



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Relação entre *Mindfulness*, Alexitimia e Somatização

**Bruna Catarina de Sousa Cerqueira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. Nuno Fernando Rodrigues da Silva

**Covilhã, Maio de 2019**



## Agradecimentos

Agradeço ao meu namorado, à família, aos amigos, aos colegas que, ao longo destes seis anos, partilharam os bons e os maus momentos, os bons e os maus resultados, em toda a minha vida não só familiar, mas também, académica e que se mantiveram fieis inabalavelmente à lealdade, sacrifício, sinceridade, amizade e confiança.

Aos médicos, tutores e aos professores que fizeram parte deste percurso.

Ao Dr. Nuno Rodrigues Silva, pela forma como me orientou, pela exigência, atenção e disponibilidade, que tornou este trabalho num processo de grande aprendizagem e superação.

Aos alunos de medicina da UBI, por terem participado nesta investigação.

A todos que, pelo bom ou mau exemplo, deixaram algum ensinamento.



## Resumo

**Introdução:** O *mindfulness* tem sido definido como a consciência que surge de prestar atenção, com intenção, ao momento presente, suspendendo julgamentos.

Este tem sido incorporado em protocolos de tratamento de várias perturbações psiquiátricas com o objetivo de intervir em processos mentais que contribuem para a desregulação emocional e para o comportamento desadaptativo.

Vários estudos indicam que *mindfulness* está negativamente correlacionado com perturbações como alexitimia e que pode estar também correlacionado negativamente com somatização. Sendo a alexitimia um fator de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas, verificou-se que a somatização não é incomum nestes indivíduos.

**Objetivo:** O principal objetivo deste estudo foi investigar de que forma o *mindfulness*, como traço, se relaciona com a alexitimia e a somatização.

**Métodos:** : Este estudo transversal consistiu na aplicação de um questionário online anónimo aos alunos da Universidade da Beira Interior, construído para o efeito, constituído por 5 secções: 1) Dados Sociodemográficos e Académicos: género, data de nascimento e curso; 2) Antecedentes Pessoais Médicos; 3) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); 4) Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20); 5) Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R). Todas as escalas se encontram validadas para a população portuguesa. Foram testadas as associações entre sexo, antecedentes e curso com *mindfulness*, alexitimia e somatização através de testes paramétricos. Para estudar a associação entre *mindfulness*, alexitimia e somatização calculou-se o coeficiente de Pearson. Procedeu-se à análise de Regressão linear para avaliar a relação entre *mindfulness* (e as suas facetas) e a alexitimia (e os seus fatores) e somatização, ajustando em função do sexo, da idade e do curso. Finalmente, foi estudado o efeito mediador do *mindfulness*, através da análise de Regressão Linear Múltipla.

**Resultados:** Foi encontrada uma correlação negativa entre o *mindfulness* e a alexitimia, sendo esta relação superior para a dificuldade em identificar os sentimentos (F1) e para os descrever aos outros (F2). As facetas que apresentam uma correlação negativa significativa com alexitimia são: *Describe*, *Awareness* e *Nonjudge*. *Observe* apresentou uma correlação positiva. Alexitimia mostrou uma correlação positiva significativa com somatização, sendo essa relação mais forte com F1 e, em menor grau, com F2. Verificou-se uma correlação negativa significativa entre *mindfulness* e a somatização. A análise do *mindfulness* como mediador na relação entre a alexitimia e a somatização mostrou que quando inserimos o *mindfulness* como fator mediador, o efeito significativo da alexitimia na somatização deixa de ser significativo, o que poderá indicar que o *mindfulness* tem um papel protetor que previne a associação da alexitimia à somatização.

**Discussão:** Foram analisados os questionários de 247 alunos da Universidade da Beira Interior, dos quais 180 (73%) do sexo feminino e 139 alunos (56%) a frequentar o curso de Medicina.

Os resultados obtidos comprovam a hipótese de maior *mindfulness* estar relacionado com menores níveis de alexitimia, assim como menores níveis de somatização. Níveis superiores de alexitimia, correlacionam-se com maior somatização e o *mindfulness* é um mediador nesta relação. Ainda assim, são necessários estudos longitudinais com amostras maiores e com uma população mais diversificada para esclarecer o papel do *mindfulness* na relação entre alexitimia e somatização.

Investigações futuras devem analisar de que forma se poderá aumentar o *mindfulness* como traço e se Intervenções Baseadas no *mindfulness* obtêm resultados semelhantes aos obtidos neste estudo para o *mindfulness* como traço.

## Palavras-chave

Mindfulness; Alexitimia; Somatização

## Abstract

**Introduction:** Mindfulness has been defined as the awareness that arises from attention, with intention, on present moment, suspending judgments.

It has been incorporated into protocols for the treatment of several psychiatric disorders in order to intermediate mental processes that contribute to emotional dysregulation and maladaptive behavior.

Several studies indicate that mindfulness is negatively correlated with alexithymia and it could also be negatively correlated with somatization. Being alexithymia a risk factor for the development of clinical disorders, somatization is not uncommon in these individuals.

**Objective:** The main goal of this study was to investigate how mindfulness, as a trait, is related with alexithymia and somatization.

**Methods:** This cross-sectional study consisted on the application of an anonymous questionnaire on University of Beira Interior students, specifically designed, with 5 sections: 1) demographic and academic data: gender, date of birth and course; 2) Previous Medical Conditions; 3) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); 4) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); 5) Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R). All the scales are validated for the Portuguese population. It was analyzed the association between gender, previous medical conditions and course and mindfulness, alexithymia and somatization through parametric tests. To study the correlations between mindfulness, alexithymia and somatization, it was calculated the Pearson coefficient. Linear regression analysis was performed to study the relation between mindfulness and alexithymia (and factors) and somatization, adjusting for sex, age and course. Finally, the mediating effect of mindfulness in the relation between alexithymia and somatization was studied through Multiple Linear Regression analysis.

**Results:** A negative correlation was found between mindfulness and alexithymia, which is higher to the difficulty in identifying feelings (F1) and describing them to others (F2). The facets that exhibit a significant negative correlation with alexithymia are: Describe, Awareness and Nonjudge. Observe exhibit a positive correlation. Alexithymia showed a significant positive correlation with somatization and this relationship was of greater magnitude with F1 and was weaker with F2. There was a significant negative correlation between mindfulness and somatization. The analysis of mindfulness as a mediator in the relationship between alexithymia and somatization has shown that when we insert mindfulness as a mediating factor, the significant effect of alexithymia on somatization is no longer significant, this may suggest that mindfulness has a protective role that prevents the association between alexithymia and somatization.

**Discussion:** A total of 247 questionnaires from University of Beira Interior students was analyzed, of which 180 (73%) respondents were female and 139 students (56%) medical students.

The results obtained confirm the hypothesis that greater mindfulness is correlated with lower rates of alexithymia, as well as lower rates of somatization. Higher levels of alexithymia are correlated with greater somatization and mindfulness is a mediator in this relation. Nevertheless, longitudinal studies with larger samples and a more diverse population are needed to clarify the role of mindfulness in the relation between alexithymia and somatization.

Future investigations should analyze how mindfulness, as a trait, can be increased and whether Mindfulness-Based Interventions obtain results similar to those obtained in this study for mindfulness as a trait.

## Keywords

Mindfulness; Alexithymia; Somatization

# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	v
Palavras-chave .....	vi
Abstract.....	vii
Keywords .....	viii
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas .....	xiii
1. Introdução.....	1
1.1. Hipóteses de investigação .....	2
2. Materiais e métodos .....	5
1.1. Caracterização da amostra .....	5
1.2. Instrumentos de recolha de Dados .....	5
1.3. Método de recolha de dados .....	6
1.4. Variáveis.....	7
1.5. Análise dos dados .....	7
3. Resultados.....	9
3.1. Caracterização da amostra .....	9
3.2. Análise Bivariada .....	11
3.3. Regressão Linear múltipla .....	14
3.4. Análise dos efeitos de mediação .....	18
4. Discussão .....	21
5. Conclusão.....	27
6. Bibliografia.....	29
7. Anexos .....	33



## Lista de Figuras

Figura 1 - Efeito mediador do *mindfulness* na relação entre Alexitimia e Somatização 18



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Análise descritiva da amostra	9
<b>Tabela 2</b> - Análise Bivariada	11
<b>Tabela 3</b> - Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo	14
<b>Tabela 4</b> - Modelos de regressão linear múltipla	16
<b>Tabela 5</b> - Efeitos mediador do <i>Mindfulness</i> na relação entre Alexitimia e Somatização	19



## Lista de Acrónimos

DRGE	Doença do Refluxo Gastroesofágico
DP	Desvio Padrão
FFMQ	Five Facet Mindfulness Questionnaire
F1	Fator 1
F2	Fator 2
F3	Fator 3
IC	Intervalo de Confiança
SCL-90-R	Symptom Checklist-90 Revised
SII	Síndrome de Intestino Irritável
TAS	Escala de Alexitimia de Toronto
UBI	Universidade da Beira Interior



# 1. Introdução

O *mindfulness* tem sido definido como a consciência que surge de prestar atenção, com intenção, ao momento presente, suspendendo julgamentos.<sup>1</sup>

O termo *mindfulness* é a tradução para inglês do termo “*Sati*” em Pali. Significa recordar (ter presente o que acontece), reconhecimento, consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida, autodetecção da consciência e a autoconsciência<sup>1</sup>. Esta é uma capacidade existente em cada um, em maior ou menor grau, podendo também ser treinada e desenvolvida<sup>2</sup>.

O *mindfulness* tem sido incorporado em protocolos de tratamento de várias perturbações psiquiátricas com o objetivo de intervir em processos mentais que contribuem para a desregulação emocional e para o comportamento desadaptativo (Bishop et al., 2004)<sup>1</sup>.

Há um interesse crescente na utilização de técnicas que aumentem o *mindfulness*, uma vez que estudos suportam a associação entre esta prática e uma melhor regulação emocional (Baer et al., 2006; Hayes and Feldman, 2004)<sup>10,3</sup>.

No entanto, mais estudos são necessários para avaliar a associação entre *mindfulness* e outros processos psicopatológicos específicos (Hill and Updegraf, 2012)<sup>4</sup>. Nenhum estudo avaliou concretamente a relação entre o *mindfulness*, a alexitimia e a somatização.

Alexitimia é um traço caracterizado pela dificuldade em identificar e comunicar emoções e por um estilo cognitivo orientado externamente que advém de uma deficiência no processamento neuronal das emoções<sup>5</sup>.

Taylor, 1994; Taylor, Bagby, & Parker, 1991, 1997, encaram a alexitimia como um fator de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas sendo, atualmente, consideradas como centrais para a definição do constructo, as seguintes características: dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações físicas decorrentes da ativação emocional; dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; pensamento fantasiado empobrecido e estilo cognitivo orientado externamente<sup>6</sup>.

Por estas descrições podemos perceber que tanto a alexitimia como o *mindfulness* se tratam de constructos multifacetados e multidimensionais<sup>1,7</sup> que enfatizam a função e a relação que os indivíduos têm com os seus pensamentos e emoções e, de facto, partilham aspetos quase opostos na sua definição. Se por um lado, no *mindfulness* os pensamentos, emoções e sensações devem ser observados como eventos da mente, sem que o indivíduo se identifique com eles ou lhes reaja com o seu padrão automático e habitual de resposta<sup>1</sup>; a alexitimia, por outro lado, é a dificuldade em identificar e distinguir esses sentimentos de sensações físicas, ter o pensamento orientado para o exterior e a incapacidade de o observar de forma passiva e descrever<sup>6</sup>.

Indivíduos com elevados níveis de Alexitimia não só carecem da capacidade de utilizar as emoções para guiar o seu comportamento, como também são intolerantes ao stress e têm recursos de adaptação limitados para fazer frente às situações stressantes<sup>7</sup>. No lado oposto, encontra-se o *mindfulness*, que tem mostrado levar a um aumento na percepção dos estados negativos, alertando o indivíduo para a necessidade de implementar estratégias de *coping* para lidar com fatores de stress<sup>8</sup>.

Por outro lado, a somatização não é incomum em indivíduos com características alexitímicas.<sup>9</sup>

A dificuldade de identificar emoções, prevista na alexitimia, é altamente preditiva de um amplo repertório de estados psicopatológicos, particularmente a somatização (Grabe, Spitzer e Freyberger, 2006)<sup>10</sup>.

A somatização tem sido definida de diversas formas, mas o que todas têm em comum é a presença de sintomas somáticos que não podem ser suficientemente explicados por uma etiologia orgânica<sup>11</sup>. Há várias teorias que explicam o fenómeno da somatização, sendo um deles a alexitimia. Estas podem estar associadas através da valorização ou amplificação das sensações somáticas relacionadas com o processamento da emoção, ou pela interpretação destas sensações como sintomas de doença<sup>9</sup>. O que é certo é que se tem verificado que existe uma relação entre alexitimia e somatização e que níveis mais altos de alexitimia foram associados a uma tendência para a somatização<sup>12</sup>.

Por outro lado, tem havido concomitantemente uma evidência crescente do benefício da utilização de terapias baseadas no *mindfulness* no tratamento do sofrimento associado a doenças somáticas e perturbações somáticas funcionais.<sup>13</sup>

Desta forma, o objetivo principal deste estudo foi analisar de que forma níveis mais elevados de *mindfulness*, como traço, se relacionam com a alexitimia e a somatização, colocando a hipótese de que o *mindfulness* estivesse negativamente relacionado com as duas. Secundariamente, a análise focou-se na relação entre alexitimia e a somatização, e entre estas e as várias facetas do *mindfulness*, explorando-se também a influência de eventuais fatores confundidores. Por fim, dada a relação entre alexitimia e somatização, procurou perceber-se de que modo o *mindfulness* poderá mediar esta relação.

## 1.1. Hipóteses de investigação

Tendo como base os objetivos definidos e considerando a revisão da literatura realizada, formulam-se as seguintes hipóteses:

- *Mindfulness* tem uma correlação negativa com alexitimia.
- *Mindfulness* tem uma correlação negativa com somatização.

- Alexitimia tem uma correlação positiva com somatização.
- O *mindfulness* medeia negativamente a relação entre alexitimia e somatização.



## 2. Materiais e métodos

### 1.1. Caracterização da amostra

O presente estudo de investigação, observacional e transversal, teve como população alvo os alunos inscritos no ano letivo 2019/2020 na Universidade da Beira Interior, localizada no concelho da Covilhã, Portugal.

### 1.2. Instrumentos de recolha de Dados

Tendo em conta os objetivos desta investigação e mediante a análise da revisão da literatura, considerou-se que o instrumento mais adequado seria a elaboração de um questionário estruturado em cinco partes:

1. **Dados Sociodemográficos e Académicos:** género, data de nascimento e curso.

2. **Antecedentes Pessoais Médicos**

3. **Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)**

4. **Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)**

5. **12 itens somatização da Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)**

**Antecedentes Médicos:** Foi questionada a existência dos seguintes antecedentes médicos: Depressão, Perturbação de Ansiedade, Síndrome do Intestino Irritável (SII), Fibromialgia, Síndrome de Fadiga Crónica, Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e Cefaleias. Foram selecionados estes antecedentes por existirem estudos que sugerem que existe uma componente psicossomática na sua génese<sup>14</sup>, desta forma poderemos avaliar se existe influência destes fatores *mindfulness*, alexitimia e somatização e a forma como se relacionam com estes.

**Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)** (Baer et al., 2006<sup>15</sup>; tradução e validação de Gregório, Gouveia, 2011<sup>1</sup>) conceptualiza o *mindfulness* na sua qualidade disposicional como um constructo multifacetado, avaliando-o em cinco facetas distintas: Facetas *mindfulness*: *Observe* (Observar), *Describe* (Descrever), *Awareness* (Agir com Consciência), *Nonjudge* (Não julgar) e *Nonreact* (Não reagir). Este questionário é composto por 39 itens de autorresposta que avaliam a tendência de cada indivíduo para estar consciente no dia-a-dia. Todos os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert* de 1 (nunca ou muito raramente verdadeiro) a 5 (muito frequentemente ou sempre verdadeiro). O valor da consistência interna (alpha de Cronbach) da versão original desta escala foi de  $\alpha=0,81$ . Os valores de consistência interna das facetas na versão portuguesa são:  $\alpha_{\text{observe}} =0,83$ ;  $\alpha_{\text{describe}} =0,91$ ;  $\alpha_{\text{awareness}} =0,87$ ;  $\alpha_{\text{nonjudge}} =0,87$  e  $\alpha_{\text{nonreact}} =0,75$ .

**Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)** (Bagby, Parker e Taylor, 1994a,b<sup>16,17</sup>; tradução e validação de Praceres, Parker e Taylor, 2000<sup>6</sup>) é um instrumento de autoavaliação constituído por 20 itens que avalia: Fator 1 - dificuldade em identificar sentimentos; Fator 2 - dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; Fator 3 - estilo de pensamento orientado para o exterior. É pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância para cada um dos itens numa escala de tipo *Likert* de cinco pontos: 1: Discordo totalmente; 2: Discordo em parte; 3: Não concordo nem discordo; 4: Concordo em parte; 5: Concordo totalmente. A consistência interna desta escala é de:  $\alpha_{TAS-20}=0,84$ ,  $\alpha_{F1}=0,82$ ,  $\alpha_{F2}=0,72$  e  $\alpha_{F3}=0,55$ .

**Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)** (Derogatis, 1977, 1983<sup>18,19</sup>; tradução e validação de Batista, 1993<sup>20</sup>) é um questionário de autoavaliação de natureza multidimensional que pretende fazer uma avaliação mais direcionada para os padrões de sintomatologia clínica. O instrumento é constituído por 90 afirmações que descrevem queixas ou sintomas diversos que se distribuem em 10 grupos ou dimensões onde cada uma mede um aspeto psicopatológico diferente: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e Sintomas Variados (Itens adicionais). A única dimensão a ser avaliada neste estudo é a somatização (12 itens). **Somatização**: composta por 12 itens, compreende sintomas relacionados com vivências de disfunção corporal. Inclui sintomas relacionados com alterações neurovegetativas em geral, sobretudo nos sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal e muscular. Foi utilizada uma escala de tipo *Likert* que deve ser cotada pelo sujeito e no, caso da adaptação portuguesa, se traduz por: Nunca (0); Pouco (1); Moderadamente (2); Bastante (3); Extremamente (4).

Consistência interna de estudos de validação varia entre 0.77 e 0.90.

### 1.3. Método de recolha de dados

Os participantes foram convidados a responder a um questionário que foi construído no software informático Google forms®, possibilitando os critérios de anonimato (não foi possível relacionar as respostas dadas com os endereços de e-mail dos alunos participantes). O questionário foi disponibilizado através de um link que foi enviado por e-mail para todos os alunos inscritos na UBI e esteve disponível entre Janeiro e Março de 2019.

Este programa permitiu também que o questionário fosse preenchido uma única vez pelo aluno e a impossibilidade de aceder ao questionário por parte de pessoas fora da base de dados.

Foi adicionada uma folha de rosto com uma explicação breve e sucinta sobre a investigação em curso. Nesta página inicial fazia-se, ainda, referência ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como da importância do preenchimento de todos os itens que o constituíam.

## 1.4. Variáveis

Neste estudo foram utilizadas as seguintes variáveis:

- *Mindfulness*
- Facetas *mindfulness*: *Observe* (Observar), *Describe* (Descrever), *Awareness* (Agir com Consciência), *Nonjudge* (Não julgar) e *Nonreact* (Não reagir)
- Alexitimia
- Fatores da Alexitimia: F1, F2 e F3
- Somatização
- Antecedentes médicos: Depressão, Perturbação de Ansiedade, Síndrome do Intestino Irritável (SII), Fibromialgia, Síndrome de Fadiga Crónica, Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e Cefaleias
- Sexo
- Idade
- Curso

De forma a avaliar o *mindfulness*, a alexitimia e a somatização recorreu-se às escalas de autorresposta enunciadas anteriormente, respetivamente, FFMQ, TAS-20 e SCL-90.

## 1.5. Análise dos dados

Para a análise dos dados, recorreu-se ao programa estatístico IBM SPSS Statistics®, versão 25.0 para Microsoft Windows®. Inicialmente, procedeu-se à caracterização da amostra, analisando-se os dados de acordo com uma metodologia descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão). De seguida foram testadas as associações entre sexo, antecedentes e curso e o *mindfulness*, a alexitimia e a somatização através de testes t, uma vez que a normalidade dos dados se verificou. Para estudar as correlações entre *mindfulness*, alexitimia e somatização, foi calculado o coeficiente de Pearson, uma vez que os seus pressupostos se verificaram. Procedeu-se à análise de Regressão linear para avaliar a relação entre *mindfulness* (e as suas facetas) e a alexitimia (e os seus fatores) e somatização, ajustando em função do sexo, da idade e do curso. Finalmente, foi estudado o efeito mediador do *mindfulness*, através da análise de Regressão Linear Múltipla. Efetuou-se uma análise de resíduos por forma a verificar os pressupostos inerentes ao erro do modelo (independência,

normalidade e igualdade de variâncias). A normalidade dos dados foi verificada através do teste Kolmogorov-Smirnov.

O nível de significância estatística máximo estabelecido para todos os testes foi de 0,05, com o correspondente intervalo de confiança de 95%.

### 3. Resultados

#### 3.1. Caracterização da amostra

Conforme representado na Tabela 1, a amostra total foi constituída por 247 indivíduos, dos quais 180 (73%) do sexo feminino e 67 (27%) do sexo masculino. A amostra distribui-se maioritariamente pelas classes etária dos 18-25 anos, com um total de 174 indivíduos (70%), e 26-35 anos, com um total de 40 (16%). A média de idades foi de 25 anos ( $\pm 7$  anos).

Em relação à variável Antecedentes Pessoais, 100 (40%) refere já ter tido Perturbação de Ansiedade, 57 (23%) refere Cefaleias, 53 (21%) refere já ter tido depressão, 29 (12%) DRGE e 24 (10%) Síndrome do Intestino Irritável.

Em relação ao curso, verificamos que a maioria frequenta o curso de Medicina, com um total de 139 alunos (56%) e 108 alunos são de outros cursos (44%).

Na variável mindfulness verifica-se que a média do Total do FFMQ foi de 124,17 ( $\pm 16,309$ ). Em relação às facetas, na faceta *Observe*, observa-se uma média de 25,67 ( $\pm 5,850$ ), na *Describe* uma média de 26,22 ( $\pm 6,027$ ), na *Awareness* uma média de 26,41 ( $\pm 6,879$ ), na *Nonjudge*, uma média de 25,49 ( $\pm 7,061$ ) e na *Nonreact*, uma média de 20,37 ( $\pm 3,987$ )

Na variável Alexitimia verifica-se uma média para o Total de 59,30 ( $\pm 10,691$ ). Para F1, a média observada foi de 17,64 ( $\pm 6,609$ ), para F2, de 14,74 ( $\pm 3,373$ ) e para F3, de 26,92 ( $\pm 3,555$ )

Na variável somatização observa-se uma média para a amostra total de 1,21 ( $\pm 0,640$ ).

Tabela 1 - Análise descritiva da amostra (n=247)

<b>Sexo, n (%)</b>	
Feminino	180 (73)
Masculino	67 (27)
<b>Idade, média (DP)</b>	25 (7)
<b>Idade, n (%)</b>	
18 - 25	174 (70)
26 - 35	40 (16)
> 36	15 (7)
<b>Antecedentes, n (%)</b>	
Perturbação de Ansiedade	100 (40)

Cefaleias	57 (23)
Depressão	53 (21)
DRGE	29 (12)
SII	24 (10)
S. Fadiga Crónica	6 (2)
Fibromialgia	4 (2)
<b>Curso, n (%)</b>	
Medicina	139 (56)
Outros	108 (44)
<b>FFMQ, média (DP)</b>	
Total	124,17 (16,309)
Observe	25,67 (5,850)
Describe	26,22 (6,027)
Awareness	26,41 (6,879)
Nonjudge	25,49 (7,061)
Nonreact	20,37 (3,987)
<b>TAS-20, média (DP)</b>	
Total	59,30 (10,691)
F1: dificuldade em identificar sentimentos	17,64 (6,609)
F2: Dificuldade em descrever	14,74 (3,373)
F3: Pensamento orientado para o exterior	26,92 (3,555)
<b>SCL-90, média (DP)</b>	
Total	1,21 (0,640)

---

### 3.2. Análise Bivariada

Procedeu-se à realização de Testes T entre as diferentes escalas utilizadas - FFMQ, TAS e SCL - e as variáveis sexo, antecedentes médicos e curso (Tabela 2).

Para a variável **Total da escala FFMQ**, verificou-se existir diferenças significativas em relação aos antecedentes de depressão e de perturbação de ansiedade. Os indivíduos sem antecedentes de depressão pontuaram valores superiores de *mindfulness* ( $p < 0,01$ ) assim como indivíduos sem antecedentes de perturbação de ansiedade ( $p < 0,01$ ).

Para a variável **Total TAS** verificou-se uma diferença significativa em relação aos antecedentes de perturbação de ansiedade e ao curso: indivíduos com antecedentes de ansiedade pontuaram valores superiores de Alexitimia ( $p < 0,01$ ) assim como indivíduos que frequentam outros cursos ( $p < 0,05$ ).

Para a variável **SCL** verificou-se uma diferença significativa em relação ao sexo, antecedentes de depressão, perturbação de ansiedade e cefaleias: indivíduos do sexo feminino pontuaram valores superiores ( $p < 0,01$ ), assim como indivíduos com antecedentes de depressão ( $p = 0,05$ ), de perturbação de ansiedade ( $p < 0,01$ ) e cefaleias ( $p < 0,01$ ).

Tabela 2 - Análise Bivariada

Variável	Dif. Média	IC 95%		p
		Inferior	Superior	
<b>FFMQ</b>				
<b>Sexo</b>				
Feminino - Masculino	3,020	-1,572	7,610	0,196
<b>Antecedentes (Sim-Não)</b>				
Depressão	-7,543	2,645	12,441	<0,01
Perturbação de Ansiedade	-7,965	3,914	12,015	<0,01
SII	1,381	-8,294	5,532	0,694
Fibromialgia	-1,698	-14,527	17,923	0,837
S. Fadiga Crónica	6,146	-19,427	7,135	0,363
DRGE	6,293	-12,606	0,020	0,051
Cefaleias	4,682	-9,508	0,143	0,057
<b>Curso</b>				
Medicina - Outros	3,576	-0,528	7,681	0,087

**Total TAS**

**Sexo**

Feminino - Masculino -1,581 -4,594 1,432 0,302

**Antecedentes (Sim-Não)**

Depressão 2,506 -5,762 0,749 0,131

Perturbação de Ansiedade **6,342 -8,958 -3,726 <0,01**

SII -2,450 -2,072 6,973 0,287

Fibromialgia 9,610 -20,178 0,958 0,075

S. Fadiga Crónica -7,990 -0,673 16,653 0,070

DRGE 0,251 -4,422 3,920 0,906

Cefaleias -1,182 -1,001 4,366 0,465

**Curso**

Medicina - Outros **-2,831 -5,514 -0,148 0,039**

**Total SCL**

**Sexo**

Feminino - Masculino **0,250 0,072 0,428 <0,01**

**Antecedentes (Sim-Não)**

Depressão **0,218 -0,436 0,000 0,050**

Perturbação de Ansiedade **0,436 -0,598 -0,274 <0,01**

SII 0,091 -0,362 0,180 0,510

Fibromialgia 0,383 -1,018 0,252 0,236

S. Fadiga Crónica 0,130 -0,652 0,392 0,623

DRGE 0,164 -0,413 0,085 0,196

Cefaleias **0,306 -0,493 -0,119 <0,01**

**Curso**

Medicina - Outros -0,074 -0,236 0,088 0,370

De seguida, recorrendo ao cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, procurou-se analisar as relações existentes entre o *mindfulness* (Total FFMQ) e as Facetas do *mindfulness* (*Observe, Describe, Awareness, Nonjudge e Nonreact*), com a alexitimia (Total TAS, F1, F2 e F3) e a somatização (SCL), assim como a relação da alexitimia com a somatização (SCL). Os valores encontrados encontram-se na Tabela 3.

### **Mindfulness e Alexitimia**

Verificou-se que o Total FFMQ apresenta uma correlação negativa com o Total TAS ( $r=-0,589$ ,  $p<0,01$ ), assim como com F1 ( $r=-0,679$ ,  $p<0,01$ ) e F2 ( $r=-0,468$ ,  $p<0,01$ ). No entanto FFMQ não se correlaciona de forma significativa com F3.

Quanto às facetas, a variável *Observe* apresenta uma correlação positiva com o Total TAS ( $r=0,194$ ,  $p<0,01$ ), assim como com F1 ( $r=0,158$ ,  $p<0,05$ ) e F3 ( $r=0,229$ ,  $p<0,01$ ). A variável *Describe* apresenta uma correlação negativa com o Total TAS ( $r=-0,523$ ,  $p<0,01$ ), assim como com o F1 ( $r=-0,520$ ,  $p<0,01$ ), F2 ( $r=-0,505$ ,  $p<0,01$ ) e F3 ( $r=-0,128$ ,  $p<0,05$ ). A variável *Awareness* apresenta uma correlação negativa com Total TAS ( $r=-0,555$ ,  $p<0,01$ ) assim como com F1 ( $r=-0,593$ ,  $p<0,01$ ), F2 ( $r=-0,381$ ,  $p<0,01$ ) e F3 ( $r=-0,206$ ,  $p<0,01$ ). A variável *Nonjudge* apresenta uma correlação negativa com Total TAS ( $r=-0,516$ ,  $p<0,01$ ), assim como com F1 ( $r=-0,586$ ,  $p<0,01$ ), F2 ( $r=-0,337$ ,  $p<0,01$ ) e F3 ( $r=-0,143$ ,  $p<0,05$ ). A variável *Nonreact* apresenta uma correlação negativa com F1 ( $r=-0,162$ ,  $p<0,05$ ) e apresenta uma correlação positiva com F3 ( $r=0,197$ ,  $p<0,01$ ).

### **Alexitimia e Somatização**

A Variável SCL apresenta uma correlação positiva significativa com o Total TAS ( $r=0,408$ ,  $p<0,01$ ), F1 ( $r=0,491$ ,  $p<0,01$ ) e F2 ( $r=0,236$ ,  $p<0,01$ ).

### **Mindfulness e Somatização**

FFMQ apresenta uma correlação negativa com Total SCL ( $r=-0,296$ ,  $p<0,01$ ), assim como as variáveis *Describe* ( $r=-0,240$ ,  $p<0,01$ ), *Awareness* ( $r=-0,340$ ,  $p<0,01$ ), *Nonjudge* ( $r=-0,297$ ,  $p<0,01$ ), *Nonreact* ( $r=-0,165$ ,  $p<0,01$ ). A variável *Observe* apresenta uma correlação positiva com o Total SCL ( $r=0,293$ ,  $p<0,01$ ).

### **Antecedentes**

Os antecedentes (Total Antecedentes) apresentam uma correlação negativa com as variáveis *Awareness* ( $r=-0,224$ ,  $p<0,01$ ) e *Nonjudge* ( $r=-0,128$ ,  $p<0,05$ ). Apresentam uma correlação positiva com *Observe* ( $r=0,202$ ,  $p<0,01$ ), assim como com Total TAS ( $r=0,132$ ,  $p<0,05$ ), com F1 ( $r=0,190$ ,  $p<0,01$ ) e Total SCL ( $r=0,335$ ,  $p<0,01$ ).

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre as variáveis em estudo

	TAS				Total SCL	Total Antecedentes
	Total	F1	F2	F3		
Total FFMQ	-0,589**	-0,679**	-0,468**	-0,066	-0,296**	-0,084
Observe	0,194**	0,158*	0,063	0,229**	0,293**	0,202**
Describe	-0,523**	-0,520**	-0,505**	-0,128*	-0,240**	0,051
Awareness	-0,555**	-0,593**	-0,381**	-0,206**	-0,340**	-0,224**
Nonjudge	-0,516**	-0,586**	-0,337**	-0,143*	-0,297**	-0,128*
Nonreact	-0,031	-0,162*	0,011	0,197**	-0,165**	-0,104
Total TAS					0,408**	0,132*
F1					0,491**	0,190**
F2					0,236**	0,051
F3					0,089	0,005
Total SCL						0,335**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Nota: TAS, Toronto Alexithymia Scale; FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; SCL, Symptom Checklist

### 3.3. Regressão Linear múltipla

Procedeu-se à análise de Regressão linear para avaliar a relação entre *mindfulness* (e as suas facetas) e a alexitimia (e os seus fatores) e somatização, ajustando em função do sexo, da idade e do curso (Tabela 4).

#### Modelo 1: Associação entre facetas FFMQ e TAS, ajustado para sexo, idade e curso

As variáveis *Observe*, *Describe*, *Awareness* e *Nonjudge* contribuem significativamente para a TAS e em conjunto explicam 54% da sua variabilidade. *Observe* tem um efeito positivo na TAS ( $B=0,216$ ;  $SE=0,089$ ) e significativo ( $p<0,05$ ). As variáveis explicativas *Describe* ( $B=-0,622$ ;

SE=0,091), *Awareness* (B=-0,445; SE=0,088) e *Nonjudge* (B=-0,466; SE=0,079) têm um efeito negativo na TAS ( $p<0,01$ ). Foram excluídas as variáveis *Nonreact*, Medicina vs Outros, sexo, idade por não mostrarem ter um efeito significativo na explicação do modelo.

### **Modelo 2: Associação entre facetas FFMQ e TAS F1, ajustado para sexo, idade e curso**

As variáveis *Describe*, *Awareness*, *Nonjudge* e *Nonreact* contribuem significativamente para F1 e em conjunto explicam 60,7% da sua variabilidade. As variáveis explicativas *Describe* (B=-0,338; SE=0,052), *Awareness* (B=-0,304; SE=0,050) e *Nonjudge* (B=-0,350; SE=0,045) têm um efeito negativo em F1 ( $p<0,01$ ) e *Nonreact* tem um efeito negativo em F1 (B=-0,178; SE=0,045) e significativo ( $p<0,05$ ). Foram excluídas as variáveis idade, medicina vs outros, sexo e *Observe* por não mostrarem ter um efeito significativo na explicação do modelo.

### **Modelo 3: Associação entre facetas FFMQ e TAS F2, ajustado para sexo, idade e curso**

As variáveis *Describe*, *Awareness*, *Nonjudge*, *Sexo* e *Idade* contribuem significativamente para F2 e em conjunto explicam 35,9% da sua variabilidade. *Awareness* tem um efeito negativo em F2 (B=-0,076; SE=0,032), assim como a idade (B=-0,054; SE=0,025) e significativo ( $p<0,05$ ). Também as variáveis explicativas *Describe* (B=-0,203; SE=0,033), *Nonjudge* (B=-0,101; SE=0,028) têm um efeito negativo em F2 ( $p<0,01$ ). O Sexo feminino tem um efeito positivo em F2 (B=0,854; SE=0,415) e significativo ( $p<0,05$ ). Foram excluídas as variáveis medicina vs outros, *Observe* e *Nonreact* por não mostrarem ter um efeito significativo na explicação do modelo.

### **Modelo 4: Associação entre facetas FFMQ e TAS F3, ajustado para sexo, idade e curso**

As variáveis *Observe* e *Nonreact* contribuem significativamente para F3 e em conjunto explicam 12,9% da sua variabilidade. As variáveis explicativas *Observe* (B=0,117; SE=0,040) e *Nonreact* (B=0,178; SE=0,059) têm um efeito positivo em F3 ( $p<0,01$ ). Foram excluídas as variáveis *Nonjudge*, *Describe*, *Awareness*, sexo, Medicina vs outros, idade por não mostrarem ter um efeito significativo na explicação do modelo.

### **Modelo 5: Associação entre facetas FFMQ e SCL Somatização, ajustado para sexo, idade e curso**

As variáveis *Observe*, *Describe*, *Awareness*, *Nonreact* e *sexo* contribuem significativamente para o SCL e em conjunto explicam 27,3% da sua variabilidade. *Observe* tem um efeito positivo em SCL (B=0,031; SE=0,007), assim como o sexo feminino (B=-0,174; SE=0,083) e significativo ( $p<0,01$ ). A variável explicativa *Describe* (B=-0,017; SE=0,007) tem um efeito negativo em SCL ( $p<0,05$ ), assim como *Awareness* (B=-0,024; SE=0,006) e *Nonreact* (B=-0,026;

SE=0,009). Foram excluídas as variáveis idade, medicina vs outros, *Nonjudge* por não mostrarem ter um efeito significativo na explicação do modelo.

### Modelo 6: Associação entre facetas FFMQ e SCL Somatização, ajustado para sexo, idade, curso e TAS, F1, F2 e F3

As variáveis *Observe*, *Nonreact*, sexo e F1 contribuem significativamente para o SCL (com fatores) e em conjunto explicam 34,3% da sua variabilidade. *Observe* tem um efeito positivo em SCL (B=0,024; SE=0,006) assim como F1 (B=0,044; SE=0,005) e significativo ( $p<0,01$ ). As variáveis explicativas *Nonreact* (B=-0,019; SE=0,009) e Sexo masculino (B=-0,210; SE=0,079) têm um efeito negativo no SCL ( $p<0,05$ ). Foram excluídas as variáveis idade, F2, F3, *Describe*, *Nonjudge*, *Awareness*, Medicina vs outros por não mostrarem ter um efeito significativo na explicação do modelo.

Tabela 4 - Modelos de regressão linear múltipla

Regressão Linear:	Coefficiente	Erro Padrão	p-valor
<b>Modelo 1</b>			
<b>TAS</b>			
Constante	94,032	3,726	0,000
Observe	0,216	0,089	0,016
Describe	-0,622	0,091	0,000
Awareness	-0,445	0,088	0,000
Nonjudge	-0,466	0,079	0,000
R <sup>2</sup> =0,536			
p-value ANOVA= 0,000			
<b>Modelo 2</b>			
<b>F1</b>			
Constante	45,021	2,383	0,000
Describe	-0,338	0,052	0,000
Awareness	-0,304	0,050	0,000
Nonjudge	-0,350	0,045	0,000
Nonreact	-0,178	0,073	0,016

$R^2=0,607$ 

p-value ANOVA= 0,000

**Modelo 3****F2**

Constante	25,032	1,216	0,000
Describe	-0,203	0,033	0,000
Awareness	-0,076	0,032	0,019
Nonjudge	-0,101	0,028	0,000
Sexo	0,854	0,415	0,040
Idd	-0,054	0,025	0,034

 $R^2=0,359$ 

p-value ANOVA= 0,000

**Modelo 4****F3**

Constante	23,969	1,785	0,000
Observe	0,117	0,040	0,004
Nonreact	0,178	0,059	0,003

 $R^2=0,129$ 

p-value ANOVA= 0,000

**Modelo 5****Total SCL**

Constante	2,234	0,316	0,000
Observe	0,031	0,007	0,000
Describe	-0,017	0,007	0,012
Awareness	-0,024	0,006	0,000
Nonreact	-0,026	0,009	0,006
Sexo	-0,174	0,083	0,037

 $R^2=0,273$ 

p-value ANOVA= 0,000

**Modelo 6**

**Total SCL**

Constante	0,447	0,253	0,078
Observe	0,024	0,006	0,000
Nonreact	-0,019	0,009	0,041
Sexo	-0,210	0,079	0,009
F1	0,044	0,005	0,000
R <sup>2</sup> =0,343			
p-value ANOVA= 0,000			

Variáveis excluídas por não contribuírem significativamente para o modelo:

Modelo 1: *Nonreact*, Medicina vs Outros, sexo, idade

Modelo 2: idade, medicina vs outros, sexo, *Observe*

Modelo 3: medicina vs outros, *Observe* e *Nonreact*.

Modelo 4: *Nonjudge*, *Describe*, *Awareness*, sexo, Medicina vs outros, idade.

Modelo 5: Idade, medicina vs outros, *Nonjudge*.

Modelo 6: Idade, F2, F3, *Describe*, *Nonjudge*, *Awareness*, Medicina vs outros.

### 3.4. Análise dos efeitos de mediação

#### Efeito mediador *Mindfulness* na relação entre Alexitimia e Somatização

O presente estudo analisou se o *Mindfulness* foi um mediador na relação entre alexitimia e somatização (Figura 1). Os efeitos diretos do *mindfulness* e alexitimia na somatização foram todos significativos ao nível 0,01, sendo que se verificou que o *mindfulness* apresenta uma correlação negativa com a alexitimia e com a somatização e que estas últimas apresentam uma correlação positiva. Com base nestes dados, avaliou-se o efeito mediador do *mindfulness* na relação entre a alexitimia e a somatização, com o objetivo de perceber se a relação entre ambas se altera quando inserimos o *mindfulness* como fator mediador.

Os resultados obtidos foram que a alexitimia tem um efeito (direto) significativo na somatização ( $y=0,0214$ ,  $p=0,0033$ ). No entanto, quando analisamos o efeito indireto, ou seja, mediado pelo *mindfulness*, este efeito deixa de ser significativo (95% IC [-0,0117; 0,0085]), sendo que o valor beta desceu de 0,0214, na análise direta, para 0,0030 na análise indireta.

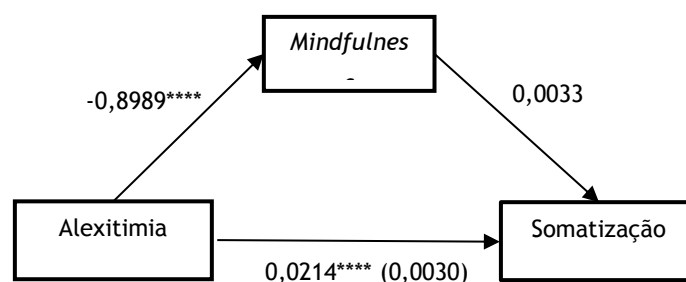


Figura 1: Efeito mediador do *Mindfulness* na relação entre Alexitimia e

Tabela 5 - Efeitos mediador do *Mindfulness* na relação entre Alexitimia e Somatização

	Mediador
	Total FFMQ
Efeito no mediador	-0,8989****
Efeito do mediador	0,0033
Efeito direto	0,0214****
Efeito indireto	0,0030
IC95%	[-0,0117; 0,0085]
Efeito total	0,0244****
	Adj. R <sup>2</sup> =0,1640

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001 \*\*\*\*p<.00001  
 95% Confidence Interval. IC Booststrap Method: Bias Corrected



## 4. Discussão

A amostra foi constituída por 247 estudantes, dos quais 180 (73%) do sexo feminino e 67 (27%) do sexo masculino. A amostra distribui-se maioritariamente pelas classes etária dos 18-25 anos, com um total de 174 indivíduos (70%), e 26-35 anos, com um total de 40 (16%). A média de idades foi de 25 anos ( $\pm 7$  anos).

*Mindfulness*, alexitimia e somatização parecem partilhar aspetos da sua essência em comum, sendo que terapias baseadas no *mindfulness* se mostraram eficazes na redução tanto da alexitimia como da somatização. Para além disso, a somatização mostra estar intimamente ligada à alexitimia, existindo até a hipótese desta estar na sua origem. Tendo em conta este cenário, o presente estudo avaliou a relação entre *mindfulness*, alexitimia e somatização num grupo de estudantes universitários da UBI.

Passando à discussão das principais hipóteses e objetivos de investigação:

### - *Mindfulness* apresenta uma correlação negativa com a alexitimia

Foi encontrada uma correlação negativa entre as duas variáveis ( $r = -0,59$ , que representa uma correlação moderada segundo o artigo de referência considerado<sup>23</sup>), ou seja, indivíduos com traço de *mindfulness* superior mostram menores níveis de alexitimia, o que seria de esperar de acordo com os resultados obtidos por outros autores<sup>8,21,22</sup>. Uma revisão de Cameron et al., 2014 indica que terapia baseada no *mindfulness* pode ser efetiva em reduzir a alexitimia através do mecanismo de processamento neuronal melhorado, associado com a identificação das sensações corporais<sup>22</sup>. Outros estudos indicam que uma das principais componentes do *mindfulness*, como técnica terapêutica, é a regulação emocional e que, através do desenvolvimento da atenção plena, o indivíduo pode mudar a sua tendência de resposta automática a experiências emocionais, sem incluir-se pessoalmente nelas<sup>7</sup>, podendo, por isso, estar na resposta dos níveis inferiores de alexitimia, pela melhor regulação e processamento das emoções e sentimentos.

Na análise de Regressão Múltipla, em que se estudou a relação entre as facetas do *mindfulness* com alexitimia, verifica-se que esta relação se mantém, mesmo quando outros fatores, como idade, sexo e curso foram controlados, sendo que as variáveis que explicam 54% da variabilidade da alexitimia são *Observe, Describe, Awareness e Nonjudge*.

Quando analisamos essa correlação entre *mindfulness* e os fatores específicos da alexitimia, verificamos que as variáveis que contribuem significativamente para a variabilidade de F1 (dificuldade em identificar os sentimentos) e, em conjunto, explicam 60,7% da sua variabilidade são: *Describe, Awareness, Nonjudge e Nonreact*. Já para F2 (dificuldade em descrever sentimentos), as variáveis *Describe, Awareness, Nonjudge, Sexo feminino e Idade* contribuem significativamente e em conjunto explicam 35,9%, da sua variabilidade. Para F3

(estilo de pensamento orientado para o exterior) apenas as variáveis *Observe* e *Nonreact* contribuem significativamente e explicam, em conjunto, 12,9% da sua variabilidade.

**- Alexitimia apresenta uma correlação positiva com somatização**

Alexitimia mostrou uma correlação positiva significativa ( $p < 0,01$ ) com somatização ( $r = 0,408$ , uma correlação baixa<sup>23</sup>), o que vai de encontro aos resultados verificados por outros autores<sup>9,12,24,25</sup>. Estas podem estar associadas através da valorização ou amplificação das sensações somáticas relacionadas com o processamento da emoção, ou pela interpretação destas sensações como sintomas de doença<sup>9</sup>. O que acontece, é que pacientes alexitímicos supostamente têm dificuldade em identificar o *stress* psicológico subjacente e as suas emoções e, por isso, esses pacientes centram-se nas sensações físicas e não nos componentes afetivos de suas emoções. Consequentemente, afirma-se que esses pacientes expressam o *stress* psicológico, alternativamente, por meio da somatização<sup>12</sup>.

**- *Mindfulness* apresenta uma correlação negativa com a somatização**

O teste de correlação mostrou uma correlação negativa significativa ( $p < 0,01$ ) entre *mindfulness* e a somatização ( $r = -0,296$ , portanto, uma correlação muito baixa<sup>23</sup>). Esta correlação negativa vai de encontro aos resultados dos estudos realizados por outros autores (Lakhan e Schofield, 2013, Fjorback et al. 2013)<sup>13,26</sup>

Quando realizamos o Teste de Regressão Linear Múltipla, verificamos que esta correlação se mantém mesmo quando outros fatores, como idade, sexo e curso foram controlados, sendo que as variáveis que explicam 27% da sua variabilidade são: *Observe*, *Describe*, *Awareness*, *Nonreact* e sexo feminino, que, neste caso, o sexo também contribui para essa variabilidade.

No entanto, quando inserimos a variável alexitimia no modelo, verificamos que as variáveis *Observe*, *Nonreact*, sexo e F1 contribuem significativamente para o *SCL* e em conjunto explicam 34,3% da sua variabilidade. Assim, podemos concluir que a relação encontrada entre o *mindfulness* e a somatização no teste de correlação, está a ter um contributo significativo do sexo e de F1 na sua variabilidade, tendo ambas um efeito positivo no *SCL*.

**- O *mindfulness* medeia negativamente a relação entre alexitimia e somatização**

Após estas análises, avaliou-se o efeito mediador do *mindfulness* na relação entre a alexitimia e a somatização, com o objetivo de perceber se a relação entre ambas se altera quando inserimos o *mindfulness* como fator mediador. Os resultados obtidos foram que, de facto, a alexitimia tem um efeito (direto) significativo na somatização, contudo, quando inserimos o *mindfulness* como fator mediador, este efeito deixou de ser significativo. Estes resultados são de particular importância pois verificamos que, de facto, existe um papel muito significativo e benéfico em termos clínicos do *mindfulness*, podendo ser considerado como um fator protetor que impede a associação da alexitimia à somatização.

**- Análise entre alexitimia e somatização e as facetas do *mindfulness***

Uma vez que se verificou correlação negativa e significativa ( $p < 0,01$ ) entre *mindfulness* e alexitimia e visto que as facetas representam aspetos inter-relacionados de um mesmo constructo, esperavam-se correlações moderadas mas significativas semelhantes para as facetas.

Alexitimia apresentou uma correlação negativa e significativa com as facetas *Describe*, *Awareness* e *Nonjudge* ( $r = -0,523$ ,  $r = -0,555$ ,  $r = -0,516$ , ou seja, são todas correlações moderadas<sup>23</sup>). Com a faceta *Observe* essa correlação foi positiva ( $r = 0,194$ , sendo, neste caso, uma correlação negligenciável<sup>23</sup>). Não apresentou correlação com *Nonreact*. A correlação negativa apresentada com as três facetas é apoiada por estudos que mostram que as intervenções com quedas significativas de alexitimia tendem a usar técnicas que aumentam a percepção das sensações corporais e emoções associadas (no *mindfulness* traduzido pela faceta *Awareness*) e que permitem aos indivíduos alexitímicos observar a forma como os outros descrevem aos seus sentimentos e experiências (que pode ser traduzido pelas facetas *Observe* e *Nonjudge*) de forma a aprendam com eles<sup>28</sup>.

A somatização apresenta uma correlação negativa com todas as facetas do *mindfulness*, exceto com *Observe*, em que apresenta uma correlação positiva e significativa.

Em resumo, no que concerne à relação entre as facetas do *mindfulness*, vão todas no sentido esperado, à exceção das correlações supracitadas que envolvem a faceta *Observe*, com correlações contrárias às das restantes facetas. O que é um dado curioso, visto que a capacidade de observar os processos interiores, sem se envolver ou reagir a eles é um aspeto fulcral do *mindfulness*<sup>8</sup>. No entanto, um resultado inesperado da faceta *Observe* verificou-se, também, no estudo realizado pelos autores Gregório e Gouveia, 2011 em que a variável *Observe* mostrou uma correlação negativa com as facetas *Awareness* e *Nonjudge*<sup>1</sup>.

**- Análise entre *mindfulness* e somatização e os fatores da Alexitimia**

*Mindfulness* apresentou uma correlação negativa com os fatores F1 e F2 ( $r = -0,679$ , e  $r = -0,468$ , respetivamente, sendo ambas correlações moderadas<sup>23</sup>), no entanto essa correlação não se verificou para F3, o que significa que indivíduos com níveis mais altos de *mindfulness* têm maior facilidade em identificar sentimentos e em descrevê-los aos outros. Resultados semelhantes, foram encontrados no estudo de Gilbert et.al, 2011.<sup>29</sup>

A somatização apresenta uma correlação positiva com F1 e F2 ( $r = 0,491$  e  $r = 0,236$ , respetivamente, correspondendo a primeira a uma correlação baixa/moderada e a segunda a uma correlação negligenciável). Não se correlaciona com F3. Sendo que a correlação mais forte se encontra para o primeiro, significa que indivíduos com níveis mais altos de somatização têm maior dificuldade em identificar sentimentos. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por outros autores<sup>12</sup>.

- **Análise da presença de antecedentes médicos nos níveis de *mindfulness*, alexitimia e somatização**

Indivíduos com antecedentes de Depressão associaram-se a valores inferiores de *mindfulness* e a valores superiores de somatização. Estes resultados são consistentes com outros estudos. Um deles, avaliou a aplicação de Intervenções Baseadas no *mindfulness* num grupo de crianças e adolescentes e mostrou reduções significativas de sintomas como ansiedade e depressão após a realização destas terapêuticas.<sup>30</sup> Outros estudos mostraram resultados semelhantes para a somatização.<sup>31,32</sup>

Indivíduos com antecedentes de Perturbação de ansiedade associaram-se a valores inferiores de *mindfulness* e superiores de alexitimia e de somatização. Estes resultados encontram-se conforme os encontrados por outros autores que mostram efeitos positivos significativos das Intervenções Baseadas no *mindfulness* na redução da Ansiedade e Stress<sup>30,33</sup>.

Indivíduos com antecedentes de cefaleias pontuaram valores superiores de somatização. Estes resultados são sustentados por outros autores<sup>31,32</sup>.

Indivíduos de Medicina pontuaram valores mais baixos de alexitimia.

O facto dos indivíduos do sexo feminino pontuarem valores superiores de somatização vai de encontro aos resultados encontrados em vários estudos<sup>12,27</sup>.

No teste de correlações de Pearson verificou-se que quanto maior foi o número de antecedentes médicos, maiores foram os valores de alexitimia e a somatização, o que vai de encontro ao defendido por Taylor et al., 1997 que concebe a alexitimia como um fator desencadeador de atividade autonómica, endócrina e imune alteradas, levando, consequentemente, ao desenvolvimento de doenças somáticas<sup>28</sup>.

**Breve Resumo:** Foi encontrada uma correlação negativa entre o *mindfulness* e a alexitimia, sendo esta relação superior para a dificuldade em identificar os sentimentos (F1) e para os descrever aos outros (F2). Na análise de Regressão Múltipla, verificou-se que as facetas *Observe, Describe, Awareness e Nonjudge* explicam **54%** da variabilidade da alexitimia. As facetas *Describe, Awareness, Nonjudge e Nonreact* mostram uma forte contribuição para a variabilidade de F1: em conjunto, explicam **60,7%**. Já as facetas *Describe, Awareness, Nonjudge, Sexo feminino e Idade, em conjunto, explicam 35,9% da variabilidade de F2.*

Alexitimia mostrou uma correlação positiva significativa com somatização, sendo que essa relação mostrou ter maior magnitude com F1 e, em menor grau, com F2. O teste de correlação mostrou uma correlação negativa significativa ( $p < 0,01$ ) entre *mindfulness* e a somatização, sendo, no entanto, essa correlação bastante fraca. Quando realizamos o Teste de Regressão Linear Múltipla, verificamos que as variáveis que explicam 27% da sua variabilidade são *Observe, Describe, Awareness e Nonreact*.

Quando avaliamos o *mindfulness* na sua relação com os Fatores da alexitimia, constatamos que existe uma relação bastante específica e que se manifesta com maior magnitude para alguns casos. As facetas do *mindfulness*: *Describe*, *Awareness*, *Nonjudge* e *Nonreact* contribuem essencialmente para a variação da dificuldade em identificar os sentimentos (F1), e as facetas *Describe*, *Awarenes* e *Nonjudge* para variabilidade da dificuldade em descrever sentimentos (F2), sendo estas percentagens bastante altas.

Após se analisar o efeito mediador do *mindfulness* na relação entre a alexitimia e a somatização, verificou-se que, de facto, a alexitimia tem um efeito (direto) significativo na somatização, contudo, quando inserimos o *mindfulness* como fator mediador, este efeito deixa de ser significativo. Estes resultados são de particular importância pois verificamos que, de facto, poderá existir um papel muito significativo e benéfico em termos clínicos do *mindfulness*, podendo ser considerado como um fator protetor que previne a associação da alexitimia à somatização.

#### **Limitações e pontos fortes**

Os resultados obtidos devem ser interpretados de forma cuidadosa, pois uma das limitações é o facto de se tratar de uma amostra de dimensão reduzida e limitada a uma única instituição. Como tal, este estudo é representativo apenas para a UBI tendo pouca capacidade de generalização a outras faculdades ou populações.

Outra limitação, é o facto da população em estudo ser maioritariamente do sexo feminino, estando o sexo masculino subrepresentado, sendo mais difícil de inferir conclusões para este género.

Outro ponto a ter em conta é na aferição da causalidade. Por se tratar de um estudo transversal (as medições foram feitas num único momento, não existindo seguimento dos indivíduos), com uma análise de dados tipo correlacional, não se prova uma relação causa efeito.

Um ponto forte deste estudo centra-se na atualidade do tema, existe atualmente um interesse crescente nas intervenções Baseadas no *mindfulness* e as suas aplicações práticas.

Outro ponto importante, centra-se no facto deste ser um tema inovador e não existir nenhum estudo que analise a relação entre o *mindfulness*, a alexitimia e a somatização, bem como a forma como o *mindfulness* pode mediar a relação entre a alexitimia e a somatização.

Uma vez que as consequências destas perturbações podem ser bastante limitantes para o indivíduo, como desafiantes para os médicos, torna-se pertinente avaliar esta relação. Dado que mais estudos têm vindo a comprovar que o *mindfulness* se relaciona de forma negativa com a alexitimia e a somatização, e as implicações clínicas que estes achados podem trazer, é pertinente continuar a avaliar não só esta relação, como também estudar a importância da aplicação de técnicas que aumentem este traço. Tendo isto em mente e dada a importância e potencial do estudo desta temática, espera-se que esta investigação promova mais

investigações futuras nesta área e potencie o uso destas intervenções em indivíduos com níveis elevados de alexitimia e somatização.

### **Perspetivas futuras**

Estudos longitudinais com amostras maiores e com uma população mais diversificada são necessários para esclarecer a contribuição do *mindfulness* na alexitimia e somatização.

Investigações futuras devem, ainda, analisar de que forma se poderá aumentar o *mindfulness* como traço e se, Intervenções Baseadas no *Mindfulness* obtêm resultados semelhantes aos obtidos neste estudo para o *mindfulness* como traço. Desta forma, poderá analisar-se a melhor maneira de instituir terapias eficazes.

## 5. Conclusão

Os resultados aqui expostos, apesar das limitações inerentes, apoiam a ideia de que o *mindfulness* pode ser benéfico para reduzir patologias como alexitimia e somatização.

Em conjunto, este estudo fornece evidências adicionais de que a alexitimia é uma condição multifacetada de regulação disfuncional das emoções, que inclui níveis mais baixos de *mindfulness* e capacidades emocionais mais pobres, que estão presentes em homens e mulheres.

Outro dado interessante é que, de facto, várias patologias mostraram estar ligadas à somatização, como sendo a depressão, perturbação de ansiedade e cefaleias.

No que toca à relação entre a alexitimia e a somatização, os resultados são consistentes com evidências emergentes de que uma baixa consciência emocional, evitamento emocional, e problemas ao nível da identificação e descrição das emoções estão ligados não só a maiores níveis de somatização, como parecem ser mais prevalentes nos indivíduos com Perturbação de ansiedade.

Quando avaliamos o *mindfulness* e a somatização na sua relação com os fatores da alexitimia, constatamos que existe uma relação bastante específica e que se manifesta com maior magnitude para alguns casos. Tanto o *mindfulness* como a somatização mostraram ter uma maior relação com a dificuldade em identificar os sentimentos e em descrevê-los aos outros. No que toca às facetas do *mindfulness*, *Describe*, *Awareness*, *Nonjudge* e *Nonreact* contribuem essencialmente para a modificação da dificuldade em identificar os sentimentos; as facetas *Describe*, *Awarenes* e *Nonjudge* para a dificuldade em descrever sentimentos.

Os resultados da análise de mediação são de particular importância pois verificamos que, de facto, poderá existir um papel muito significativo e benéfico em termos clínicos do *mindfulness* como um fator protetor que previne a associação da alexitimia à somatização.

Pelo facto destas patologias provocarem limitações e sofrimento significativos nos indivíduos, estes resultados tornam-se particularmente importantes e promissores na utilização de novas terapias, particularmente, Intervenções Baseadas no *mindfulness*. A atuação nestas patologias, poderá passar por identificar, em primeiro lugar, os Fatores da alexitimia mais evidentes no indivíduo, para depois atuar de forma terapêutica através do desenvolvimento das facetas que mostram estar mais fortemente relacionadas com esses fatores.

Com base nos resultados deste estudo, estas terapias poderão ter particular sucesso quando direcionados à melhoria das facetas com maior impacto na alexitimia, sendo elas: *Describe*, *Awareness*, *Nonjudge* e *Nonreact*. Por outro lado, devemos ter a consciência que intervenções baseadas no *mindfulness* terão, provavelmente, um maior impacto na melhoria de características como a dificuldade em identificar os sentimentos e em descrevê-los aos outros

e que, por sua vez, será através da melhoria destes mesmos fatores que se produzirão maiores efeitos na somatização.

## 6. Bibliografia

1. Gregório, S.; Gouveia, J. P. Facetas de mindfulness: características de um instrumento de avaliação. *Psychologica*. Nº54 (2011).
2. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness. New York : Dell; 1990
3. Hayes A. Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):255-262.
4. Hill C, Updegraff J. Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*. 2012;12(1):81-90.
5. Taylor G, Bagby R, Ryan D, Parker J. Validation of the Alexithymia Construct: A Measurement-Based Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1990;35(4):290-297.
6. Praceres, N., Parker, D. A., & Taylor, G. J. Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) [Portuguese adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 2000;9(1), 9-21.
7. de la Fuente Arias M e. [Effects of a meditation program (mindfulness) on the measure of alexithymia and social skills]. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2019 [cited 28 February 2019]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20667262>
8. Teixeira, R. J., & Graça Pereira, M. (2015). Examining Mindfulness and Its Relation to Self-Differentiation and Alexithymia. *Mindfulness*, 6(1), 79-87
9. Mattila A, Kronholm E, Jula A, Salminen J, Koivisto A, Mielonen R et al. Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(6):716-722.
10. Grabe H, Spitzer C, Freyberger H. Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(7):1299-1301.
11. Kroenke K, Rosmalen J. Symptoms, Syndromes, and the Value of Psychiatric Diagnostics in Patients Who Have Functional Somatic Disorders. *Medical Clinics of North America*. 2006;90(4):603-626.
12. TAYCAN O, OZDEMIR A, ERDOGAN TAYCAN S. Alexithymia and Somatization in Depressed Patients: The Role of the Type of Somatic Symptom Attribution. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 2017;54(2):99-104.

13. Lakhan S, Schofield K. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2013;8(8):e71834.
14. Kanaan R, Lepine J, Wessely S. The Association or Otherwise of the Functional Somatic Syndromes. *Psychosomatic Medicine*. 2007;69(9):855-859.
15. Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45
16. Bagby R, Parker J, Taylor G. The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994a;38(1):23-32.
17. Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 1994b;38 (1),33-40.
18. Derogatis L, Cleary P. Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*. 1977;33(4):981-989.
19. Derogatis L, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*. 1983;13(03):595
20. Baptista, A. (1993). A gênese da perturbação de pânico: A importância dos factores familiares e ambientais durante a infância e adolescência (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Porto: Porto.
21. Carmody J, Baer R, L. B. Lykins E, Olendzki N. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*. 2009;65(6):613-626.
22. Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. 2019.
23. Mukaka MM. Statistics corner: a guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*. 2012;24:69-71
24. Karvonen J, Veijola J, Kokkonen P, Läksy K, Miettunen J, Joukamaa M. Somatization and alexithymia in young adult Finnish population. *General Hospital Psychiatry*. 2005;27(4):244-249.
25. Taylor G, Michael Bagby R, Parker J. The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*. 1991;32(2):153-164.
26. Fjorback L, Arendt M, Ørnbøl E, Walach H, Rehfeld E, Schröder A et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes – Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013;74(1):31-40.

27. Wool C, Barsky A. Do Women Somatize More Than Men?. *Psychosomatics*. 1994;35(5):445-452.
28. Lumley M, Neely L, Burger A. The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*. 2007;89(3):230-246.
29. Gilbert P, McEwan K, Gibbons L, Chotai S, Duarte J, Matos M. Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011;85(4):374-390.
30. Dunning D, Griffiths K, Kuyken W, Crane C, Foulkes L, Parker J et al. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018;.
31. Neznanov N, Kibitov A, Rukavishnikov G, Mazo G. The prognostic role of depression as a predictor of chronic somatic diseases manifestation. *Terapevticheskii arkhiv*. 2018;90(12):122-132.
32. Harshaw C. Interoceptive dysfunction: Toward an integrated framework for understanding somatic and affective disturbance in depression. *Psychological Bulletin*. 2015;141(2):311-363.
33. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, Coskun K, Ugurlu H, Yildirim F. Relationship of Internet Addiction Severity with Depression, Anxiety, and Alexithymia, Temperament and Character in University Students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2013;16(4):272-278.



## 7. Anexos

### Anexo 1 - Questionário

#### Relação entre *Mindfulness*, alexitimia e somatização

Estimado colega,

O presente questionário destina-se a todos os alunos inscritos na Universidade da Beira Interior cujos dados obtidos serão utilizados na realização da minha dissertação de Mestrado, intitulada: “**Relação entre mindfulness, alexitimia e somatização**”

É garantida a confidencialidade dos dados pessoais, não sendo possível a identificação do participante, pois não será possível correlacionar as respostas com o endereço de e-mail.

Realço que a participação é livre, totalmente voluntária e sem benefício financeiro.

Caso tenha interesse, os resultados do projeto ser-lhe-ão facultados no final, para isso terá de colocar na última questão do questionário o seu endereço de e-mail. No entanto, realço que é uma opção facultativa e que isto levará à sua identificação.

Qualquer dúvida que possa existir, pode ser colocada enviando um e-mail para o seguinte endereço: [bruna.cerqueira12@hotmail.com](mailto:bruna.cerqueira12@hotmail.com).

Tempo estimado: 10 min

Muito obrigado pela sua colaboração.

A colega,

Bruna Catarina de Sousa Cerqueira

**Género:**

- Feminino  Masculino

**Data de nascimento**

**Curso**

**Tem ou já teve algum dos seguintes problemas? Selecione os que se aplicam.**

- Depressão  
 Perturbação de ansiedade  
 Síndrome do Intestino Irritável  
 Fibromialgia

- Síndrome de Fadiga Crónica
- Refluxo Gastroesofágico
- Cefaleias

### Questionário 1

**Instruções:** Por favor avalie cada uma das afirmações seguintes de acordo com a escala. Assinale com uma cruz o número que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para si. Para cada opção assinale somente um espaço. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	1 Nunca ou raramente verdadeiro	2 Raramente verdadeiro	3 Algumas vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Muito frequentemente ou sempre verdadeiro
1. Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.	1	2	3	4	5
2. Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5
4. Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.	1	2	3	4	5
5. Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5
6. Quando tomo um duche ou banho fico atento(a) às sensações da água no meu corpo	1	2	3	4	5
7. Consigo traduzir facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5
8. Não presto atenção ao que estou a fazer porque estou a sonhar acordado(a), preocupado(a) ou distraído(a) com qualquer coisa.	1	2	3	4	5

9. Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles.	1	2	3	4	5
10. Digo a mim próprio(a) que não devia sentir-me como me sinto.	1	2	3	4	5
11. Noto como a comida e a bebida afectam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções.	1	2	3	4	5
12. Tenho dificuldade em encontrar palavras para descrever o que penso.	1	2	3	4	5
13. Distraio-me facilmente	1	2	3	4	5
14. Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não devia pensar dessa forma.	1	2	3	4	5
15. Presto atenção às sensações, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5
16. Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas.	1	2	3	4	5
17. Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5
18. É-me difícil permanecer focado no que está a acontecer no presente.	1	2	3	4	5
19. Quando tenho pensamentos ou imagens muito perturbadores distancio-me e torno-me consciente do pensamento ou imagem sem ser “apanhado” por este(a).	1	2	3	4	5
20. Presto atenção a sons, tais como o bater do relógio, o chilrear dos pássaros ou os carros a passar.	1	2	3	4	5
21. Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente	1	2	3	4	5
22. Quando tenho uma sensação no meu corpo é-me difícil descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.	1	2	3	4	5
23. Parece que funciono em “piloto automático” sem muita consciência do que estou a fazer.	1	2	3	4	5
24. Pouco tempo depois de ter pensamentos ou imagens perturbadoras, sinto-me calmo(a).	1	2	3	4	5
25. Digo a mim próprio(a) que não devia pensar do modo como	1	2	3	4	5

estou a pensar.

26. Noto o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5
27. Mesmo quando estou profundamente triste ou terrivelmente perturbado consigo encontrar uma forma de colocar isso em palavras	1	2	3	4	5
28. Faço as atividades sem estar realmente atento(a) às mesmas.	1	2	3	4	5
29. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores consigo aperceber-me deles sem reagir	1	2	3	4	5
30. Penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir.	1	2	3	4	5
31. Noto elementos visuais na arte ou na natureza, tais como cores, formas, texturas ou padrões de luz e sombras.	1	2	3	4	5
32. A minha tendência natural é traduzir as minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5
33. Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e “deixo-os ir”.	1	2	3	4	5
34. Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5
35. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores julgo-me como bom (boa) ou mau (má), em função desses pensamentos ou imagens.	1	2	3	4	5
36. Presto atenção à forma como as minhas emoções influenciam o meu comportamento.	1	2	3	4	5
37. Normalmente consigo descrever como me sinto no momento, com grande pormenor.	1	2	3	4	5
38. Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção.	1	2	3	4	5
39. Desaprovo-me quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5

## Questionário 2

**Instruções:** Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações do meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que acontecem.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5

18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

### Questionário 3

**Instruções:** Encontra-se em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o grau com que cada problema o afetou, incluindo o dia de hoje. Para cada problema ou sintoma assinale somente um espaço. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

	Nunca	Pouco frequente	Moderadamente frequente	Bastante frequente	Extremamente frequente
1. Dores de cabeça.	0	1	2	3	4
4. Sensações de desmaio ou tonturas	0	1	2	3	4
12. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
27. Dores no fundo das costas	0	1	2	3	4
40. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	0	1	2	3	4
42. Sentir dores nos músculos	0	1	2	3	4
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar)	0	1	2	3	4
49. Afrontamentos ou calafrios	0	1	2	3	4
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo	0	1	2	3	4
53. Nó na garganta	0	1	2	3	4
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo	0	1	2	3	4
58. Sentir as pernas ou os braços pesados	0	1	2	3	4

**Endereço de e-mail (OPCIONAL) para envio dos resultados do projeto:**