



**Ana Raquel da Cunha
Marques Pinto**

**Avaliação da eficácia de programas mindfulness:
alexitimia, personalidade, crescimento pós
traumático e mindfulness disposicional**

**Ana Raquel da Cunha
Marques Pinto**

**Avaliação da eficácia de programas mindfulness:
alexitimia, personalidade, crescimento pós
traumático e mindfulness disposicional**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, sob a coorientação do Doutor Ricardo João Fernandes Teixeira, Investigador do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), FPCE, da Universidade de Coimbra e sob coorientação da Doutora Mariana Vaz Pires Marques, Psicóloga Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Sócia e cofundadora do Espaço Psicológico

o júri

Presidente

Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martin,

Professor auxiliar, Universidade de Aveiro

Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo,

Professor Auxiliar, Faculdade de Psicologia e de ciência da Educação da
Universidade de Coimbra

Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira,

Professora Associada com agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Doutora Anabela Pereira, por todo o apoio prestado, ensinamentos e por todo o incentivo fornecido para a realização dos objetivos.

Ao Doutor Ricardo João Teixeira, pela oportunidade, sua disponibilidade e apoio prestado.

Agradeço à Doutora Mariana Marques, por ter aceite participar neste projeto e pelas suas sabedoras orientações.

À Doutora Inês Trindade, pela disponibilidade e por ter contribuído com os seus conhecimentos científicos, um profundo agradecimento.

A todos os participantes que colaboraram neste estudo tornando assim possível a realização do mesmo.

À minha família, um agradecimento especial, por todo o apoio, por toda a compreensão, pelas palavras constantes de incentivo e por sempre me fazerem acreditar que é possível.

Por fim, a todos aqueles que, mesmo não nomeados, sempre prestaram o apoio incansável, com as suas tranquilizantes palavras.

palavras-chave

mindfulness, MBCT, MBSR, alexitimia, personalidade tipo D, crescimento pós traumático, *mindfulness* disposicional.

Atualmente, as Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração têm sido alvo de numerosos estudos e têm vindo a demonstrar a sua importância e eficácia quanto à sua aplicação em várias populações e em diversos contextos. Em concreto, têm sido as abordagens baseadas em *mindfulness* as que têm vindo a ver reconhecida maior utilidade. O *mindfulness* tem sido, igualmente, associado de forma positiva a indicadores de saúde física e psicológica. Neste sentido, este estudo exploratório, teve como objetivo avaliar a eficácia de duas das principais intervenções baseadas em *mindfulness* (programas MBCT e MBSR) aplicadas junto de adultos, para avaliar o seu impacto em variáveis como mudanças psicológicas positivas após um evento traumático (ou crescimento pós-traumático), alexitimia, *mindfulness* disposicional e personalidade tipo D. Assim, os participantes responderam a uma bateria de escalas num primeiro momento, ou seja, antes do programa (N=126), num segundo momento, no final do programa (N=54) e, num terceiro momento, após 4 meses após o final do programa (N=13), cumprindo assim um protocolo de estudo de 6 meses. Os resultados mostraram um aumento significativo nos níveis de mudanças psicológicas positivas após um evento traumático, alexitimia, *mindfulness* disposicional e personalidade tipo D, após a participação nestes programas, e permitem evidenciar os resultados ao final de 4 meses do término dos mesmos. Apesar de algumas limitações inerentes a este tipo de estudo e outras, que futuros estudos deverão colmatar, esta investigação reforça a mais valia da realização de programas de *mindfulness*, em simultâneo com a terapia individual ou isoladamente.

keywords

mindfulness, MBCT, MBSR, Alexithymia, type D personality, post traumatic growth, dispositional mindfulness

abstract

Currently, Third-Generation Cognitive-Behavioral Therapies have been the subject of many studies and have been demonstrating their importance and effectiveness in their application in various populations and contexts. Specifically, it was a *mindfulness*-based approach have been the most useful. *Mindfulness* has also been positively associated with indicators of physical and psychological health. In this matter, this exploratory study aimed to evaluate the effectiveness of two of the main interventions based on mindfulness (MBCT and MBSR programs), applied to adults, to assess their impact on variables such as positive psychological changes after a traumatic event (or post-traumatic growth), alexithymia, dispositional *mindfulness*, and type D personality. Thus, the participants responded to a battery of scales in the first moment, that is, before the program (N=126), in a second moment, at the end of the program (N=54) and, in the third moment, four months after the end of the program (N=13), thus fulfilling a 6-month study protocol.

The results showed a significant increase in the levels of after a traumatic event, alexithymia, dispositional *mindfulness* and type D personality after participating in these programs and allows to evidence the results at the end of 4 months after the end of the programs.

Despite some limitations inherent to this type of study and other, that future studies should correct, this investigation reinforces the added value of conducting mindfulness programs in therapy, simultaneously with individual therapy or in isolation.

Índice

Introdução.....	9
Metodologia.....	12
Resultados.....	19
Discussão.....	32
Referências.....	33

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.....	13
Tabela 2. Caracterização clínica da amostra em estudo.....	14
Tabela 3. Consistência interna das variáveis em estudo nos três momentos (M0, M1 e M2).....	16
Tabela 4. Médias e desvios padrão dos três momentos.....	29
Figura 1. Resultados da subescala Relação com os Outros da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	19
Figura 2. Resultados da subescala Novas Possibilidades da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	20
Figura 4. Resultados da subescala Mudança Espiritual da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	21
Figura 5. Resultados da subescala Apreciação da Vida da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos.	22
Figura 6. Resultados da Escala Total da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos... ..	22
Figura 7. Resultados da subescala Dificuldade em Identificar Sentimentos da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	23
Figura 8. Resultados da subescala Dificuldade em Descrever Sentimentos da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos... ..	24
Figura 9. Resultados da subescala Pensamento Orientado para o Exterior da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	25
Figura 10. Resultados da Escala Total da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	26
Figura 11. Resultados da subescala Consciência da PHLMS nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	26
Figura 12. Resultados da subescala Aceitação da PHLMS nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	27
Figura 13. Resultados da subescala Afetividade negativa da DS-14 nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	28
Figura 14. Resultados da Escala total da DS-14 nos três momentos de avaliação nos dois grupos.....	29

Introdução

No dia a dia, muitas pessoas comumente referem “preciso desligar o piloto automático”. Será que quem o diz tem conhecimento do que está ao seu alcance e das ferramentas que estão disponíveis para conseguir o desejado? Ora, o “desligar do piloto automático” exige observar a “linguagem e histórias da mente” de forma curiosa e paciente, focando-se no que está ao redor, com uma atitude de não julgamento.

Atualmente, as Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração têm emergido consideravelmente, demonstrando resultados robustos quanto à sua aplicação em várias populações e em múltiplos contextos, com efeitos ao nível da redução da ruminação cognitiva, do evitamento social, da preocupação, da ansiedade e da sintomatologia depressiva (Kabat-Zinn, 1982; Segal et al., 2002). Consecutivamente, estas abordagens associam-se a benefícios psicológicos ao nível de sentimentos de clareza, capacidade de regular as emoções e o humor, flexibilidade cognitiva, sendo possível assim, um maior equilíbrio emocional (Hayes & Feldman, 2004). Dentro destas terapias, as abordagens baseadas em *mindfulness* têm-se mostrado bastante úteis e fiáveis.

O *mindfulness* tem origem nas práticas meditativas budistas e, portanto, o próprio termo *mindfulness* é a tradução para inglês da palavra “*Sati*” em Pali, língua dos antigos textos religiosos do budismo meridional (Anālayo, 2010). O significado da sua prática varia de autor para autor, mas aponta para: ter presente o que acontece, reconhecimento, consciência, intencionalidade da mente, mente vigilante, atenção plena, alerta, mente lúcida, autoconsciência (Sillifant, 2007, in Gregório & Gouveia, 2011). Todavia, sendo o *mindfulness* uma prática budista, não implica que as pessoas que queiram usufruir das melhorias consecutivas desta prática tenham de adotar as tradições budistas, pois não é com essa finalidade que a prática é utilizada (Baer & Krietemeyer, 2006).

Segundo Kabat-Zinn (1994), líder pioneiro do *mindfulness* em saúde, este consiste na consciência que resulta quando dirigimos a nossa atenção para a experiência, de forma intencional, conscientemente dirigida para aspetos particulares da mesma. O sujeito opta por estar plenamente atento à experiência, no momento presente, sendo que quando os pensamentos são dirigidos para o passado ou para o futuro são trazidos para o presente, e sem julgamento, com uma atitude de aceitação, sem julgar os pensamentos que surgem na consciência de quem pratica. As práticas de *mindfulness*, enquanto treino mental, têm como objetivo ensinar as pessoas a observar os seus pensamentos, sendo capazes de

diferenciar os pensamentos favoráveis dos prejudiciais e ajudar a lidar com as emoções negativas (Kabat-Zinn, 1990).

Esta prática pode realizar-se de duas formas: (a) *modo formal*, em que a meditação *mindfulness* se realiza através de exercícios/práticas específicos e planeados, em diferentes posturas, na posição deitada ou sentada; e (b) de *modo informal*, aplicando as aptidões adquiridas no quotidiano, prestando atenção ao longo do dia ao que esteja a acontecer no momento presente (e.g., ao tomar banho, escovar os dentes, caminhar, etc.) (Roemer & Orsillo, 2010). Independentemente do modo praticado, as práticas têm como fatores centrais a consciência na respiração e quatro âncoras fundamentais: o corpo, as sensações, as emoções e os pensamentos (Kabat-Zinn, 2013).

De acordo com alguns autores, as práticas de *mindfulness* poderão tornar-se uma estratégia, não só de intervenção, mas também de prevenção, sendo que a sua prática contínua/regular poderá ajudar os indivíduos a lidarem melhor com as situações adversas que surgem no quotidiano, adotando atitudes e comportamentos mais conscientes, respondendo, ao invés de reagir. Embora seja mais frequentemente descrito como *traço* (Brown & Ryan, 2004), o *mindfulness* enquanto *estado*, através do seu cultivo, pode ser desenvolvido com base em práticas meditativas; nomeadamente, através de intervenções com resultados positivos ao nível da saúde física, psicológica e emocional, sendo assim possível promover uma maior autorregulação e bem-estar dos indivíduos (Baer, 2003; Siegel et al., 2009).

Num estudo português recente, Marques e colaboradores verificaram uma associação entre *mindfulness* e autocompaixão ao cronótipo, e consecutivamente a melhores indicadores de saúde física e psicológica, assim como melhores estratégias de regulação emocional (Marques et al., 2019). Num outro estudo português, o *mindfulness* mostra-se, mais uma vez, relevante e útil, agora através do seu impacto positivo na melhoria do sono durante a gravidez (Marques et al., 2016). Em outros dois estudos, foi possível verificar a forte ligação das componentes *mindfulness* e autocompaixão na diminuição de sintomatologia depressiva pré-natal (Pereira et al., 2016; Xavier et al., 2016).

Com base na ciência, foram desenvolvidos programas como a Redução de Stress Baseada em *Mindfulness* (MBSR; Kabat-Zinn, 1994) e a Terapia Cognitiva Baseada em

Mindfulness (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), com o intuito de gerir a saúde mental e física e aumentar o bem-estar dos indivíduos (Crane et al., 2017).

O MBSR foi desenvolvido por Jon Kabat-Zinn, para apoiar indivíduos com condições ao nível do stress e dor crónica (Kabat-Zinn, 1982, 1990). Este programa tem como base de intervenção uma componente educacional teórica, direcionada para o stress e estratégias habitualmente utilizadas para gerir o stress (habitualmente padrões de reatividade), assim como três componentes práticas: ioga, diferentes meditações sentadas e rastreio corporal (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004).

Por sua vez, o MBCT foi desenvolvido por Teasdale, Segal e Williams (1995), inicialmente concebido para prevenir recaídas em pessoas com história de depressão (Segal et al., 2002). Assim, este treino tem como intuito desenvolver capacidades de reconhecimento de sintomas associados a uma recaída depressiva e também desenvolver formas para diminuir a probabilidade de entrar em estados mentais característicos de padrões ruminativos (Ospina et al., 2007).

Ambos os programas englobam exercícios/práticas de *mindfulness* que são ensinados aos participantes, tendo a duração de oito semanas (mais um dia de mini-retiro), sendo que as sessões têm uma duração média de duas horas e meia, e acontecem uma vez por semana, tendo por base o protocolo original de Kabat-Zinn (2003). Estes programas têm, efetivamente, sido vistos como eficazes, por diversos autores, quando realizados individualmente e em grupo e, atuando em diversas problemáticas. Por exemplo, uma meta-análise recente demonstrou a eficácia do programa MBCT na prevenção de recidivas da Perturbação Depressiva Major (Kuyken et al., 2016). Outro estudo demonstrou a eficácia do programa MBSR, na redução do sofrimento psicológico, em amostras clínicas e não clínicas (Carmody & Baer, 2009). Khoury e colaboradores, em 2015, realizaram um estudo em que foi possível concluir a eficácia do programa MBSR na redução de sintomatologia depressiva, stress, ansiedade e burnout, assim como no aumento da qualidade de vida. Em 2009, Teixeira e Pereira, num artigo de revisão, permitiram concluir que o MBSR contribui beneficemente para a redução de perturbações de humor, redução dos níveis de stress e outros sintomas físicos e psicológicos associados à doença oncológica, assim como o aumento da tranquilidade (Teixeira & Pereira, 2009). Já em 2018, foi demonstrada a eficácia quanto à intervenção conjunta dos programas MBCT e MBSR na redução de sintomas associados a distúrbios psiquiátricos comuns (Hedman-

Lagerlof et al., 2018), assim como na redução da ansiedade, burnout, depressão, stress e angústia, e consecutivamente, no aumento do bem-estar e atenção plena, em profissionais de saúde (Lomas et al., 2018). Mais recentemente, foi possível observar os resultados benéficos destes programas em alunos do ensino médio, no que diz respeito à depressão, ansiedade e stress (Halladay et al., 2019).

Embora existam vários estudos, muitos deles falham pois não fazem uma avaliação de seguimento, sendo esta uma questão fundamental não só para se mudar as estratégias de intervenção, mas também para conseguirmos mudanças robustas nos indivíduos.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo: 1) avaliar a eficácia das intervenções baseadas em *mindfulness* (através da participação nos programas MBCT e MBSR), nas mudanças psicológicas positivas, alexitimia, *mindfulness* disposicional e personalidade tipo D.

Metodologia

Amostra

Este estudo englobou, no primeiro momento de avaliação (M0), uma amostra de 126 indivíduos, que participaram num dos programas (MBCT ou MBSR) e, preencheram a bateria de escalas. No segundo momento de avaliação (M1), dos 126 indivíduos apenas 54 preencheram corretamente essa bateria de escalas. Por fim, no terceiro momento de avaliação (M2), dos 54 indivíduos apenas responderam corretamente à bateria de escalas 19 indivíduos. Destes participantes, 3 foram excluídos por responderem repetidamente ao mesmo momento de avaliação, assim como outros 3 participantes que foram excluídos por falta de preenchimento em algum dos momentos. A amostra final do estudo ficou, então, composta por 13 indivíduos que participaram em um dos programas.

A amostra foi constituída por 13 sujeitos divididos por dois programas de *mindfulness*. O grupo de participantes inserido no programa MBCT ficou composto por 11 participantes (91% do género feminino), na qual a idade dos participantes variou entre os 17 e os 62 anos ($M = 42,09$; $DP = 11,95$). A maioria dos participantes reportou ser casado ou viver em união de facto (64%), com um elevado nível de escolaridade (ensino superior, 73%), e com uma ocupação profissional (empregado/a, 64%). O grupo de participantes inserido no programa MBSR ficou composto por 2, e a média de idades rondou os 36 anos ($DP = 2,12$), sendo que eram solteiros, com ensino superior e pós-graduação, estando

igualmente empregados. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo

Variáveis	Amostra (N=13)				
	Programa MBCT (n=11)		Programa MBSR (n=2)		
Idade		<i>M</i> =42,09; <i>DP</i> =11,95		<i>M</i> =35,50; <i>DP</i> =2,12	
	Mínimo-Máximo	17 – 62		34 – 37	
Género	Masculino	1	9,1	1	50
	Feminino	10	90,9	1	50
Estado civil	Casado/União de facto	7	63,6	—	—
	Solteiro	2	18,2	2	100
	Divorciado/Separado	1	9,1	—	—
	Viúvo	1	9,1	—	—
Habilitações Literárias	Ensino secundário	3	27,3	—	—
	Ensino superior	8	72,7	1	50
	Pós-graduação	—	—	1	50
Situação Profissional	Estudante	1	9,1	—	—
	Empregado/a	7	63,6	2	100
	Desempregado/a	2	18,2	—	—
	Reformado/a	1	9,1	—	—

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de participantes.

Relativamente às variáveis clínicas consideradas, mais de 50% dos participantes do programa MBCT não se encontravam a ter acompanhamento psicoterapêutico e não tomavam medicação psiquiátrica nem relataram ter um problema físico. No entanto, 60% tomava antidepressivos e ansiolíticos. Quanto aos participantes do programa MBSR, apenas um elemento tinha acompanhamento psicológico há pelo menos 12 meses, sofrendo de um problema físico recente (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra em estudo

Variáveis	Amostra (N=13)				
	Programa MBCT (n=11)		Programa MBSR (n=2)		
Acompanhamento psicoterapêutico	Não	7	63,6	1	50
	Psiquiatria	3	27,3	—	—
	Psicologia	—	—	1	50
	Psiquiatria e Psicologia	1	9,1	—	—
Tempo de acompanhamento	2 meses	1	25	—	—
	12 meses	—	—	1	100

	24 meses	1	25	—	—
	60 meses	2	50	—	—
Medicação psiquiátrica	Sim	5	45,5	—	—
	Não	6	54,5	2	100
Tipo de medicação	Antidepressivo/Ansiolítico	3	60	—	—
	Ansiolítico	1	20	—	—
	Antidepressivo	1	20	—	—
Meditação	Não	5	45,4	—	—
	Mindfulness	4	36,4	2	100
	Outra	2	18,2	—	—
Problema físico recente	Não	9	81,8	1	50
	Sim	2	18,2	1	50

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de participantes.

Instrumentos

Nesta investigação, os participantes preencheram vários questionários, em três momentos distintos, nomeadamente: o *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), a *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), a *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) e a *Distress Scale* (DS-14). Os participantes preencheram ainda um breve questionário sociodemográfico e clínico.

Posttraumatic Growth Inventory – short form (PTGI-SF; Tedeschi & Calhoun, 1996; adaptações portuguesas de Teixeira & Pereira, 2013, e de Lamela et al., 2014). O PTGI visa avaliar as mudanças psicológicas positivas percebidas pelo indivíduo, relacionadas com um evento adverso/traumático vivido pelo mesmo. Neste estudo, foi utilizada a versão mais curta deste instrumento, composta por 10 itens (ao invés dos 21 da versão original), avaliados numa escala tipo Likert de 6 pontos (1 - “*Não experimentei esta mudança como resultado do acontecimento*” e 6 - “*Experimentei esta mudança em grau muito elevado como resultado do acontecimento*”), sendo que esta versão possui apenas dois itens por cada domínio avaliado. As mudanças positivas percebidas podem definir-se em cinco domínios distintos, dando origem às cinco dimensões do PTGI (Relação com os Outros, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual e Apreciação da Vida) que representam os domínios em que os sujeitos apresentam as mudanças em termos de crescimento pós-traumático, após o confronto com o trauma ou acontecimento adverso. Assim, é possível perceber o nível de desenvolvimento e o ajustamento nos diversos domínios da vida do sujeito (Tedeschi & Calhoun, 1996). A versão curta do PTGI foi desenvolvida por Cann e colaboradores, em 2010, tendo sido adaptada à população

portuguesa por Lamela e colaboradores, em 2014. Relativamente ao valor do alfa de Cronbach, na versão reduzida portuguesa, o inventário apresentou um valor de 0,88 (Lamela, Figueiredo, Bastos, & Martins, 2014).

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker & Taylor, 1994; adaptação portuguesa de Veríssimo, 2001). Trata-se de uma escala de autoavaliação constituída por 20 itens avaliados através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 - “Discordo totalmente” e 5 - “Concordo totalmente”), sendo estes capazes de avaliar três dimensões da alexitimia (capacidade para identificar sentimentos, capacidade para descrever sentimentos, e pensamento orientado para o exterior) (Veríssimo, 2001). Quanto mais elevados os valores na escala, maiores os valores de alexitimia. A versão portuguesa apresentou 0,75 de valor total de alfa de cronbach assim como, 0,79 para a subescala “capacidade para identificar sentimentos”, 0,57 para a subescala “capacidade para descrever sentimentos” e 0,65 para a subescala “pensamento orientado para o exterior” (Verissimo, 2001).

Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS; Cardaciotto et al., 2008; adaptação portuguesa de Teixeira, Ferreira & Pereira, 2015). Este instrumento de autopreenchimento é constituído por 20 itens que são divididos pelos dois construtos do *mindfulness* disposicional: (1) Aceitação, que diz respeito à atitude de não julgamento face aos acontecimentos; e (2) Consciencialização, que se refere à avaliação e à capacidade do sujeito perceber e ter noção dos seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais no presente. Estes itens são avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos, tendo como 1 a opção “Nunca” e como 5 a opção “Sempre” (Teixeira et al., 2015). No que diz respeito à avaliação, uma vez que a escala avalia a capacidade de focar o momento presente, quando existem valores mais elevados, maior é a capacidade do indivíduo se focar no momento presente (Teixeira et al., 2015). A escala portuguesa, apresentou valores de alfa de Cronbach superiores a 0,70, apresentando 0,77 para a subescala “Consciencialização” e 0,85 para a subescala “Aceitação” (Teixeira et al., 2015).

Distress Scale (DS-14; Dennolet, 2005; adaptação portuguesa de Rocha, 2015). Esta escala tem como objetivo a classificação da personalidade tipo D. É um instrumento constituído por 14 itens, sendo que estes se dividem pelas duas subescalas existentes: a afetividade negativa, que diz respeito à propensão para experienciar emoções negativas e a inibição social que diz respeito à não manifestação das emoções nos envolvimentos sociais (Dennolet, 2005). Estes itens são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos sendo que 0

corresponde a “Falso” e 5 a “Verdadeiro” (Rocha, 2015). Ao nível da cotação, os participantes que obtenham um valor igual ou superior a 10 pontos, terão fortes características da personalidade tipo D (Rocha, 2015). A versão portuguesa, apresentou valores de alfa de Cronbach de 0,51 na subescala Afetividade Negativa, e 0,77 na subescala de Inibição Social (Rocha, 2015).

Os valores de consistência interna¹ das variáveis do presente estudo são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Consistência interna das variáveis em estudo nos três momentos (M0, M1 e M2)

		M0	M1	M2
PTGI	Relação com outros ^a	0,53	0,82	0,76
	Novas possibilidades ^a	0,66	0,90	0,90
	Força pessoal ^a	0,62	0,98	0,82
	Mudança espiritual ^a	0,86	0,90	0,85
	Apreciação da vida ^a	0,65	0,75	0,87
	Total	0,89	0,97	0,95
TAS-20	Dificuldade identificar sentimentos	0,86	0,75	0,91
	Dificuldade descrever sentimentos	0,65	0,85	0,75
	Pensamento orientado para o exterior	0,60	0,60	0,48
	Total	0,85	0,84	0,87
PHLMS	Consciencialização	0,83	0,85	0,87
	Aceitação	0,58	0,80	0,85
DS-14	Afetividade negativa	0,90	0,86	0,82
	Inibição social	0,23	0,47	0,15
	Total	0,80	0,81	0,70

Nota. ^aGuttman split-half.

Procedimento

O presente estudo caracteriza-se como de natureza exploratória uma vez que visa explorar um tema que ainda pouco se encontra na literatura científica. Tendo por objetivo avaliar a eficácia de programas baseados em *mindfulness*, a presente investigação de natureza exploratória e longitudinal, com três momentos de avaliação, refere-se à avaliação concreta da eficácia dos programas MBCT e MBSR. O Momento 0 corresponde à avaliação realizada antes do início do programa de oito semanas, o Momento 1 corresponde à avaliação realizada no final das oito semanas de programa e, por último, o

¹Procedeu-se à análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach e Guttman split-half (para dimensões com dois itens). Para um instrumento ser classificado com uma fiabilidade apropriada o alfa de Cronbach deve ser superior a 0,70 (Nunnally & Bernstein, 1994). No entanto, para amostras inferiores a 50 indivíduos, um alfa de Cronbach acima de 0,50 é aceitável (Davis, 1964, citado por Peterson, 1994).

Momento 2 corresponde à avaliação de seguimento realizada 4 meses após o fim do programa. Após pedido de autorização aos autores dos instrumentos/questionários, e respetivo assentimento, a bateria de escalas foi preenchida pelos participantes, através da plataforma online Google Forms, tendo sido esse preenchimento realizado de forma voluntária. Primeiramente, foi solicitado o consentimento informado a todos os participantes, tendo sido seguidos os princípios éticos e deontológicos relativos a projetos de investigação em Psicologia. Posteriormente, os participantes preencheram um breve questionário sociodemográfico e clínico, seguido dos questionários de autorrelato.

Descrição dos Programas. Os programas frequentados pelos participantes, neste estudo, decorreram em várias instituições do país (Norte, Centro e Sul), tendo sido guiados por um instrutor certificado em MBCT ou MBSR. Os programas seguiram o protocolo original quanto à sua duração e estrutura, sendo que decorreram num período de oito semanas, em grupo, uma sessão por semana, com duração aproximada de duas horas e meia. Cada sessão focou um determinado tema, num total de oito. Para uma melhor compreensão dos programas e dos seus conteúdos, seguem-se os temas abordados em cada sessão:

Programa MBCT: Sessão 1 – Como desligar o piloto automático; Sessão 2 – Aprofundar a consciência de si; Sessão 3 – Voltar ao presente; Orientar a mente dispersa; Sessão 4 – Reconhecer as emoções difíceis; Sessão 5 – Aceitar e largar; Permitir-se; Sessão 6 – Os pensamentos não são factos; Relacionar-se com os pensamentos; Sessão 7 – Cuidar melhor de si; Estabelecer uma nova relação consigo mesmo; Sessão 8 – Abrir-se à vida; Permanecer consciente.

Programa MBSR: Sessão 1 – Introdução à meditação *mindfulness*; Sessão 2 – Perceção: Formas de ver/Trabalhar com os obstáculos; Sessão 3 – O poder de estar no presente: *mindfulness* da respiração e do corpo; Sessão 4 – Aprender sobre o stress/sobre os padrões de reatividade ao stress; Sessão 5 – Lidar com o stress, usando o *mindfulness* para responder em vez de agir; Sessão 6 – Comunicação stressante; Sessão 7 – Aprender a tomar melhor conta de mim próprio; Sessão 8 – Mantendo a prática do *mindfulness* viva.

Para além das sessões, estes programas implicaram uma prática diária e pessoal, tendo havido o convite a um registo diário, assim como leitura e visualização de vídeos e ainda prática de exercícios de meditação aprendidos.

Análise dos dados. Para efetuar a análise dos dados foi utilizado o programa de software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26. Efetuou-se o procedimento estatístico dos dados, numa primeira fase através da análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas. A subescala Inibição Social da DS-14 não foi usada *a posteriori* devido à sua fiabilidade muito abaixo do aceitável ($\alpha < 0,28$). A significância da eficácia dos programas MBCT e MBSR sobre as variáveis psicológicas dos participantes e da evolução destes nos três momentos, foi avaliada através do teste ANOVA de medições repetidas mista (amostras emparelhadas). O pressuposto do método, nomeadamente a esfericidade da matriz de variâncias-covariâncias foi avaliado com o teste de Mauchly. Quando o pressuposto de esfericidade não se verificou, os graus de liberdade da estatística F foram corrigidos, multiplicando-os pelo fator Épsilon. Para amostras de pequena dimensão o mais apropriado é o Épsilon de Greenhouse-Geisser (Marôco, 2018). Recorreu-se ao teste t-student para amostras emparelhadas para comparar o M0 com o M1 e o M0 com o M2, relativamente ao programa MBCT, e foi realizada a diferença entre médias. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados

Comparação de grupos nos três momentos (M0, M1 e M2) com as variáveis psicológicas e com os dois grupos do programa de MBCT e de MBSR

Uma ANOVA de medições repetidas mista foi realizada para comparar as pontuações das variáveis psicológicas (PTGI, TAS-20, PHLMS e DS-14), comparando os grupos nos três momentos (M0, M1 e M2). As variáveis foram medidas antes do programa (M0), depois do programa passados oito semanas (M1) e, de novo, passados quatro meses (M2), conforme referido anteriormente.

PTGI. Verificou-se na subescala Relação com os Outros, não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(1, 13)=0,72, p>0,05, \eta_p^2=0,06$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(1, 13)=1,47, p>0,05, \eta_p^2=0,12$].

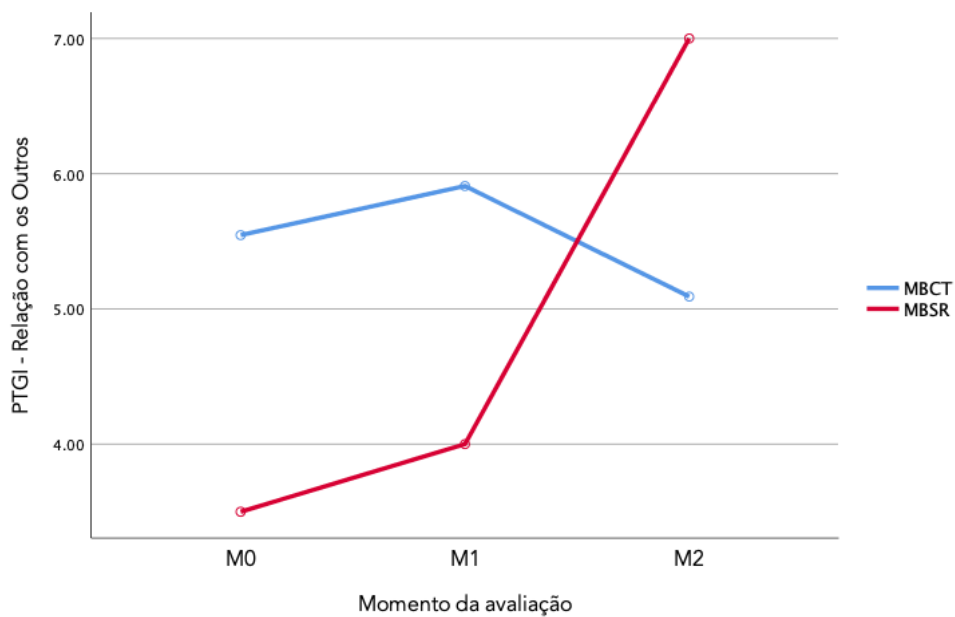


Figura 1. Resultados da subescala Relação com os Outros da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Verificou-se na subescala Novas Possibilidades, não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=3,38, p>0,05, \eta_p^2=0,03$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,40, p>0,05, \eta_p^2=0,03$].

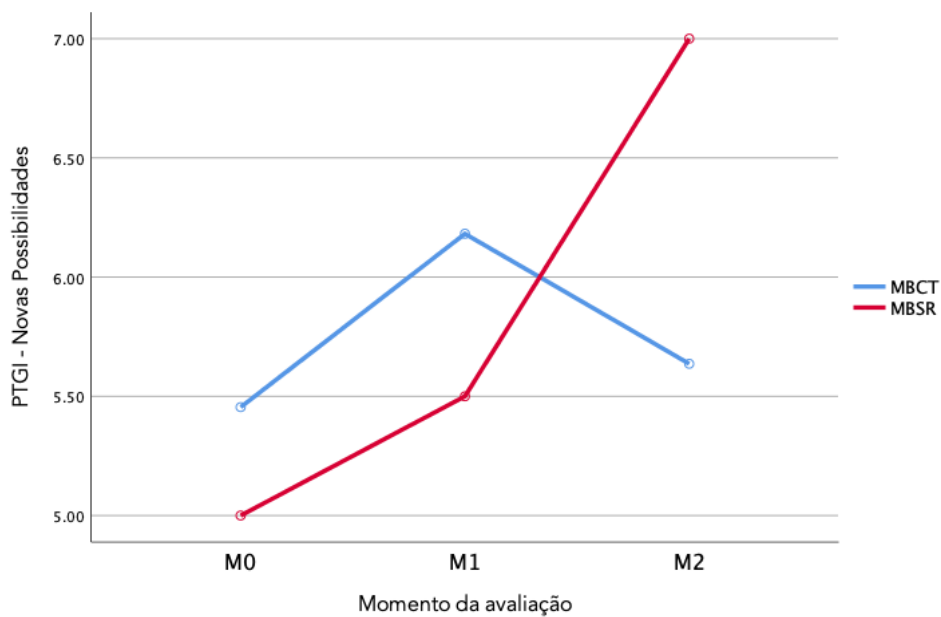


Figura 2. Resultados da subescala Novas Possibilidades da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Verificou-se na subescala Força Pessoal, não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=1,05, p>0,05, \eta_p^2=0,09$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=1,91, p>0,05, \eta_p^2=0,15$].

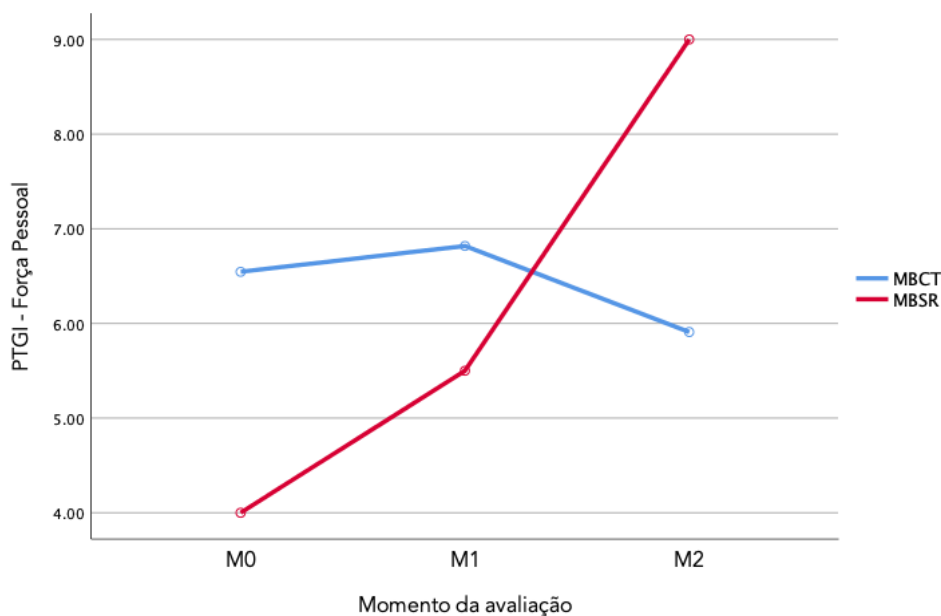


Figura 3. Resultados da subescala Força Pessoal da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Verificou-se na subescala Mudança Espiritual, não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(1, 14)=0,61, p>0,05, \eta_p^2=0,05$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(1, 14)=1,46, p>0,05, \eta_p^2=0,12$].

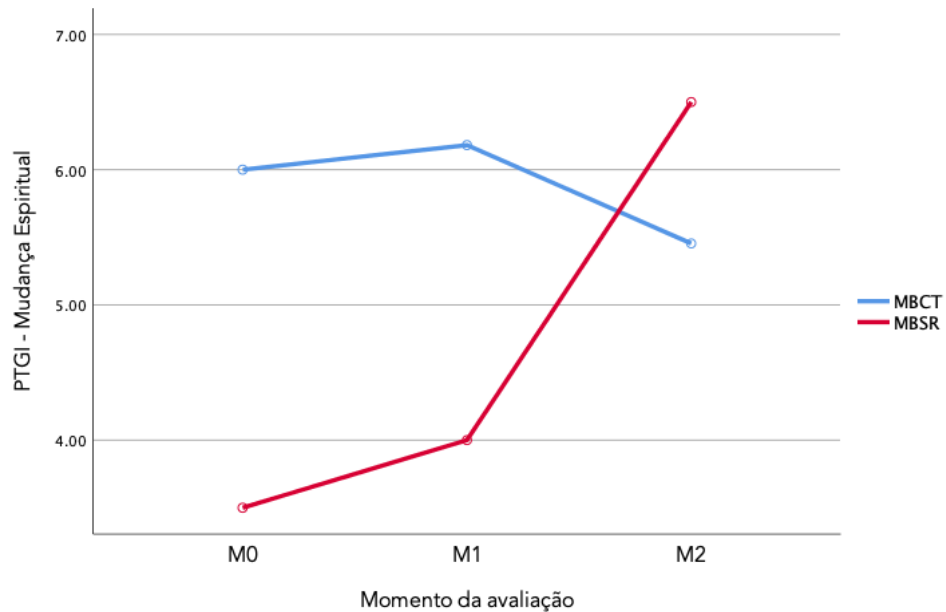


Figura 4. Resultados da subescala Mudança Espiritual da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Verificou-se na subescala Apreciação da Vida, não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=0,08, p>0,05, \eta_p^2=0,01$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,08, p>0,05, \eta_p^2=0,01$].

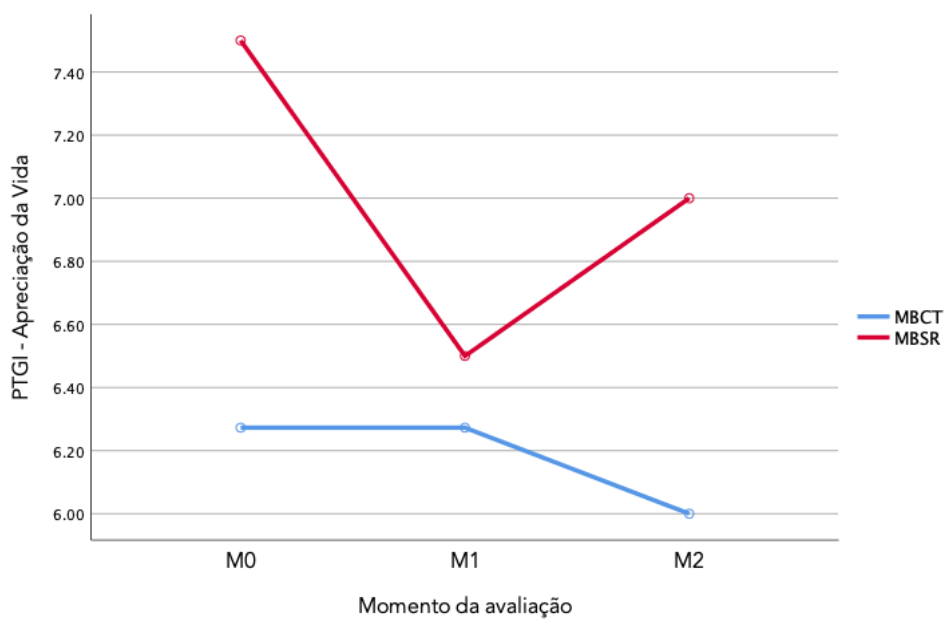


Figura 5. Resultados da subescala Apreciação da Vida da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Na escala total do PTGI verificou-se não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=0,49, p>0,05, \eta_p^2=0,04$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=1,04, p>0,05, \eta_p^2=0,09$].

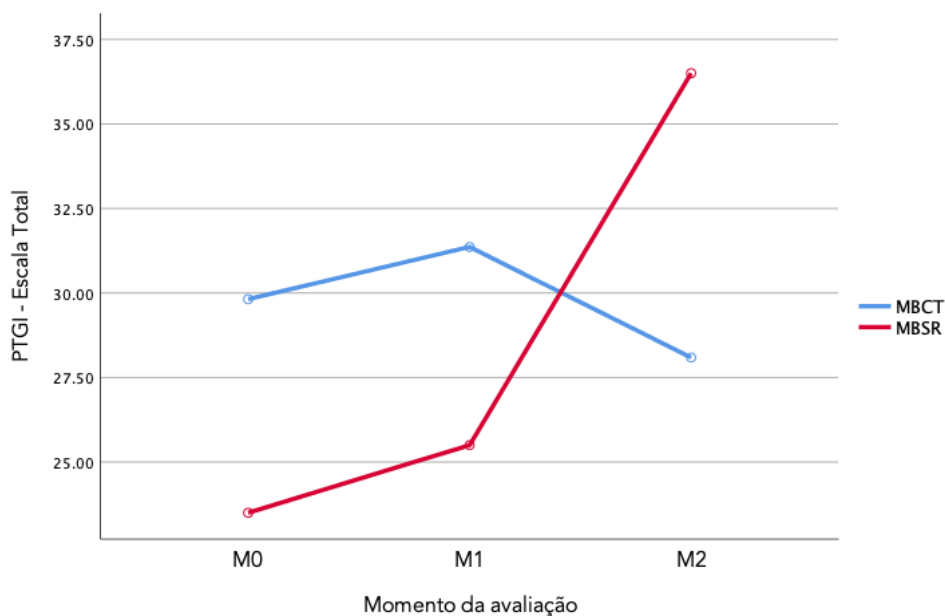


Figura 3. Resultados da Escala Total da PTGI nos três momentos de avaliação nos dois grupos

TAS-20. Quanto à subescala Dificuldade em Identificar Sentimentos da TAS-20, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=0,77, p>0,05, \eta_p^2= 0,06$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,91, p>0,05, \eta_p^2= 0,08$].

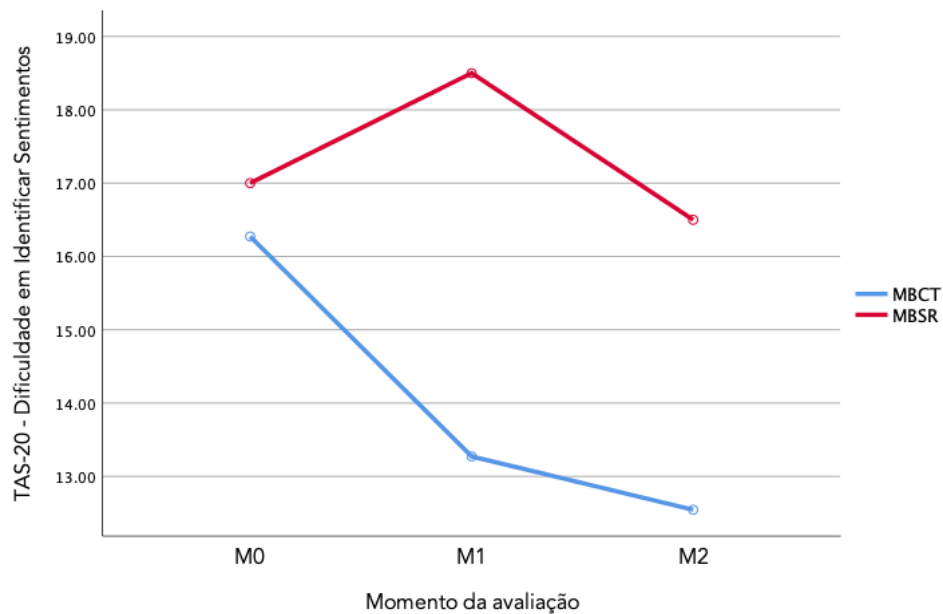


Figura 7. Resultados da subescala Dificuldade em Identificar Sentimentos da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Quanto à subescala Dificuldade em Descrever Sentimentos da TAS-20, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=0,95, p>0,05, \eta_p^2= 0,08$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,33, p>0,05, \eta_p^2= 0,03$].

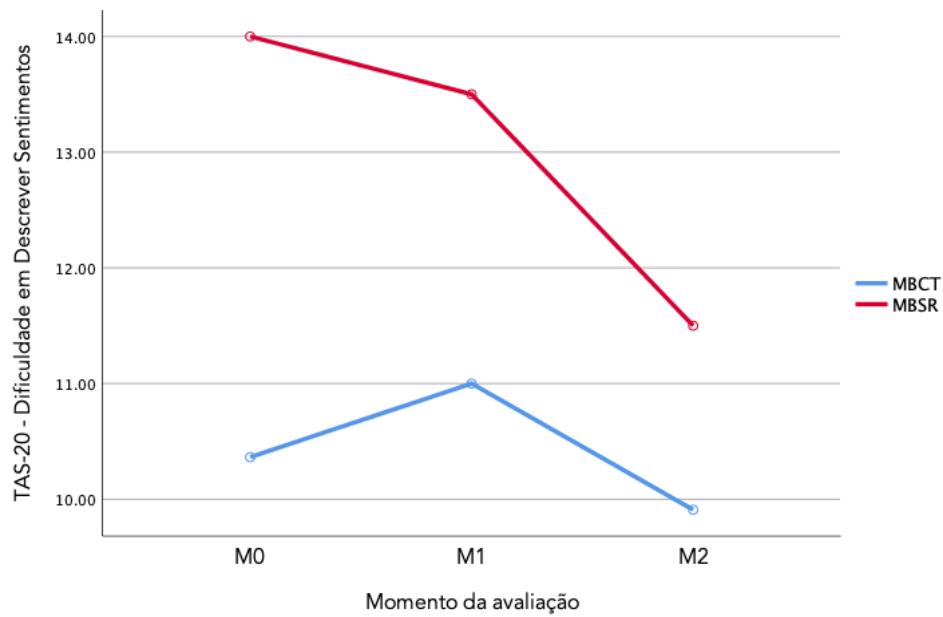


Figura 8. Resultados da subescala Dificuldade em Descrever Sentimentos da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Quanto à subescala Pensamento Orientado para o Exterior da TAS-20, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=2,10$, $p>0,05$, $\eta_p^2=0,16$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,47$, $p>0,05$, $\eta_p^2=0,04$].

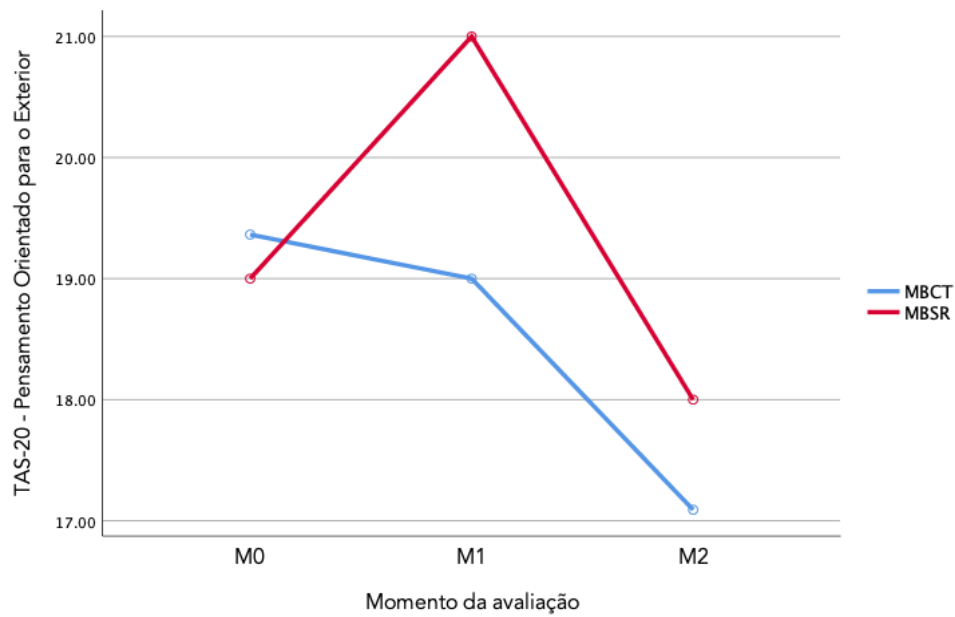


Figura 4. Resultados da subescala Pensamento Orientado para o Exterior da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Por fim, relativamente à escala total da TAS-20, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=1,78, p>0,05, \eta_p^2=0,14$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,53, p>0,05, \eta_p^2=0,05$].

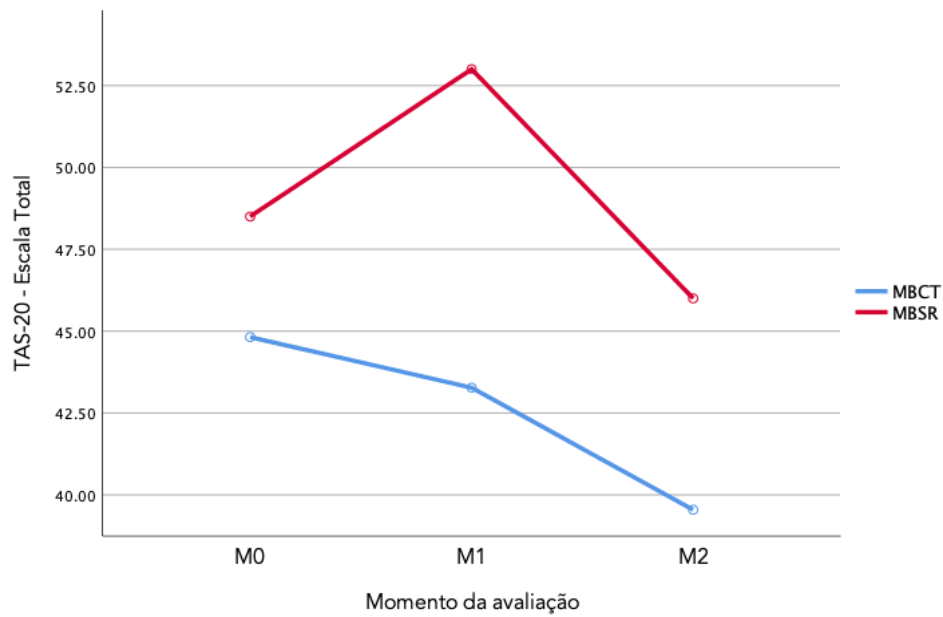


Figura 5. Resultados da Escala Total da TAS-20 nos três momentos de avaliação nos dois grupos

PHLMS. Relativamente à subescala Consciencialização, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(1, 13)=3,47, p>0,05, \eta_p^2=0,24$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o indivíduo frequentou [$F(1, 13)=0,58, p>0,05, \eta_p^2=0,49$].

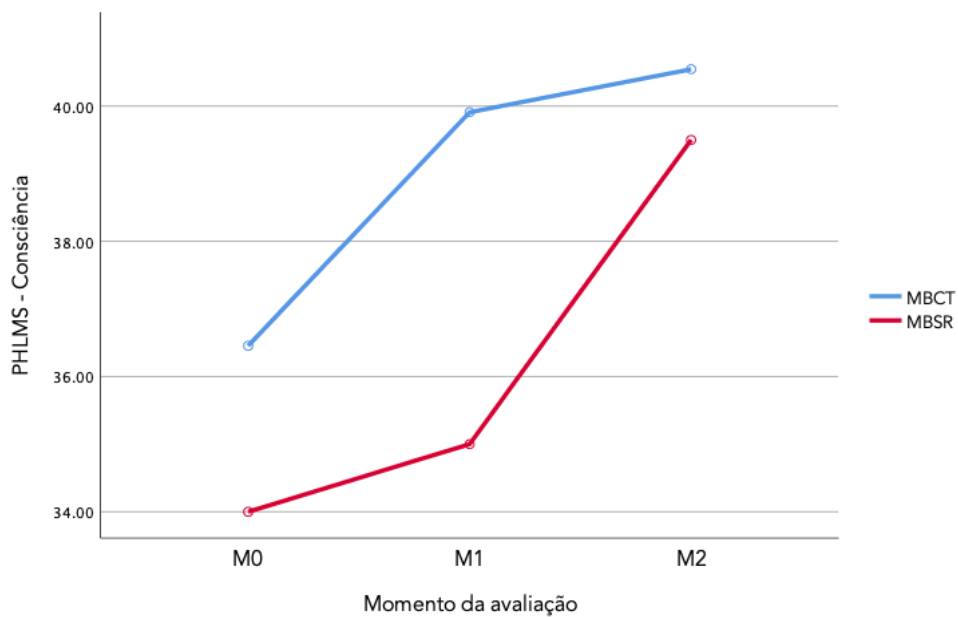


Figura 6. Resultados da subescala Consciencialização da PHLMS nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Quanto à subescala Aceitação, a mesma situação se verifica, não existindo diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=2,36, p>0,05, \eta_p^2=0,18$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,72, p>0,05, \eta_p^2=0,06$].

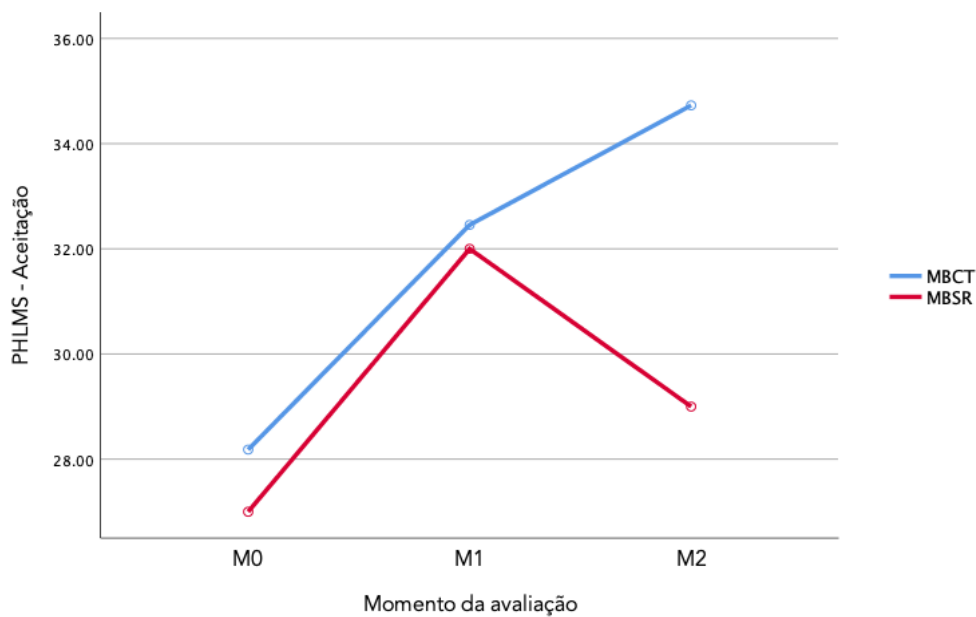


Figura 7. Resultados da subescala Aceitação da PHLMS nos três momentos de avaliação nos dois grupos

DS-14. Relativamente à subescala Afetividade negativa, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=1,87, p>0,05, \eta_p^2=0,15$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=3,18, p>0,05, \eta_p^2=0,22$].

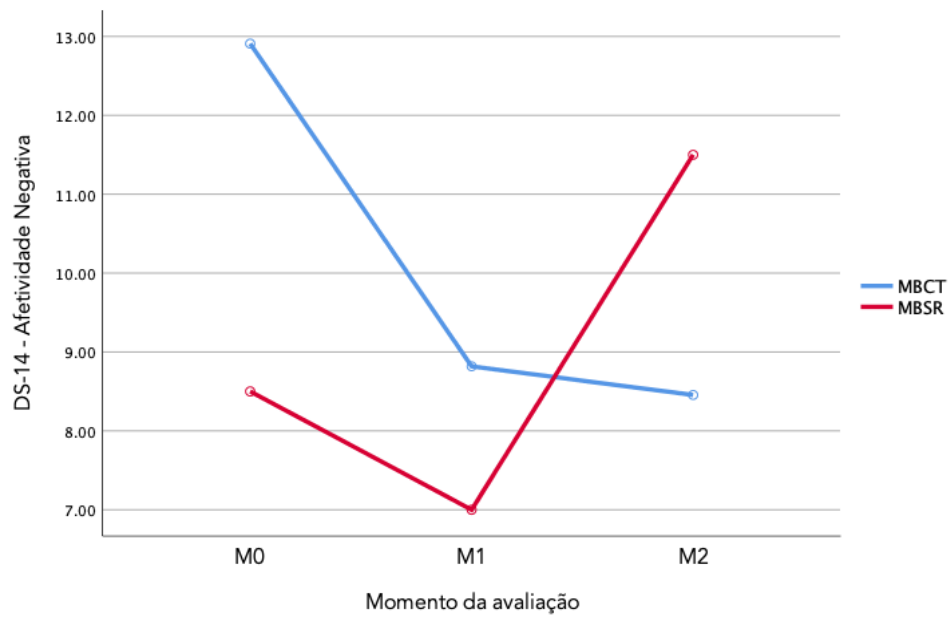


Figura 8. Resultados da subescala Afetividade negativa da DS-14 nos três momentos de avaliação nos dois grupos

Relativamente à escala total da DS-14, podemos concluir não existirem diferenças significativas entre os três momentos [$F(2, 22)=0,21, p>0,05, \eta_p^2= 0,02$] e que estas não dependiam do tipo de programa que o participante frequentou [$F(2, 22)=0,36, p>0,05, \eta_p^2= 0,03$].

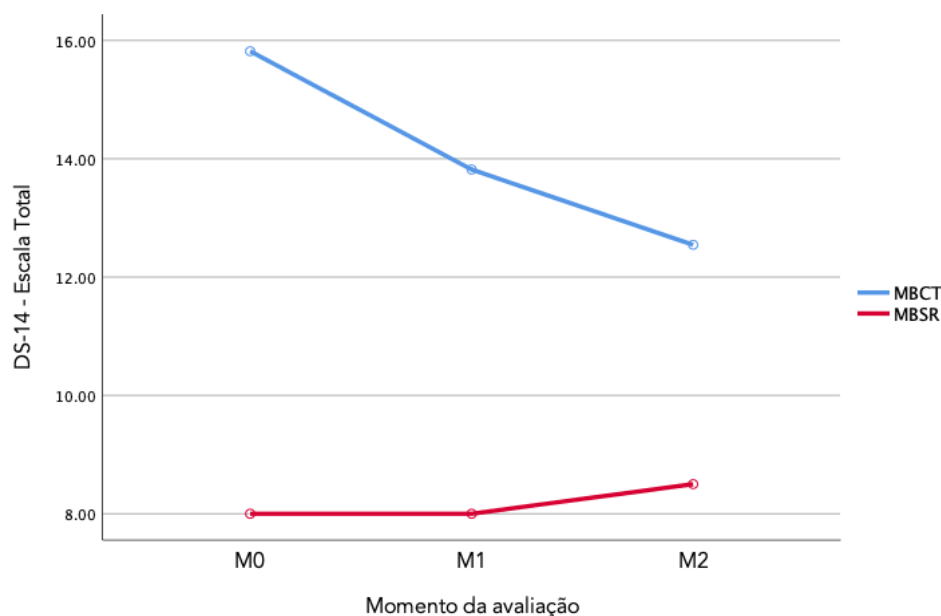


Figura 9. Resultados da Escala total da DS-14 nos três momentos de avaliação nos dois grupos

As médias e desvios padrão nas variáveis centrais do estudo são apresentados na Tabela 4. Para todas as variáveis psicológicas foi possível concluir não existirem diferenças significativas entre as pontuações nos três momentos, e que estas não dependiam do tipo de programa (MBCT ou MBSR).

Tabela 4. Médias e desvios padrão nos três momentos

Variáveis	Programa	M0 (pré-teste)		M1 (pós-teste)		M2 (follow-up 6M)	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
RO _a	MBCT	5,55	2,07	5,23	2,49	5,10	2,74
	MBSR	3,50	4,95	5,91	3,15	7,00	0,00
NP _b	MBCT	5,45	2,21	6,18	3,19	5,63	3,14
	MBSR	5,00	4,24	5,50	2,12	7,00	1,41
FP _c	MBCT	6,55	1,51	6,81	3,49	5,91	3,30
	MBSR	4,00	5,66	5,50	4,95	9,00	0,00
ME _d	MBCT	6,00	2,97	6,18	3,63	5,45	3,70
	MBSR	3,50	4,95	4,00	5,66	6,50	4,95
AV _e	MBCT	6,27	1,85	6,27	3,07	6,00	3,29
	MBSR	7,50	0,71	6,50	2,12	7,00	1,41
Total PTGI _f	MBCT	29,82	8,52	31,36	15,41	28,10	14,85
	MBSR	23,50	20,51	25,50	20,51	36,50	7,78
DIS _g	MBCT	16,27	7,54	13,27	5,44	12,55	6,53
	MBSR	17,00	1,41	18,50	0,71	16,50	2,12
DDS _h	MBCT	10,36	3,01	11,00	4,82	9,91	4,04

	MBSR	11,00	4,82	13,50	6,36	11,50	3,54
POE_i	MBCT	19,36	3,01	19,00	4,60	17,10	3,59
	MBSR	19,00	5,66	21,00	2,83	18,00	2,83
Alexitimia cognitiva_j	MBCT	44,82	12,11	43,27	11,66	39,55	11,64
	MBSR	48,50	16,26	53,00	8,49	46,00	8,49
Consciencializaçãok	MBCT	36,46	4,55	39,91	4,66	40,55	4,68
	MBSR	34,00	9,90	35,00	9,90	39,50	9,19
Aceitaçãok	MBCT	28,18	4,31	32,46	6,92	34,73	6,73
	MBSR	27,00	4,24	32,00	1,41	29,00	1,41
Afetividade negativa_l	MBCT	12,91	7,29	8,82	5,83	8,45	4,50
	MBSR	8,50	0,71	7,00	1,41	11,50	4,95
Total DS-14_m	MBCT	15,82	8,36	13,82	7,90	12,55	6,15
	MBSR	8,00	2,83	8,00	0,00	8,50	4,95

Notas: ^aSubescala Relação com os Outros da PTGI; ^bSubescala Novas Possibilidades da PTGI; ^cSubescala Força Pessoal da PTGI; ^dSubescala Mudança Espiritual da PTGI; ^eSubescala Apreciação da Vida da PTGI; ^fEscala total da PTGI; ^gSubescala Dificuldade Identificação de Sentimentos (TAS-20); ^hSubescala Dificuldade na Descrição de Sentimentos (TAS-20); ⁱSubescala Pensamento Orientado Externamente (TAS-20); ^jEscala total na Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); ^kSubescalas da Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS); ^lSubescala Afetividade negativa da DS-14; ^mEscala total da Distress Scale.

Personalidade de tipo D

Quanto à personalidade de tipo D, apenas sete participantes (53,8%) da amostra total no M0 e no M1 apresentaram pontuações superiores a 10, em ambas as subescalas de afetividade negativa e de inibição social. No entanto, no M2 a percentagem desceu para 46,2% (seis participantes).

Comparação entre o M0 e M1 no programa de MBCT

Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa da capacidade do participante em perceber os seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais no presente, do momento antes da participação (M=36,46; SEM=1,37) para a avaliação realizada no final das oito semanas de participação no programa de MBCT (M=39,91; SEM=1,40) [t(10)=1,99; p_u=0,04].

Foi possível observar uma melhoria significativa na aceitação (PHLMS) da avaliação do momento anterior à participação (M=28,18; SEM=1,30) à avaliação realizada no final das oito semanas de programa de MBCT (M=32,45; SEM=2,09) [t(10)=2,44; p_u=0,02].

Em relação à escala TAS-20 observou-se uma melhoria estatisticamente significativa da capacidade de ultrapassar a dificuldade em identificar sentimentos do momento antes da avaliação no programa (M=16,27; SEM=2,27) em relação ao momento de avaliação após as oito semanas de programa (M=13,27; SEM=1,64) [t(10)=2,14; p_u=0,03].

Por fim, em relação ao programa de MBCT também se verificou uma melhoria estatisticamente significativa da afetividade negativa (DS-14) do momento antes da participação no programa (M=12,91; SEM=2,20) em relação ao momento de pós-avaliação das oito semanas de programa (M=8,81; SEM=1,76) [t(10)=3,61; $p_u=0,002$].

Comparação entre o M0 com o M2 no programa de MBCT

Observou-se igualmente uma melhoria estatisticamente significativa da capacidade do indivíduo em perceber os seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais no presente, do momento antes da participação (M=36,46; SEM=1,37) para a avaliação realizada após quatro meses de participação no programa de MBCT (M=40,55; SEM=1,41) [t(10)=2,26; $p_u=0,02$].

Também a subescala da aceitação registou uma melhoria significativa na aceitação avaliada do momento anterior à participação (M=28,18; SEM=1,30), por comparação com a avaliação realizada em seguimento após quatro meses de programa de MBCT (M=34,73; SEM=2,03) [t(10)=2,86; $p_u=0,01$].

A subescala da TAS-20 observou uma melhoria estatisticamente significativa da capacidade de ultrapassar a dificuldade em identificar sentimentos no momento antes da avaliação no programa (M=16,27; SEM=2,27) em relação ao momento de avaliação após o seguimento de quatro meses do programa (M=12,55; SEM=1,97) [t(10)=2,38; $p_u=0,02$].

Da mesma forma, outra subescala da TAS-20, o pensamento orientado para o exterior registou uma melhoria estatisticamente significativa da avaliação antes do programa (M=19,36; SEM=0,91) para a avaliação de seguimento passados quatro meses do programa (M=17,09; SEM=1,08) [t(10)=2,25; $p_u=0,02$].

A escala total da TAS-20 também demonstrou melhorias estatisticamente significativas desde o momento inicial pré-avaliação (M=44,82; SEM=3,65) para a avaliação de seguimento após quatro meses de programa (M=39,55; SEM=3,51) [t(10)=2,09; $p_u=0,03$].

Por último, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas na subescala da afetividade negativa da DS-14, observando-se diferenças entre o momento pré-avaliação (M=12,91; SEM=2,20) e a avaliação no seguimento (M=8,45; SEM=1,36) [t(10)=2,93; $p_u=0,01$].

Apesar das comparações relativas ao programa MBCT demonstrarem diferenças entre as pré e as pós-avaliações, não se evidenciaram diferenças entre as médias (Md) dos grupos na comparação entre o M1-M0 e M2-M0 ($p>0,05$).

Discussão

O *mindfulness* tem sido constantemente associado a indicadores positivos de saúde física e psicológica (Siegel et al., 2009). Através da sua prática e participação em programas baseados em *mindfulness*, é possível verificar vários benefícios a nível psicológico (Lomas et al., 2018; Teixeira & Pereira, 2009).

Desta forma, o presente estudo visa compreender se, após a participação em dois dos principais programas baseados em *mindfulness* (MBCT e MBSR), os níveis de alexitimia, *mindfulness* disposicional, personalidade tipo D e crescimento pós-traumático variam, e se essa variação permanece após quatro meses da participação nos mesmos.

Primeiramente, os resultados mostraram um incremento estatisticamente significativo nas quatro variáveis em estudo após a participação em um dos programas, sugerindo que, após a participação nos programas de *mindfulness*, os participantes adquirem uma maior capacidade de diferenciação e consciencialização de sentimentos e emoções, maior capacidade de se focarem no momento presente, menor propensão para experienciarem emoções negativas e menor inibição social, bem como um aumento das mudanças psicológicas positivas percebidas.

Antes de mais, conclui-se que os resultados relativos aos três momentos de avaliação não dependem do tipo do programa. Embora não dependam, neste estudo focar-nos-emos nos resultados do programa MBCT uma vez que o N da amostra do programa MBSR é reduzido.

Os resultados das correlações encontradas, relativamente à **alexitimia**, foram ao encontro do esperado, segundo a literatura científica. Deste modo, os resultados revelam que com a participação nos programas de *mindfulness*, os participantes adquiriram maior capacidade de diferenciação e consciencialização de sentimentos e emoções, havendo uma diminuição do valor da alexitimia total da avaliação pré para a pós participação no programa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Viding e colaboradores (2015), no qual os autores concluíram que a participação em programas de *mindfulness* diminui os valores de alexitimia, comparativamente a um grupo de controlo. No presente estudo, as

melhorias significativas verificaram-se igualmente quando realizado um seguimento a 4 meses, sendo que os valores de alexitimia são mais baixos do que no momento antes da participação do programa, traduzindo-se numa melhoria ao nível da consciência quanto aos sentimentos e sensações. Tal é concluído também no referido estudo de Viding e colaboradores (2015), quando verificaram a eficácia das práticas de *mindfulness*, passados 3 e 6 meses do final do programa.

Os resultados encontrados para a variável ***mindfulness* disposicional**, permitiram concluir que a participação nos programas de *mindfulness* promovem o aumento da consciencialização e aceitação, traduzindo-se numa maior capacidade do indivíduo se focar no momento presente, após as oito semanas de programa assim como ao final de 4 meses do fim do mesmo. Esses resultados corroboram o estudo de Bloise e colaboradores (2016), que indicou uma melhoria dos resultados quanto à consciencialização e aceitação, no que diz respeito à participação no programa baseado em *mindfulness*.

Os resultados estabelecidos para a variável **Personalidade tipo D**, revelaram menor propensão para experienciar emoções negativas após a participação dos indivíduos, nos programas. O mesmo se verificou ao fim de 4 meses após o término dos mesmos, o que permite sugerir que efetivamente a participação nos programas possibilita manter os benefícios a curto prazo. Os resultados encontrados para os dois primeiros momentos de avaliação são consistentes com os da literatura. Por exemplo, um estudo de 2013 revelou que, efetivamente, embora os valores/as pontuações não tenham diferido entre os grupos, o grupo de intervenção mostrou reduções mais fortes de inibição social e de afetividade negativa após participação no MBSR, quando comparado com um grupo de controlo (Nyklicek, Beugen & Denollet, 2013).

Verificaram-se algumas incongruências quanto ao que seria esperado para os valores referentes à variável **crescimento pós-traumático** sendo que, após as oito semanas de programa houve um aumento significativo em três das subescalas para a variável crescimento pós-traumático, nomeadamente a subescala Novas Possibilidades, Força Pessoal e Mudança Espiritual; mas ao fim de 4 meses do término do programa os valores não se mantiveram. Um estudo, nomeadamente o de Garland e colaboradores (2007), verificou que a participação no programa MBSR pode melhorar a facilitação do crescimento positivo na redução de stress e melhoramento da espiritualidade, após experiências de vida traumáticas/adversas. O facto de a maioria dos participantes não ter

experienciado um evento de vida traumático/adverso nos últimos tempos pode ter feito com que as respostas influenciassem os resultados, uma vez que apenas 6 participantes responderam à escala PTGI tendo em conta o evento experienciado.

Embora conscientes das limitações inerentes ao tipo de estudo, à presente investigação podemos indicar, como primeira limitação, a inexistência de um grupo de controlo, sendo que seria benéfico comparar, entre grupos, os resultados das diversas variáveis em estudo. Outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra, considerada reduzida, nomeadamente no terceiro momento de avaliação, avaliação follow-up, e de forma mais acentuada no programa MBSR, que vai ao encontro do que acontece com a maioria dos estudos desta natureza. No entanto, quisemos respeitar a liberdade de cada participante no que respeita ao preenchimento da bateria de escalas. Por fim, o facto de os participantes terem frequentado os programas de forma intencional pode ter influenciado tendenciosamente e de forma positiva os resultados, uma vez que todos os participantes se inscreveram nos programas por iniciativa própria, influenciando assim a diversidade da amostra. Apesar das limitações inerentes ao presente estudo exploratório, o objetivo foi atingido, sendo que os resultados da investigação evidenciaram que o *mindfulness* e a sua prática contribuem positivamente para o bom funcionamento psicológico, nomeadamente ao nível da diminuição da alexitimia, do aumento do *mindfulness* disposicional, na diminuição da incidência da personalidade tipo D, de um incremento do crescimento pós-traumático, tanto ao fim de oito semanas de intervenção como ao fim de 4 meses do término da intervenção.

Considerando este estudo como ambicioso, uma vez que a maioria dos estudos de verificação de eficácia destes programas apenas fazem uma avaliação pré e pós programa, este estudo contribui para uma melhor perceção dos resultados a curto prazo, uma vez que foi realizada uma avaliação após 4 meses do fim do programa, permitindo perceber que efetivamente os resultados conseguidos ao fim das 8 semanas do programa se mantiveram.

O presente estudo permitiu perceber os benefícios que os programas baseados em *mindfulness* providenciam (nomeadamente o MBCT e o MBSR) e, deste modo, é importante realçar relativamente a implicações face à prática clínica, que perante os resultados apresentados, existe uma mais valia da inserção de programas de *mindfulness* como complemento à terapia ou de forma isolada, de forma a regular o funcionamento psicológico e melhorar o bem-estar de cada participante, uma vez que o *mindfulness* atua

não com a finalidade de mudança de pensamentos mas sim com o intuito de promover a aceitação dos mesmos. Desta forma, os pacientes conseguirão reconhecer os sentimentos e pensamentos disfuncionais causadores de sofrimento, e assim, encontrar estratégias para geri-los, possibilitando respostas mais funcionais para os mais variados problemas.

Para investigações futuras, seria interessante fazer a avaliação follow-up em mais momentos, de modo a verificar a efetividade dos resultados. Seria igualmente interessante realizar estudos do mesmo género avaliando outras variáveis como a ansiedade, stress e depressão, uma vez que são patologias muito presentes na sociedade.

Referências bibliográficas

- Anālayo, B. (2010). *Sattipatthana—The direct path to realization*. Cambridge, UK: Windhorse Publications.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015.
- Baer, R., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance-based treatment approaches. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (p. 3–27). Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-012088519-0/50002-2
- Bagby, M., Taylor, GJ, & Ryan, D. (1986). Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207–215. doi: 10.1159/000287950.
- Bergomi, C. T. (2013). The assessment of mindfulness with self-report measures: Existing scales and open issues. *Mindfulness*, 4(3), 191–202. doi: 10.1007/s12671-012-0110-9.
- Bloise, P., Andrade, M., Machado, H., & Andreoli, S. (2016). Increasing awareness and acceptance through mindfulness and somatic education movements. *Advances in mind-body medicine*, 30(4), 4-7. Disponível em <https://europepmc.org/article/med/27925606>.

- Brown, K., & Ryan, R. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 242–248. doi: 10.1093/clipsy.bph078.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K., & Danhauer, S. (2010). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping, 2*, 127–137. doi: 10.1080/10615800903094273.
- Cardaciotto, L., Herbert, JD, Forman, EM, Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment, 15*(2), 204–223. doi: 10.1177/1073191107311467.
- Carmody, J., & Baer, R.A. (2009). How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), 627–638. doi: 10.1002/jclp.20555.
- Centre For Mindfulness Studies. (s.d.). Acedido em <https://www.mindfulnessstudies.com/understanding-mbps/>
- Crane, R. B.-Z. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine, 47*(6), 990–999. doi: 10.1017/s0033291716003317.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine, 67*(1), 89–97. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49.
- Feldman, C. (1998). *Thorsons principles of meditation*. London: Thorsons.
- Garland, S., Carlson, L., Cook, S., Lansdell, L., & Speca, M. (2007). A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating post-traumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive care in cancer, 15*(8), 949-961. doi: 10.1007 / s00520-007-0280-5.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. London, UK: Routledge.
- Gregório, S., & Gouveia, J. P. (2011). Facetas de Mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica, 54*, 259–279. doi: 10.14195/1647-8606_54_10.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress education and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35–43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7.

- Halladay, J. D. (2019). Mindfulness for the mental health and well-being of post-secondary students: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, *10*(3), 397–414. doi: 10.1007/s12671-018-0979-z.
- Hayes, A. M. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, *11*(3), 255–262. doi: 10.1093/clipsy.bph080.
- Hedman-Lagerlof, M. H.-L. (2018). The empirical support for mindfulness-based interventions for common psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *48*(13), 2116–2129. doi: 10.1017/s0033291718000259.
- Janssen, M. H. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PloS one*, *13*(1), e0191332. doi: 10.1371/journal.pone.0191332.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*(1), 33–47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Aonde quer que eu vá*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, *8*(2), 73.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living, revised edition: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Hachette UK: Random House USA Inc.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., ... Hofmann, S.G. (2013). Mindfulness based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 763–771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005.
- Kuyken, W. W. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, *73*(6), 565–574. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.

- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Martins, H. (2014). Psychometric properties of the Portuguese version of the Posttraumatic Growth Inventory Short Form among divorced adults. *European Journal of Psychological Assessment, 30*, 3–14. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/41490>.
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupperecht, S., & Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review and meta-analysis of the impact of Mindfulness-Based interventions on the well-being of healthcare professionals. *Mindfulness, 10*(7), 1193-1216. doi: 10.1007/s12671-018-1062-5
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7.^a ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marques, D. R., Castilho, P., Gomes, A., & Pereira, A. (2019). Mindfulness and self-compassion along the chronotype: a cross-sectional study. *Chronobiology International, 36*(4), 541v547. doi: 10.1080/07420528.2018.1564323.
- Marques, M., Pereira, A., Bento, E., Xavier, S., Azevedo, J., Soares, M., Freitas, V. & Macedo, A. (2016). Mindfulness and insomnia at pregnancy. *European Psychiatry, 33*(S1),S269-S269. 12th-15th March, Madrid, Spain. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.706.
- Novais, D. (2013). *Práticas de auto-cuidado e percepção de stress em estagiários de Psicologia*. Dissertação de Mestrado (não publicada). ISPA, Lisboa: Portugal.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3.^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nyklíček, I., van Beugen, S., & Denollet, J. (2013). Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (Type D) personality traits: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine, 36*(4), 361-370. doi: 10.1007 / s10865-012-9431-3.
- Ospina, M., Bond, T., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M., & Klassen, T. P. (2007). Meditation practices for health: State of the research. *Evidence report/Technology assessment, 155*, 1–263.
- Pereira, A., Xavier, S., Bento, E., Azevedo, J., Marques, M., Soares, M., Freitas, V., Pinto, A.M., Roque, C. & Macedo, A. (2016). Mindfulness, self-compassion and

- depressive symptoms in pregnant women. *European Psychiatry*, 33(S1), S420-S420. 12th-15th March, Madrid, Spain. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1517.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381–391. doi: 10.2307/2489828.
- Ramos, C., Figueiras, L., Lopes, M., Leal, I., & G. Tedeschi, R. (2015). Inventário de ruminação relacionada com o acontecimento: Qualidades psicométricas na população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 299–310. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160303>
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, Â. (2008). *Estudo das características psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory – PTGI – (Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a População Portuguesa*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Rocha, A. R. (2015). *Escala da personalidade tipo D: Validação para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Disponível em <http://hdl.handle.net/10437/6814>.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Santaracchi, E., D’Arista, S., Egiziano, E., Gardi, C., Petrosino, R., Vatti, G., . . . Rossi, A. (2015). Correction: Interaction between neuroanatomical and psychological changes after mindfulness-based training. *PLOS ONE*, 10(6), e0129754. doi: 10.1371/journal.pone.0108359.
- Sears, R. W. (2015). Building competence in mindfulness-based cognitive therapy: Transcripts and insights for working with stress, anxiety, depression, and other problems. New York: Routledge.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Siegel, R., Germer, C., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? In: *Didonna F. (eds) Clinical Handbook of Mindfulness (p. 17–35)*. Springer, New York, NY. doi: 10.1007/978-0-387-09593-6_2.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness

- training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39. doi: 10.1016/0005-7967(94)e0011-7.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. doi: 10.1002/jts.2490090305.
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. (2013). Growth and the cancer caregiving experience: Psychometric properties of the Portuguese Posttraumatic Growth Inventory. *Families, Systems, & Health*, 31(4), 382–395. doi: <https://doi.org/10.1037/a0032004>.
- Teixeira, R. J., Ferreira, G., & Pereira, M. G. (2017). Portuguese validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-revised and the Philadelphia Mindfulness Scale. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 3–8. doi: 10.1016/j.mincom.2017.03.001.
- Teixeira, R., & Pereira, M. (2009). Promoção da saúde na doença oncológica: Intervenção de redução do stress baseada no mindfulness. *Psychologica*, 50, 253–275. doi: 10.14195/1647-8606_50_13.
- Veríssimo, R. (2001). *Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens: I. Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. Acta Médica Portuguesa*, 14(5-6), 529-536. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11878167/>.
- Viding, G., Osika, W., Theorell, T., Kowalski, J., Hallqvist, J., & Bojner, H. (2015). The Culture palette: a randomized intervention study for women with burnout symptoms in Sweden. *British Journal of Medical Practitioners*, 8(2), 5-12. Disponível em <https://www.bjmp.org/content/culture-palette-randomized-intervention-study-women-burnout-symptoms-sweden>.
- Xavier, S., Azevedo, J., Bento, E., Marques, M., Soares, M., Freitas, V., Martins, M.J., Nogueira, V., Macedo, A. & Pereira, A.T. (2016). Mindfulness, self-compassion and psychological distress in pregnant women. *European Psychiatry*, 33(S1), S484-S485. 12th-15th March, Madrid, Spain. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.1775.