correlação entre eles. Em segundo lugar, o tamanho mais reduzido da amostra clínica limita a robustez estatística e a generalização dos resultados, dificultando a deteção de efeitos de menor magnitude. Por fim, a heterogeneidade do grupo clínico constitui outro fator relevante: a inclusão de participantes com diferentes quadros psicopatológicos (por exemplo, perturbações de ansiedade, depressão major, perturbações de personalidade) pode ter contribuído para a ausência de correlações consistentes entre as variáveis, uma vez que os processos psicológicos implicados podem variar significativamente entre diferentes condições clínicas.

Relativamente às regressões lineares hierárquicas, os resultados permitiram confirmar o papel preditivo da reatividade emocional, flexibilidade psicológica e pensamento dialético na explicação da depressão e da ansiedade, quando controlada a presença de diagnóstico clínico. Os modelos demonstraram que a reatividade emocional prediz positivamente os sintomas depressivos e ansiosos, enquanto a flexibilidade

psicológica e o pensamento dialético os predizem negativamente. Em conjunto, estas variáveis explicam 42% da variância da depressão e 44% da variância da ansiedade, valores expressivos que evidenciam o contributo relevante destas dimensões na compreensão da psicopatologia.

Estes resultados confirmam estudos anteriores que indicam que a reatividade emocional constitui um fator de risco, ao passo que a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético atuam como fatores protetores nos sintomas depressivos e ansiosos (Shapero et al., 2016; Pine et al., 2001), sendo que o presente estudo reforça esta evidência ao integrar simultaneamente os efeitos da flexibilidade e do pensamento dialético.

A contribuição do pensamento dialético destaca a importância de estruturas cognitivas flexíveis, que permitem aceitar contradições e reorganizar significados emocionais (Peng & Nisbett, 1999; Lu et al., 2020). Este processo cognitivo de integração é consistente com os princípios da DBT, onde o equilíbrio entre aceitação e mudança se apresenta como um eixo fundamental do ajustamento emocional. A flexibilidade psicológica, conceito central da ACT, surge também como variável mediadora entre o sofrimento e o funcionamento adaptativo, confirmando o seu papel na promoção da saúde psicológica (Hayes et al., 2012; Gloster et al., 2017). Assim, o conjunto dos resultados sustenta empiricamente a articulação teórica entre vulnerabilidade (reatividade emocional) e proteção (flexibilidade e pensamento dialético).

Do ponto de vista clínico, os resultados obtidos reforçam a relevância de intervenções psicológicas que promovam a flexibilidade e o pensamento dialético como componentes fundamentais da regulação emocional. A evidência sugere que a aceitação da experiência interna, a desfusão cognitiva e a ação orientada por valores, processos trabalhados na ACT, contribuem para a redução dos sintomas depressivos e ansiosos (Hayes et al., 2012; Gloster et al., 2017). Paralelamente, a integração de perspetivas contraditórias e a tolerância à ambiguidade, princípios centrais da DBT, facilitam uma reorganização cognitiva mais adaptativa e uma melhor gestão das emoções intensas (Peng & Nisbett, 1999; Lu et al., 2020).

Estes resultados apoiam, portanto, a pertinência de modelos terapêuticos que estimulem o desenvolvimento de estratégias cognitivas e emocionais flexíveis, permitindo aos indivíduos modular as suas respostas ao sofrimento e fortalecer os mecanismos de regulação emocional. A terapia psicológica, ao fomentar estes processos, pode potenciar o bem-estar e reduzir o risco de recaída, especialmente em perturbações caracterizadas por

instabilidade emocional e rigidez cognitiva (Beard & Delgadillo, 2019). Os resultados deste trabalho reforçam ainda a relevância de compreender a psicopatologia a partir de processos psicológicos subjacentes, em vez de uma perspetiva puramente sintomática. A interdependência entre reatividade emocional e mecanismos de flexibilidade e dialética sugere que a saúde mental assenta na capacidade de modular e contextualizar as experiências internas, aceitando o desconforto e integrando perspetivas contraditórias (Hayes et al., 2012; Peng & Nisbett, 1999).

Limitações e Estudos Futuros

Apesar da relevância empírica dos resultados, importa reconhecer algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação global do estudo. Em primeiro lugar, a natureza transversal do delineamento impede o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis. Embora as correlações e regressões identifiquem associações robustas, não é possível determinar a direção temporal dos efeitos. Estudos longitudinais seriam necessários para compreender a evolução destas relações ao longo do tempo. Em segundo lugar, a utilização exclusiva de instrumentos de autorrelato pode ter introduzido enviesamentos relacionados com a perceção subjetiva ou a desejabilidade social, podendo influenciar a precisão das respostas. A integração futura de métodos complementares (como medidas comportamentais, fisiológicas ou entrevistas clínicas) permitiria uma avaliação mais abrangente e objetiva dos construtos em estudo. Adicionalmente, o tamanho e a composição da amostra, com predominância de participantes do género feminino e uma menor representatividade de alguns diagnósticos clínicos, limitam a extrapolação dos resultados para outras populações. Investigações futuras deverão procurar amostras comunitárias mais heterogéneas e equilibradas, de modo a aumentar a validade externa dos resultados; e ao mesmo tempo procurar replicar este estudo em amostras com condições psicopatológicas específicas. Por último, a ausência de variáveis contextuais, como fatores interpessoais, traços de personalidade ou suporte social, poderá ter restringido a compreensão global dos mecanismos que medeiam a relação entre reatividade emocional, flexibilidade psicológica e pensamento dialético. Face às limitações identificadas, futuras investigações deverão explorar modelos longitudinais e mediacionais, capazes de identificar os mecanismos causais e os efeitos indiretos destas variáveis na psicopatologia. Seria igualmente pertinente integrar abordagens mistas (quantitativas e qualitativas), permitindo captar de forma mais profunda

a experiência subjetiva dos participantes.

Conclusão

Em síntese, o presente estudo contribui para o avanço da compreensão dos processos psicológicos de adaptação e regulação emocional, evidenciando que a reatividade emocional prediz a sintomatologia depressiva e ansiosa, enquanto a flexibilidade psicológica e o pensamento dialético funcionam como fatores de proteção, independentemente da presença ou ausência de diagnóstico psicopatológico. Estes resultados sublinham a importância de intervenções clínicas centradas na aceitação, na integração dialética e na flexibilidade cognitivo-emocional, que visam fortalecer a capacidade do indivíduo para lidar com o sofrimento de forma funcional e coerente com os seus valores.

Referências Bibliográficas

Antunes, S. (2025) *Estudo de validação da Escala de Pensamento Dialético (EPD) para a população portuguesa* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga.

Basseches, M. (2005). The development of dialectical thinking as an approach to integration. *Integral Review, 1*(1), 47-63.

Beard, J. I. L., & Delgadillo, J. (2019). Early response to psychological therapy as a predictor of depression and anxiety treatment outcomes: A systematic review and meta- analysis. *Depression and Anxiety*, *36*(9), 866–878. https://doi.org/10.1002/da.22931

Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*(1), Article 211. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1739-2

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates. https://utstat.utoronto.ca/brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf

Cunha, M., Temido, A., Moniz, S., Galhardo, A. (2024). Assessing psychological flexibility and mental health in adults: The Psy-Flex European Portuguese version. *Journal of Contextual Behavioral Science, 32*, Article 100730. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100730

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistics without maths for psychology*. Pearson Education.

Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, *12*(3), 307–330. https://doi.org/10.1080/026999398379628

de Oliveira, S., & Nisbett, R. E. (2017). Culture changes how we think about thinking: From "human inference" to "geography of thought". *Perspectives on Psychological Science*, *12*(5), 782–790. https://doi.org/10.1177/1745691617702718

Dollar, J. M., Perry, N. B., Calkins, S. D., Shanahan, L., Keane, S. P., Shriver, L., & Wideman, L. (2023). Longitudinal associations between specific types of emotional reactivity and psychological, physical health, and school adjustment. *Development and Psychopathology*, *35*(2), 509–523. https://doi.org/10.1017/S0954579421001619

Gloster, A. T., Block, V. J., Klotsche, J., Villanueva, J., Rinner, M. T. B., Benoy, C., Walter, M., Karekla, M., & Bader, K. (2021). Psy-flex: A contextually sensitive measure of psychological flexibility. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *22*, 13–23. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.09.001

Gloster, A. T., Meyer, A. H., Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(2), 166-171. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003

Gratz, K. L., Berghoff, C. R., Richmond, J. R., Vidaña, A. G., & Dixon-Gordon, K. L. (2020). Examining posttraumatic stress disorder as a predictor of treatment response to dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(9), 1563–1574. https://doi.org/10.1002/jclp.22961

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2ª ed.). The Guilford Press.

Herres, J., Ewing, E. S., & Kobak, R. (2016). Emotional reactivity to negative adult and peer events and the maintenance of adolescent depressive symptoms: A daily diary design. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *44*(3), 471–481. https://doi.org/10.1007/s10802-015-0043-6

Houben, M., Claes, L., Sleuwaegen, E., Berens, A., & Vansteelandt, K. (2018). Emotional reactivity to appraisals in patients with a borderline personality disorder: A daily life study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *5*, Article 18. https://doi.org/10.1186/s40479-018-0095-7

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*(7), 865–878. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001

Lammers, M. W., Vroling, M. S., Crosby, R. D., & van Strien, T. (2022). Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, *55*(7), 902–913. https://doi.org/10.1002/eat.23750

Latham, M. D., Cook, N., Simmons, J. G., Byrne, M. L., Kettle, J. W. L., Schwartz, O., Vijayakumar, N., Whittle, S., & Allen, N. B. (2017). Physiological correlates of emotional reactivity and regulation in early adolescents. *Biological Psychology*, *127*, 229–238. https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.07.018

Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J., & Gross, J. J. (2019). Emotion reactivity and regulation in maltreated children: A meta-analysis. *Child Development*, *90*(5), 1503–1524. https://doi.org/10.1111/cdev.13272

Liang, L., Feng, L., Zheng, X., Wu, Y., Zhang, C., & Li, J. (2021). Effect of dialectical behavior group therapy on the anxiety and depression of medical

students under the normalization of epidemic prevention and control for the COVID-19 epidemic: A randomized study. *Annals of Palliative Medicine*, *10*(10), 10591–10599. https://doi.org/10.21037/apm-21-2466

Lu, M., Yang, X., Fung, H. H., & Hamamura, T. (2020). Is positive emotion an amplifier or a buffer? It depends: Dialectical thinking moderates the impact of positive emotion on intergroup conflicts. *Emotion*, *20*(4), 700–712. https://doi.org/10.1037/emo0000572

Marôco, J. (2011). *Análise estatística – com utilização do SPSS* (5ª ed.). Edições Sílabo.

Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, *39*(2), 107–116. https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health &Medicine*, *12*(2), 225–237. https://doi.org/10.1080/13548500500524088

Peng, K., & Nisbett, R. E. (1999). Culture, dialectics, and reasoning about contradiction. *American Psychologist, 54*(9), 741–754. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.741

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.

Petrides, K. V., Gómez, M. G., & Pérez-González, J. -C. (2017). Pathways into psychopathology: Modeling the effects of trait emotional intelligence, mindfulness, and irrational beliefs in a clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(5), 1130–1141. https://doi.org/10.1002/cpp.2079

Pine, D. S., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001). Emotional reactivity and risk for psychopathology among adolescents. *CNS Spectrums*, *6*(1), 27–35. https://doi.org/10.1017/s1092852900022860

Santos, F., Carreiras, D., Lemos, L., & Cunha, M. (2022). As emoções à flor da pele: Estudo de validação da Escala de Reatividade Emocional para a população

portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, *8*(2), 1–17. https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.2.249

Shapero, B. G., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2016). Emotional reactivity and internalizing symptoms: Moderating role of emotion regulation. *Cognitive Therapy and Research*, *40*(30), 328–340. https://doi.org/10.1007/s10608-015-9722-4

Soler, J., Arqueros, M., Schmidt, C., Otero, D., Soria-Madrid, A., Campins, M. J., Catalan, A., Casellas, E., Espeso, R., & Pascual, J. C. (2025). Scale to measure dialectical thinking from dialectical behavior therapy perspective. *The European Journal of Psychiatry*, *39*(2), Article 100305. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2025.100305

Spencer-Rodgers, J., Peng, K., Wang, L., & Hou, Y. (2004). Dialectical self-esteem and East- West differences in psychological well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*(11), 1416-1432. https://doi.org/10.1177/0146167204264243

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Experimental designs using ANOVA*. Thomson/Brooks/Cole. https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Tabachnick/publication/259465542_Experimental_Designs_Using_ANOVA/links/5e6bb05f92851c6ba70085db/Experimental-Designs-Using-ANOVA.pdf

Torbati, A. G., Imeni, M., & Abbaspour, S. (2022). Impact of dialectical behavior therapy on depression and anxiety in patients following COVID-19 discharge. *The Open Psychology Journal*, *15*, eArticle 187435012208191. https://doi:10.2174/18743501-v15-e2208191

van Harmelen, A.-L., van Tol, M.-J., Demenescu, L. R., van der Wee, N. J. A., Veltman, D. J., Aleman, A., van Buchem, M. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Elzinga, B. M. (2013). Enhanced amygdala reactivity to emotional faces in adults reporting childhood emotional maltreatment. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *8*(4), 362–369. https://doi.org/10.1093/scan/nss007

Wąsowicz, G., Mizak, S., Krawiec, J., & Białaszek, W. (2021). Mental health, well-being, and psychological flexibility in the stressful times of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, *12*, Article

647975. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.647975

Zheng, W., Yu, A., Li, D., Fang, P., & Peng, K. (2021). Cultural differences in mixed emotions: The role of dialectical thinking. *Frontiers in Psychology*, *11*, eArticle 538793. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.538793

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Anexo A

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P22-25

Projeto de Investigação: "Pensamento dialético: Estudo psicométrico e compreensão da sua relação com variáveis psicológicas na população portuguesa"

Investigadoras: Sofia Maria Coelho Antunes e Marta Susana Santos de Sousa (Estudantes no Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga)

Orientador: Professor Doutor Diogo Carreiras (Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel Torga)

Data de entrada: 7 de janeiro de 2025

Data de apreciação: 25 de março de 2025

Fundamentação do parecer:

O projeto de investigação intitulado "Pensamento dialético: Estudo psicométrico e compreensão da sua relação com variáveis psicológicas na população portuguesa", submetido pelas investigadoras Sofia Antunes e Marta Sousa sob a orientação do Professor Doutor Diogo Carreiras, tem como objetivos:

1. Validar a Escala de Pensamento Dialético para a população portuguesa.
2. Explorar a relação entre reatividade emocional, pensamento dialético, flexibilidade psicológica, sintomas psicopatológicos e qualidade de vida.

O estudo utiliza um desenho transversal quantitativo, com recolha de dados através de um questionário online alojado na plataforma Google Forms. Os instrumentos de avaliação selecionados (Escala de Pensamento Dialético, WHOQOL-BREF, HADS, ERE e PSY-FLEX) são validados e adequados para a população-alvo, composta por adultos portugueses com idades entre 18 e 70 anos, fluentes em português. Os/As participantes serão recrutados/as através de redes sociais e e-mail, sendo devidamente informados sobre os objetivos do estudo, a voluntariedade da participação, a confidencialidade dos dados e o direito de desistir em qualquer momento sem justificação. Os dados recolhidos serão armazenados de forma anónima, acessíveis apenas à equipa de investigação, e destruídos no prazo máximo de cinco anos após a conclusão do estudo.

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga emite parecer positivo.

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
telf. 239 488030
fax 239 488031
ismt@ismt.pt
www.ismt.pt

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA
COIMBRA 1937

Recomendações:

1. Assegurar que o link do questionário *online* inclua todas as informações do consentimento informado antes do início da participação, conforme descrito no formulário.
2. Garantir que os dados armazenados sejam protegidos com medidas de segurança adequadas (e.g., palavra-passe) e eliminados dentro do prazo declarado (cinco anos após o término do estudo).

Coimbra, 25 de março de 2025

Pela Comissão de Ética,

Fernanda Daniel, PhD

Largo da Cruz de Celas, nº 1
3000-132 Coimbra
telf. 239 488030
fax 239 488031
ismt@ismt.pt
www.ismt.pt