

Alexitimia, saúde e doença

Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica (*)

SARA BARROS (**)

SOFIA LOBO (**)

ISABEL TRINDADE (***)

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (****)

1. INTRODUÇÃO

O termo alexitimia foi proposto por Sifneos em 1972 (Sifneos, 1973), para descrever as manifestações clínicas de sujeitos que apresentavam, antes de mais, dificuldades acentuadas em exprimir os seus estados emocionais por intermédio de palavras.

Apesar de inicialmente ter sido estabelecida uma estreita ligação entre a alexitimia e as perturbações psicossomáticas clássicas (Feiguine, Jones e Kassel, 1988), a presença da alexitimia tem sido observada noutras situações como a dependência de substâncias, neuroses de carácter e perversões (Blanchard, Arena & Pallmeyer, 1981; Krystal, 1979; Skipko, 1984; citado em Von Rad, 1984).

A alexitimia foi também descrita em doentes que somatizavam (Skipko, 1982; Lesser, 1981; Lesser et al, 1979; cits. por Von Rad, 1984), ou que apresentavam queixas somáticas (Heiberg, 1980) e ainda em situações pós-traumáticas ou de doença física e/ou crónica (Kleiger & Jones, 1980; Fukunishi, 1990; Fukunishi, 1992; Clereci et col, 1992).

Apesar desta evolução relativa ao estudo da alexitimia ter contribuído em grande parte para a sua compreensão, parece-nos que as perspectivas psicanalítica e psicofisiológica são demasiado centradas na doença e conferem-lhe um carácter deficitário.

O presente estudo, tendo por base modelos de adaptação ao stress, considera a alexitimia não como uma variável psicopatológica com carácter deficitário, mas como uma variável psicológica integrada no funcionamento de alguns sujeitos que poderá estar ligada a comportamentos de risco para a saúde. *A alexitimia emerge assim como uma variável relevante em Psicologia da Saúde, sendo importante em duas áreas: Prevenção e Adesão.*

Para tentarmos compreender a influência da alexitimia nestas áreas baseámo-nos na Hipótese

(*) O Núcleo de Investigação em Psicologia da Saúde agradece a colaboração de Olga Ribeiro, Joana Mascarenhas, Sandra Albuquerque, Mafalda Adolfo Coelho, Cristina Bastos e Horácio Gonçalves.

(**) Psicóloga Clínica.

(***) Psicóloga Clínica, Centro de Saúde da Parede.

(****) Psiquiatra. Assistente, ISPA. Coordenador do Núcleo de Investigação em Psicologia da Saúde, ISPA.

de Stress-Alexitimia (Martin & Pihl, 1985), e no Modelo de Adaptação de Stress descrito por Lazarus (1984; cit. em Sarafino, 1994).

Assim, segundo a Hipótese de Stress, nos sujeitos com características alexitímicas há uma inadequação da resposta dada a uma situação ou acontecimento indutor de stress. Esta inadequação seria resultado de uma dificuldade em identificar o carácter indutor de stress dessa situação ou acontecimento, devido a uma falta de vigilância afectiva e dificuldade em expressar as emoções, desencadeando uma tendência para usar a acção como meio de resposta principal e generalizada.

Os efeitos combinados da falta de vigilância afectiva e dificuldade de expressão tornariam difícil ao indivíduo o comprometimento em procedimentos para modificar a situação indutora de stress, resultando em tentativas ineficazes e/ou mal adaptadas para se confrontar com a situação.

Relativamente ao confronto com o stress, podem ocorrer dois tipos de respostas: alterar a situação ou regular a resposta emocional à situação. Desta forma, o indivíduo poderá reagir de uma forma construtiva, tentando reduzir as exigências de uma situação indutora de stress, aumentando os recursos para lidar com isso (*coping* focado no problema), ou então tenta controlar a resposta emocional, de stress como tentativa de alívio da tensão provocada (*coping* focado na emoção).

Então, é possível pôr a hipótese de que a alexitimia seria um funcionamento psicológico que englobaria as seguintes estratégias focadas na emoção: negação, evitamento, por vezes associado a alguma racionalização. Estas estratégias representam uma evacuação da tensão emocional associada ao stress, mas a tensão mantém-se o que leva à necessidade de a descarregar através de um escape comportamental (tendência para usar a acção, da hipótese de stress).

Em termos de prevenção primária e secundária o principal obstáculo parece ser este escape comportamental, pois é neste contexto que podem surgir os comportamentos de risco para a saúde (fumar, comer em excesso ou ter relações sexuais desprotegidas, entre outros).

Também os problemas de adesão aos tratamentos estão relacionados com o stress da própria situação: numa situação de doença física há não só a doença em si e as suas implicações psi-

cológicas, mas também outros factores indutores de stress (sintomas, tratamentos, exames, interacção com técnicos de saúde), que requerem um esforço de adaptação e como tal mobilizam no sujeito estratégias de confronto com stress.

Em síntese: a alexitimia, quer seja variável de personalidade quer esteja apenas associada ao stress envolvido no adoecer, poderá ter papel importante:

- Nos comportamentos de adesão é plausível, pelo menos teoricamente, que a alexitimia possa ser uma variável com valor preditivo em relação à adopção de comportamentos saudáveis e de graus adequados de adesão aos tratamentos e medidas de reabilitação

- Manutenção ou não de comportamentos de risco para a saúde que poderão condicionar uma evolução mais desfavorável da doença física e/ou deterioração mais rápida da qualidade de vida.

Assim, este estudo teve como objectivo principal averiguar a distribuição da alexitimia numa amostra de sujeitos com várias doenças crónicas. Procurámos então seleccionar algumas doenças crónicas de importância para a saúde pública no nosso país e que, simultaneamente, estivessem de alguma forma mencionadas na literatura. Assim, a nossa amostra é constituída por sujeitos com *insuficiência respiratória crónica, insuficiência renal crónica, diabetes, obesidade, hemofilia, fibromialgia e seropositividade para o VIH*, pensando desta forma contribuir para o esclarecimento em futuros estudos da relação entre alexitimia e as duas áreas já referidas.

De facto, podemos verificar que em todas estas doenças os sujeitos têm muitas vezes comportamentos de risco e graus baixos de adesão aos tratamentos, o que muitas vezes conduz ao agravamento do seu estado de saúde.

Uma vez que este estudo é também uma primeira iniciativa para estudar a alexitimia numa população portuguesa tão numerosa, considerou-se pertinente averiguar uma possível relação com algumas variáveis sócio-demográficas. Adoptou-se, assim, o procedimento de trabalhos anteriores efectuados pelos autores da escala utilizada no nosso estudo (Parker, Taylor, & Bagby, 1989), bem como de outros autores com outras escalas (Kleiger & Jones, 1980).

Assim, foi também observada a influência do sexo, idade, estado civil, nível de escolarida-

de e situação profissional, na distribuição da alexitimia na nossa amostra.

O terceiro objectivo deste estudo consistiu em comparar os valores de alexitimia obtidos na nossa amostra de sujeitos doentes crónicos com uma amostra de sujeitos utentes dos Centros de Saúde, partindo do princípio que estes serviços de saúde são procurados por motivos que não exclusivamente a doença, uma vez que funcionam essencialmente ao nível dos cuidados primários e centrados numa dimensão preventiva. Assim, pôs-se a hipótese que os sujeitos com doença crónica apresentariam valores de alexitimia mais elevados, dado que se pensa que a doença em si e tudo o que ela acarreta pode consistir num factor indutor de stress, aumentando os valores de alexitimia, que aqui apareceria como modalidade de adaptação.

Adicionalmente, foram também observados alguns aspectos específicos das diferentes populações que constituíram a nossa amostra.

2. METODOLOGIA

2.1. Características da Amostra

A amostra é constituída por 631 sujeitos que se disponibilizaram voluntariamente, após terem sido informados do objectivo da investigação.

Dos 631 sujeitos, 356 eram homens e 275 mulheres. Entre estes, 100 sujeitos com Insuficiência Respiratória Crónica (IRC), 100 sujeitos com Insuficiência Renal Crónica, 100 sujeitos Seropositivos para o VIH, 91 sujeitos Hemofílicos, 80 sujeitos Obesos e 80 sujeitos com Fibromialgia.

As idades dos sujeitos variaram entre os 18 e os 85 anos. A maior percentagem de sujeitos tinha entre 20-39 anos (36,6%).

A maioria dos sujeitos eram casados ou viviam maritalmente (63%), havendo também uma grande percentagem de sujeitos solteiros (24%).

No que respeita à escolaridade, 45% dos sujeitos tinham apenas o ensino básico, existindo também bastantes sujeitos com o ensino secundário (25%).

Quanto à situação profissional, 33% estavam activos e 35% estavam reformados, estando os

restantes sujeitos distribuídos pelas categorias de desempregado (16%) e baixa (6%).

2.2. Instrumentos de Avaliação

Foi feita uma entrevista clínica semi-directiva, com a finalidade de estabelecer a relação com os sujeitos, pedir-lhes a sua colaboração e recolher os dados sócio-demográficos.

Para avaliar a alexitimia foi utilizada a Escala de Toronto de 20 itens (TAS-20) de Taylor, Bagby e Parker (Taylor, Bagby, & Parker, 1992). A TAS-20 é uma escala de auto-avaliação de 20 itens com uma estrutura de 3 factores: F1 – dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais que acompanham as emoções; F2 – dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; F3 – pensamento orientado para o exterior.

A cada item o sujeito atribui um valor de 1 a 5 de uma escala de Likert. A cotação é feita através dos valores atribuídos pelo sujeito excepto nos itens 4, 5, 10, 18 e 19 que são cotados de forma inversa. O *score* total de alexitimia varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 100.

Estudos dos autores desta escala (Bagby, Parker, & Taylor, 1994b) puseram em evidência a validade convergente e discriminante da TAS-20, tendo ficado também demonstrado que possuía boa consistência interna, fiabilidade no teste-reteste, sendo a estrutura de factores teoricamente congruente com o constructo da alexitimia (Bagby, Parker, & Taylor, 1994a).

Foi usada uma adaptação para a língua Portuguesa desta escala no âmbito de um estudo anterior (Trindade, 1992).

2.3. Procedimento

O estudo efectuado é transversal, tendo os dados sido recolhidos num único momento.

Os locais de recolha da amostra foram variados, devido às características das diferentes populações estudadas. Na sua maioria, os dados foram recolhidos em consultas de especialidade dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

Após a recolha de dados, foi criada uma base de dados em *dBase III plus*, tendo-se codificado as variáveis a analisar. Foi então obtida uma matriz de resultados que foi posteriormente traba-

lhada num programa específico para tratamentos estatísticos (*Statistica for Windows*).

3. RESULTADOS

3.1. Distribuição da Alexitimia

Para averiguar a distribuição da alexitimia foram utilizados procedimentos de estatística descritiva (medidas de tendência central e medidas de dispersão).

Verificou-se, assim, que a distribuição obtida se encontra próxima da Normal (Curva de Gauss). A média de alexitimia encontrada nesta população foi 61,34 e o desvio padrão 13, 12. Podemos, ainda, dizer que o valor mínimo encontrado foi 24, e o valor máximo 96.

A maior percentagem de sujeitos situa-se entre os 60 e 70 valores de alexitimia (29%).

Como não foram ainda estabelecidos pontos de corte, seguimos as recomendações do autor da escala (para amostras grandes fizemos o cálculo dos desvios interquartílicos), obtendo os seguintes resultados: os sujeitos são considerados alexitímicos quando o seu *score* total é igual ou superior a 70, enquanto o *score* igual ou inferior a 52 revela sujeitos não alexitímicos.

Tendo em conta estes resultados, podemos ainda dizer que 23,4% dos sujeitos da nossa amostra têm valores iguais ou superiores a 70, sendo assim considerados alexitímicos.

QUADRO 1
Valores descritivos de Alexitimia

Média	Desvio Padrão	Quartil superior	% alexitímicos
61.34	13.12	70	23.4%

3.2. Influência das Variáveis Sociodemográficas

Para averiguar a influência das variáveis sócio-demográficas na distribuição da alexitimia, foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Pearson,

o teste de Medianas e 2, Estatística Z, consoante as características das variáveis a estudar. Considerámos o nível de significância $p = 0.05$.

Não foram encontradas diferenças significativas entre alexitimia e o Sexo (Estat. Z), a Idade (C. Pearson), o Estado Civil (Teste de Medianas e 2) e a Situação Profissional (Teste de Medianas e 2).

Foi encontrada uma correlação negativa significativa entre Escolaridade e alexitimia ($r = -0,31$). Ou seja, à medida que a escolaridade aumenta, os valores de alexitimia diminuem.

Podemos então dizer que a variável escolaridade parece influenciar a distribuição da alexitimia nesta amostra.

3.3. Comparação com Utentes de Centros de Saúde

Os dados referentes à população de Utentes de Centros de Saúde ($n=100$) foram obtidos num estudo sobre a distribuição da alexitimia também inserido no Núcleo de Investigação de Psicologia da Saúde.

QUADRO 2
Média e Desvio Padrão da Alexitimia nas duas populações

	Média	Desvio Padrão
C. Saúde	48.06	12.68
D. Crónica	61.34	13.12

Para verificar se as médias de alexitimia nas duas populações eram significativamente diferentes, foi utilizada a Estatística Z, tendo-se obtido o seguinte resultado ($z \text{ calc} = 7,06$). Podemos, então, dizer que há uma diferença de médias significativa, concluindo assim que os doentes crónicos têm valores mais elevados de alexitimia que os utentes de Centros de Saúde que foram estudados.

No entanto, esta diferença deve ser entendida com algumas reservas tendo em conta que as características de ambas as amostras podem não ser equivalentes no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas.

3.4. Resultados Adicionais

Uma vez que a nossa amostra era constituída por várias tipos de doença, pensámos ser importante verificar a distribuição da alexitimia em cada uma delas, bem como a influência das variáveis sóciodemográficas, tal como foi feito para o total dos sujeitos. Assim, foram obtidos os seguintes resultados:

QUADRO 3
Médias de Alexitimia, QuartiSuperior e % de sujeitos alexitímicos em cada população

População	Média	QuartiSuperior	%
VIH	71	80	28%
Fibromialgia	70.6	80	27.5%
Hemofilia	62.64	70	26%
IRC	60.22	68	31%
Obesidade	56.85	64	31%
Diabetes	54.36	63.5	25%
I. Renal	53.78	61	26%

Assim, perante estes resultados podemos afirmar que parecem existir doenças em que os sujeitos têm médias mais elevadas de alexitimia. Na nossa amostra os Seropositivos para o VIH tinham os valores mais elevados, seguindo-se a Fibromialgia, a Hemofilia, a Insuficiência Respiratória Crónica, a Obesidade, a Diabetes e, por fim, a Insuficiência Renal Crónica, como se pode observar no Quadro 3.

Influência das Variáveis Sóciodemográficas

No que respeita à influência das variáveis sóciodemográficas na distribuição da alexitimia, os resultados são os seguintes:

Sexo

Foram encontradas diferenças significativas nos valores médios da alexitimia entre o sexo em duas populações, a Insuficiência Renal Crónica e a Insuficiência Respiratória Crónica.

Nas duas populações as mulheres são mais alexitímicas que os homens.

Idade

Foram encontradas correlações positivas entre

a idade e alexitimia na Insuficiência Renal Crónica, na Obesidade e na Hemofilia, ou seja nestas populações à medida que aumenta a idade aumentam os valores de alexitimia.

Escolaridade

Foram observadas correlações negativas entre a escolaridade e a alexitimia na Diabetes, Seropositividade para o VIH, Insuficiência Renal Crónica, Obesidade e Fibromialgia. Ou seja à medida que a escolaridade aumenta diminuem os valores de alexitimia.

Estado Civil

Foi encontrada diferença significativa para a amostra de insuficientes renais crónicos.

Situação Profissional

Foram encontradas diferenças significativas nas amostras de sujeitos Seropositivos para o VIH e nos sujeitos com Insuficiência Renal Crónica.

3.5. Algumas Especificidades

Nalgumas populações foram ainda estudados aspectos específicos que pareciam relevantes para a distribuição da alexitimia.

VIH

Assim, nos Seropositivos para o VIH foram estudadas mais duas condições além da seropositividade: a reclusão e a toxicod dependência, tendo sido encontrados alguns aspectos interessantes:

- 1) O facto de serem ou não toxicod dependentes parece não estar relacionado com a alexitimia;
- 2) O facto de estarem presos aumenta significativamente os valores de alexitimia;
- 3) O facto dos sujeitos serem seropositivos aumenta significativamente os valores da alexitimia, mesmo quando se observa que os dois grupos são constituídos por toxicod dependentes e reclusos.

Hemofilia

Na Hemofilia foram estudadas as complicações da doença (VIH, Hepatite, Outras e Nenhuma), não tendo a análise de variância revelado diferenças significativas, ou seja, esta variável parece não influenciar a distribuição da alexitimia.

Insuficiência Respiratória Crônica

Na IRC foram comparados dois grupos: os sujeitos que faziam oxigenoterapia de longa duração (OLD) e os que não faziam. Esta variável não parece influenciar a distribuição da alexitimia, uma vez que a diferença dos valores de alexitimia nos dois grupos não foi significativa.

Obesidade

Na Obesidade foi estudado o IMC (índice de massa corporal). Depois de realizada uma análise de variância no que concerne às diferentes médias de alexitimia obtidas nos três graus de IMC. O resultado obtido não foi significativo. No entanto verificou-se que os sujeitos com maior índice corporal apresentavam valores mais elevados de alexitimia.

Insuficiência Renal Crônica

Na Insuficiência Renal a variável específica foi o tempo de hemodiálise, tendo sido averiguada através de uma correlação de Pearson não tendo sido obtido um resultado significativo.

4. DISCUSSÃO

Na nossa amostra de sujeitos com doença crônica foi encontrada uma média de alexitimia e um valor para o qual os sujeitos são considerados alexitímicos.

Assim, a média de alexitimia encontrada na população de doentes crônicos foi 61.34, sendo considerados alexitímicos aqueles que tinham valores iguais ou superiores a 70. Estes sujeitos representam 23,4% da população estudada.

Na nossa amostra a alexitimia, medida através da TAS-20, parece não se relacionar com o sexo, idade, estado civil e situação profissional. No entanto, parece haver uma correlação negativa entre escolaridade e alexitimia (à medida que aumenta o nível de escolaridade diminuem os valores de alexitimia). Estes resultados são concordantes com os resultados de estudos de Parker, Taylor e Bagby (1989) em que os autores propuseram a reavaliação da associação da alexitimia com algumas variáveis sociodemográficas, entre as quais o sexo, idade e nível de escolaridade, não tendo encontrado relações significativas para as duas primeiras e tendo referido uma corre-

ção negativa moderada entre o nível de escolaridade.

No entanto, Mann, Wise e Shay (1992), num estudo sobre a análise factorial da TAS, não encontraram relação significativa entre sexo, idade e estado civil, nem no nível de escolaridade. Também nos estudos de Kinmayer e col (1993) e Pasini e col (1992), com a TAS, se estabeleceu uma associação entre a alexitimia e um nível educacional inferior, reforçando as ideias de Heiberg (1980), de que quanto maior o nível educacional, maior será a liberdade de expressão dos sentimentos e fantasias.

No que diz respeito à comparação com os sujeitos utentes dos centros de saúde, e apesar das reservas com que estes resultados devem ser observados, este estudo veio confirmar as suposições de Heiberg (1980) e Kleiger e Jones (1980), em que apontam para uma associação geral entre alexitimia e doença física. Este estudo parece confirmar que o factor doença aumenta significativamente os valores de alexitimia.

Foi ainda encontrado um valor médio de alexitimia e um valor para o qual os sujeitos são considerados alexitímicos em cada uma das populações que constituíam a nossa amostra. Pensamos que estes resultados poderão ser úteis para posteriores estudos relativos a cada doença.

Em relação à influência das variáveis sócio-demográficas na distribuição da alexitimia em cada população, observaram-se algumas diferenças, que em nossa opinião, se poderão dever às características específicas de cada doença e da própria composição de cada amostra.

Quanto às variáveis específicas estudadas nas algumas populações, apenas podemos acrescentar que não foram encontradas relações significativas entre alexitimia e a maioria destas variáveis (complicações da doença na Hemofilia, oxigenoterapia de longa duração na Insuficiência Respiratória Crônica, o IMC na Obesidade, e o tempo de hemodiálise na Insuficiência Renal Crônica). Foram ainda encontradas relações entre alexitimia e seropositividade, reclusão e toxicod dependência.

No que diz respeito à oxigenoterapia de longa duração (OLD) na Insuficiência Respiratória Crônica, contrariamente ao que era esperado, a OLD não é uma variável que influencia a distribuição da alexitimia na nossa amostra. Estes dados não vão no mesmo sentido dos resultados

obtidos por Muramatsu (1994), em que foram encontradas médias superiores de alexitimia em sujeitos que não faziam OLD em relação aos que faziam. No entanto, foram também encontradas médias mais elevadas de alexitimia em sujeitos que faziam OLD há menos tempo. Segundo o autor a evolução da doença com a introdução da OLD confunde as emoções dos sujeitos, o que induz o estado alexitímico como uma reacção psicológica de defesa.

Assim, pensamos que em estudos ulteriores seria importante estudar a relação entre alexitimia e o tempo (meses ou anos) de introdução da OLD, para melhor esclarecer esta relação.

Em relação ao IMC nos obesos verificou-se que os sujeitos com maior IMC apresentavam valores mais elevados de alexitimia (embora a diferença não fosse significativa). Este aspecto torna-se importante na medida em que a obesidade de grau 3 (a mais grave), embora afectando uma percentagem reduzida da população é também a que implica uma maior adesão ao tratamento, visto ser a mais frequente nos sujeitos que recorrem a centros especializados no tratamento da obesidade (Baptista & Galvão Teles, 1989).

Quanto ao tempo de hemodiálise na Insuficiência Renal Crónica, o resultado obtido é contraditório com o de Fukunishi (1989). Segundo este autor o tempo de hemodiálise influencia os valores de alexitimia, donde que na sua amostra os sujeitos mais alexitímicos eram aqueles que realizavam a hemodiálise há mais tempo.

Nos sujeitos seropositivos para o VIH foram encontrados resultados ainda não observados na literatura, como é o caso da reclusão e toxicodpendência associados à alexitimia.

Assim, verificou-se que o facto dos sujeitos serem seropositivos, aumenta significativamente os valores da alexitimia mesmo quando se observa que os dois grupos são constituídos por toxicodpendentes e reclusos. Foi ainda observado que o factor reclusão também aumenta os valores de alexitimia, ou seja, os sujeitos seropositivos toxicodpendentes e reclusos apresentam valores mais elevados de alexitimia do que os sujeitos seropositivos toxicodpendentes não reclusos. Assim, as características predominantes da situação prisional, por si só, podem desenvolver nos sujeitos um funcionamento alexitímico

como resultado de uma reacção à exposição repetida de um acontecimento indutor de stress.

5. CONCLUSÃO

Sabendo que os sujeitos com doença crónica têm, muitas vezes, graus baixos de adesão a tratamentos e medidas de reabilitação e que mantêm comportamentos de risco que os leva a terem uma deterioração mais rápida da qualidade de vida, pode pensar-se que a alexitimia, quer seja um modo de funcionamento permanente ou um modo de adaptação do sujeito, *poderá ser um factor importante nos comportamentos de risco para a saúde e adesão baixa em sujeitos com doença crónica, o que terá que ser investigado em futuros estudos.*

Assim, se identificarmos a alexitimia nestes indivíduos, este facto poderá ser-nos útil para uma futura intervenção em termos de tratamento e reabilitação da doença, promoção e manutenção da saúde, uma vez que esta variável poderá ser um factor de prognóstico de comportamentos de risco para a saúde.

REFERÊNCIAS

- Bagby, R., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40.
- Bagby R., Parker J., & Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
- Baptista, F., & Galvão-Teles, A. (1989). Tratamento de superobesidade (grau III). In A. Galvão-Teles, *A obesidade, comportamentos, alimentação e saúde* (pp. 137-142). Lisboa: Texto Editora.
- Clereci, M., Albonetti, S., Papa, R., Penati, G., & Invernizzi, G. (1992). Alexithymia and obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 58-93.
- Feiguine, R., Jones, N., & Kassel, P. (1988). Distribution of alexithymic characteristics within an adult outpatient population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 61-67.
- Fukunishi, I., Saito, S., & Ozaki, S. (1992). The influence of defense mechanisms on secondary alexithymia in hemodialysis patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 50-56.

- Fukunishi, I. (1990). Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. 3. Clinical Usefulness of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 214-220.
- Fukunishi, I. (1989). Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis. I. with special reference to aged patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 51-57.
- Heiberg A. (1980). Alexithymic characteristics and somatic illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 261-266.
- Kinmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1993). Cognitive and social correlates of TAS. *Psychosomatics*, 34, 41-52.
- Kleiger, J., Jones, N. (1980). Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (8), 465-470.
- Mann, L., Wise, T., Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale: elucidation of a polythetic construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.
- Martin J., Pihl, R. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Muramatsu, Y., Kioi, S., Suzuki, E., & Arakawa, M. (1994). Psycho-socioeconomical problems of chronic respiratory failure patients treated with home oxygen therapy. In Shirokura & Thomas L. Petty (Eds.), *Progress domiciliary in respiratory care* (pp. 293-300). Tokyo: Elsevier Science B.V..
- Parker, J., Taylor, G., & Bagby, R. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (5), 434-441.
- Pasini A., & Chiaie-Delle, R. (1992). Alexithymia as related to sex, age and aducational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in a 417 normal subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (1), 42-46.
- Sarafino, E. P. (1994). Coping with and reducing stress. In E. Sarafino, *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction* (2nd edition) (pp. 137-166). New York: John Wiley.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1992). The revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 34-41.
- Trindade, I. (1992). *Alexitimia e adopção de comportamentos seguros face à Sida (estudo exploratório em sujeitos seropositivos)*. Tese de Licenciatura em Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42, 80-89.

RESUMO

Utilizando a TAS-20 (Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens de Taylor, Bagby, & Parker, 1992) foi realizado um estudo para averiguar a distribuição da alexitimia numa população de 631 doentes crónicos. Aproximadamente 23,4% dos sujeitos apresentavam valores elevados de alexitimia. A alexitimia pareceu correlacionar-se negativamente com o nível de escolaridade. Os valores de alexitimia foram ainda comparados com uma amostra de 100 utentes de Centros de Saúde tendo sido encontrada uma diferença significativa (os doentes crónicos apresentaram valores mais elevados de alexitimia que os utentes de Centros de Saúde). Este estudo discute a alexitimia no campo da psicologia da saúde.

Palavras-chave: Alexitimia, Doença crónica, Psicologia da saúde.

ABSTRACT

Using the Toronto Alexithymia Scale – TAS-20 (Taylor, Bagby & Parker, 1992) a study was carried out to examine the distribution of alexithymia in a population of 631 chronic patients. About 23,4% of the subjects presented high values of alexithymia. Alexithymia seemed to be correlated, in a negative way, with the educational level. Values of alexithymia were also compared to a sample of 100 patients of Health Centers and a significant difference was obtained: chronic patients presented much higher values of alexithymia than the patients of health centers. This study discuss alexithymia in health psychology field.

Key words: Alexithymia, Chronic illness, Health psychology.