



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Consciência Corporal: uma estratégia (DES) adaptativa de regulação emocional**

Tânia D'Almeida (e-mail: taniadalmeida\_@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica,  
subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais  
em Perturbações Psicológicas e da Saúde sob a orientação da  
Professora Doutora Paula Cristina de Oliveira de Freitas  
Castilho

Tânia D'Almeida

**CONSCIÊNCIA CORPORAL: UMA ESTRATÉGIA (DES) ADAPTATIVA DE REGULAÇÃO  
EMOCIONAL**

Tânia Inês Martins Henriques D'Almeida

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Especialização em  
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da  
Saúde) sob a orientação da Professora Doutora Paula Castilho



**FPCEUC** FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Paula Castilho, pela sua inteligência, rigor e orientação científica. Pela preocupação sentida, incentivo e suporte que me proporcionou ao longo deste projeto. Pelas horas tardias em que juntas trabalhamos. Por ter partilhado comigo a sua imensa sabedoria, entusiasmo e vontade. Espírito inigualável. Sem a sua ajuda não teria sido possível concretizar este projeto.

À Dr.<sup>a</sup> Ana Margarida Pinto pela disponibilidade, preocupação, apoio e incentivo incansáveis. Obrigado pela paciência que teve nos momentos mais angustiantes, a forma carinhosa como me acalmou.

Aos docentes e investigadores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, pela oportunidade única de crescimento intelectual, pessoal e científico ao longo destes anos.

Ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, assim como à excelência dos seus profissionais agradeço a disponibilidade e abertura com que abraçaram este projeto, auxiliando-me em todo o processo de recolha de amostra clínica. Não poderia deixar de fazer um especial agradecimento ao Dr. Monteiro-Ferreira, pela forma carinhosa com que me acolheu nas suas consultas do trauma e pelo entusiasmo com que encarou este desafio. Agradeço-lhe a paciência, a tolerância e a simpatia com que me contagiou ao longo de várias sextas-feiras.

A todas as pessoas que disponibilizaram um pouco do seu tempo para participar neste estudo. Sem elas este trabalho não seria realizável!

Aos doentes com Perturbação de Pós-*Stress* Traumático que, com todas as suas dificuldades colaboraram neste projeto.

Ao Tiago, pelo incentivo constante. Pela esperança de um Sempre. Por ser a

minha maior fonte de afetos, partilha e cumplicidade. Por me mostrar que o «amor é inquietação, esperança, certeza e dúvida, caos e ordem. Castiga e compensa». Por me inspirar a cada suspiro e me fazer sentir viva. Porque me encontrei no dia em que entraste na minha vida e, desde então, és parte daquilo que eu sou!

Às amigas do coração: Fabiana Tomé, pela partilha e cumplicidade ao longo de tantos anos. Por estares sempre presente, caminhando comigo lado a lado; à Bárbara Cruz e à Francisca Rego, pelos afetos e bons momentos que partilhamos, por me compreenderem e acalmarem as minhas angústias. Obrigado a todas, por me fazerem acreditar que a nossa «amizade é um amor que nunca morre»!

Ao Diogo Pombo, o meu amigo de todas as horas! Por desde sempre fazer parte da minha vida e da minha história. Pela significância e presença.

Aos meus pais, em especial à minha mãe pelos longos serões na colocação dos dados e por ser o meu poderoso “cais de embarque”. Pelo esforço, certeza e esperança que depositaram em mim. Orgulho-me de serem meus e, orgulho-me de ser vossa.

À minha família, pelo contributo precioso ao longo deste trabalho. Aos meus avós, à minha madrinha e à tia Beta por terem construído tantas cores que há em mim. À tia Teresa, por acreditar e investir em mim.

À Lena, ao João e à Inês, por me permitirem fazer parte das vossas vidas. Pela esperança e carinho com que sempre me receberam ao longo destes anos. Pelos momentos de partilha e distração que me proporcionaram, tao valiosos nesta etapa final.

## Nota Introdutória

São vários os estudos que têm evidenciado efeitos benéficos de uma qualidade de consciência corporal *mindful* no bem-estar físico e mental dos indivíduos, nomeadamente na sua adaptação a uma condição crónica. A consciência corporal, um construto complexo e multidimensional, tem sido conceptualizada como a capacidade de observar, identificar e experienciar as sensações corporais internas (Mehling et al., 2009; Price & Thompson, 2007). Porém a ausência de uma medida validada e adaptada para a população portuguesa, dirigida especificamente à medição deste construto, limita e dificulta os estudos na área da conexão ao corpo. Neste sentido, a presente dissertação apresenta como primeiro estudo a validação para a população portuguesa da Escala de Conexão ao Corpo (Scale of Body Connection-SBC, Price & Thompson, 2007). Os resultados demonstraram que, embora apresente algumas fragilidades, se trata de uma medida válida, com qualidades psicométricas adequadas e bons índices de ajustamento, representando assim, um importante contributo na investigação e prática clínica.

Estes resultados permitiram a realização de um segundo estudo complementar, que se propõe explorar o papel da consciência corporal e dos processos psicológicos, nomeadamente a depressão, a fusão cognitiva e a ruminação na severidade da dor, numa amostra não clínica. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram, uma relação positiva estatisticamente significativa entre a severidade da dor e as restantes variáveis, contrariamente ao esperado para a consciência corporal. No modelo de regressão, esta variável revelou-se o único preditor significativo da severidade da dor.

## **Lista de Artigos**

Os artigos que compõem esta dissertação são os seguintes:

- I. D’Almeida, T., & Castilho, P. (2014). *Conexão ao Corpo*: Análise fatorial confirmatória e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Conexão ao Corpo (SBC).
  
- II. D’Almeida, T., & Castilho, P. (2014). Estudo exploratório do papel da consciência corporal e dos processos de regulação emocional na manutenção da dor.

Artigo I

D'Almeida, T., & Castilho, P. (2014). *Conexão ao Corpo*: Análise fatorial confirmatória e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Conexão ao Corpo (SBC). Manuscrito em preparação.

*Conexão ao Corpo: Análise fatorial confirmatória e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Conexão ao Corpo (SBC). Manuscrito em preparação*

Tânia D'Almeida<sup>1</sup>

Paula Castilho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

<sup>1</sup>A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Tânia D'Almeida

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: taniadalmeida\_@hotmail.com



## Resumo

A Consciência Corporal é concetualizada como a perceção dos estados corporais, processos e ações que têm origem nos aferentes sensoriais interoceptivos e propriocetivos, e que o indivíduo tem a capacidade de observar. Este construto tem surgido como um tema de interesse científico em várias condições de saúde (Mehling et al., 2009). Uma vez que não existia nenhum instrumento adaptado e validado para a população portuguesa que permitisse medir a consciência corporal, o presente estudo visou a adaptação e validação da versão portuguesa da Escala de Conexão ao Corpo (ECC). A validade fatorial da Escala de Conexão ao Corpo foi analisada num primeiro estudo exploratório, tendo sido confirmada a sua estrutura bi-fatorial numa amostra não clínica (N = 408). A ECC revelou possuir uma estrutura com dois fatores: a Consciência e a Dissociação Corporal que explicam 43% da variância. A análise fatorial confirmatória revelou um modelo com boa qualidade de ajustamento.

O estudo da consistência interna da ECC mostrou valores aceitáveis para o fator Dissociação Corporal ( $\alpha = .70$ ) e bons para o fator Consciência Corporal ( $\alpha = .80$ ). Revelou ainda, um bom comportamento no que respeita à correlação item-total, validade convergente e estabilidade temporal para cada fator. Em síntese, a versão portuguesa da ECC parece ser uma medida adequada e válida para avaliar a consciência corporal, podendo desempenhar um importante contributo na investigação e prática clínica.

*Palavras-chave:* Escala de Conexão ao Corpo, Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória, propriedades psicométricas.

### Abstract

Body Awareness is the perception of bodily states, processes and actions that is presumed to originate from sensory proprioceptive and interoceptive afferents, and that na individual has the capacity to be aware of. This construct has emerged as a topic of scientific interest in various health conditions (Mehling et al., 2009). There was no instrument adapted and validated for the Portuguese population that would allow measuring body awareness. The present study aims to adapt and validate the Portuguese version of the Scale of Body Connection (SBC). The factorial validity of the scale of Body Connection was analyzed to a first exploratory study, and bi-factorial structure was confirmed using a nonclinical sample (n= 408). The SBC has revealed a structure with two factors: Body Awareness and Body Dissociation, which explains 43% of the variance. Confirmatory factor analysis revealed that SBC presents goodness-of-fit. The study showed that the SBC holds acceptable internal consistency for the Body Dissociation factor ( $\alpha = .70$ ) and good for the Body Consciousness factor ( $\alpha = .80$ ). Results also showed a good item-total correlation, convergent validity and temporal reliability for each factor. In summary, the SBC in its Portuguese version seems to be an appropriate and valid measure to assess body awareness, that may play an important contribution in research and clinical practice.

*Keywords:* Scale of Body Connection, Exploratory and Confirmatory Factor

Analysis, psychometric properties

## Introdução

A ideia de uma abordagem integradora de conexão mente-corpo não é nova. Até ao século XIX, emoções e estados de espírito eram considerados componentes da doença física. Embora se tenha perdido esta visão da pessoa como um todo durante um período de tempo, nas últimas décadas a visão integradora regressou numa tentativa de melhorar os processos de cura (Latorre, 2000).

A conexão mente-corpo refere-se aos processos subjacentes da maioria das terapias de autorregulação que têm como finalidade aumentar o bem-estar físico e mental em abordagens convencionais, tais como a Terapia Cognitivo-Comportamental e o *Biofeedback* e as Terapias Alternativas, entre as quais a meditação e Yoga (Price & Thompson, 2007).

Apesar da conexão mente-corpo ter-se vindo a tornar num importante foco de interesse em muitas áreas da Psicologia, a relevância do corpo encontra-se sub-investigada (Brani, Hefferon, Lomas, Ivtzan, & Painter, in press).

De acordo com Bakal (1999) estar consciente da relação entre a mente e o corpo é fundamental para o sucesso das terapias mente-corpo, uma vez que entrar em contacto com as experiências corporais proporciona aos indivíduos o acesso experiencial a mecanismos que aliviam o sofrimento dentro de si próprios. Isto implica experienciar e aceitar a experiência corporal, alcançando um estado de observação consciente das experiências internas, ao invés da dissociação corporal (Aposhyan, 2004; Brown & Ryan, 2003; Gard, 2005). Desta forma, os construtos de consciência e dissociação corporal estão associados aos processos conscientes que implicam a conexão mente-corpo (Price & Thompson, 2007).

A consciência corporal tem surgido nos últimos anos como tema de interesse científico em várias condições de saúde, sendo definida como a perceção dos estados

corporais, processos e ações que têm origem nos aferentes sensoriais interoceptivos e propriocetivos e que o indivíduo tem a capacidade de observar. Inclui a percepção de sensações físicas específicas (e.g. atividade cardíaca), assim como sensações complexas (e.g. dor, sensação de relaxamento, “marcadores somáticos“ das emoções) (Mehling et al., 2009).

Este construto multidimensional engloba a consciência sensorial, a capacidade de identificar e experienciar as sensações internas, bem como o estado emocional ou fisiológico geral do corpo (por exemplo, relaxado ou tenso). Envolve igualmente observar as modificações no corpo em resposta às emoções e ao meio ambiente (Price & Thompson, 2007).

Mehling e colaboradores (2009) têm salientado a proximidade entre os construtos de consciência corporal e *mindfulness*, referindo que o *mindfulness*, embora represente um âmbito mais abrangente, engloba também a consciência das sensações internas, sendo que algumas competências necessárias para alcançar um estado *mindful*, nomeadamente a atenção, concentração e o não julgamento desempenham um importante papel no desenvolvimento da consciência corporal (Mehling et al., 2009).

Definir, conceptualizar, operacionalizar, e avaliar o *mindfulness* tem sido um desafio e fonte de grande debate e investigação no campo da psicologia (Brani et al., in press). Kabat-Zinn (2003) forneceu uma definição operacional de *mindfulness*: “A consciência que emerge através de prestar atenção com um propósito, no momento presente, e sem julgamento ao desenrolar das experiências momento a momento” (p.145). Bishop e colaboradores (2004) sugeriram que o *mindfulness* apresenta dois componentes fundamentais. O primeiro refere-se à autorregulação da atenção que é mantida na experiência presente, permitindo um maior reconhecimento dos eventos mentais que ocorrem no presente. O segundo relaciona-se com uma atitude particular

orientada para a experiência, caracterizada pela curiosidade, abertura e aceitação. Ao praticar *mindfulness* os indivíduos aprendem a desenvolver a perspectiva do *Eu* observador, através da qual observam os seus pensamentos e sentimentos perturbadores de forma não reativa e sem julgamento. Este estado de *Eu* observador é essencial para alcançar a desfusão cognitiva, na qual os indivíduos aprendem a notar os pensamentos e as sensações sem se identificarem, reagirem ou serem controlados por eles (Bishop et al., 2004; Hayes, 2004), o que implica uma atitude de tolerância, aceitação e abertura mesmo com as emoções ou pensamentos desagradáveis (Grossman, Tiefenthaler-Gilmer, Raysz, & Kesper, 2007).

Vários estudos têm evidenciado que a prática de *mindfulness* promove o bem-estar, o autoconhecimento e a redução do *stress* percebido, desempenhando uma importante função de autorregulação emocional (Brown & Ryan, 2003; Carmody & Baer, 2007). Um dos motivos subjacente à prática de *mindfulness* é a proximidade ao corpo ou a retoma de um processo de *embodiment*, na medida em que facilita o alcance do bem-estar ou paz mental (Mehling et al., 2011). Desta forma, o *mindfulness* constitui uma via para aumentar a consciência corporal, sendo considerado um elemento chave para o desenvolvimento da mesma (Mehling et al., 2009).

### **Consciência Corporal e Psicopatologia**

A consciência corporal tem sido tradicionalmente associada às perturbações ansiosas, onde se constatou que uma consciência corporal elevada traduz-se num foco exagerado nos sintomas físicos, amplificação somatosensorial, ruminação e crenças catastróficas (Cioffi, 1991). Assim, a consciência corporal era considerada na ciência médica e comportamental como mal adaptativa e perturbadora, sendo utilizada como um marcador para a hipocondria e ansiedade (Cioffi, 1991). No entanto, alguns estudos

recentes mostram que esta amplificação somatosensorial não reflete uma elevada sensibilidade às sensações corporais, mas pelo contrário, aqueles que experimentam as sensações corporais normais como intensas e nocivas são menos precisos em notar as sensações corporais, o que sugere que a capacidade de notar e identificar as sensações corporais distingue-se da amplificação somatosensorial (Aronson, Barrett, & Quigley, 2006; Bogaerts et al., 2008; Mailloux & Brener, 2002; Steptoe & Noll, 1997). Resultados de vários estudos parecem ainda, contradizer a visão tradicional da consciência corporal, evidenciando que ela pode ser útil na dor crónica. Um estudo com pacientes com dor lombar crónica demonstrou que o foco nos componentes sensoriais da dor era mais benéfico do que as tentativas de suprimir a dor, na medida em que parece atenuar as respostas de *stress* associadas (Burns, 2006). Assim, dada a importância da consciência das sensações corporais, enquanto um processo que promove o alívio/diminuição dos sintomas, a visão tradicional é desafiada a reconhecer a complexidade inerente ao construto (Bakal, Coll, & Schaefer, 2008; Bakal, Steiert, Coll, & Schaefer, 2006).

### **Desenvolvimentos na área da Consciência Corporal**

Os benefícios encontrados na consciência corporal têm levado ao desenvolvimento de várias terapias que visam aumentar a consciência corporal, designadas como Terapias da Consciência Corporal (Body Awareness Therapy - BAT) (Gard, 2005). As BAT podem ser definidas como abordagens fisioterapêuticas orientadas para o corpo, utilizando uma perspectiva holística direcionada para a consciência de como o corpo é usado, em termos da sua função, comportamento e interação com o *self* e com os outros (Gyllensten, 2002 citado por Gard, 2005). De um modo geral, as terapias de consciência corporal visam melhorar a consciência corporal e

diminuir as disfunções corporais, através da promoção da consciência do corpo, da comunicação não-verbal e do restabelecimento da imagem corporal (Roxendal, 1985). Estas abordagens são sobretudo indicadas para condições clínicas nas quais existem distúrbios na consciência corporal, podendo ser úteis nos estados psicóticos com consciência e imagem corporal perturbada, assim como nos estados neuróticos com desvalorização do corpo e ainda, nas desordens psicossomáticas (Roxendal, 1985).

Entre as abordagens que visam uma qualidade de consciência corporal caracterizada pelo não-julgamento, *mindfulness* e adopção de uma postura de curiosidade, aceitação e abertura experiencial para com a experiência (Bishop et al., 2004) destaca-se a Terapia Básica da Consciência Corporal (BBAT). Alguns dos seus componentes principais são: a regulação da respiração, a massagem, o foco na experiência do próprio movimento e a conscientização, de modo a restaurar o equilíbrio e a unidade do corpo e da mente (Gard, 2005). A consciência corporal, incluindo a consciência da respiração parece levar a um aumento do contacto com o corpo, influenciando também sentimentos de controlo, estabilidade, relaxamento e presença (Johnsen & Raheim, 2010). Nas sessões grupais da BBAT, o objetivo é ensinar os sujeitos a conhecerem-se a si mesmos assim como às suas reações fisiológicas (Johnsen & Raheim, 2010), sendo incentivados a observar e aceitar as sensações e emoções que são ativadas na sessão de tratamento, de modo a aumentar a consciência corporal (Gard, 2005). O impacto das terapias que visam desenvolver esta qualidade de consciência corporal tem sido estudado em várias situações médicas, a saber: a Fibromialgia (Gard, 2005; Grossman et al., 2007; Sephton et al., 2007), as Perturbações do Comportamento Alimentar, onde se verificou uma melhoria na qualidade de vida e satisfação com o corpo (Catalan-Matamoros, Helvik-Skjaerven, Labajos-Manzanares, Martinez-de-Salazar-Arboleas, & Sanchez-Guerreiro, 2011) e numa vasta gama de perturbações

psiquiátricas, evidenciando um efeito benéfico na saúde e no bem-estar (Johnsen & Raheim, 2010).

O *Mindful Body Awareness* surge também como uma abordagem inovadora das terapias orientadas para o corpo que envolve a massagem, a interocepção e o treino de *mindfulness* de modo a trazer a consciência ao interior do corpo, através da observação sem julgamento das sensações físicas, emoções e pensamentos que podem surgir durante a prática (Price, Krycka, Breitenbucher, & Brown, 2011). Os seus benefícios têm sido encontrados numa série de estudos, nomeadamente na recuperação de experiências de abuso sexual na infância (Price, 2005), PTSD e dor crónica (Price, McBride, Hyerle, & Kivlahan, 2007) e, no tratamento da perturbação de abuso de substâncias (Price, Wells, Donovan, & Brooks, 2012). Os resultados destes estudos revelaram um aumento da consciência emocional, uma maior conexão mente-corpo, facilitando novas competências de regulação emocional e redução do *stress*, assim como um sentido do *self* mais seguro e confiante.

### **Avaliação da Consciência Corporal**

Dada a importância de conceptualização do construto de consciência corporal e tendo como objetivo a validação da Escala de Conexão ao Corpo – ECC (Price & Thompson, 2007), considerou-se pertinente apresentar informações acerca desta medida, assim como de outras que procuram medir construtos similares. Têm sido desenvolvidos vários instrumentos com o intuito de medir a consciência corporal. Numa revisão aprofundada das suas qualidades psicométricas Mehling et al. (2009) destacaram alguns instrumentos, nomeadamente o *Body Awareness Questionnaire* (BAQ, Shields, Mallory, & Simon, 1989), a *Private Body Consciousness Sub-Scale* (PBCS) do *Body Consciousness Questionnaire* (BCQ, Miller, Murphy, & Buss, 1981), e



a *Body Vigilance Scale* (BVS, Schmidt, Lerew, & Trakowski, 1997). O BAQ é uma medida de autorresposta constituída por 18 itens que medem a sensibilidade aos processos normais do corpo, evidenciando-se como um instrumento fidedigno, com boa validade convergente e discriminante. Por sua vez, a PBCS é constituída por 5 itens que medem a disposição dos indivíduos para se focarem nas sensações corporais internas. Esta subescala apresentou estabilidade temporal e fiabilidade aceitáveis. Por último, a BVC, uma medida de autorresposta composta por 4 itens pretende avaliar o foco atencional às sensações corporais internas, especificamente no contexto da perturbação de pânico.

As medidas que avaliam o *mindfulness* contém alguns itens acerca dos processos conscientes que envolvem a conexão mente-corpo, nomeadamente as medidas *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS, Brown & Ryan, 2003) e o *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS, Baer, Smith, & Allen, 2004). O MAAS é constituído por 15 itens e avalia as diferenças individuais na frequência dos estados *mindful* ao longo do tempo, e O KIMS constitui um inventário de autorresposta constituído por 39 itens que visam avaliar 4 competências de *mindfulness*: observar, descrever, agir com consciência e aceitação sem julgamento. Contudo, estas medidas não são desenhadas e construídas para avaliar a consciência corporal (Price & Thompson, 2007).

No sentido de superar algumas das limitações inerentes às medidas existentes de consciência corporal surge, então, a Escala de Conexão ao Corpo (ECC) na medida em que os instrumentos existentes não contemplam os processos conscientes que envolvem a conexão mente-corpo, focando-se sobretudo na percepção sensorial ou nos sinais físicos (Price & Thompson, 2007).

As propriedades psicométricas da versão original da Escala de Conexão ao Corpo (Price & Thompson, 2007) foram examinadas numa amostra de 291 estudantes.

Esta medida é constituída por 20 itens que representam os dois fatores da escala, consciência corporal e dissociação corporal. A subescala de consciência é composta por 12 itens (1, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18) e a subescala de dissociação por 8 itens (2,7,5,10,11,16,19,20), com um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, onde 0 corresponde a “nunca” e 4 “sempre”. A validade de construto foi examinada através de uma Análise Fatorial Confirmatória. O  $\chi^2$  ( $\chi^2= 283.34$ , 166df,  $p <.001$ ) foi significativo e os índices específicos de ajustamento sugerem um ajustamento adequado aos dados (CFI=.96, GFI=.89, NFI=.90, SRMR=.07, RMSEA=.05 [intervalo confiança=.043-.065]). Todos os itens apresentaram cargas fatoriais iguais ou superiores a 0.30. O poder discriminativo da escala foi analisado através da comparação entre grupos com e sem história de trauma, não se tendo verificado diferenças significativas entre os grupos na subescala de consciência corporal. A consistência interna obtida revelou-se adequada para ambas as subescalas:  $\alpha= .83$  para a consciência corporal e  $\alpha = .78$  para a dissociação corporal. Porém, as duas dimensões não se encontraram correlacionadas entre si ( $r = -.08$ , ns). Recentemente, Quezada-Berumen, González-Ramírez, Cebolla, Soler, e Garcia-Campayo (2014) realizaram a validação da versão espanhola da ECC em que os resultados obtidos diferem da versão original, pois, embora os autores tenham também verificado a existência de uma solução de dois fatores, estes fatores mostraram-se correlacionados ( $r = -.11$ ). De um modo geral, as restantes propriedades psicométricas aproximam-se da versão original, com um  $\alpha = .86$  para a consciência corporal e  $\alpha = .62$  para a dissociação corporal. Os autores sugerem ainda, que a escala da dissociação corporal poderá ser útil para a monitorização da eficácia da intervenção psicológica na dor crónica, no trauma e nas perturbações de ansiedade, enquanto que a escala de consciência corporal poderá ser vantajosa para avaliar a eficácia das terapias baseadas no *mindfulness*, na medida em que a consciência corporal parece ser uma

variável importante deste construto (Quezada-Berumen et al., 2014). Ainda, um estudo realizado por Price e colaboradores (2011) demonstrou que a ECC revelou mudanças positivas na consciência e dissociação corporal após um programa de terapia orientada para o corpo. Os autores constataram que dois dos quatro participantes que inicialmente manifestavam baixos níveis de consciência corporal e elevados níveis de dissociação, demonstraram melhorias significativas na consciência corporal e redução da dissociação após a intervenção. Segundo os autores, os dados sugerem que a ECC se revela um bom indicador de mudança para os indivíduos com um nível menos ótimo de conexão ao corpo, evidenciando um efeito de “teto” para amostras com elevados níveis de consciência (Price et al., 2011).

### **Objetivos**

O presente estudo teve como objetivos: (i) a tradução e adaptação da escala de Conexão ao Corpo para a língua portuguesa; (ii) examinar a sua estrutura fatorial numa amostra não clínica (estudantes e trabalhadores da população geral); (iii) analisar as propriedades psicométricas da escala, nomeadamente, a estrutura dos itens, consistência interna, estabilidade temporal, validade convergente e divergente e o poder discriminativo da medida.

### **Método**

#### **Amostra**

Foi constituída uma amostra de conveniência com sujeitos da população Portuguesa, tendo sido considerados como critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto dos instrumentos.

A amostra do presente estudo ( $n = 408$ ) constituída por 218 (53.4%) mulheres e 190 (46.6%) homens foi aleatoriamente dividida em dois grupos. Assim, do total da amostra apenas 241 sujeitos, 137 (56.8%) mulheres e 104 (43.2%) homens participaram no estudo exploratório da estrutura fatorial da medida. A média de idades desta amostra é 32.05 (DP= 12.418), com uma idade mínima de 18 anos e idade máxima de 60 anos, tendo apresentado uma distribuição homogénea ( $F_{(239)} = .030$ ;  $p = .863$ ). Não se verificaram diferenças significativas nesta variável sociodemográfica em função do género ( $t_{(239)} = -.430$ ;  $p = .668$ ).

Relativamente aos anos de escolaridade, a média obtida foi de 13.35 anos (DP= 2.823) tendo-se verificado diferenças estatisticamente significativas em função do género ( $t_{(238)} = 2.137$ ;  $p = .034$ ). As mulheres apresentam mais escolaridade ( $M = 13.68$ , DP= 2.655) do que os homens ( $M = 12.90$ , DP= 2.984) com uma magnitude do efeito de .276.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos sujeitos da amostra é solteira 60.6% ( $n = 146$ ) ou casada 29.0% ( $n = 70$ ), com alguns 5.0% ( $n = 12$ ) em união de facto e divorciados 5.0% ( $n = 12$ ) e apenas 0.4% ( $n = 1$ ) com o estado civil de viuvez. Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nesta variável ( $\chi^2_{(4)} = 2.788$   $p = .594$ ). Quanto ao nível socioeconómico constatou-se que 18.3% ( $n = 44$ ) dos participantes desempenham uma profissão de nível socioeconómico baixo, 26.1% ( $n = 63$ ) de nível socioeconómico médio, 9.1% ( $n = 22$ ) de nível socioeconómico elevado e 46.5% ( $n = 112$ ) são estudantes representando, assim a maioria. Na distribuição da amostra não existem diferenças estatisticamente significativas no nível socioeconómico em função do género ( $\chi^2_{(3)} = 4.448$   $p = .217$ ).

## **Instrumentos de Medida**

Todos os participantes do estudo de aferição da ECC completaram uma bateria de instrumentos de autorresposta. Para além da folha relativa aos dados sociodemográficos (idade, género, estado civil, anos de escolaridade completos e profissão) fazia também, parte do protocolo os seguintes instrumentos:

Escala de Conexão ao Corpo (SBC: *Scale of Body Connection*, Price & Tomphson, 2007). É uma medida de autorresposta que avalia a consciência corporal (12 itens) (e.g. “*Se o meu corpo estiver tenso, estou consciente dessa tensão*”) e a dissociação corporal (8 itens) (e.g. “*Sinto-me separado (a)/desligado (a) do meu corpo*”). Uma vez que este instrumento já foi anteriormente descrito, e constitui a medida em estudo, apresentamos apenas uma breve descrição do mesmo.

Questionário das Cinco Facetas do *Mindfulness* (FFMQ: *Five Facet Mindfulness Questionnaire*, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). Este questionário de autorresposta é composto por 39 itens que avaliam a propensão para estar no momento presente no dia-a-dia. As respostas aos itens baseiam-se numa escala de resposta tipo *likert* de 5 pontos. Os resultados da versão original indicaram uma boa consistência interna para todas as subescalas: Observar  $\alpha = .83$ ; Descrever  $\alpha = .91$ ; Agir com Consciência  $\alpha = .87$ ; Não Julgar  $\alpha = .87$ ; Não reagir  $\alpha = .75$ . No estudo de aferição para a população portuguesa, este instrumento revelou-se multidimensional com igual número de facetas encontradas na versão original. A medida apresentou uma boa consistência interna: Não Julgar  $\alpha = .86$ ; Observar  $\alpha = .78$ ; Agir com Consciência  $\alpha = .89$ ; Descrever  $\alpha = .88$ ; Não Reagir  $\alpha = .66$ . Os resultados forneceram evidência para a estrutura fatorial, consistência interna e validades convergente e discriminante, mostrando-se assim, um instrumento adequado para a população Portuguesa (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). No nosso estudo os valores de consistência interna obtidos foram:  $\alpha = .85$  para a subescala Não Julgar;  $\alpha =$

.77 para a subescala Observar;  $\alpha = .86$  para a subescala Agir com Consciência;  $\alpha = .84$  para a subescala Descrever e  $\alpha = .70$  para a subescala Não Reagir.

Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas II (DES II: *The Dissociative Experiences Scale-Revised*, Carlson & Putnam, 1993; versão portuguesa de Matos, Dinis, & Pinto Gouveia (2008). Esta escala deriva da Escala das Experiências Dissociativas (DES), inicialmente desenvolvida por Bernstein e Putnam (1986) para medir as experiências dissociativas em populações clínicas. A DES-II é uma medida de autorresposta constituída por 28 itens que medem a frequência das experiências e comportamentos dissociativos, incluindo sentimentos de desrealização, despersonalização e amnésia psicogénica. Os itens englobam um conjunto de experiências nas quais o sujeito determina o grau em que a situação descrita se aplica a si próprio, colocando um círculo em torno do número que representa a percentagem de tempo em que teve essa experiência, numa escala de 0% a 100%. Com esta medida obtém-se uma pontuação total, em que pontuações mais elevadas indicam mais dissociação. Os autores da DES-II encontraram uma elevada consistência interna para esta escala ( $\alpha = .90$ ), boa validade e fidelidade teste-reteste. Os estudos na população portuguesa (Matos, Dinis, & Pinto Gouveia, 2008) revelaram uma estrutura unidimensional, constituída por todos os itens, tendo apresentado um valor de consistência interna elevado ( $\alpha = .93$ ) e boa validade convergente e discriminante. No nosso estudo, o total da escala apresentou um alfa de *Cronbach* de .93.

Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire*, Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). O AAQ-II é uma medida geral que avalia dois construtos considerados fundamentais no modelo de psicopatologia da ACT, o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). O

evitamento experiencial traduz a resistência ou a indisponibilidade para permanecer em contacto com experiências privadas indesejadas, e a tentativa de alterar a forma e a frequência dessas experiências (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Esta medida era inicialmente composta por 10 itens, no entanto, com a análise psicométrica final ficou reduzida a 7 itens (Bond et al., 2011). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos, de 1 (“nunca verdadeiro”) a 7 (“sempre verdadeiro”), em que pontuações mais elevadas indicam mais evitamento experiencial. A AAQ-II demonstrou uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ), valores de fidelidade teste-reteste e de validade convergente e discriminante igualmente bons. Quanto à validade fatorial a medida revelou uma estrutura unidimensional. As qualidades psicométricas da versão portuguesa do AAQ-II (Pinto-Gouveia et al., 2012) foram estudadas numa amostra da população geral e numa amostra clínica, tendo-se obtido, igualmente, uma estrutura unidimensional com 7 itens. A versão portuguesa revelou um elevado valor de consistência interna ( $\alpha = .90$ ), assim como boa validade convergente e discriminante. Na amostra em estudo o AAQ-II apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = .91$ ).

Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* de 21 itens – EADS-21 (DASS-21: *Depression Anxiety Stress Scales*, Lovibond, & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 é uma versão reduzida da EADS-42, composta por 3 subescalas: Depressão, Ansiedade e *Stress*, cada uma delas com 7 itens. Os participantes avaliam a extensão em que experienciam cada sintoma durante a última semana. Cada frase tem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala de resposta tipo *Likert*, variando entre 0 (“não se aplicou nada a mim”) a 3 (“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). As pontuações mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os valores de consistência interna da versão original para a população normal mostraram-se elevados para todas as

subescalas: Depressão ( $\alpha = .94$ ); Ansiedade ( $\alpha = .87$ ); *Stress* ( $\alpha = .91$ ). O estudo da versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) apresentou igualmente, bons valores de consistência interna:  $\alpha = .86$ ;  $\alpha = .74$ ;  $\alpha = .81$ , para a depressão, ansiedade e *stress*, respetivamente. No nosso estudo obteve-se um alfa de  $.87$  quer para a depressão, quer para a ansiedade e  $.88$  para o *stress*.

### **Procedimentos**

Após a autorização dos autores originais para a utilização da Escala de Conexão ao Corpo (ECC), procedeu-se à tradução e adaptação da mesma. A medida foi traduzida por Pinto, Pinto-Gouveia, e Castilho (2012) seguida da retroversão por um especialista em inglês independente do estudo, de modo a garantir a comparabilidade da versão portuguesa com a versão original, preservando, assim, o conteúdo dos itens e a semelhança lexical e conceptual. Todos os participantes envolvidos foram informados acerca dos objetivos do estudo, dos procedimentos necessários e do carácter voluntário da sua participação, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas. O protocolo de investigação foi entregue pessoalmente pela investigadora aos participantes em vários contextos, nomeadamente, estabelecimentos públicos e privados, empresas e trabalhadores independentes. O preenchimento completo do protocolo demorou, em média, 40 minutos. Concluída a fase de recolha procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados cujos procedimentos utilizados serão descritos no ponto que se segue.

### **Estratégia analítica**

Para estudar a estrutura fatorial da ECC recorreu-se a uma Análise Fatorial Exploratória em Componentes Principais, seguida de rotação Oblíqua, para testarmos a



composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão (Tabachnick & Fidell, 2007). Foram testados os pressupostos inerentes à análise desta estatística, e que se referem ao tamanho da amostra e aos coeficientes de correlação dos itens, cujo valor deve ser acima de .30 (Pallant, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1 (critério de Kaiser), em consonância com o *Scree-Plot* e a percentagem de variância retida. Com o intuito de avaliar a validade da análise fatorial em componentes principais (AFCP), utilizou-se o critério da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Costello & Osborne, 2005). Por sua vez, o teste de Esfericidade de Bartlett, sensível à dimensão da amostra, exige que as variáveis apresentem distribuição normal multivariada, sendo sensível à violação deste pressuposto (Marôco, 2010b). De seguida, efetuou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) a fim de testar a qualidade de ajustamento do modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (Marôco, 2010a). Para avaliar a qualidade de ajustamento global do modelo, utilizaram-se os seguintes índices de ajustamento: o  $\chi^2/g.l$  (Qui-Quadrado), o CFI (*Comparative Fit Index*), o TLI (*Tucker and Lewis Index*) e o RMSEA (*Root Mean Square Error of Aproximation*) e a  $p$  ( $rmsea \leq .05$ ), por se considerarem os indicadores mais adequados (Marôco, 2010a). Considerou-se que o ajustamento do modelo aos dados era bom para valores de CFI e TLI superiores a .9, valores de RMSEA no intervalo definido [.05; .08[ e  $\chi^2/g.l$  entre 1 e 2 (Marôco, 2010a). No sentido de perceber qual o melhor modelo obtido utilizaram-se os seguintes índices baseados na teoria da informação: AIC (*Akaike Information Criterion*) e o ECVI (*Expected Cross-Validation Index*), em que o melhor modelo será aquele que apresentará menores valores num ou em ambos os índices. O ajustamento do modelo foi calculado a partir dos índices de modificação (superiores a 11;  $p < .001$ ). A existência

de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ ) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelas medidas de assimetria ( $Sk$ ) e curtose ( $Ku$ ) uni e multivariada (Marôco, 2010a). O ajustamento local foi avaliado pela fiabilidade individual dos itens. Calculou-se também a fiabilidade da medida através da fiabilidade compósita, que indica o grau em que os itens são manifestações do fator latente (Marôco, 2010a). Estes indicadores permitem-nos perceber se os parâmetros estimados de forma ótima, são interpretáveis do ponto de vista daquilo que se conhece do construto e da relação entre as variáveis. A validade fatorial foi analisada pelo cálculo da validade convergente, através da Variância Extraída Média (VEM) e, da validade discriminante pela comparação das VEM com os quadrados da correlação entre fatores. A consistência interna do instrumento foi medida através do alfa de *Cronbach*. A correlação dos itens com o fator, a fidelidade teste reteste, bem como a validade convergente e divergente foram analisadas através do coeficiente de correlação de *Pearson* (Nunnally, 1978). Para examinar o poder discriminativo da escala efetuou-se uma comparação entre indivíduos com pontuações altas vs. baixas de consciência corporal, através de um teste *t* de Student para amostras independentes. Finalmente, foi realizada uma comparação entre géneros nos fatores da ECC, também, através do teste *t* de Student para amostras independentes. Os procedimentos estatísticos para o estudo da dimensionalidade da escala foram efetuados com o *Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 20.0)* e *AMOS (Analysis of Moment Structures)* (versão 20; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

## **Resultados**

### **Análise preliminar dos dados**

A normalidade das variáveis foi analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria

(*Skewness*) e de achatamento (*Kurtosis*). Os resultados obtidos evidenciam que as variáveis não apresentam uma distribuição normal (K-S,  $p \leq .001$ ). No entanto, os valores de assimetria (*Skewness*  $< 3$ ) e de achatamento (*Kurtosis*  $< 10$ ) não constituem violações severas à normalidade (Kline, 1988). Embora as variáveis não apresentem uma distribuição normal, o Teorema do Limite Central garante que para amostras de dimensão razoável, como é o caso do presente estudo, a média amostral aproxima-se da normal, o que justifica a utilização de testes paramétricos, robustos à violação da normalidade (Marôco, 2010b).

### **Estatística descritiva**

Para caracterizar as variáveis em estudo recorreu-se à utilização de medidas de tendência central (média, mediana), de dispersão (desvio-padrão) de localização (percentis) e de variação das pontuações (mínimos e máximos) para cada uma das da ECC. Na tabela 1 são apresentadas as estatísticas descritivas para a amostra total ( $n=408$ ). Da leitura da tabela verifica-se que a subescala consciência corporal pontou entre 0 (mínimo) e 36 (máximo). A média obtida para esta subescala foi 22.57 (DP = 5.20) e a mediana 23. Já a subescala dissociação corporal pontou entre 0 (mínimo) e 15 (máximo), apresentando uma média de 5.58 (DP = 2.81) e uma mediana de 5, o que sugere que a frequência com que os sujeitos se sentem dissociados do seu corpo é inferior à média obtida. Estes resultados sugerem, então, que os sujeitos da nossa amostra têm consciência das suas sensações internas e estados corporais.

Tabela 1.

*Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis dos fatores da ECC (n=408)*

Fatores	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25	50	75
Consciência Corporal	22.57	5.20	23	0	36	19	23	26
Dissociação Corporal	5.58	2.81	5	0	15	4	5	7

Nota. ECC= Escala de Conexão ao Corpo

## Dimensionalidade da Escala

### Análise Fatorial Exploratória

Para estudar a estrutura fatorial dos itens ECC, recorreu-se ao método de Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP). Tratando-se do primeiro estudo de validade de construto na população portuguesa optou-se, num primeiro momento, por esta análise. Os 20 itens da ECC foram submetidos a uma Análise Fatorial de Componentes Principais, seguido de rotação oblíqua a fim de melhorar a interpretabilidade da solução encontrada pela extração (Tabachnick & Fidell, 2007). O método de rotação oblíqua parte do pressuposto que os fatores se correlacionam entre si, o que é esperado nas ciências sociais (Costello & Osborne, 2005). No que respeita à adequabilidade dos dados, a dimensão da amostra vai ao encontro da recomendação de Nunnally (1978) que recomenda um rácio de 10 sujeitos para cada item ( $n=241$ ). A solução obtida forneceu indicações para a retenção de dois fatores com *eigenvalues* superiores a 1. Foi também tido em consideração o resultado do *scree plot*, uma vez que para uma amostra com mais de 200 sujeitos este teste fornece um critério fidedigno para o número de fatores a reter (Stevens, 1992). A análise do *scree plot* sugere também a retenção de dois fatores, na medida em que apresenta uma clara quebra na curva entre o segundo e o terceiro fator (Catell, 1966). Em consonância, optou-se pela retenção de dois componentes, resultado também encontrado pelos autores da versão original. A AFCP, forçada a dois fatores, revelou ser necessário remover um número considerável de itens, na medida em que apresentavam saturações fatoriais inferiores a .30. Costello & Osborne (2005) afirmam que todos os valores de saturação dos itens devem ser superiores a .30, sendo que fortes pesos fatoriais (.50 ou superior) são desejáveis e indicativos da solidez do fator. Neste sentido foram eliminados os seguintes itens: item

3 (“*Nota que a minha respiração se torna mais fraca (superficial) quando estou nervoso.*”); item 5 (“*O meu corpo fica paralisado, como que entorpecido, durante situações desconfortáveis.*”); item 6 (“*Nota como o meu corpo muda quando estou com raiva.*”); item 7 (“*Sinto como se estivesse a olhar de fora para o meu corpo.*”); item 13 (“*Quando estou fisicamente desconfortável, penso no que poderá ter causado o desconforto.*”), e por último o item 16 (“*Distraio-me de sentimentos de desconforto físico.*”). Procedeu-se novamente à análise para os restantes itens, em que cada item apresentou um peso fatorial  $> .50$  e uma diferença superior a  $.10$  entre os dois fatores. A medida de Kaiser-Meyer-Olkin foi adequada ( $KMO = .777$ ) e o teste da esfericidade de Bartlett foi significativo ( $\chi^2_{(91)} = 835,014$   $p < .001$ ), o que nos permitiu prosseguir com a interpretação da análise dimensional (Marôco, 2010b). O estudo da correlação entre os dois fatores demonstrou que as dimensões fatoriais da ECC se mostram negativa e significativamente correlacionadas, embora com uma magnitude baixa ( $r = -.26$ ;  $p < .01$ ). Os resultados da solução fatorial da versão portuguesa da ECC são apresentados na tabela 2.

Tabela 2.

*Matriz da saturação dos itens nos dois fatores da ECC e Comunalidades ( $h^2$ ) (n=241)*

	Saturação fatorial		
	1	2	$h^2$
<b>Fator 1: Consciência Corporal</b>			
14. Presto atenção à informação do meu corpo acerca do meu estado emocional.	.71		.49
15. Quando estou nervoso(a)/stressado(a) noto o nervosismo/ansiedade no meu corpo.	.69		.47
12. Sigo pistas ou sinais do meu corpo para me ajudar a compreender como me sinto.	.68		.46
9. Consigo sentir a minha respiração a deslocar-se pelo meu corpo quando expiro profundamente	.63		.39
17. Quando estou tenso, noto onde a tensão está localizada no meu corpo.	.62		.38
18. Noto que o meu corpo fica diferente depois de uma experiência apaziguadora/tranquila.	.62		.38
8. Estou consciente das sensações internas durante a atividade sexual.	.59		.37
4. Noto a minha resposta emocional a toques de carinho.	.58		.39
1. Se o meu corpo estiver tenso, estou consciente dessa tensão.	.54		.38

**Fator 2: Dissociação Corporal**

20. É difícil para mim prestar atenção às minhas emoções.	.76	.62
11. É difícil para mim expressar determinadas emoções.	.68	.47
10. Sinto-me separado(a)/desligado(a) do meu corpo.	.68	.47
2. É difícil para mim identificar as minhas emoções.	.64	.41
19. Sinto-me separado(a) do meu corpo quando estou envolvido(a) numa atividade sexual ou me masturbo.	.60	.36

A solução encontrada explica na totalidade 43% da variância (cf. Tabela 3). O primeiro fator explica 26.44% (*eigenvalue* = 3,703) e o segundo fator explica 16,68% (*eigenvalue* = 2,335). Tendo em conta os resultados obtidos, parece então que uma solução com dois fatores se revela a mais adequada para a descrição da medida.

Tabela 3.  
*Variância explicada pelos componentes*

Componentes	Total	% da Variância	% Cumulativa
1	3.703	26.447	26.447
2	2.335	16.681	43.128

**Análise Fatorial Confirmatória**

Após a análise exploratória, a estrutura latente, conceptual e empírica, da ECC foi confirmada através de uma análise fatorial confirmatória. Utilizou-se o Método de Máxima Verosimilhança (ML; *Maximum Likelihood*) como critério de estimação do modelo, um método robusto à violação do pressuposto da normalidade, se os desvios de assimetria e achatamento da distribuição das variáveis não forem muito acentuados (Marôco, 2010a).

Todos os itens apresentaram valores de assimetria e curtose univariada e multivariada de acordo com o recomendado (Finney & DiStefano 2006). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ ), não se tendo verificado observações extremas. O modelo bifatorial da conexão ao corpo possui 2 fatores e 14 variáveis observadas (cf. Figura 1).

O modelo acima referido ajustado a uma amostra de 408 sujeitos revelou, no entanto, uma qualidade de ajustamento sofrível ( $\chi^2/df = 2.978$ ; TLI = .843; CFI = .869; RMSEA = .070;  $p [rmsea < .05] < .001$ ; AIC = 312.341; ECVI = .767), tal como indica a tabela 4. O teste de ajustamento do qui-quadrado revelou-se aceitável e estatisticamente significativo, o que reflete a sua sensibilidade ao tamanho da amostra (Marôco, 2010a). O valor obtido para o RMSEA é indicador de um ajustamento aceitável. Quanto ao CFI e ao TLI ambos indicam um ajustamento fraco entre o modelo e os dados (Marôco, 2010a). No sentido de investigar a possível melhoria do ajustamento do modelo, analisamos os índices de modificação, assim como as trajetórias sugeridas por esses índices (cf. Figura1). O maior índice de modificação ocorre para a correlação entre os pares de erros: 5 (item 12 – *Consciência Corporal*) e 6 (item 14 – *Consciência Corporal*) (M.I.= 33.783); 11 (item 10 – *Dissociação Corporal*) e 13 (item 19 – *Dissociação Corporal*) (M.I.= 29.456). O modelo respecificado ou aninhado obteve uma qualidade de ajustamento boa ( $\chi^2/df = 2.061$ ; TLI = .916; CFI = .932; RMSEA = .051;  $p [rmsea < .05] < .001$ ; AIC = 242.518 ; ECVI = .596). Este modelo mostrou uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original na amostra em estudo ( $\chi^2_{(76)} = 226.341$  vs.  $\chi^2_{(74)} = 152.518$ ,  $p \leq .001$ ), bem como um AIC (312.341 vs. 242.518) e ECVI (.767 vs .596) significativamente menores (cf. Tabela 4). Em síntese, estes resultados indicam que o modelo respecificado revela-se o modelo mais estável na população estudada (Marôco, 2010a).

A fiabilidade do modelo, calculada através da fiabilidade compósita (FC) mostrou-se apropriada (>.70) para as subescalas de Consciência (FC =.856) e Dissociação Corporal (FC =.764). A fiabilidade individual também se mostrou apropriada, na medida em que a maioria dos itens apresentam pesos estandardizados > a .5, e todos os pesos ao quadrado > a .25. A validade convergente através da variância

extraída da média (VEM) revelou-se sofrível ( $< .5$ ) sendo de .40 para a Consciência Corporal e .42 para a Dissociação Corporal. Os resultados obtidos pela comparação das VEM com o quadrado da correlação dos fatores indicam uma boa validade discriminante entre os dois fatores:  $VEM_{CONSC} = .40$  e  $VEM_{DISSOC} = .42 > r^2 = .068$ .

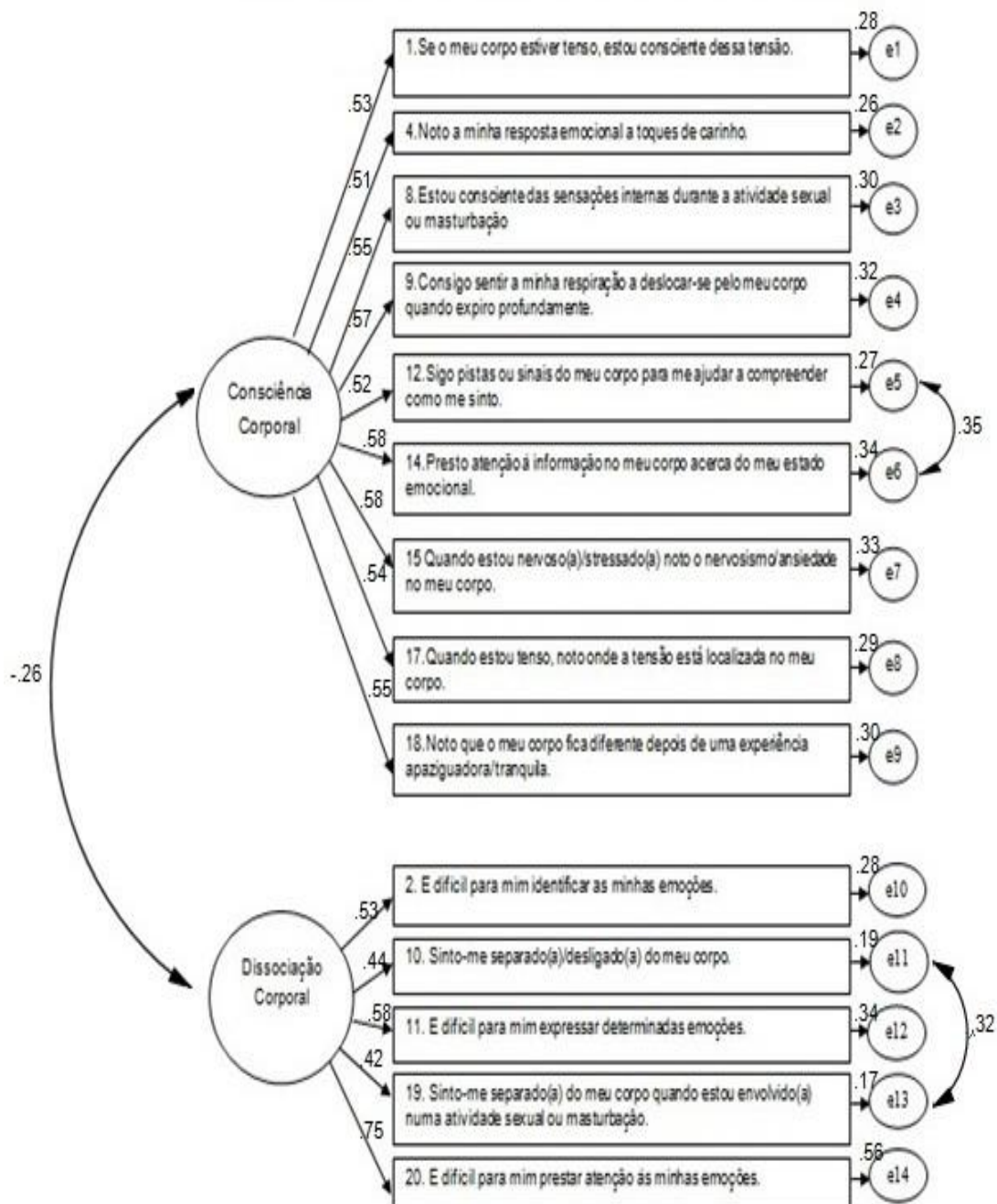


Figura 1. Modelo dos dois fatores da Escala de Conexão ao Corpo.



Tabela 4.  
Indicadores de ajustamento global do modelo

	X/gl	TLI	CFI	RMSEA	AIC	ECVI
Modelo dos 2 Fatores	2.978	.843	.869	.070	312.341	.767
Modelo Aninhado	2.061	.916	.932	.051	242.518	.596

### Estudo da propriedade dos itens e consistência interna da ECC

Para a análise dos itens da ECC calcularam-se as médias, o desvio-padrão, as correlações do item com o total da subescala, e o alfa de *Cronbach* se o item for removido. É também apresentado o alfa de *Cronbach* para os dois fatores da escala. A respetiva análise é apresentada na tabela 5.

Tabela 5.  
Médias (M), Desvio-Padrão (DP), Correlações item-total (r), alpha de Cronbach se o item for removido ( $\alpha$ ) e valores do alfa de Cronbach para cada um dos fatores da ECC (n=408).

Item	M	DP	R	$\alpha$
<b>Fator 1: Consciência Corporal <math>\alpha = .80</math></b>				
1. Se o meu corpo estiver tenso, estou consciente dessa tensão.	2.88	.80	.45	.78
4. Noto a minha resposta emocional a toques de carinho.	2.77	.83	.44	.79
8. Estou consciente das sensações internas durante a atividade sexual.	2.73	1.06	.47	.78
9. Consigo sentir a minha respiração a deslocar-se pelo meu corpo quando expiro profundamente.	2.38	1.06	.51	.78
12. Sigo pistas ou sinais do meu corpo para me ajudar a compreender como me sinto.	1.99	.93	.51	.78
14. Presto atenção à informação do meu corpo acerca do meu estado emocional.	2.26	.91	.56	.77
15. Quando estou nervoso(a)/stressado(a) noto o nervosismo/ansiedade no meu corpo.	2.76	.91	.51	.78
17. Quando estou tenso, noto onde a tensão está localizada no meu corpo.	2.14	.94	.47	.78
18. Noto que o meu corpo fica diferente depois de uma experiência apaziguadora/tranquila.	2.65	.95	.49	.78
<b>Factor 2: Dissociação Corporal <math>\alpha = .70</math></b>				
2. É difícil para mim identificar as minhas emoções.	1.30	.79	.41	.67
10. Sinto-me separado(a)/desligado(a) do meu corpo.	.65	.80	.48	.64
11. É difícil para mim expressar determinadas emoções.	1.69	.83	.44	.66
19. Sinto-me separado(a) do meu corpo quando estou envolvido(a) numa atividade sexual ou me masturbo.	.72	.91	.41	.67
20. É difícil para mim prestar atenção às minhas emoções.	1.22	.82	.54	.61

Nota. ECC=Escala Conexão ao Corpo

Como se pode constatar, após a eliminação dos itens supracitados todas as correlações de *Pearson* ( $r$ ) obtidas são superiores a .30. Os valores encontrados confirmam que todos os itens individuais estão associados com a totalidade do seu fator. A leitura do valor do alfa de *Cronbach* caso o item seja eliminado, revela não existirem vantagens na remoção de qualquer um dos itens dos dois fatores uma vez que não faria aumentar os valores de consistência interna. Para a análise da consistência interna dos fatores da ECC recorreu-se ao alfa de *Cronbach*, tendo-se considerado o valor de .70 como indicador de um nível de consistência interna aceitável (Nunnally, 1978). Os valores de consistência interna obtidos para a Consciência ( $\alpha = .80$ ) e Dissociação Corporal ( $\alpha = .70$ ) foram adequados.

### **Fidedignidade teste-reteste**

A estabilidade temporal da ECC foi calculada através do coeficiente de correlação de *Pearson* entre o teste e o reteste das respectivas subescalas. Utilizou-se uma subamostra de 56 participantes que após um intervalo de tempo de quatro semanas, voltaram a preencher a ECC. Os resultados apontaram uma fidedignidade teste-reteste moderada para as subescalas Consciência Corporal ( $r = .60$ ,  $p = .000$ ) e Dissociação Corporal ( $r = .69$ ,  $p = .000$ ).

### **Validade Convergente**

A validade convergente das duas subescalas da Conexão ao Corpo (ECC) foi calculada através das suas correlações com outros construtos, nomeadamente as subescalas de ansiedade e depressão (EADS-21) e as cinco facetas do *mindfulness* (FFMQ). No que respeita à validade convergente era esperado que a subescala da consciência corporal apresentasse correlações positivas significativas com algumas

facetas do *mindfulness*, e correlações negativas com os restantes construtos. A tabela 6 apresenta a matriz de correlações de *Pearson*, tendo-se obtido no geral, magnitudes fracas. A subescala consciência corporal apresenta associações significativas positivas com alguns componentes do *mindfulness*, nomeadamente com a faceta Observar ( $r = .43$ ;  $p \leq .01$ ), com a faceta Descrever ( $r = .25$ ;  $p \leq .01$ ) e ainda, com a faceta Não Reagir ( $r = .18$ ;  $p \leq .01$ ). Salienta-se a existência de uma correlação significativa positiva e muito fraca com a subescala ansiedade da EADS-21 ( $r = .10$ ;  $p \leq .05$ ), resultado este que deve ser interpretado com cautela. A subescala dissociação corporal mostrou-se positiva e significativamente correlacionado com a subescala da depressão ( $r = .33$ ;  $p \leq .01$ ) e a subescala da ansiedade ( $r = .28$ ;  $p \leq .01$ ) da EADS-21, com o evitamento experiencial ( $r = .32$ ;  $p \leq .01$ ) e com a dissociação ( $r = .33$ ;  $p \leq .01$ ). Em relação ao *mindfulness* a dissociação corporal apresentou, como esperado, uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as facetas descrever ( $r = -.38$ ;  $p \leq .01$ ), agir com consciência ( $r = -.24$ ;  $p \leq .01$ ) e, não julgar ( $r = -.24$ ;  $p \leq .01$ ).

### Validade divergente

No que respeita à validade divergente, a subescala consciência corporal não se mostrou correlacionada com as medidas de dissociação (DES-II) ( $r = .03$ , ns.), depressão ( $r = -.00$ , ns.) e evitamento experiencial (AAQ-II) ( $r = -.02$ , ns.). A subescala dissociação corporal não se revelou correlacionada com a faceta Observar ( $r = -.06$ , ns.) e Não Reagir ( $r = -.00$ , ns.) do *mindfulness* (FFMQ). Estes resultados indicam que as medidas avaliam construtos distintos.

Tabela 6.

*Matrizes de correlação entre os fatores da ECC, as subescalas da EADS-21, as facetas do FFMQ, o total do AAQ-II, e o total da DES-II (n=408)*

Fatores	Consciência Corporal	Dissociação Corporal
EADS -Depressão	-.00	.33**
EADS -Ansiedade	.10*	.28**

FFMQ -Observar	.43**	-.06
FFMQ -Descrever	.25**	-.38**
FFMQ -Agir com Consciência	.08	-.24**
FFMQ -Não Julgar	-.05	-.24**
FFMQ -Não Reagir	.18**	-.00
AAQII -Evitamento Experiencial	-.02	.32**
DESII -Dissociação	.03	.33**

Nota. SBC=Escala de Conexão ao Corpo; EADS-21 = Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness; AAQ = Questionário de Aceitação e Ação; DES = Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas.

\*\*p <.01; \*p <.05

### Estudo comparativo entre grupos

De seguida, pretendeu-se analisar se os participantes com mais consciência corporal se distinguem daqueles com pontuações mais baixas nesta variável, em relação à ansiedade e depressão (EADS-21), às facetas observar, descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir do *mindfulness* (FFMQ), ao evitamento experiencial (AAQ-II) e por último, às experiências dissociativas (DES-II). Para tal formamos dois grupos (CC elevada; CC baixa), estabelecendo como ponto de corte o valor da mediana. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 7. A análise do teste *t* de Student para amostras independentes, indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com pontuações altas e baixas na CC em relação à ansiedade ( $t_{(406)} = 2.27, p = .024$ ) e às seguintes facetas do *mindfulness*: Observar ( $t_{(406)} = 6.99, p = .000$ ), Descrever ( $t_{(406)} = 4.07, p = .000$ ) e, Não Reagir ( $t_{(406)} = 4.15, p = .000$ ). A magnitude do efeito fornecida pelo *d* de *Cohen* mostrou-se pequena para todos os construtos, à exceção da faceta observar do *mindfulness* que apresentou um efeito médio. Os resultados indicam que os participantes com uma maior capacidade de identificar e experienciar as sensações internas do corpo apresentam também uma maior capacidade de observar, descrever e não reagir a essas sensações e estados corporais, comparativamente aos indivíduos com níveis baixos de consciência corporal. Porém,

apresentam também maiores níveis de ansiedade.

Tabela 7.

Teste *t* de Student para a diferença entre grupos com CC alto e baixo em relação à EADS, FFMQ, AAQ, DES (n=408)

	CC elevada (N = 222)		CC baixa (N = 186)		$t_{(406)}$	p	d
	M	DP	M	DP			
EADS- Depressão	4.30	4.32	3.99	4.01	.721	.471	.074
EADS- Ansiedade	4.36	4.52	3.40	3.91	2.27	.024	.227
FFMQ- Observar	26.0	4.81	22.63	4.89	6.99	.000	.694
FFMQ- Descrever	26.73	5.20	24.68	4.89	4.07	.000	.406
FFMQ- Agir com Consciência	27.86	5.13	27.01	5.46	.490	.624	.047
FFMQ- Não Julgar	26.48	5.79	27.05	5.59	-1.008	.314	-.100
FFMQ- Não Reagir	21.09	3.84	19.50	3.87	4.15	.000	.412
AAQ- Evitamento Experiencial	20.96	8.17	21.13	9.19	-.192	.848	-.019
DES- Dissociação	504.9	340.8	524.3	340.7	-.571	.568	-.056

Nota. CC elevada  $\geq 23$  [Mediana]; CC baixa  $< 23$  [Mediana]. CC=Consciência Corporal; EADS=Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; FFMQ=Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness; AAQ= Questionário de Aceitação e Ação; DES=Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas.

### Diferenças entre géneros na conexão ao corpo

Exploramos também as diferenças entre géneros na Escala de Conexão ao Corpo (ECC) com recurso a um teste *t*-Student para amostras independentes. Para esse efeito calcularam-se os valores das médias e desvio-padrão em relação ao género, bem como os valores da estatística *t* e a magnitude da diferença entre as médias (*d*). Os resultados obtidos apresentam-se na tabela 8. Os géneros diferenciam-se significativamente na subescala consciência corporal ( $t_{(406)} = 2.94$ ,  $p = .004$ ), com pontuações ligeiramente mais elevadas para o sexo feminino. Porém a magnitude da diferença foi pequena. Na subescala dissociação corporal as mulheres apresentam também pontuações mais elevadas, mas sem significância estatística ( $t_{(406)} = .260$ ,  $p = .795$ ).

Tabela 8.

*Médias e Desvios Padrão para os dois fatores da SBC. Diferenças de género e tamanho do efeito (d) Cohen.*

	Masculino (n = 190)		Feminino (n = 218)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M	DP	M	DP			
Consciência Corporal	21.77	5.50	23.27	4.83	2.94	.004	-.289
Dissociação Corporal	5.54	2.89	5.61	2.74	.260	.795	

### Discussão

A consciência corporal, envolvendo o foco atencional e a consciência das sensações corporais internas, tem surgido como um tema de interesse na comunidade científica (Mehling et al.,2009). Em Portugal não existia, até ao momento, nenhuma medida dirigida especificamente à medição deste construto. Tendo em consideração os benefícios encontrados no bem-estar físico e psicológico com as diversas abordagens que visam promover uma qualidade de consciência corporal *mindful*, torna-se indispensável a investigação nesta área, assim como o investimento na elaboração cuidada de instrumentos válidos e fidedignos, capazes de medir eficazmente este construto complexo e multidimensional. A validação da ECC numa amostra alargada da população portuguesa procurou dar um importante contributo nesse sentido. O estudo da dimensionalidade da ECC foi efetuado através de uma Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória. A Análise Fatorial Exploratória (em componentes principais, com rotação oblíqua) revelou que a ECC possui uma estrutura fatorial composta por dois fatores, tal como encontrado na versão original (Price & Thompson, 2007). Porém, os resultados obtidos com esta análise surgiram a necessidade de efetuar alterações à versão original, eliminando alguns itens, a saber: 3,5,6,7,13,16. Alguns destes itens

foram eliminados por apresentarem saturações baixas ou por não terem poder discriminativo. Assim, a versão final da ECC ficou constituída por 14 itens, distribuídos por dois fatores. A solução fatorial encontrada explica na sua totalidade 43% da variância. O fator consciência corporal, constituído por 9 itens, explicou 26.44% da variância, enquanto que o fator dissociação corporal, composto pelos restantes 5 itens explicou 16.68% da variância. Os resultados mostraram que apesar de associados, os dois fatores da ECC são conceptualmente distintos, medindo diferentes dimensões da conexão ao corpo.

A Análise Fatorial Confirmatória revelou um modelo com boa qualidade de ajustamento. O modelo aninhado obteve uma qualidade de ajustamento significativamente superior ao modelo original. Os resultados demonstraram também que a ECC apresenta validade fatorial (fiabilidade individual) adequada, a consistência e reprodutibilidade da medida, calculada através da fiabilidade compósita, revelou-se boa. No que respeita à validade discriminante e convergente, os fatores da ECC apresentaram boa validade discriminante, no entanto, a validade convergente através da variância extraída da média (VEM) mostrou-se sofrível para ambos os fatores, o que sugere que o comportamento dos itens poderá não ser apenas explicado pelo fator a que pertencem. O estudo da propriedade dos itens revelou que todos os itens apresentaram correlações item-total positivas e moderadas com o seu fator ( $> .30$ ), o que sugere que estes estão formulados no sentido de avaliar o construto subjacente. Quanto à fidedignidade, a ECC apresentou uma consistência interna aceitável para o fator Consciência Corporal e boa para o fator Dissociação Corporal. Porém, estes resultados são menos expressivos do que os obtidos no estudo original (Price & Thompson, 2007). A análise da estabilidade temporal com um intervalo de 4 semanas revelou valores moderados, indicando que se trata de um instrumento consistente e estável ao longo do

tempo. Para testar a validade convergente analisámos a relação entre os dois fatores da ECC e outros instrumentos que procuram medir construtos relacionados. A Consciência Corporal mostrou associações significativas com as facetas Observar, Descrever e Não Reagir do *mindfulness* (FFMQ) e, com a ansiedade (EADS-21). As correlações obtidas com as facetas do *mindfulness* foram no sentido esperado, corroborando a proximidade entre os dois construtos existente na literatura e já referida anteriormente (Mehling et al., 2009). De facto, a consciência corporal implica experienciar e aceitar a experiência corporal, alcançando um estado de observação consciente das experiências internas (Aposhyan, 2004; Brown & Ryan, 2003; Gard, 2005), aproximando-se, assim do construto de *mindfulness*. No que respeita à ansiedade era previsto uma correlação negativa, significativa. Esperava-se que a qualidade de consciência corporal, caracterizada pela aceitação e não julgamento (Bishop et al., 2004) desempenhasse um papel protetor no que respeita à ansiedade. No entanto, este dado que parece paradoxal foi também encontrado noutros estudos. No estudo original (Baer et al., 2006), bem como na versão portuguesa (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011) do questionário das cinco facetas do *mindfulness* (FFMQ), a faceta Observar também se correlacionou positivamente com sintomas psicológicos, entre eles a ansiedade, o que sugere que quanto maior a capacidade de observar e prestar atenção aos eventos internos, maior o estado afetivo negativo. Os autores do estudo original propuseram como hipótese explicativa que a faceta observar poderia variar com a experiência de meditação. Neste sentido e, tendo em conta a proximidade entre os construtos de consciência corporal e *mindfulness*, sobretudo com a faceta Observar, pode-se colocar a mesma hipótese explicativa para a correlação observada entre a consciência corporal e a ansiedade, no nosso estudo. Corroborando esta hipótese explicativa, o estudo de validação da versão espanhola da ECC (Quezada-Berumen et al., 2014) demonstrou que os resultados



obtidos com esta subescala na amostra de meditadores vão no sentido esperado, isto é, a consciência corporal passa a relacionar-se negativamente com a ansiedade. O mesmo não se verificou na amostra de não meditadores. Segundo os autores esta relação deve-se ao foco na consciência do corpo, especificamente à prática do *body scan* e de movimentos *mindful* nas várias formas de meditação. No que diz respeito ao evitamento experiencial (AAQ-II), este não se mostrou correlacionado com a consciência corporal. Este resultado foi também surpreendente, na medida em que se esperava uma correlação negativa entre estas variáveis. Uma possível explicação poderá relacionar-se com a forma como o construto de consciência corporal foi medido e avaliado.

No que concerne à subescala dissociação corporal, esta apresentou associações positivas e significativas com a depressão e ansiedade (EADS-21), o evitamento experiencial (AAQ-II) e a dissociação (DES-II). Estes dados sugerem que a distração ou separação da experiência corporal encontra-se associada a índices de psicopatologia, o que está de acordo com os dados existentes na literatura, que sublinham que a dissociação está relacionada com estados afetivos negativos, como a ansiedade e a depressão e a comportamentos de evitamento (Brand, Classen, McNary, & Zaveri, 2009; Norton, Ross, & Novotny, 1990). A sua relação com as experiências dissociativas (DES-II) ocorreu no sentido esperado, pois tal como defendem Allen, Console, e Lewis (1999) “os sujeitos desligados dissociativamente não estão apenas desligados do ambiente, mas também do *self* - do seu corpo, das suas ações, e do seu sentido de identidade”(p.165). A subescala dissociação corporal revelou ainda, associações negativas estatisticamente significativas, próximas de valores moderados com algumas facetas do *mindfulness* (Descrever, Agir com Consciência, Não Julgar). Isto sugere que os indivíduos desligados do seu corpo apresentam dificuldades em permanecer em contacto com a sua experiência interna, completamente e sem julgamento. Estes dados

têm sido corroborados na literatura, na medida em que os sentimentos de desligamento/separação dos processos mentais ou corporais encontram-se inversamente associados com algumas medidas de *mindfulness* (Michal et al.,2007). Em síntese e de um modo geral, a ECC demonstrou uma adequada validade convergente.

Relativamente ao estudo comparativo entre grupos, a ECC revelou poder discriminativo entre indivíduos com pontuações altas e baixas na subescala consciência corporal. Especificamente, os participantes com maior consciência corporal distinguem-se daqueles com menos consciência corporal nas facetas Observar, Descrever e Não Reagir do *mindfulness* e também, na subescala ansiedade da EADS-21. Estes resultados indicam que os indivíduos com mais consciência corporal estão mais atentos, conseguem descrever a sua experiência interna, não reagem à mesma mas, apresentam níveis mais elevados de ansiedade. Este resultado encontra-se mais uma vez, de acordo com o que a literatura tem apontado em relação ao *mindfulness* e, em particular à faceta observar (Baer et al., 2006; Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

A ECC revelou ainda, a existência de diferenças entre géneros na conexão ao corpo, pelo que as mulheres apresentaram significativamente mais consciência corporal do que os homens. Apesar da magnitude dessa diferença se ter revelado pequena, estes resultados foram mais expressivos do que os encontrados na versão original (Price & Thompson, 2007).

Em suma, a versão portuguesa da escala de Conexão ao Corpo (ECC) apresentou propriedades psicométricas adequadas, tratando-se de um instrumento de autorresposta válido para avaliar a consciência corporal.

### **Limitações e direções futuras**

A nova escala de conexão ao corpo – ECC - apesar de ter evidenciado qualidades

psicométricas adequadas, apresenta algumas fragilidades no que respeita à sua estrutura fatorial e relação com outras variáveis. De facto, parece-nos que a maioria dos itens mede aspetos relacionados com as emoções e a consciência emocional. Como tal, seria pertinente no futuro replicar o estudo com uma medida mais robusta que abrangesse a natureza multidimensional deste construto. Outra limitação a considerar prende-se com a amostra. A amostra de conveniência constituída por estudantes e trabalhadores da população geral, não permite a generalização dos dados. Revela-se pertinente replicar os resultados noutras amostras (e.g. meditadores), e sobretudo em amostras clínicas. Mais especificamente seria de extrema relevância estudar o construto em diferentes grupos clínicos, sobretudo em populações mais sintomáticas (e.g. trauma, dor crónica) que recorrem frequentemente a estratégias dissociativas e de evitamento.

### **Conclusões**

Não obstante as limitações apontadas, este estudo contribuiu para a investigação numa nova área, a qual se encontra em florescimento com o advento das terapias cognitivo-comportamentais contextuais e o foco dirigido ao corpo. O conhecimento aprofundado deste construto poderá contribuir para uma melhoria na investigação e na prática clínica, proporcionando o surgir de estratégias inovadoras ao nível da consciência corporal que poderão integrar os protocolos terapêuticos vigentes.

## Referências

Allen, J.G., Console, D.A., & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, *40*, 160-171.

Aposhyan, S. (2004). *Body-Mind Psychotherapy: Principles, Techniques, and Practical Applications*. New York: W.W. Norton & Company.

Aronson, K.R., Barrett, L.F., & Quigley, K. (2006). Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: Somatic sensitivity or negative reporting style? *Journal of Psychosomatic Research* *60*, 521-530. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.09.001

Baer, R., Smith, G., & Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, *11*(3), 191-206. doi: 10.1177/1073191104268029.

Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45.

Bakal, D. (1999). *Minding the Body: Clinical uses of somatic awareness*. New York: The Guilford Press.

Bakal, D., Coll, P., & Schaefer, J. (2008). Somatic awareness in the clinical care of patients with body distress symptoms. *BioPsychoSocial Medicine* *2*, 6. doi:10.1186/1751-0759-2-6.

Bakal, D., Steiert, M., Coll, P., & Schaefer, J. (2006). An experiential mind-body approach to the management of medically unexplained symptoms. *Medical Hypotheses* *67*(6), 1443-1447. doi:10.1016/j.mehy.2006.05.028.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*, 727-735.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077.

Bogaerts, K., Millen, A., Li, W., De Peuter, S., Van Diest, I., Vlemincx, ... Bergh, O. (2008). High symptom reporters are less interoceptively accurate in a symptom-related context. *Journal of Psychosomatic Research*, *65*, 417-424. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.03.019.

Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42*, 676-688.

Brand, L.B., Classen, C.C., McNary, S., & Zaveri, p. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal Nervous and Mental Disease*, *197*, 646-654.

Brani, O., Hefferon, K., Lomas, T., Ivtzan, I., & Painter, J. (2014). The impact of Body Awareness on subjective wellbeing: The role of Mindfulness. *International Body Psychotherapy Journal*, *13*(1), 95-107.

Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.

Burns, J.W. (2006). The role of attentional strategies in moderating links between acute pain induction and subsequent psychological stress: Evidence for symptom-specific reactivity among patients with chronic pain versus healthy nonpatients. *Emotion*, *6* (2), 180-192. doi: 10.1037/1528-3542.6.2.180.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, *6*, 16–27.

Carmody, J., & Baer, R. (2007). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *17*. doi: 10.1007/s10865-007-9130-7

Catalan-Matamoros, D., Helvik-Skjaerven, L., LabajosManzanares, M.T., Martinez-de-Salazar-Arboleas, A., & Sanchez-Guerreiro, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *25* (7), 617-626. doi: 10.1177/0269215510394223.

Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: Cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, *109* (1), 25-41.

Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, *10* (7), 1-9.

Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with Fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27 (12), 725-728. doi: 10.1080/09638280400009071

Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de Mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for Fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 226-233. doi: 10.1159/000101501.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665.

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

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Johnesen, R. W., & Raheim, M. (2010). Feeling more in balance and grounded in one's own body and life. Focus group interviews on experiences with Basic Body Awareness Therapy in psychiatric healthcare. *Advances in Psychotherapy*, 12, 166-174. doi: 10.3109/14038196.2010.501383

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016.

Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16 (4), 343-364.

Latorre, M.A. (2000). A Holistic view of Psychotherapy: Connecting mind, body, and spirit. *Perspectives in Psychiatric care*, 36 (2), 67-68.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.

Mailloux, J., & Brener, J. (2002). Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. *Psychosomatic Medicine* 64, 353-357.

Marôco, J. (2010a). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.

Marôco, J. (2010b). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições.

Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Estudo das características psicométricas da Dissociative Experiences Scale - Revised. Manuscrito em preparação.

Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F.M., & Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PloS ONE*, 4 (5), e5614. doi: 10.1371/journal.pone.0005614.

Mehling, W., Wrubel, J., Daubenmier, J., Price, C., Kerr, C., Silow, ... Stewart, A. (2011). Body Awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6 (6).doi:10.1186/1747-5341-6-6.

Michal, M., Beutel, M.E., Jordan, J., Zimmermann, M., & Wolters, S. (2007). Depersonalization, mindfulness, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 693-696.

Miller, L., Murphy, R., & Buss, A. (1981). Consciousness of body: Private and public. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (2), 397-406.

Norton, G., Ross, C., & Novotny, M. (1990). Factors that predict scores on the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 273-276.

Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4<sup>th</sup> ed.). England: McGrawHill.

Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2012). Experiential avoidance in clinical and non-clinical samples: AAQ-II Portuguese version. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12 (2), 139-156.

Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: An efficacy study. *Alternative therapies in Health and Medicine*, 11 (5), 46-57.

Price, C., Krycka, K., Breitenbucher, T., & Brown, N. (2011). Perceived

helpfulness and unfolding processes in body-oriented therapy practice. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 11 (2), 1-15.

Price, C., McBride, B., Hyerle, L., & Kivlahan, D.R. (2007). Mindful awareness in body oriented therapy for female veterans with post-traumatic stress disorder taking prescription analgesics for chronic pain: A feasibility study. *Alternative therapies in Health and Medicine*, 13 (6), 32-40.

Price, C., Wells, E.A., Donovan, D.D., & Brooks, M. (2012). Implementation and acceptability of mindful awareness in body-oriented therapy in women's substance use disorder treatment: A pilot feasibility study. *Journal of substance abuse treatment*, 43, 94-107.

Price, C.J., & Thompson, E.A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (9), 945-953. doi:10.1089/acm.2007.0537.

Quezada-Berumen, L., González-Ramírez, M., Cebolla, A., Soler, J., & Garcia-Campayo, J. (2014). Body awareness and mindfulness: Validation of the Spanish version of the Scale of Body Connection. *Actas Espanholas de Psiquiatria*, 42 (2), 57-67.

Roxendal, G. (1985). *Body awareness therapy and the Body Awareness Scale. Treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Acendido em 13, Março, em [http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling\\_roxendal.pdf](http://www.ibk.nu/abstracts/avhandling_roxendal.pdf).

Sephton, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Flody, A., Hoover, K., & Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with Fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis & Rheumatism*, 57 (1), 77-85. doi: 10.1002/art.22478.

Shields, S., Mallory, M., & Simon, A. (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and validity. *Journal of Personality Assessment*, 53 (4), 802-815. doi: 10.1207/s15327752jpa5304\_16.

Stephens, A., & Noll, A. (1997). The perception of bodily sensations, with special reference to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy* 35, 901-910. doi:10.1016/S0005-7967(97)00055-7.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.



## Artigo II

D'Almeida, T. & Castilho, P. (2014). Estudo exploratório do papel da Consciência Corporal e dos processos de regulação emocional na manutenção da dor. Manuscrito em preparação.

Estudo exploratório do papel da Consciência Corporal e dos processos de regulação  
emocional na manutenção da dor

Tânia D'Almeida<sup>1</sup>

Paula Castilho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

<sup>1</sup>A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Tânia D'Almeida

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: taniadalmeida\_@hotmail.com

## Resumo

A dor engloba aspetos emocionais, cognitivos e interpessoais, existindo uma integração profunda entre os processos corporais e psicológicos na produção de dor crónica (Silva, Rocha, & Vandenberghe, 2010). As pessoas que sofrem desta perturbação tornam-se demasiado focadas na dor, sofrem com os seus pensamentos e emoções, e envolvem-se em padrões de luta com a dor que limitam o seu funcionamento (McCracken, Gauntlett-Gilbert, & Vowles, 2007). Vários estudos têm demonstrado a relação existente entre a dor e processos psicológicos, como a depressão, a ruminação e a fusão cognitiva.

De acordo com Bakal (1999), entrar em contacto com as experiências corporais proporciona aos indivíduos o acesso experiencial a mecanismos aliviadores do sofrimento dentro de si próprios. Neste sentido, a consciência corporal é fundamental para aceitar e experienciar as sensações corporais, constituindo uma base para as estratégias de *coping* (Dragesund, Ljunggren, Kvale, & Strand, 2010). Contudo, têm surgido algumas perspetivas contraditórias quanto ao papel da observação atenta dos sinais corporais, podendo ser entendida como um marcador patológico (Keough, Timpano, Zawilinski, & Schmidt, 2011). Perante estes dados, o presente estudo consistiu em explorar o papel da consciência corporal, da depressão, da ruminação e da fusão cognitiva na severidade da dor, numa amostra de 39 indivíduos da comunidade. Todos os participantes completaram uma bateria de instrumentos de autorresposta. O estudo de natureza correlacional revelou a existência de correlações positivas, estatisticamente significativas entre a severidade da dor e as restantes variáveis em estudo. A análise de regressão demonstrou que controlando o efeito da depressão, a consciência corporal foi o único preditor significativo da severidade da dor. Estes dados não corroboraram a nossa hipótese em relação ao papel protetor da consciência

corporal, o que pode indicar que a consciência das sensações corporais não implica uma perspectiva de aceitação para com essas experiências, variável chave no lidar com a dor e na adaptação à mesma.

*Palavras-chave:* Consciência Corporal, Dor, Depressão, Ruminação, Fusão Cognitiva.

### Abstract

The pain encompasses emotional, cognitive and interpersonal aspects. There is a deep integration between bodily and psychological processes in producing chronic pain (Silva, Rocha, & Vandenberghe, 2010). People suffering from this disorder become overly focused on their pain, suffering with your thoughts and emotions, and engage in patterns of struggle with the pain that limit their functioning (McCracken, Gauntlett-Gilbert, & Vowles, 2007). Several studies have shown the relationship between pain and psychopathological processes, such as depression, rumination and cognitive fusion. According to Bakal (1999), getting in touch with bodily experiences offers individuals the experiential access to mechanisms relievers of suffering within themselves. In this sense, body awareness is fundamental to accepting and experiencing bodily sensations, providing a basis for coping strategies. However, have emerged some conflicting perspectives regarding the role of attentive observation of body signals, could be taken to a pathological marker (Keough, Timpano, Zawilinski, & Schmidt, 2011). Before these data, the aim of this study was to explore the role of body awareness, depression, rumination and cognitive fusion in the pain severity in a nonclinical sample (n= 39). All participants completed a set of self-report questionnaires. The correlational study revealed that there are significant positive correlations between the pain severity and the other study variables, which does not corroborate our hypothesis regarding body awareness. Regression analysis showed that by controlling the effect of the depression, the body awareness was also the only significant predictor of pain severity. These data do not corroborate our hypothesis regarding the protective role of body awareness, which may indicate that awareness of bodily sensations does not encompasses a perspective of acceptance with these experiences, the key variable in coping with pain and adaptation to it.

*Key-words:* Body Awareness, Pain, Depression, Rumination, Cognitive Fusion

### **Perspetivas sobre a Consciência Corporal na Dor Crónica**

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (1994) a dor é uma experiência subjetiva, “uma sensação ou experiência emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos” (p.210). É ainda compreendida como um sinal de alerta para o organismo do ambiente (natural/social), que interrompe, distrai, e exige atenção (Craig, 2003). A dor crónica constitui-se como um importante problema de saúde pública (Elliot, B.H. Smith, Penny, W.C. Smith, & Chambers, 1999). Estima-se que a dor crónica de intensidade moderada a grave ocorre em 19% dos adultos europeus, afetando seriamente as suas atividades diárias. Representando uma importante fonte de sofrimento e incapacidade, a dor crónica resulta num conjunto complexo de alterações somáticas e psicossociais que comprometem a qualidade de vida dos pacientes (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006).

É atualmente aceite que a dor é mais do que uma experiência sensorial (Keogh, MacCracken, & Eccleston, 2006). O modelo Biopsicosocial conceptualiza a dor como resultado de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. De acordo com este modelo, os fatores psicológicos desempenham um papel importante na génese, exacerbação e manutenção da experiência de dor (Andrasik, Flor, & Turk, 2005). Existem evidências de que a experiência de dor pode ser modulada pela cognição, nomeadamente a atenção e a emoção (Villemure & Bushnell, 2002). Segundo Silva, Rocha e Vandenberghe (2010) a dor engloba aspetos emocionais, cognitivos e interpessoais, sendo que existe uma integração profunda entre os processos corporais e psicológicos na produção de dor crónica.

De acordo com Bakal (1999) entrar em contacto com as experiências corporais proporciona aos indivíduos o acesso experiencial a mecanismos aliviadores do sofrimento dentro de si próprios. Isto implica experienciar e aceitar a experiência corporal, alcançando um estado de observação consciente das experiências internas, ao invés do evitamento ou da dissociação corporal (Aposhyan, 2004; Brown & Ryan, 2003; Gard, 2005).

A consciência corporal tem surgido nos últimos anos como tema de interesse científico em várias condições de saúde, sendo definida como a capacidade de identificar e experienciar as sensações internas, incluindo a percepção de sensações físicas específicas (e.g. atividade cardíaca) e complexas (e.g. dor, sensação de relaxamento, “marcadores somáticos“ das emoções) (Mehling et al., 2009; Price & Thompson, 2007). No cerne da definição de consciência corporal, surge o conceito de sensibilidade. A sensibilidade aos sinais corporais refere-se à tendência para estar consciente ou sensível aos estados corporais (Andersen, 2006; Craig, 2003), prestar atenção às mudanças corporais em resposta ao ambiente e distinguir entre as várias sensações (Mehling et al., 2009; Price & Thompson, 2007). Assim, a sensibilidade e uma observação atenta dos sinais corporais são parte integrante do construto de consciência corporal (Ginzburg, Tsur, Barak-Nahum, & Defrin, 2014).

Alguns pacientes com dor crónica manifestam alterações ao nível da consciência corporal, revelando uma diminuição das sensações corporais, assim como um padrão de dissociação somática (Haugstad et al., 2006). Os indivíduos cujo sentido do corpo está integrado no seu *self* tendem a utilizar a informação proveniente do corpo acerca do seu estado emocional e somático, o que por sua vez aumenta e elabora a sensibilidade. Pelo contrário, os indivíduos cujo sentido do *self* não inclui o corpo, tendem a ignorar os sinais somáticos, resultando numa diminuição da sensibilidade aos mesmos (Tessari,

Tsakiris, Borghi, & Serino, 2010; Tsakiris, 2010).

De acordo com Hansell, Sherman e Mechanic (1991) a monitorização dos sinais corporais parece estar associado com a amplificação somatosensorial, isto é, uma tendência a preocupar-se com as sensações corporais, intensificando-as e interpretando-as como sintomas de doença (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990). Desta forma, a monitorização ativa do corpo (*body scan*) amplifica a quantidade de sensações corporais, o que pode ser entendido como um marcador patológico (Keough, Timpano, Zawilinski, & Schmidt, 2011). Neste sentido, salienta-se a existência de perspectivas conflitantes em relação ao papel da sensibilidade aos sinais corporais. De acordo com alguns autores uma elevada sensibilidade aos sinais somáticos, semelhante à monitorização, encontra-se associada a hiperativação, intensificando a reatividade psicofisiológica aos estímulos emocionais e ansiedade (Domschke, Stevens, Pfleiderer, & Gerlach, 2010; Koroboki et al., 2010; Pollatos, Herbert, Matthias, & Schandry, 2007). Porém, de acordo com Craig (2010) a sensibilidade aos sinais somáticos é adaptativa, promovendo o bem-estar do indivíduo, assim como a sua adaptação a uma condição crónica (Burns, 2006; Mehling et al., 2009). A observação atenta e a sensibilidade aos sinais corporais têm também sido associadas a um aumento da satisfação corporal e diminuição da “auto-objetificação” (Daubenmier, 2005).

Mehling e colaboradores (2009) sugerem que a consciência corporal é moldada pelo contexto cultural e social, pela experiência, atitudes e crenças dos indivíduos. Segundo Anderson (2006), é possível as pessoas aprenderem a desenvolver a consciência corporal, utilizando os sinais e recursos provenientes da mesma para aumentar o bem-estar. Como tal, o treino da consciência corporal deve iniciar-se cedo na vida dos indivíduos, simultaneamente com a aquisição da linguagem.



### **Afeto negativo, Ruminação e Fusão cognitiva na manutenção da dor**

A experiência de dor é penosa e desagradável, suscitando como primeira reação a sua recusa (Hacpille, 2000). A dor interfere significativamente na realização de atividades diárias, podendo contribuir para as perturbações emocionais (Elliot et al., 1999; Turk & Okifuji, 2002). Quando uma pessoa sofre de uma doença, ocorrem habitualmente mudanças no estado emocional e de humor. Se a reação emocional, nomeadamente a ansiedade e a depressão é elevada pode representar um impacto negativo no processo da doença e no ajustamento a essa nova condição (Pais-Ribeiro et al., 2007). Tem sido demonstrado que as emoções negativas não são apenas efeitos secundários da dor mas, desempenham um papel determinante nos processos relacionados com a dor, sendo que o afeto negativo pode causar um aumento da reatividade fisiológica e uma maior hipervigilância à dor (Janssen, 2002).

A associação entre a presença e severidade da dor e a depressão encontra-se bem estabelecida na literatura (Baker, Buchanan, & Corson, 2008; Keogh et al., 2006; Woby, Roach, Urmston, & Watson, 2007) existindo uma maior prevalência quer de dor crónica, quer de depressão no sexo feminino (Munce & Stewart, 2007). A depressão e a dor crónica são condições comuns observadas na prática clínica, ocorrendo frequentemente em comorbilidade (Munce & Stewart, 2007), sendo esta comorbilidade também mais elevada nas mulheres do que nos homens (Uhrh, 1999). Enquanto que a severidade da dor encontra-se relacionada com a depressão nas mulheres, nos homens é a incapacidade ou limitação funcional que se encontra mais relacionada com a depressão (Haley, Turner, & Romano, 1985). A prevalência de dor em pacientes deprimidos varia entre 5% a 100%, e a prevalência da depressão com dor crónica varia de 1,5% a 100% (Gambassi, 2009). A elevada prevalência de depressão na dor crónica pode indicar a bidirecionalidade da relação observada entre estas variáveis (Munce &

Stewart, 2007). Embora a causalidade e relação temporal entre a depressão e a dor constitua objeto de vários estudos, esta questão permanece por esclarecer (Currie & Wang, 2005). Tem sido sugerido que o abuso físico, sexual e emocional infantil se associa com a dor crónica na idade adulta (Hu, Link, McNaughton-Collins, Barry, & McKinlay, 2007) e também, com tendências depressivas (Aguilera et al., 2009).

A depressão isoladamente ou especialmente, em comorbilidade com uma condição de dor representa uma importante fonte de sofrimento e incapacidade (Munce & Stewart, 2007). De acordo com a teoria cognitiva, o componente essencial da depressão é a tendência para ver o eu, o futuro e o mundo de uma forma negativa e disfuncional (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Neste sentido, a depressão pode resultar das atribuições dos indivíduos acerca da dor, influenciando a sua capacidade de funcionar para além desta (Robb, Williams, Duvivier, & Newham, 2006), podendo também contribuir para a tristeza, passividade e baixa autoestima. Num estudo recente (T. Saariaho, A. Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2012b) verificou-se que a depressão aumenta com a duração prolongada da dor e, ao mesmo tempo, o efeito da intensidade da dor deixou de ser significativo. O aumento da depressão associada à dor prolongada pode indicar um efeito depressivo da perturbação de dor crónica ou, que uma depressão não diagnosticada e não tratada é mascarada pela dor. De facto a maioria dos pacientes deprimidos apresentam queixas de dor corporal (Lèpine & Briley, 2004). O estudo de Baker e colaboradores (2008) mostrou que as mulheres que manifestam mais sintomas depressivos e maior controlo em relação à saúde apresentam também, maior intensidade da dor. A relação existente entre a dor crónica e a depressão parece sugerir a necessidade de implementar protocolos de tratamento específicos para a depressão em pacientes com dor crónica, na medida em que se considera que esta condição não se resolve eficazmente sem ter em conta a depressão (A. Saariaho, T. Saariaho, Mattila,

Karukivi, & Joukamaa, 2013).

Para além da depressão, a dor crónica está muitas vezes associada a outros processos de regulação emocional considerados desadaptativos. Um dos mais fortes preditores do ajustamento à dor é a catastrofização, sendo esta caracterizada por rumações acerca da situação, sentimentos de vulnerabilidade e desesperança (Kratz, Davis, & Zautra, 2007). Alguns estudos têm demonstrado que determinados fatores como, a elevada somatização, catastrofização e a rumação se relacionam com uma maior incapacidade e piores resultados de tratamento (McCracken & Turk, 2002; Rammelsberg, LeResche, Dworkin, & Mancl, 2003). A rumação é conceptualizada como uma resposta de *coping* focada na emoção e relativamente estável, influenciando a saúde ao longo do tempo. A rumação tem sido associada com as respostas corporais ligadas ao afeto negativo, sendo que estas respostas corporais associadas a estados afetivos negativos são intensificadas e prolongadas pela rumação acerca desses estados, bem como dos aspetos desencadeadores (Thomsen et al., 2004).

O estilo de resposta ruminativo representa um padrão de comportamentos e pensamentos que focam a atenção do indivíduo no seu estado emocional e, conseqüentemente inibem qualquer ação passível de o distrair desse estado emocional (Nolen-Hoeksema, 1991). A rumação é conceptualizada em função de duas dimensões, a dimensão cismar (*brooding*), refletindo uma comparação passiva da situação atual com um padrão não alcançado e a dimensão reflexiva (*reflection*) que consiste num esforço intencional para resolver o problema, com o propósito de aliviar os sintomas depressivos (Treyner, Gonzales, & Nolen-Hoeksema, 2003). Os resultados evidenciam que a dimensão cismar é o componente mais desadaptativo da rumação, uma vez que apresenta uma forte associação com índices mais elevados de depressão no presente, assim como prediz longitudinalmente o aumento dos sintomas depressivos.

Quanto à dimensão reflexiva, embora esta se associe com índices depressivos no presente, prediz ao longo do tempo uma diminuição destes. Estes dados sugerem que a dimensão reflexiva, embora possa conduzir ao afeto negativo a curto-prazo, pode também ser adaptativa na redução do mesmo, por possivelmente conduzir a uma resolução efetiva dos problemas (Treyner et al., 2003).

De acordo com Nolen-Hoeksema (2000) a ruminação prediz quer os sintomas de ansiedade, quer os sintomas de depressão, sugerindo que o estilo de resposta ruminativo é eventualmente característico em indivíduos com sintomas mistos de ansiedade e depressão. A ruminação pode aumentar os pensamentos negativos associados com o humor deprimido, interferindo com uma adequada resolução dos problemas e, conseqüentemente, conduzindo a um agravamento do humor depressivo ao longo do tempo. Esta contribui para a desesperança em relação ao futuro, bem como avaliações negativas acerca do eu (Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998; Pyszczynski & Greenberg, 1987). Os resultados do estudo de Nolen-Hoeksema (1991) evidenciam que um foco ruminativo sobre si próprio e no estado de humor não é intrinsecamente depressivo podendo, no entanto, prolongar um humor deprimido já existente.

Por outro lado, estudos têm revelado a ruminação é um preditor significativo da saúde física, no qual os indivíduos mais ruminativos reportaram pior saúde, sendo esse efeito mediado pelo afeto negativo (Thomsen et al., 2004). Esta constatação parece ir ao encontro da teoria da ruminação baseada na discrepância de objetivos de Martin e Tesser (1996). Considerando que experienciar um estado de saúde pobre pode representar uma discrepância para aqueles que desejam ser saudáveis, tal discrepância pode levar os indivíduos a ruminar e, conseqüentemente experienciar afeto negativo (Thomsen et al., 2004). Este estilo de resposta mantém a atenção dos indivíduos na sua

experiência de dor, sendo que o aumento da atenção relaciona-se com uma maior sensibilidade à dor e aos sintomas somáticos (Lok & Bishop, 1999; Villemure & Bushnell, 2002). Segundo Raes e colaboradores (2008) o auto-focus acompanhado por um estilo de pensamento ruminativo relaciona-se com a depressão, sendo por isso mal adaptativo. Acresce referir que a experiência ruminativa pode ainda, representar uma forma de ajustamento à doença física (Cordova et al., 1995; Sears, Stanton, & Danoff-Burg, 2003), pois permite ao indivíduo pensar sobre o próprio diagnóstico, assim como as suas implicações e os pensamentos e sentimentos associados (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998). Neste contexto, a ruminação como um processo de "construção de significado" pode levar a resultados produtivos ou ineficazes, dependendo se esta facilita ou dificulta a resolução da discrepância acima referida (Watkins, 2008). De acordo com Mehling e colaboradores (2009) o que constitui uma sensibilidade aos sinais corporais não ruminativa é a capacidade de observar as sensações físicas sem julgamento.

A Terapia da Aceitação e do Compromisso (ACT) (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) uma das abordagens da nova geração de Terapias Cognitivo-Comportamentais (CBT) considera que a indisponibilidade em permanecer em contacto com as experiências privadas indesejadas, nomeadamente a dor, é um aspeto determinante para as dificuldades emocionais. Ao evitar os eventos privados, as pessoas envolvem-se em atividades que produzem um alívio momentâneo mas, diminuem a sua qualidade e satisfação com a vida. Estas estratégias, que restringem e inflexibilizam o repertório de ações dos indivíduos, resultam sobretudo da fusão cognitiva. A fusão cognitiva pode ser concetualizada como um processo através do qual os pensamentos acerca de um evento se fundem com o próprio evento (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Assim, quando fusionada a pessoa age sobre os seus pensamentos como se eles fossem

verdades literais, sendo que os eventos cognitivos passam a dominar o comportamento (Gillanders et al., 2013). Tem sido demonstrado que a fusão cognitiva contribui significativamente para a interferência e severidade da dor, e qualidade de vida dos pacientes (Wicksell, Renofalt, Olsson, Bond, & Melin, 2008). As pessoas que sofrem de dor tornam-se demasiado focadas na sua dor, tendem a avaliá-la de forma excessiva e tomam essas avaliações literalmente o que por sua vez, conduz ao abandono de atividades importantes e a comportamentos no sentido de controlar ou evitar as experiências dolorosas (McCracken, et al., 2007). Este padrão de comportamentos é considerado uma grande fonte de sofrimento humano (Hayes et al., 1999).

### **A importância do *Mindfulness* no ajustamento à dor**

A dor é um reflexo incondicionado que tem como função alertar-nos para o perigo ou dano e sem a qual não teríamos sobrevivido (Dahl & Lundgren, sd). A maioria dos tratamentos tradicionais para a dor crónica visam a redução das sensações de dor, os quais se têm revelado úteis a curto-prazo, mas a longo prazo criam problemas adicionais, nomeadamente o evitamento (Dahl & Lundgren, sd). Neste sentido, quando a experiência de dor se mantém, a alternativa é aprender a viver com a dor (McCracken, 1998). As práticas de *mindfulness* têm sido descritas como um dos métodos de tratamento específicos para a dor crónica. O objetivo do *mindfulness* não é alterar o conteúdo das experiências, mas a forma como elas são experienciadas tornando-se desta forma, um método de tratamento útil para a dor crónica, na qual mudar o que se sente parece ser uma tarefa mais difícil do que mudar a relação com o que é sentido (McCracken et al., 2007). O *mindfulness* permite desenvolver a perspetiva do Eu observador, essencial para alcançar desfusão cognitiva (processo oposto à fusão cognitiva). Assim, os pensamentos relacionados com a dor que incentivam o evitamento

de determinadas situações e atividades podem ser vistos apenas como pensamentos e não como verdades absolutas. A observação *mindful* das experiências internas encoraja os indivíduos a notar o fluxo de pensamentos constante sem se envolver em processos ruminativos (Sauer & Baer, 2010).

O *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) é um programa de tratamento desenvolvido para a dor crónica que se foca na aquisição progressiva de consciência *mindful*. Este programa tem evidenciado resultados positivos no bem-estar em doentes com dor crónica, revelando melhorias significativas ao nível da qualidade de vida, ansiedade, depressão e queixas somáticas, sendo que alguns destes resultados se mantêm três anos após a intervenção (Grossman et al., 2007; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). Vários estudos têm ainda evidenciado que a prática de *mindfulness* promove o bem-estar, o auto-conhecimento e a redução do *stress* percebido, desempenhando uma importante função de autorregulação (Brown & Ryan, 2003; Carmody & Baer, 2007). De um modo geral, os comportamentos *mindful* predizem significativamente o funcionamento físico, social, cognitivo e emocional em sujeitos que procuram tratamento para a dor crónica (McCracken et al., 2007).

### **Objetivos**

Tendo por base a revisão da literatura, o objetivo central deste estudo consistiu em explorar a contribuição da consciência corporal, do estado de humor, da ruminação e da fusão cognitiva na severidade da dor, numa amostra não clínica. Num primeiro ponto pretendemos analisar a relação existente entre estas variáveis e a severidade da dor. Eram esperadas associações positivas entre a severidade da dor e a depressão, ruminação e fusão cognitiva. Era ainda, previsível uma associação negativa entre a severidade da dor e a consciência corporal. Num segundo ponto pretendeu-se analisar o

contributo relativo destas variáveis na explicação da severidade da dor.

## Método

### Amostra

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, realizou-se um estudo exploratório numa amostra de conveniência constituída por 39 adultos da comunidade. Na sua maioria os participantes pertencem à região centro (Coimbra) do país. Constituíram-se como critérios de exclusão dos participantes a idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos ou cujos questionários não se encontravam completamente preenchidos. Na Tabela 1, encontra-se uma descrição mais pormenorizada da amostra no que diz respeito às variáveis género, idade, anos de escolaridade, estado civil e estatuto socioeconómico.

A amostra ficou constituída por 33 participantes do sexo feminino (84.6 %) e 6 do sexo masculino (15.4 %). A média de idade foi 47.54 (DP= 9.58) e variou entre os 19 e os 60 anos. A distribuição foi homogénea ( $F_{(37)} = 4.02$ ;  $p = .052$ ), embora no limiar da significância, não se tendo verificado a existência de diferenças significativas na média de idade em função do género ( $t_{(37)} = -1.00$ ;  $p = .320$ ). Relativamente à escolaridade a média foi 11.77 anos (DP= 4.02), não se tendo também verificado diferenças significativas em função do género ( $t_{(37)} = -.260$ ;  $p = .796$ ). No que respeita ao nível socioeconómico, verifica-se que a maioria da amostra, 61.5% se situa no nível socioeconómico baixo ( $n = 24$ ), 25.6% indivíduos pertencem ao nível médio ( $n = 10$ ), 10.3% pertencem ao nível elevado ( $n = 4$ ) e, apenas 2.6% ( $n = 1$ ) estudante, existindo diferenças significativas entre os géneros nesta variável ( $\chi^2_{(3)} = 13.07$   $p = .004$ ). Quanto ao estado civil a maioria dos participantes 53.8 % são casados ( $n = 21$ ), 20.5% são divorciados ( $n = 8$ ), alguns são solteiros 12.8% ( $n = 5$ ), ou em união de facto 7.7% ( $n =$



3) e apenas 5.1% (n = 2) viúvos, não se verificando diferenças significativas em função do género ( $\chi^2_{(4)} = 4.615$   $p = .329$ )

Tabela 1.

*Características gerais da amostra: idade, escolaridade, estado civil, nível socioeconómico.*

	Masculino (n = 6)		Feminino (n = 33)		Total (n = 39)		t	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	51.17	4.40	46.88	10.15	47.54	9.58	-1.00	.320
A.E.	12.17	5.74	11.70	3.74	11.77	4.02	-2.60	.796

Nota. A.E.=Anos de escolaridade

	Masculino (n = 6)	Feminino (n=33)	Total (n=39)	$\chi^2$	p
Estado civil				4.62	.329
Solteiro	0	5	5		
Casado	5	16	21		
Divorciado	0	8	8		
União de facto	1	2	3		
Viúvo	0	2	2		
N.S.E.				13.07	.004
Baixo	3	21	24		
Médio	0	10	10		
Elevado	1	3	4		
Estudantes	0	1	1		

Nota. N.S.E.=Nível SocioEconómico

## Instrumentos de Medida

Todos os participantes completaram a seguinte bateria de instrumentos de autorresposta:

Questionário das Respostas Ruminativas (RRQ-10: *Rumination Response Questionnaire*, Treynor, Gonzales, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011). Este instrumento mede a ruminação, sendo constituído por 10 itens que se dividem em dois fatores: *o reflexivo* (“*reflection*”) que tem uma orientação para a resolução dos problemas e *o cismar* (“*brooding*”) que se centra nas consequências negativas do humor depressivo e nos obstáculos à resolução dos problemas (Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011). Os itens do RRQ-10 são respondidos numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, que varia entre 1 (“*quase nunca*”) a 4

(“*quase sempre*”). Na versão original os valores de consistência interna foram 0.72 e 0.77 para os fatores Reflexivo e Cismar, respetivamente. Na versão Portuguesa, a análise fatorial confirmou uma estrutura bidimensional, constituída pelas dimensões reflexiva e cismar. Os valores do alfa de *Cronbach* representam uma boa consistência interna e são semelhantes aos encontrados pelos autores na versão original:  $\alpha$  Reflexivo =.75;  $\alpha$  Cismar=.76. Assim a versão Portuguesa da RRQ-10 apresenta-se como uma medida válida, com bons resultados de consistência interna, fidelidade teste-reteste e validades convergente e discriminante (Dinis et al., 2011). No nosso estudo utilizamos apenas o total desta medida, cujo alfa obtido foi .86.

Escalas de Ansiedade, Depressão e *Stress* de 21 itens-EADS-21 (DASS-21: *Depression Anxiety Stress Scales*, Lovibond, & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A EADS-21 é uma versão reduzida da EADS com 42 itens (EADS-42) e pretende medir os construtos de ansiedade (“*senti a minha boca seca*”), depressão (“*não consegui sentir nenhum sentimento positivo*”) e *stress* (“*senti dificuldade em me relaxar*”). Assim, a EADS-21 é constituída por 3 escalas: Depressão, Ansiedade e *Stress*, cada uma delas com 7 itens. Os respondentes avaliam a extensão em que experienciaram cada sintoma durante a última semana. Cada frase tem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert*, variando entre 0 (“*não se aplicou nada a mim*”) a 3 (“*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”). Os valores de consistência interna da versão original para a população normal mostraram-se elevados para todas as subescalas:  $\alpha$  depressão =.94;  $\alpha$  Ansiedade =.87;  $\alpha$  *Stress* =.91. O estudo da versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2004) apresentou também, bons valores de consistência interna:  $\alpha$  =.86;  $\alpha$  =.74;  $\alpha$  =.81, para a depressão, ansiedade e *stress*, respetivamente. No presente estudo obtivemos uma elevada consistência interna para a Depressão ( $\alpha$ =.84), Ansiedade ( $\alpha$ =.88) e *Stress* ( $\alpha$ =.92), sendo que foi apenas

utilizada a subescala depressão.

Questionário da Fusão Cognitiva (CFQ: *Cognitive Fusion Questionnaire*; Gillanders et al., 2013; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Dinis, Gregório, & Pinto. Manuscrito em preparação). O CFQ é um instrumento constituído por 7 itens que medem a fusão cognitiva. Os dados preliminares demonstraram que o CFQ apresenta uma estrutura unidimensional, revelando uma boa validade de construto, validade divergente e fidelidade teste-reteste. Os valores de consistência interna da versão original revelaram-se excelentes para as diversas amostras: amostra de estudantes e da comunidade  $\alpha = .90$ ; amostra de *stress* de trabalho  $\alpha = .92$ ; amostra variada de saúde mental  $\alpha = .88$ ; amostra de esclerose múltipla  $\alpha = .93$ ; amostra de cuidadores de demência  $\alpha = .90$ . O CFQ apresenta uma estrutura fatorial simples, coerente e que parece estável em diversas amostras (Gillanders et al., 2013). No nosso estudo esta medida apresentou uma baixa consistência interna ( $\alpha = .48$ ).

Inventário Resumido da Dor (BPI: *Brief Pain Inventory - Short Form*, Cleeland, 1991; versão portuguesa de Azevedo et.al., 2007). Este instrumento avalia a dor numa perspetiva multidimensional, sendo constituído por 15 itens que avaliam a existência, a severidade, a localização, a interferência funcional, as estratégias terapêuticas aplicadas e a eficácia do tratamento da dor. Entre esses itens, contém um que verifica a existência de dor; um que serve para a localização da dor (através da identificação das áreas de dor num diagrama do corpo humano); uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens classificados entre 0 (“*sem dor*”) a 10 (“*pior dor que se pode imaginar*”); um item para registar as estratégias terapêuticas utilizadas; e um item para quantificar numa escala de 0 a 100% a eficácia da terapêutica aplicada. Por último, contém ainda, uma escala de interferência funcional, constituída por 7 itens que avaliam a interferência da dor nas atividades em geral, disposição, mobilidade, trabalho, relações interpessoais,

sono e prazer de viver, cuja classificação varia entre 0 (“*não interferiu*”) a 10 (“*interferiu completamente*”). O grau de severidade da dor obtém-se somando a pontuação obtida em cada um dos 4 itens desta subescala e dividindo pelo número de itens (Cleeland, 2009). Na versão portuguesa do instrumento os valores de consistência interna foram .99 e .84, para a escala de Severidade e para a escala de Interferência, respetivamente. Revela ainda, uma boa fidelidade teste-reteste e boas qualidades psicométricas (Azevedo et al., 2007). Os autores definiram os valores normativos para a subescala Severidade (M= 5.1; DP= 2.2) e Interferência (M= 5.5; DP= 2.3). Para o presente estudo foi apenas utilizada a escala de Severidade da dor, tendo-se obtido uma boa consistência interna ( $\alpha = .87$ ). Para avaliar o grau de severidade da dor foi utilizada a classificação definida por Hauber e colaboradores (2008): severidade leve (1-3), severidade moderada (4-6) e severidade severa (7-9).

Escala de Conexão ao Corpo-ECC- (SBC: *Scale of Body Connection*, Price & Tomphson, 2007; versão portuguesa de D’Almeida, & Castilho, 2014). É uma medida de auto-resposta constituída por 2 fatores: a consciência corporal que engloba 12 itens e a dissociação corporal composta por 8 itens. O formato de resposta baseia-se numa escala tipo *Likert* de 0 “nunca” a 4 “sempre”. Nas instruções é referido que a escala questiona acerca da consciência corporal e das respostas à mesma, sendo pedido aos respondentes para indicarem a forma como geralmente se sentem em cada afirmação, tendo em conta os últimos dois meses. É ainda referido que existem questões acerca da atividade sexual, nas quais devem ser considerados todos os aspetos da atividade sexual incluindo a auto-estimulação (masturbação). No estudo original, a escala revelou boas qualidades psicométricas, apresentando um alfa de *Cronbach* de .83 para a consciência corporal e .78 para a dissociação corporal. No estudo da aferição portuguesa (D’Almeida & Castilho, 2014) a escala ficou composta por 14 itens, 9 pertencem à

subescala consciência corporal e os restantes 5 itens pertencem à subescala dissociação corporal. A escala evidenciou qualidades psicométricas adequadas, com uma consistência interna de .80 para a consciência corporal e .70 para a dissociação corporal. No presente estudo a subescala consciência corporal apresentou um alfa de .70 e a dissociação corporal .68, sendo que foi apenas utilizada a consciência corporal.

### **Procedimentos**

Para além da bateria de instrumentos acima mencionada, o protocolo de investigação era também constituído por folhas de rosto: na página inicial foi fornecida uma breve explicação dos objetivos do estudo, fez-se referência ao anonimato dos participantes, à confidencialidade das respostas, e à importância do preenchimento completo das escalas. E ainda, uma folha relativa aos dados sociodemográficos dos participantes (idade, género, estado civil, anos de escolaridade completos e profissão). O protocolo de investigação foi entregue, pela autora do estudo, em estabelecimentos privados e comerciais do Centro do país. Concluída a fase de recolha procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados, cujos procedimentos serão descritos no ponto que se segue.

### **Estratégia analítica**

O tratamento dos dados foi efetuado com o *Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 20.0)*, através do qual foi realizada a estatística descritiva da amostra, nomeadamente foram calculadas as medidas de tendência central (i.e. médias obtidas nas variáveis em estudo), dispersão (i.e. desvio padrão) e as medidas de assimetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*). A normalidade das variáveis foi examinada através do teste de *Shapiro-Wilk*, particularmente apropriado

para amostras de pequena dimensão (Marôco, 2010) e o enviesamento em relação à média através das medidas da forma da distribuição (i.e. assimetria e curtose). Com o objetivo de analisar as associações entre as variáveis preditoras e a variável dependente, recorreu-se ao cálculo de matrizes de correlações de *Pearson*. Para a análise de regressão linear foram considerados os pressupostos relativos à normalidade (teste de *Shapiro-Wilk* e medidas de *Skewness* e *Kurtosis*), à homogeneidade (gráfico de probabilidade normal), e à independência dos resíduos (*Durbin-Watson*). Relativamente ao número de variáveis preditoras foi cumprida a recomendação de Field (2009). A qualidade de ajustamento do modelo de regressão linear foi avaliada através do coeficiente de determinação ( $R^2$ ).

Valores adequados de  $R^2$  variam entre  $0 \leq R^2 \leq 1$ , em que valores acima de .50 atestam que o ajustamento do modelo aos dados é aceitável (Marôco, 2010b). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis-DM<sup>2</sup>* (i.e.,  $p_1; p_2 < .05$  como indicador de possível *outlier*). A presença de Multicolinearidade foi analisada mediante o cálculo dos VIF (Marôco, 2010b).

## Resultados

### Análise preliminar dos dados

Os resultados obtidos demonstraram que as variáveis da nossa amostra não apresentaram uma distribuição normal (*Shapiro-Wilk*,  $p \leq .05$ ). Porém nenhuma variável apresentou valores de assimetria (*Skewness*  $< 3$ ) e de achatamento (*Kurtosis*  $< 10$ ) indicadores de violações severas à normalidade (Kline, 1988). Neste sentido, recorreu-se aos testes paramétricos por serem considerados testes robustos a violações à normalidade das variáveis. Não se verificou qualquer violação dos pressupostos subjacentes à análise de regressão linear. A análise das VIF ( $< 5$ ) revelou a não

existência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (Marôco, 2010b). A estatística *Durbin-Watson* apresentou um valor dentro do intervalo considerado normal (1,72).

### **Análises descritivas**

Na tabela 2 são apresentadas as medidas de tendência central, de dispersão e o valor do teste *t* para ambos os gêneros nas variáveis em estudo. Através da análise da tabela é possível concluir pela não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros. Porém, as mulheres apresentaram pontuações mais elevadas do que os homens em qualquer uma das variáveis, o que pode ser explicado pela predominância do sexo feminino nesta amostra.

Tabela 2.

*Médias, Desvio-Padrão e testes t para ambos os gêneros nas variáveis em estudo (n=39)*

	Masculino (n=6)		Feminino (n=33)		<i>t</i>	p
	M	DP	M	DP		
Severidade da dor (BPI)	2.96	1.93	3.48	1.75	.667	.509
Consciência Corporal (ECC)	22.50	3.08	24.42	4.40	1.01	.315
Depressão (EADS-21)	3.67	3.72	5.06	4.47	.717	.478
Ruminação (RRQ)	9.33	8.33	13.69	5.69	1.60	.117
Fusão (CFQ)	48.83	16.50	64.81	30.81	1.23	.227

Nota. BPI=Inventário Resumido da Dor; ECC=Escala de Conexão ao Corpo; EADS=Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; RRQ=Questionário das Respostas Ruminativas; CFQ=Questionário da Fusão Cognitiva.

### **Frequências e percentagens da Severidade de dor na amostra**

Tendo em conta a média obtida no Inventário Resumido da Dor (BPI) (cf. Tabela 2) a amostra do nosso estudo caracteriza-se por um grau de severidade de dor leve, de acordo com a classificação anteriormente referida (Hauber et al., 2008). Foi também possível constatar que na nossa amostra 2.56% (n=1) dos participantes não apresentam dor; 61.54% (n=24) apresenta uma severidade de dor leve representando, por isso, a maioria; 33.33% (n=13) têm uma severidade de dor moderada; e apenas 2.56% (n=1) manifestam uma severidade de dor severa.

### Relação entre a Severidade da dor, Consciência Corporal e processos de regulação emocional

Para estudar a relação entre a Severidade da dor, a Consciência Corporal, a Depressão, a Ruminação e a Fusão Cognitiva efetuaram-se matrizes de correlação de *Pearson*. Procurou-se, deste modo analisar quais as variáveis fortemente associadas com a severidade da dor. A tabela 3 apresenta os coeficientes de correlação obtidos. A análise das correlações de *Pearson* permitiu verificar a existência de relações estatisticamente significativas, de magnitude moderada, entre a severidade da dor e a subescala consciência corporal ( $r = .37$ ,  $p \leq .05$ ); a subescala depressão ( $r = .36$ ,  $p \leq .05$ ); a ruminação ( $r = .51$ ,  $p \leq .01$ ); e a fusão cognitiva ( $r = .39$ ;  $p \leq .05$ ). Estas associações ocorreram todas no sentido esperado, exceto para a relação observada com a consciência corporal, em que se previa uma associação negativa, estatisticamente significativa com a severidade da dor. A consciência corporal não se mostrou correlacionada com as restantes variáveis psicopatológicas (ns.). Relativamente à depressão, verificou-se a existências de associações moderadas e estatisticamente significativas com a ruminação e a fusão cognitiva. O mesmo padrão de correlações foi observado para a ruminação.

Tabela 3.

*Coefficientes de correlação entre a severidade da dor, consciência corporal, depressão, ruminação, fusão cognitiva na amostra em estudo (n=39).*

Medidas	Severidade -BPI	Consc.-ECC	Dep.-EADS	Rum.-RRQ	Fusão-CFQ
Severidade-bpi	-	.365*	.356*	.511**	.391*
Consc.-ecc	.365*	-	.034	.194	-.001
Dep.-eads	.356*	.034	-	.606**	.526**
Rum.-rrq	.511**	.194	.606**	-	.575**
Fusão-cfq	.391*	-.001	.526**	.575**	-

Nota. BPI=Inventário Resumido da Dor; ECC=Escala de Conexão ao Corpo; EADS=Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; RRQ=Questionário das Respostas Ruminativas; CFQ=Questionário da Fusão Cognitiva. \* $p < .05$  \*\*  $p < .01$



## **Contribuição da Consciência Corporal e dos processos de regulação emocional para a severidade da dor**

Com base no estudo correlacional, pretendia-se explorar a contribuição relativa das variáveis em estudo na explicação da severidade da dor. Para esse efeito realizou-se uma análise de regressão linear (método *Enter*) com todas as variáveis, na medida em que se correlacionaram significativamente com a severidade da dor ( $p < .05$ ). Neste sentido, a depressão, a consciência corporal, a ruminação e fusão cognitiva assumiram o papel de variáveis independentes (VI), sendo a severidade da dor a variável dependente (VD). Optou-se por controlar a depressão, num primeiro bloco, por se encontrar bem fundamentado na literatura a relação entre esta variável e a VD, bem como a sua contribuição para a manutenção da dor. No segundo bloco foram então, introduzidas as restantes variáveis independentes.

No primeiro modelo, a depressão mostrou-se um preditor significativo da severidade da dor, contribuindo para 12.7% da variância da variável critério ( $F_{(1,37)} = 5.37$ ;  $p = .026$ ), com um  $\beta = .36$ . No segundo modelo, quando são adicionados os restantes preditores assiste-se a um aumento da variância explicada para 36.2% ( $F_{(3,34)} = 4.17$ ;  $p = .013$ ). Tendo em consideração os resultados obtidos neste segundo modelo, o único preditor global significativo da severidade da dor é a subescala consciência corporal ( $\beta = .30$ ;  $p = .039$ ), sendo que a depressão perde o seu poder preditivo ( $\beta = .06$ ;  $p = .728$ ). Estes resultados sugerem, então que, o aumento da consciência corporal reflete-se significativamente num aumento da severidade da dor. Os valores para as restantes variáveis no modelo são descritos na tabela 4.

Tabela 4.

*Regressão linear múltipla com a depressão, consciência corporal, ruminação e fusão cognitiva a predizer a severidade da dor (VD) (n=39)*

Modelo	Preditores	$\beta$	t	p
1	EADS-Depressão	.356	2.318	.026

2	EADS-Depressão	.063	.351	.728
	ECC-Cons.	.303	2.141	.039
	RRQ	311	1.619	.115
	CFQ	.179	1.023	.314

Nota. VD=Variável dependente; EADS=Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*; ECC=Escala de Conexão ao Corpo; RRQ=Questionário das Respostas Ruminativas; CFQ=Questionário da Fusão Cognitiva.

### Discussão

A consciência corporal refere-se à capacidade de identificar e experienciar as sensações corporais internas (Mehling et al., 2009; Price & Thompson, 2007). Alguns autores têm evidenciado a proximidade entre os construtos de consciência corporal e *mindfulness*, referindo-se à importância da atenção, da concentração e do não julgamento no desenvolvimento desta competência (Mehling et al., 2009). Os benefícios encontrados na consciência corporal têm levado ao desenvolvimento de diversas abordagens que visam promover uma qualidade de consciência corporal *mindful* (Gard, 2005; Price, Krycka, Breitenbucher, & Brown, 2011). Resultados preliminares sugerem que estas abordagens são úteis numa variedade de condições clínicas, particularmente na dor crônica, na medida em que promovem uma maior capacidade de lidar com a dor, constituindo uma base para as estratégias de *coping* (Burns, 2006; Dragesund, Ljunggren, Kvale, & Strand, 2010; Grossman et al., 2007; Oien, Raheim, Iversen, & Steihaug, 2009). A importância dos fatores psicológicos na manutenção da dor é amplamente conhecida. Contudo permanece ainda, por esclarecer o impacto de determinadas variáveis psicológicas na severidade da dor. Neste sentido, o presente estudo pretendeu explorar o papel da consciência corporal, dos processos de regulação emocional (fusão cognitiva e ruminação) e do afeto negativo na severidade da dor,

numa amostra não clínica. Partimos do pressuposto que a consciência corporal pudesse desempenhar um papel importante na severidade da dor. A amostra do presente estudo foi majoritariamente constituída por indivíduos com um grau de dor leve, de acordo com a pontuação obtida na subescala de Severidade do Inventário Resumido da Dor (BPI). Apesar das mulheres apresentarem pontuações médias superiores aos homens em qualquer uma das variáveis em estudo, resultado congruente com a literatura que demonstra uma maior prevalência de dor, depressão e ruminação nas mulheres (Johnson & Whisman, 2013; Munce & Stewart, 2007), não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativa entre géneros. Esta ausência de significância poderá ser explicada pela reduzida dimensão da amostra e sub-representação do género masculino.

Começou-se por explorar a relação existente entre a severidade da dor, a consciência corporal, a ruminação, a fusão cognitiva e os sintomas depressivos. O estudo de natureza correlacional revelou associações positivas significativas entre a severidade da dor e estas variáveis psicológicas. Estas associações ocorreram no sentido esperado, excetuando a relação positiva observada entre a severidade da dor e a consciência corporal. No que concerne ao humor, são vários os estudos que confirmam uma forte relação entre a depressão e a dor (J. Berber, Kupek, E., S. Berber, 2005). De acordo com Miró, Nieto, e Huguet (2008) as pessoas com depressão ou com uma personalidade depressiva apresentam uma maior sensibilidade à dor aguda e crónica, sendo que a depressão poderá também contribuir para a experiência da dor em si mesma. Por outro lado, a depressão associada com a desesperança (Smith, Peck, & Ward, 1990) e baixos níveis de afeto positivo (Clark & Watson, 1991) contribui para o aumento da dor. A associação mais forte verificou-se entre a severidade da dor e a ruminação. Esta relação encontra-se bem fundamentada na literatura. Diversos estudos têm demonstrado que a ruminação é um preditor significativo da severidade atual da

dor, assim como da interferência nas atividades diárias em doentes com dor (Osman et al., 1997; Sullivan et al., 1998). Também em relação à fusão, a literatura tem evidenciado que esta variável, associada à inflexibilidade psicológica, contribui para a manutenção da dor, podendo mesmo funcionar como uma variável moderadora, ao influenciar a mudança associada com o tratamento (Wicksell, Lekander, Sorjonen, & Olsson, 2010). No que respeita à relação observada entre a severidade da dor e a consciência corporal, pese embora o sentido da associação não fosse o esperado, vai ao encontro da amplificação somatosensorial associada à sensibilidade e consciência dos sintomas somáticos defendida por alguns autores (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990). Ou seja, parece existir na nossa amostra uma tendência para a monitorização dos sintomas somáticos e para a preocupação com as sensações corporais, intensificando-as. Sugere-se, então, que o foco nas sensações corporais, associado a um estilo de pensamento ruminativo, diretamente relacionado com a depressão, e uma tendência para a fusão com o conteúdos dos pensamentos e avaliações, nomeadamente acerca dessas sensações, relacionam-se com a severidade da dor.

Com base nos resultados obtidos com o estudo correlacional, exploramos a contribuição preditiva das variáveis acima referidas na severidade da dor, controlando num primeiro bloco o efeito da depressão. Este primeiro modelo revelou-se significativo, explicando 12.7% da variância na severidade da dor. Também, num estudo recente a depressão foi considerada o principal preditor de incapacidade e inaptidão em pacientes com dor crónica (T. Saariaho, A. Saariaho, Karila, & Joukamaa, 2012a). Quando adicionadas as restantes variáveis, no segundo bloco, o modelo passa a explicar 36.2% da severidade da dor, e a consciência corporal surge como o único preditor significativo. Estes resultados indicam que, quando controlado o efeito da depressão, apenas a consciência e a sensibilidade às sensações corporais internas

contribui para a severidade da dor. Porém coloca-se a hipótese que, numa amostra clínica de dor e de uma maior dimensão as restantes variáveis preditoras alcançassem expressividade estatística.

Era esperado que a consciência corporal assumisse um papel “protetor” na manutenção da dor. Porém o nosso estudo não corrobora esta hipótese. Este dado pode ser compreendido pelas limitações inerentes à medida de conexão ao corpo (ECC). De acordo com Mehling e colaboradores (2009) as medidas validadas de consciência corporal têm sido questionadas por não distinguirem entre a hipervigilância na dor e uma aceitação consciente (*mindful*), e sem julgamento das sensações físicas. Outros autores sugerem também que a sensibilidade aos sinais corporais não é por si só adaptativa ou patológica, mas depende da sua interação com outros fatores, sendo que a qualidade e o modo de atenção parecem ser determinantes para essa diferenciação. Deste modo, uma elevada sensibilidade aos sinais corporais pode refletir-se numa tendência de recetividade e aceitação das sensações, ou ao invés pode dar origem a um processo de monitorização (*Body Scan*) relacionado com a amplificação somatossensorial (Ginzburg et al., 2014). Não obstante, acredita-se que uma qualidade de consciência corporal adequada, caracterizada por uma consciência profunda da experiência interna, ao que se associam sentimentos de presença e aceitação (Aposhyan, 2004; Brown & Ryan, 2003; Gard, 2005) poderá assumir esse papel protetor.

### **Limitações e direções futuras**

Este estudo apresenta várias limitações. A principal limitação apontada relaciona-se com o N da nossa amostra. Uma amostra de pequena dimensão, constituída predominantemente por mulheres não permite generalizar os resultados obtidos. Na avaliação da dor foi apenas tida em conta a subescala de severidade do Inventário

Resumido da Dor, não se considerando as áreas de localização da dor identificadas pelos participantes. Também o facto de ser uma amostra da comunidade e com um grau de severidade de dor leve poderá ter contribuído para a ausência de significância de algumas variáveis na predição da severidade da dor, nomeadamente a ruminação e a fusão cognitiva. Uma outra limitação prende-se com o instrumento utilizado para avaliar a consciência corporal (ECC), demonstrando algumas fragilidades em captar a natureza multidimensional do construto. Neste sentido, seria pertinente que no futuro se replicasse este estudo numa amostra clínica com dor crónica, utilizando uma medida capaz de abranger eficazmente este construto, diferenciando a sua natureza adaptativa da patológica, de modo a permitir explorar melhor o papel desta variável na dor.

### **Conclusão**

Não obstante as limitações apontadas este estudo, ainda que exploratório, representa um importante contributo na área da conexão ao corpo e, particularmente na sua relação com a dor, tornando-se evidente a complexidade inerente ao construto de consciência corporal. Porém, impõe-se a necessidade de desenvolver mais estudos no sentido de compreender de forma mais elaborada os mecanismos inerentes ao corpo, assim como a via pela qual são eficazes e adaptativos.

### **Referências**

Aguilera, M., Ariasa, B., Wichersa, M., Barrantes-Vidala, N., Moya, J., Villa, H., ... Fañanás, L. (2009). Early adversity and 5-HTT/BDNF genes: New evidence of gene–environment interactions on depressive symptoms in a general population. *Psychological Medicine*, 39, 1425–1432.

Anderson, R. (2006). Body Intelligence Scale: Defining and measuring the

intelligence of the body. *The Humanistic Psychologist* 34 (4), 357-367.

Andrasik, F., Flor, H., & Turk, D. (2005). An expanded view of psychological aspects in head pain: The biopsychosocial model. *Neurological Sciences*, 26, S87–S91. doi: 10.1007/s10072-005-0416-7.

Aposhyan, S. (2004). *Body-Mind psychotherapy: Principles, techniques, and practical applications*. New York: W.W. Norton & Company.

Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualosa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor* 15 (4), 3-56, Lisboa.

Bakal, D. (1999). *Minding the body: Clinical uses of somatic awareness*. New York: The Guilford Press.

Baker, A., Buchanan, N., & Corson, N. (2008). Factors influencing chronic pain intensity in older black women: examining depression, locus of control, and physical health. *Journal of Women's Health*, 17 (5). doi: 10.1089/jwh.2007.0452.

Barsky, A., Wyshak, G., & Klerman, G. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationships to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (4), 323-334.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berber, J.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalence of depression and its relationship with quality of life in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 47-54.

Bower, J., Kemeny, M., Taylor, C., & Fahey, J. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (6), 979-986.

Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287–333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009.

Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.

Burns, J.W. (2006). The role of attentional strategies in moderating links between acute pain induction and subsequent psychological stress: Evidence for

symptom-specific reactivity among patients with chronic pain versus healthy nonpatients. *Emotion*, 6 (2), 180-192. doi: 10.1037/1528-3542.6.2.180.

Carmody, J., Baer, R. (2007). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33. doi: 10.1007/s10865-007-9130-7

Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316–336.

Cleeland, C. (2009). The Brief Pain Inventory: User guide. Acedido em, 10, Junho, em [http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI\\_UserGuide.pdf](http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_UserGuide.pdf).

Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of Post-Traumatic Stress Disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981–986.

Craig, A.D. (2003). Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13, 500–505. doi: 10.1016/S0959-4388(03)00090-4.

Craig, A.D. (2010). The sentient self. *Brain Structure and Function*, 214, 563–577. doi:10.1007/s00429-010-0248-y.

Currie, S.R., & Wang, J. (2005). More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain. *Psychological Medicine*, 35, 1275–1282.

Dahl, J., & Lundgren, T. (s.d.). *Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain*. University of Uppsala, Sweden.

Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body Awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 207-219.

Dinis, A., Pinto Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – versão reduzida. *Psychologica*, 54, 175-202.

Domschke, K., Stevens, S., Pfleiderer, B., & Gerlach, A. (2010). Interoceptive



sensitivity in anxiety and anxiety disorders: An overview and integration of neurobiological findings. *Clinical Psychology Review* 30, 1–11. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.008.

Dragesund, T., Ljunggren, A., Kvale, A., & Strand, L. (2010). Body Awareness Rating Questionnaire – development of a self-administered questionnaire for patients with long-lasting musculoskeletal and psychosomatic disorders. *Advances in Physiotherapy*, 12, 87–94. doi: 10.3109/14038191003706545.

Elliot, A.M., Smith, B.H., Penny, K.I., Smith, W.C., & Chambers, W.A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet*, 354 (9), 1248-1252.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ed.). Londres: SAGE Publications, Ltd.

Gambassi, G. (2009). Pain and depression: The egg and the chicken story revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 1, 103–112.

Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with Fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27 (12), 725-728. doi: 10.1080/09638280400009071.

Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, C., ... Remington, B. (2013). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45 (1), 83-101. doi: 10.1016/j.beth.2013.09.001.

Ginzburg, K., Tsur, N., Barak-Nahum, A., & Defrin, R. (2014). Body awareness: Differentiating between sensitivity to and monitoring of bodily signals. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 564–575. doi:10.1007/s10865-013-9514-9.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00573-7.

Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 226-233. doi: 10.1159/000101501.

Hacpille, L. (2000). *A dor cancerosa e o seu tratamento: Abordagem global em cuidados paliativos*. Medicina e Saúde, Lisboa: Instituto Piaget.

Haley, W., Turner, J., & Romano, J. (1985). Depression in chronic pain patients: Relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, 23, 337–343.

Hansell, S., Sherman, G., & Mechanic, D. (1991). Body Awareness and medical care utilization among older adults in an HMO. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *46* (3), 151-159.

Hauber, A.B., McCrink, L., Beard, S., Garcia-Cebrian, A., Maas, G., Das Guopta, R., & Le, T.K. (2008). Population health state utilities for Fibromyalgia in the United Kingdom. *Value Health*, *11*.

Haugstad, G.K., Haugstad, T.S., Kirste, U., Leganger, S., Wojniusz, S., Klemmetsen, I., & Malt, U. (2006). Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 637– 644. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.05.003.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44* (1), 1–25.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hu, J.C., Link, C.L., McNaughton-Collins, M., Barry, M.J., & McKinlay, J.B. (2007). The association of abuse and symptoms suggestive of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: Results from the Boston area community health survey. *Journal of General Internal Medicine*, *22*, 1532–1537.

International Association for Study Pain - Task Force on Taxonomy (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2<sup>a</sup> ed.), IASP Press, Seattle.

Janssen, S. (2002). Negative affect and sensitization to pain. *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*, 131-137.

Johnson, D., & Whisman, M. (2013). Gender differences in rumination: A meta analysis. *Personality and Individual Differences*, *55* (4), 367-374. doi: 10.1016/j.paid.2013.03.019.

Keogh, E., McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, *10*, 413–422. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.05.007.

Keough, M., Timpano, K., Zawilinski, L., & Schmidt, N. (2011). The Association between Irritable Bowel Syndrome and the anxiety vulnerability factors. Body vigilance and discomfort intolerance *Journal of Health Psychology*, *16* (1), 91-98. doi: 0. 77/ 35 053 0367689.

Koroboki, E., Zakopoulos, N., Manios, E., Rotas, V., Papadimitriou, G., & Papageorgiou, C. (2010). *International Journal of Psychophysiology*, 78, 158–162. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.07.003

Kratz, A., Davis, M., & Zautra, A. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (3), 291-301. doi: 10.1080/08836610701359860.

Lèpine, J., & Briley, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Human Psychopharmacology*, 19, S3-7.

Lok, C-F., & Bishop, G.D. (1999). Emotion control, stress, and health. *Psychology & Health*, 14 (5),813-827.doi: 10.1080/08870449908407349.

Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lyubomirsky, S., Caldwell, N., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (1) 166-177. doi: 10.1037/0022-3514.75.1.166.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições.

McCracken, L.M., & Turk, D.C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27, 2564–2573.

McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

McCracken, L.M., Gauntlett-Gilbert, J., Vowles, K. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131, 63-69. doi: 10.1016/j.pain.2006.12.013.

Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C., Hecht, F.M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PloSONE*, 4 (5),e5614. doi: 10.1371/journal.pone.0005614.

Miró, J., Nieto, R., & Huguet, A. (2008). Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: A Delphi poll. *European Journal of Pain*, 12, 30–47. doi:10.1016/j.ejpain.2007.02.004

Munce, S., & Stewart, D. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, *48*, 394–399.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100* (4), 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorder and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504-511.

Oien, A.M., Raheim, M., Iversen, S., & Steihaug, S. (2009). Self perception as embodied knowledge-changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, *11*, 121 –129.

Osman, A., Barrios,F., Kopper, B., Hauptmann, W., Jones, J., & O'Neill, E. (1997). Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Behavioral Medicine*, *20* (6), 589-605.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças* *5* (2), 229-239.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validations study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12* (2), 225-237.

Pollatos, O., Herbert, B., Matthias, E., & Schandry, R. (2007). Heart rate response after emotional picture presentation is modulated by interoceptive awareness. *International Journal of Psychophysiology*, *63*, 117–124. doi:10.1016/j.ijpsycho.2006.09.003.

Price, C., Krycka, K., Breitenbucher, T., & Brown, N. (2011). Perceived helpfulness and unfolding processes in body-oriented therapy practice. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, *11* (2), 1-15.

Price, C.J., & Thompson, E.A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *13* (9), 945-953. doi:10.1089/acm.2007.0537.

Pyszczynski, T., & Greenberg,J. (1987). Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression. *Psychological Bulletin*, *102* (1), 122-138. doi: 10.1037/0033-2909.102.1.122

Raes, F., Watkins, E.R., Williams, J.M., & Hermans, D. (2008). Non-ruminative processing reduces overgeneral autobiographical memory retrieval in students. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 748– 756.

Rammelsberg, P., LeResche, L., Dworkin, S.F., & Mancl, L. (2003). Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: A five-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain, 17*, 9–20.

Robb, K., Williams, J., Duvivier, V., & Newham, D. (2006). A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain: A preliminary study. *The Journal of Pain, 7* (2), 82-90.

Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2012b). Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: An analysis of biopsychosocial models of pain. *Disability and Rehabilitation, 34*, 1192-201.

Saariaho, A., Saariaho, T., Mattila, A., Karukivi, M., & Joukamaa, M. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry, 35*, 239–245. doi:10.1016/j.genhosppsych.2012.11.011.

Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2012a). Early maladaptive schema factors, chronic pain and depressiveness: A study with 271 chronic pain patients and 331 control participants. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*, 214-223.

Sauer, S., & Baer, R. (2010). Mindfulness and decentering as mechanisms of change in mindfulness - and acceptance – based interventions. In R. Baer (eds.), *Assessing mindfulness & Acceptance in clientes: illuminating the theory and practice of change* (pp. 25-50). New Harbinger Publications, Inc. Oakland.

Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology, 22*, 487–497. doi:10.1037/0278-6133.22.5.487.

Silva, D., Rocha, E., & Vandenberghe, L. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crónica. *Temas em Psicologia, 18* (2), 335 – 343.

Smith, T., Peck, J., & Ward, J. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology, 9*, 377–389.

Sullivan, M.J. Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M. T., & Tripp, D.A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain, 77*, 253–60.

Tessari, A., Tsakiris, M., Borghi, A., & Serino, A. (2010). The sense of body: A

multidisciplinary approach to body representation. *Neuropsychologia*, 48, 643–644. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.12.004

Thomsen, D.K., Mehlsen, M.Y., Olesen, F., Hokland, M., Viidik, A., Avlund, K., & Zachariae, R. (2004). Is there an association between rumination and self-reported physical health?. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (3), 215-231.

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 247-259. doi:10.1023/A:1023910315561.

Tsakiris, M. (2010). My body in the brain: A neurocognitive model of body-ownership. *Neuropsychologia*, 48, 703–712. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.09.034.

Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evaluation and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.

Unruh, A (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123–167.

Villemure, C., & Bushnell, M.C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?. *Pain*, 95, 195-199.

Watkins, E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134 (2), 163–206. doi: 10.1037/0033-2909.134.2.163.

Wicksell, R., Lekander, M., Sorjonen, K., & Olsson, G. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical properties and model fit of an instrument to assess change processes in pain related disability. *European Journal of Pain*, 14, 771.e1–771.e14 doi:10.1016/j.ejpain.2009.11.015.

Wicksell, R., Renofalt, J., Olsson, G., Bond, F., & Melin, L. (2008). Avoidance and cognitive fusion – Central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12, 491–500.

Williams, A., & Richardson, P. (1993). What does the BDI measure in chronic pain? *Pain*, 55, 259-266.

Woby, S., Roach, N., Urmston, M., & Watson, P (2007). The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. *European Journal of Pain*, 11, 869–877. doi:10.1016/j.ejpain.2007.01.005.