



**ISPA** | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**ALEXITIMIA E PSICOPATOLOGIA:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM ALUNOS DE  
PSICOLOGIA**

Luís Filipe Inocêncio Chincalece

**Orientador de Dissertação:**

Prof. Doutor Joaquim Eduardo Sá

**Coordenador do Seminário de Dissertação:**

Prof. Doutor Joaquim Eduardo Sá

**Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:**

Mestre em Psicologia

Especialidade de Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na Especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

## Resumo:

O interesse pela investigação sobre o conceito da alexitimia tem vindo a crescer não só devido ao interesse na área da expressão emocional na psicopatologia, mas também devido ao facto de esta ser um possível factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações psiquiátricas e somáticas. Com este aumento da investigação sobre a alexitimia surgiram variadas teorias explicativas do fenómeno e da sua origem, contudo, uma base conceptual e factual emerge de todas elas, onde a alexitimia apresenta três características fundamentais, a dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais, a dificuldade em descrever sentimentos para os outros e um processo imaginativo limitado com um estilo de pensamento concreto e orientado para o exterior.

Assim, procurou-se investigar as possíveis relações entre a alexitimia e a psicopatologia, numa amostra de 178 alunos de psicologia do ISPA, sendo 91 do 1º ano e 87 do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica. Para tal foram aplicados, em grupo nas várias turmas, a *Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS – 20)* e o *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*. Foram realizadas modelos estatísticos de regressão linear múltipla e de comparação de médias, que indicam não existirem diferenças significativas de género na alexitimia e que quanto maior for a intensidade da perturbação percebida maior será a alexitimia. Os resultados obtidos apontam ainda para uma relação significativa da alexitimia com a sintomatologia obsessiva-compulsiva e psicótica. As implicações teóricas destes resultados e outras questões para investigação são discutidas.

Palavras-chave: Alexitimia, sintomatologia psicopatológica, estudo exploratório

## Abstract:

The interest about the investigation about the concept of alexithymia has been growing not only due to the interest on the area of emotional expression in psychopathology, but also due to the fact that alexithymia can be a possible risk factor on the development of diverse psychiatric and somatic disturbs. With this growth on the investigation about alexithymia a large number of explicative theories of the phenomenon and its origin came to us, however, there is a conceptual and factual basis that emerges from all of them, in which the alexithymia presents three main features, the difficulty identifying feelings and distinguishing them from emotionally driven somatic sensations, the difficulty describing feelings to others and a constricted imaginal process in a concrete, externally oriented style of thinking.

Therefore, we looked forward to search possible relations between alexithymia and psychopathology, on a sample of 178 students of psychology in ISPA, 91 of the first year and 87 of the fifth year of the Integrative Clinical Psychology Master Degree. For that it were applied, in group on several classes, the *Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS – 20)* and the *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*. Statistical models of multiple linear regression and mean comparison tests were done, which indicated that there's no significative differences between gender in alexithymia and that the larger the disturb intensity perception is the higher alexithymia will be. The obtained results also point out a significative relation between alexithymia and obsessive-compulsive and psychotic symptoms. The theoretical implications of these findings as well as other issues to investigation are discussed.

Key-words: Alexithymia, psychopathological symptoms, exploratory study

## Índice:

1. Enquadramento Teórico .....	1
1.1. Alexitimia – Enquadramento Histórico .....	1
1.2. Alexitimia – Teorias Explicativas .....	5
1.2.1. Teoria Neurofisiológica.....	5
1.2.2. Teoria Cognitivo-Comportamental .....	7
1.2.3. Teoria Sócio-Cultural.....	8
1.2.4. Teoria Multifactorial .....	9
1.2.5. Teoria Desenvolvimental .....	10
1.2.6. Teoria Psicodinâmica .....	13
1.2.7. Abordagem Existencial .....	17
1.3. Etiopatogenia da Alexitimia .....	19
1.4. Psicopatologia e Alexitimia.....	25
2. Método .....	28
2.1. Caracterização da Amostra.....	29
2.2. Instrumentos: .....	30
2.2.1. Avaliação da Alexitimia – Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS – 20)....	30
2.2.2. Avaliação de Sintomas - Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) .....	32
3. Análise dos Resultados .....	35
4. Discussão/Conclusão.....	43
Referências Bibliográficas.....	51
Anexos.....	61

## Índice de Tabelas:

Tabela 1. Médias das escalas do SCL-90-R em ambos os sexos.....	36
Tabela 2. Médias dos índices globais do SCL-90-R em ambos os sexos.....	37
Tabela 3. Médias dos resultados da TAS-20 em ambos os sexos.....	37
Tabela 4. Médias das escalas do SCL-90-R em ambos os anos.....	38
Tabela 5. Médias dos índices globais do SCL-90-R em ambos os anos.....	39
Tabela 6. Médias dos resultados da TAS-20 em ambos os anos.....	39
Tabela 7. Prevalência da alexitimia na amostra.....	40

## Índice de Anexos:

Anexo 1. <i>Toronto Alexithymia Scale-20</i> (TAS-20) - Versão Portuguesa.....	61
Anexo 2. <i>Symptom Checklist-90-R</i> (SCL-90-R) – Versão Portuguesa.....	63
Anexo 3. Valores normativos do SCL-90-R em relação às escalas e aos índices globais tendo em conta o género.....	70
Anexo 4. MANOVA – não paramétrica e teste Kruskall-Wallis entre género e escalas do SCL-90-R.....	71
Anexo 5. MANOVA – não paramétrica e teste Kruskall-Wallis entre género e os índices globais do SCL-90-R.....	72
Anexo 6. MANOVA – não paramétrica e teste Kruskall-Wallis entre género e os resultados dos três factores e total de alexitimia.....	73
Anexo 7. MANOVA – não paramétrica e teste Kruskall-Wallis entre a variável Ano e escalas do SCL-90-R.....	74
Anexo 8. MANOVA – não paramétrica e teste Kruskall-Wallis entre a variável Ano e os índices globais do SCL-90-R.....	75
Anexo 9. MANOVA – não paramétrica e teste Kruskall-Wallis entre a variável Ano e os resultados dos três factores e total de alexitimia.....	76
Anexo 10. Regressão Linear Múltipla da relação entre os dois índices globais do SCL-90-R, G.S.I. e P.S.D.I., e o resultado total da alexitimia do TAS-20.....	77

Anexo 11. Regressão Linear Múltipla da relação entre o número total de sintomas positivos descritos no SCL-90-R, medidos pela variável P.S.T., e o resultado total da alexitimia do TAS-20.....78

Anexo 12. Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total do primeiro factor da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-F1.....79

Anexo 13. Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total do segundo factor da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-F2.....81

Anexo 14. Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total do terceiro factor da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-F3.....83

Anexo 15. Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-Total.....84

*Pequena borboleta azul vivaz,  
Impelida pelo vento, voeja  
Tremor de madrepérola fugaz,  
Tremeluz, cintila, não há quem a veja.  
Assim, num piscar de olhos, chegou  
E num instante, sopro passageiro, fugiu,  
Assim vi a felicidade que me acenou  
Tremeluziu, cintilou, ninguém mais a viu.  
(Herman Hesse)*

## 1. Enquadramento Teórico

### 1.1. *Alexitimia – Enquadramento Histórico*

As origens do conceito de alexitimia e das suas características particulares podem ser inicialmente contextualizadas na distinção efectuada por Freud entre aquilo que designou por neuroses actuais e psiconeuroses (Weinryb, 1995). A principal consideração teórica utilizada por Freud para explicar a relação entre psique e soma foi a teoria da conversão histérica.

Na sua forma original, esta teoria foi baseada num ponto de vista económico, no sentido em que devido ao facto de a tensão física de origem sexual não poder ser transformada em afecto por elaboração psíquica, deste modo, o significado simbólico do sintoma iria ser expresso através de uma expressão somática de um modo distorcido devido à acção de mecanismos de defesa psicológicos, como a condensação e o deslocamento, o que faria com que a conversão histérica ocorresse em função das possibilidades do próprio corpo.

Assim, para Freud, esta distinção entre neuroses actuais e psiconeuroses, centra-se essencialmente no significado psicológico dos sintomas. Enquanto nas psiconeuroses os sintomas são considerados acessíveis em análise e podem ser compreendidos como expressões sexuais simbólicas derivadas de cada história pessoal, por outro lado, a sintomatologia nas neuroses actuais desenvolve-se de tal modo que os sintomas em si não têm significação psíquica, sendo fruto da ausência de trabalho psíquico e de simbolização.

Estas considerações e distinção entre neuroses actuais e psiconeuroses de Freud tornam-se ainda mais importantes, se bem que não consensuais, uma vez que lançaram a discussão sobre as questões da ausência de significado simbólico nos sintomas psicossomáticos, por oposição aos sintomas neuróticos, e na adequação e desenvolvimento das abordagens psicoterapêuticas de orientação dinâmica nos pacientes psicossomáticos (Prazeres, 2000).

As características alexitimicas foram também observadas por Ferenczi, na sua descrição de pacientes que não produzem fantasias investidas com afectos e que falam da maioria das suas experiências emocionais sem qualquer tipo de ressonância. Atribuiu estes comportamentos ao recalçamento dos materiais psíquicos e à supressão dos afectos, num registo defensivo e adesivo (Lolas & von Rad, 1989).

Zilboorg (cit. por Weinryb, 1995) incorporou a noção Freudiana de afectos equivalentes para descrever os ataques de ansiedade como importantes descargas emocionais nos indivíduos alexitímicos. Para além de apontar as defesas da negação e do recalçamento para explicar este comportamento, acrescentou que a ausência desses aspectos afectivos era devida a uma regressão a um estado de desenvolvimento primitivo, caracterizado por uma indiferenciação fusional entre soma e psique.

Continuando a percorrer os desenvolvimentos históricos do conceito de alexitimia, encontramos em meados do século XX os trabalhos de Ruesch (1948) e de Maclean (1949), que constataram que muitos pacientes que padeciam das clássicas doenças psicossomáticas apresentavam uma aparente incapacidade para verbalizar sentimentos. Observaram também que esses pacientes tendiam a não ser imaginativos, utilizavam canais corporais ou acções físicas para expressar as suas emoções e tinham uma fraca resposta às psicoterapias orientadas para o insight. Estes mesmos autores atribuíram estas características a um deficit na representação simbólica das emoções, e a uma fixação próxima de um nível oral, uma função que Maclean apontou como correspondente às funções do neocortex (Taylor, 2000).

Ruesch (cit. por Lolas & von Rad, 1989) propôs o conceito de personalidade infantil para designar certos traços de personalidade comuns em todos os pacientes que padecem de doenças psicossomáticas. Pessoas afectadas por estas características de personalidade seriam incapazes de descarregar a sua tensão psíquica verbalmente ou através de símbolos criativos, em vez disso, expressar-se-iam através de expressões somáticas ou acções. A sua ausência de representação simbólica e de expressão linguística iria impedir a sua capacidade de lidar com a tensão e em elaborar a frustração.

A contribuição de Ruesch foi importante na medida em que identificou denominadores comuns na sintomatologia e na estrutura de personalidade. A sua ênfase num nível primitivo de organização foi também o ponto de partida para muitos outros autores que lhe seguiram (Lolas & von Rad, 1989).

Horney e Kelman (cit. por Weinryb, 1995) encontraram características similares em certos doentes psiquiátricos que eram considerados difíceis de tratar com a psicoterapia psicanalítica devido à sua falta de consciência emocional, experiências internas não investidas, pouco interesse nos sonhos, pensamento concreto e colado ao real e um estilo de vida conformista, cujo comportamento é guiado por regras, regulamentos e pelas expectativas dos outros e não por sentimentos, vontades ou valores pessoais. Estes mesmos

pacientes estavam mais sujeitos a desenvolver sintomas psicossomáticos e a normalmente revelarem comportamentos obsessivos, seja alimentares, alcoólicos ou outros, numa tentativa desajustada para regular os seus estados internos desorganizados.

Um padrão similar foi descrito por Shands (cit. por Lolas & von Rad, 1989), em estudos sobre a aplicabilidade e compatibilidade em psicoterapia onde descreveu algumas características, na categoria que designou como pacientes difíceis. Estes apresentam uma incapacidade em descrever sentimentos, um tipo de relação peculiar com os outros, em especial com o terapeuta, que é visto como importante mas não é valorizado enquanto indivíduo, apresentam também uma dificuldade em utilizar o pronome “eu” em contextos emocionais significativos, uma tendência para mencionar bizarras e difusas sensações corporais que não conseguem localizar, e uma grande superficialidade nas conversações com os outros.

Referindo-se à noção de núcleo psicossomático, Shands, observou que muitos pacientes psicossomáticos, ao contrário dos psiconeuróticos, se enquadram na sua categoria de pacientes difíceis. Postulou que estes funcionam a um nível de funcionamento mental primitivo, mas advertiu, antecipadamente, sobre o perigo de generalizações inadequadas nestes pacientes, contribuindo para a base das formulações psicodinâmicas sobre estes pacientes alexitímicos.

Posteriormente, e no acompanhamento de pacientes definidos como psicossomáticos, Marty e M'Uzan (1963) encontraram características comuns e frequentes que apontam para uma forma peculiar de pensamento e de lidar com as emoções, e que de um ponto de vista fenomenológico e psicodinâmico descreveram três factores: um estilo de pensamento operacional (*la pensée opératoire*), um estilo cognitivo que adere intimamente aos factos materiais presentes e uma inibição na representação fantasmática básica (*la inhibition fantasmatique ou l'inhibition représentative de base*), na qual os sonhos e as fantasias ou são totalmente ausentes ou reduzidos a situações percebidas no invólucro exterior, e uma reduplicação projectiva, um tipo de percepção narcísica onde os outros são vistos como imagens estereotipadas da imagem do próprio (Lolas & von Rad, 1989).

Estes sujeitos apresentam-se incapazes de aceder à sua vida interna e aos seus sentimentos e fantasias, dado que se preocupam, excessivamente, com sintomas físicos e com detalhes minuciosos de acontecimentos externos, demonstrando, assim, um padrão relacional destituído de afecto (Taylor, 2000).

O significado destas considerações históricas e teóricas vai-se adensando e aclarando, e na década de 70 Nemiah e Sifneos começam a investigar sistematicamente os estilos cognitivos e afectivos em pacientes psicossomáticos. O resultado destas investigações confirmou que muitos desses pacientes sofriam de uma marcada dificuldade em descrever subjectivamente os seus sentimentos, tinham uma vida empobrecida em termos de fantasias e sonhos e apresentavam um estilo cognitivo literal, utilitário, colado à realidade e orientado para o exterior.

Assim, Sifneos (1973) propõe o conceito de alexitimia, do grego *a* (falta), *lexis* (palavra) e *thymos* (emoção), para designar um conjunto de características afectivas e cognitivas observadas nesses pacientes, observadas fundamentalmente ao nível do seu estilo comunicativo, com um acentuada tendência para evitar situações conflituosas e passíveis de gerar tensão.

Paralelamente, mas independentemente às investigações de Sifneos, outros investigadores indicaram características similares aos pacientes psicossomáticos em pacientes com perturbação de stress pós traumático (PSPT) e em doentes com comportamentos aditivos (Kristal, 1974, 1979), referindo que nestes sujeitos ocorre um bloqueio no desenvolvimento dos afectos como consequência de situações traumáticas infantis, ou devido a um excesso de afectos não matizados e integrados o que levará a uma fixação e uma paragem no desenvolvimento afectivo normal (Silva, 1992).

Já Valabrega (1973), caracteriza a alexitimia como uma defesa arcaica que opera em estruturas psíquicas marcadas por um deficit mental, que se pode situar ao nível das relações objectais, ao nível da significação da sintomatologia, ao nível da fantasmática e ao nível do pensamento operatório, sem organização simbólica.

A actual concepção sobre a definição da alexitimia sofreu uma importante consolidação e reforço de interesse a partir da 11ª Conferência Europeia de Investigação em Psicossomática, que teve lugar em Heildelberg na Alemanha em 1976. Contudo, o facto de se ter consolidado o conceito de alexitimia em termos teóricos suscitou novas questões, nomeadamente metodológicas e relacionadas com a variedade de instrumentos de avaliação, sendo que muitas das investigações realizadas até à data foram realizadas com instrumentos de avaliação com qualidades psicométricas inadequadas ou pobremente estudadas, o que limitava em grande medida as possibilidades de generalização dos resultados obtidos (Prazeres, 2000).

Assim, as principais características subjacentes ao conceito de alexitimia podem ser delineadas do seguinte modo: dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los de sensações corporais; dificuldade em descrever sentimentos para as outras pessoas; processos imaginativos reduzidos, evidenciados por uma pobre capacidade de fantasiar; colagem aos estímulos, através de um estilo de pensamento orientado para o exterior (Nemiah, 1977; Lolas & von Rad, 1989; Taylor, Bagby & Parker, 1991; Sifneos, 1996). Estes sujeitos apresentam uma tendência para o conformismo social, uma tendência para agir e para expressar os seus conflitos, ou, por outro lado, para os evitar, numa postura rígida onde as expressões emocionais ficam muitas vezes por expressar (Taylor, 2000).

Deste modo, o conceito de alexitimia é entendido não como um fenómeno categorial, mas como um constructo dimensional da personalidade que se encontra presente, não só nas amostras psicossomáticas, como também na população geral (Taylor, Bagby & Parker, 2003; Mattila, et al., 2006). A alexitimia apresenta-se, assim, como um conceito multifacetado, composto por várias características que possuem os seus conteúdos próprios, mas que se encontra relacionadas entre si, e são essas relações e a sua implicação consequente para a saúde mental e para a psicopatologia que nos interessam investigar e compreender de seguida.

## 1.2. *Alexitimia – Teorias Explicativas*

### 1.2.1. **Teoria Neurofisiológica**

Estudos neurobiológicos sugerem que os sentimentos subjectivos são o resultado de um sistema de processamento em que a estrutura base desse sistema é a amígdala, que é parte de uma rede neuronal que balança a significação afectiva de um estímulo pessoal e os estímulos internos ou do ambiente externo (LeDoux, 1996). Este sistema afectivo providencia uma avaliação rápida do estímulo que leva a uma resposta rápida no sistema periférico autónomo, endócrino e motor do corpo.

A componente cognitiva deste sistema realiza uma avaliação mais detalhada do estímulo, incluindo a sua relação com outros estímulos e representações passadas, o que leva a respostas mais moduladas. Os caminhos neuronais entre a amígdala e às diversas áreas do cérebro envolvidas na cognição permitem ao afecto influenciar a cognição e à

cognição influenciar o afecto, o que pode ocorrer sem que haja necessariamente consciência de tal processo (LeDoux, 1986, 1989).

Outras investigações (Lane et al., 1997) especularam que a alexitimia possa estar associada com um deficit no neocortex durante activação emocional. Dado que o neocortex não tem um papel na experiência consciente, mas auxilia a orquestrar as respostas autonómicas, endócrina e motora aos estímulos emocionais, e certos autores (Vogt, Pinch & Olson, 1992) sugerem que um funcionamento alterado nesta parte do cérebro pode contribuir para uma avaliação exagerada e persistentemente autonómica, que pode levar a formação de sintomas somáticos.

A teoria neurofisiológica apresenta, em geral, dois modelos diferentes, um “vertical” e um “transversal”. O primeiro baseia-se numa deficiente transmissão da informação entre o sistema límbico e o neocortex – uma hipofunção do hemisfério direito, explicação esta que foi igualmente ponderada por Nemiah e Flannery, que defendem uma alteração farmacocinética no sistema límbico. Sifneos reforça a hipótese de um défice neurológico, partindo do próprio conceito de afecto, assim, a área anatómica das emoções estaria situada no sistema límbico, sendo o neocortex fundamental para o desenvolvimento das cognições, deste modo, se houver uma interrupção na transmissão entre o sistema límbico e o neocortex, os indivíduos não experimentam os pensamentos apropriados às emoções (Fernandes, 2001).

O modelo transversal assenta na predominância de um hemisfério cerebral e na transferência de informação entre ambos hemisférios. Hope (1988) verificou a existência de um elevado grau de características alexitimicas em doentes sujeitos a comissurectomia e defende a existência, nos doentes psicossomáticos alexitímicos de “uma comissurectomia funcional”, como mecanismo de defesa em que a percepção emocional do hemisfério direito é negada pelo hemisfério esquerdo.

Taylor (2000) defende, no seu modelo, que os estados de actividade emocional evocados pela activação da amígdala podem permanecer desregulados por duas razões. A primeira seria devido ao feedback inibitório inconsciente dado pelo córtex orbito frontal para a amígdala estar reduzido devido a um empobrecimento do mundo representacional, que limita a capacidade dessa parte do córtex pré-frontal para realizar uma avaliação cognitiva mais detalhada da complexidade dos estímulos emocionais. A segunda razão está relacionada com a capacidade limitada para representar emoções com palavras e fantasias e

para reflectir sobre os seus significados restritos através do uso de processos cognitivos conscientes para modular a actividade da amígdala.

Assim, em vez de experienciar conscientemente uma vasta gama de sentimentos subjectivos diferenciados, o individuo vai estar consciente de sentimentos unidimensionais e/ou representações elementares e desorganizadas de sensações corporais e de impulsos para a acção quando a amígdala é activada pelos estímulos emocionais.

A alexitimia apresentar-se-ia, então, como associada a mecanismos de regulação neurológica inconscientes prévios à modulação cognitiva dos estímulos, e, independentemente de o modelo teórico assentar numa noção de deficit neurológico ou na transferência de informação entre os hemisférios, ela pode ser entendida como resultado de uma capacidade limitada e desorganizada da capacidade reflexiva para modular e dar feedback aos sistemas neurológicos associados à representação emocional.

### 1.2.2. Teoria Cognitivo-Comportamental

Martin e Phil (1985) propuseram uma hipótese explicativa para a alexitimia que afirmava que esta seria uma tentativa de explicar a relação entre manifestações alexitimicas e a existência de situações desencadeadoras de stress. Assim, perante uma situação de stress, o indivíduo com características alexitimicas iria responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada devido à falta de conhecimento emocional, à incapacidade em expressarem emoções e à tendência para usarem a acção de forma primária.

Tais reacções levam a que o componente fisiológico da resposta à situação desencadeadora de stress se manifeste de forma exacerbada, levando ao aparecimento de sintomas somáticos. A incapacidade dos alexitímicos em reconhecer uma situação desencadeadora de stress iria proporcionar a sua exposição mais frequente a estas situações, existindo, assim, uma dissociação entre respostas subjectivas e fisiológicas.

Lane e Schwartz em 1987 (cit. por Fernandes, 2001) apresentaram um modelo explicativo baseado na importância dos aspectos cognitivos na estruturação do mundo interno. Defendem um modelo com vários níveis de estruturação da experiência emocional, no qual a emoção é experimentada desde um estado somático a um estado somatopsíquicos ou a um estado psíquico, passando por graus crescentes de diferenciação e integração.

Deste modo, os indivíduos com características alexitimicas mostraram que a emoção é vivida a um nível de indiferenciação, como sensação somática e têm tendência à acção (*acting out*), não experimentando a emoção como um estado de sentimento consciente, concluindo que a natureza indiferenciada da experiência emocional autopropetua-se na medida em que o indivíduo alexitímico evita reflectir sobre ela.

Shipko (cit. por Fernandes, 2001) defende, na mesma linha dos restantes autores, que quando o doente tem que enfrentar uma potencial situação de perigo, na qual necessita de ter consciência dos seus sentimentos, reage utilizando partes do seu pensamento operatório. Se o uso deste tipo de pensamento for ineficaz a sua tensão cresce, originando mecanismos de coping cada vez mais ineficazes, estabelecendo-se, desta forma, um ciclo vicioso que leva o sujeito alexitímico a retirar-se da situação ou a reagir impulsivamente.

Estes apontamentos teóricos da teoria cognitivo-comportamental para além de se focarem mais em aspectos pragmáticos e imediatos de resposta ao stress ou à tensão, referem uma questão que creio ser importante e prende-se com a estruturação da experiência emocional, em que se defende que a alexitimia se situaria no topo inferior em que as emoções são experimentadas mais num nível somático, indiferenciado e não reflexivo.

### 1.2.3. Teoria Sócio-Cultural

Vários estudos têm procurado estabelecer relações entre as características alexitimicas e o meio sócio-cultural de onde o indivíduo provém, sendo sugerido que certas culturas não valorizam ou não ensinam a introspecção e expressão emocional, favorecendo, assim, a alexitimia (Fernandes, 2001).

Borens e col. (cit. por Lolas & von Rad, 1989), encontraram maior frequência de características alexitimicas em doentes de baixo nível socioeconómico, facto que foi também encontrado em estudos recentes (Mattila et al., 2006) em que a alexitimia foi encontrada associada com baixo um nível de educação, assim, indivíduos com pouca instrução e de classes socioeconómicas mais baixas apresentariam mais manifestações alexitimicas, comparativamente com os que provém de classes socioeconómicas mais elevadas e instruídas.

Já outros investigadores apontam em sentido contrário, no sentido que os indivíduos com características alexitimicas seriam menos instruídos, o que os levaria a

pertencerem a classes socioeconómicas mais baixas, ou seja, seria a alexitimia a causa do baixo nível sócio-cultural e não a sua consequência (Lolas & von Rad, 1989).

Lumley e col. (1996) encontraram uma relação entre famílias disfuncionais, do ponto de vista emocional, e alexitimia. Os indivíduos pertencentes a estas famílias teriam dificuldades em identificar sentimentos, apresentando igualmente défices nas funções imaginárias e simbólica. Já Modestin (2005) acrescentou que a violência familiar está associada com pior saúde mental e com agravamento das características alexitimicas.

Estes estudos e investigações no âmbito sócio-cultural, para além de serem contraditórios, pouco avançam numa explicação e compreensão etiopatogénica sobre a alexitimia, apesar da relevância dos mesmos na tentativa de uma compreensão mais abrangente da ligação entre a alexitimia e a expressão emocional nos mais diversos contextos, familiar, social e cultural.

#### 1.2.4. Teoria Multifactorial

Freyberger (cit. por Weinryb 1995) distinguiu entre dois tipos de alexitimia, primária e secundária. Por um lado, um modelo deficitário neuro-anatómico, resultante de um défice da estrutura neuro-anatómica, alteração bioquímica ou fisiológica, factores hereditários, interrupção da comunicação entre sistema límbico e o neocortex, poderia estar na origem da alexitimia primária, que seria, deste modo, inata. Por outro lado, factores psicológicos e sociais, traumas psicológicos, uso excessivo de mecanismos de defesa como a repressão, negação e regressão, estariam associados ao surgimento da alexitimia secundária.

Kristal (1987) faz-nos também referência a esta divisão entre alexitimia primária e secundária. Ao atribuir a alexitimia a uma paragem no desenvolvimento afectivo, Kristal refere-se a dois tipos de alexitimia que se podem considerar equivalentes à distinção sugerida por Freyberger, apesar de já introduzir aspectos bem mais dinâmicos na sua concepção. Assim, a alexitimia primária surgiria na infância devido a um trauma que decorre da incapacidade do objecto cuidador de assegurar e impedir o surgimento de tensões difíceis de manejar por um aparelho mental, naturalmente insuficiente, porque em desenvolvimento.

Tal constituiria, então, uma forma mais grave de alexitimia que decorreria da inibição do desenvolvimento afectivo e das estruturas cognitivas necessárias à elaboração

psíquica das tensões e conflitos, uma vez que o trauma ocorreria antes do desenvolvimento da linguagem e do pensamento simbólico, ficando, desse modo, comprometida a utilização de canais sublimatórios e simbólicos para a elaboração das experiências afectivas (Graham, 1988), o que pode corresponder a uma perturbação no desenvolvimento da função alfa que impossibilitaria o atingir de uma fase simbólica do crescimento, e que poderia também explicar a eventual ausência de vida fantasmática neste tipo de indivíduos.

No que diz respeito à alexitimia secundária, ela dever-se-ia a uma presença de tensões insuportáveis devido a situações traumáticas extremas na vida adulta. Desta forma, o indivíduo regressaria a um modo de funcionamento pré-verbal em que necessita do outro para conseguir manusear e integrar as suas próprias tensões e conflitos, e em que essas se descarregam preferencialmente pela via do somático, constituindo-se uma espécie de regressão no padrão relacional e afectivo do sujeito de tal maneira que afectaria toda a sua expressão emocional.

Esta concepção bifactorial da alexitimia efectua uma distinção que nos pode ajudar a compreender novas situações que podem ser susceptíveis de despoletar características alexitimicas, mas que sem um método de avaliação e de distinção entre ambos que não apenas o da observação clínica dificilmente se torna uma teoria científica aceite. Contudo, creio que a separação entre alexitimia como fixação e alexitimia como regressão, primária ou secundária, bem como o comprometimento da sublimação e da função alfa possa ser, de facto, algo de central no funcionamento pré-simbólico da alexitimia, se bem que a sua etiologia traumática possa não ser suficiente para abarcar toda a realidade e multiplicidade da alexitimia.

#### 1.2.5. Teoria Desenvolvimental

A linguagem que a criança necessita para comunicar envolve expressões faciais não-verbais e outras demonstrações comportamentais de emoção. Partindo da importância da atenção que a mãe concede às expressões faciais da criança, derivada da percepção da mesma sobre esses indícios faciais, possibilita-lhe avaliar os estados internos da criança e responder com as suas próprias expressões emocionais.

Contudo, a criança não será, nem pode ser, um mero agente passivo neste processo, ela presta especial atenção às expressões faciais e corporais do seu prestador de cuidados como um sinal do seu próprio estado interno, como que um espelho reflectindo-lhe uma

imagem do seu estado emocional, sendo que estes sinais podem servir para amplificar ou para silenciar os estados afectivos da criança (Schoore, 1996).

O desenvolvimento da consciência dos afectos e das capacidades de regulação dos afectos é, assim, facilitada por uma partilha mútua e por espelhagem das expressões emocionais com a mãe, ou com os prestadores de cuidados, e mais tarde através de actividades, interacções e ensinamentos com o objectivo de designar as palavras para expressar os sentimentos correspondentes (Taylor, 2000).

Deste modo, os estados emocionais da mãe tornar-se-iam um importante factor no desenvolvimento emocional da criança, uma mãe que é muito expressiva emocionalmente irá comunicar diferentemente esses sinais para a sua criança do que uma mãe que se encontra deprimida, ansiosa ou alexitímica. Mas, mesmo sem qualquer tipo de perturbação psiquiátrica, quaisquer pais diferem nos seus níveis de resposta aos estados emocionais dos seus filhos e na capacidade de resposta às suas comunicações emocionais não verbais. Partindo destas concepções, o rumo das investigações centrou-se, naturalmente, em investigar as diferenças no desenvolvimento emocional nos diferentes estilos de vinculação.

No decurso dessas investigações, Goldberg e col. (1994) descobriram que nas díades com um estilo de vinculação evitante as mães respondiam minimamente às expressões emocionais ou aos afectos negativos dos seus filhos. Nas díades ambivalentes as mães eram responsivas aos afectos negativos, mas prestavam menos atenção aos afectos positivos e às expressões emocionais correspondentes, enquanto nas díades com um estilo de vinculação segura às mães se apresentavam como responsivas quer aos afectos negativos, positivos e mesmo às expressões emocionais neutras.

Enquanto as mães, em vinculações seguras, usualmente se pronunciavam sobre as emoções dos seus filhos e lhes davam feedback sobre isso, nos estilos de vinculação evitante e inseguro, a comunicação sobre as emoções era praticamente inexistente. Como consequência, as crianças em que existia uma vinculação segura eram mais expressivas emocionalmente, as crianças de uma vinculação evitante eram muito menos expressivas e as crianças de uma vinculação ambivalente choravam bastante devido à falta de regulação das suas emoções. Apesar das crianças de uma vinculação evitante aprendessem a suprimir as suas manifestações emocionais negativas, elas eram consideravelmente mais tensas e com separações mais complicadas (Spangler & Grossman, 1993).

Na busca de uma explicação para o que estaria por detrás desta perturbação na regulação emocional da díade, algumas questões foram avançadas. Tal situação pode decorrer de uma dificuldade em descodificar correctamente as expressões faciais dos seus filhos, sendo que mães com um estilo de vinculação evitante apresentaram dificuldades em distinguir entre expressões de tristeza e de sofrimento, e, muitas das vezes, percepcionavam expressões neutras como expressões de interesse (Myhal & Goldberg, 1995, cit. por Taylor, 2000).

Posto isto, é de expectar que a alexitimia esteja associada com estilos de vinculação inseguros e com estratégias de regulação de afectos mal adaptadas (Taylor et al., 2008).

Apesar do desenvolvimento de certas capacidades mentais ser influenciado pelas interacções emocionais com os prestadores de cuidados, outras investigações vão além dessa influência e constataam que os prestadores de cuidados tem também uma função reguladora na maturação de partes do cérebro que estão envolvidas na consciência das emoções e na regulação emocional, sendo mesmo possível identificar a estilo de vinculação por volta do primeiro ano de vida, o que corresponde a um período crítico da maturação do córtex pré-frontal (Taylor, 2000), sendo que é nesta área que se encontra a área orbital, que está intimamente relacionada com a amígdala e com outras partes do sistema límbico, que esta envolvido na regulação dos afectos, avaliação, atenção directa e processamento de sinais emocionais não-verbais que são necessários à iniciação de comportamentos de vinculação (Schore, 1996).

Assim, é sugerido que as diferenças individuais na alexitimia podem ser atribuídas, em parte, a influências ambientais precoces, em especial a variações na capacidade de auto-reflecção e na capacidade em facilitar um padrão comportamental de vinculação segura por parte dos prestadores de cuidados aos seus filhos (Taylor, 2008). Sendo que os graus mais elevados de alexitimia podem ser consequência de um trauma precoce, incluindo privação e negligência, o que pode alterar o processo maturativo de algumas estruturas mentais e de capacidades mentais associadas ao processamento emocional (Taylor, 2000).

Estes estudos num âmbito desenvolvimental trazem à luz importantes questões da relação humana, uma vez que o desenvolvimento afectivo e a regulação do mesmo não ocorre por simples introjecção por parte de um ser passivo e de outro activo que fornece tudo aquilo que o outro precisa para se desenvolver. O processo funciona por partilha

mútua e por espelhagem das expressões emocionais com aquele que a criança se sente mais próxima e com o qual irá desenvolver uma relação de ligação e de vinculação.

#### 1.2.6. Teoria Psicodinâmica

As concepções psicanalíticas da alexitimia que vão ser abordadas, são representadas pelos trabalhos de Ruesch, Schur, Modell, Robbins, Lefebvre, Krystal, McDougall, Marty e De M' Uzan, Benetti, entre outros. As principais características abordadas, se bem que com problemáticas diferentes, são de colocar a alexitimia em relação com distúrbios precoces do desenvolvimento afectivo, que condicionam o funcionamento psíquico e em que as emoções representam um perigo ao equilíbrio do Eu (Fernandes, 2001).

Nos seus estudos em pacientes psicossomáticos Ruesch encontrou um nível de organização psicológica primitivo, característico de distúrbios narcísicos, em que os indivíduos se apresentavam como conformistas, manifestando uma pseudo-maturidade, tendo uma fraca tolerância à frustração e uma tendência para *acting out* de várias maneiras, seja através de consumo excessivo, tanto de comida como de álcool, drogas, bem como, comportamentos de promiscuidade sexual. Estes pacientes apresentavam problemas em identificar emoções, fazendo associações desses sentimentos sempre com acontecimentos externos, uma vez que desde a sua infância estes pacientes se teriam habituado a exprimir em termos somáticos (cit. por Weinryb, 1995).

Schur defende que uma das características principais nas doenças ditas psicossomáticas seria uma regressão das funções do Ego, sendo as suas origens na interacção entre a díade mãe-bébe, numa fase de desenvolvimento precoce. Segundo o autor, existiriam duas linhas de desenvolvimento na dessomatização da ansiedade, ambas derivadas de precursores inatos primitivos que, juntamente com factores ambientais, determinariam o desenvolvimento do Ego e as suas reacções face ao perigo e à ansiedade, sendo que, normalmente, não existe consciência do que provocou a descarga somática, mas apenas há consciência da reacção somática em si (cit. por Lolas & von Rad, 1989).

O mesmo autor conceptualizou a existência de uma clivagem no Ego que resultaria num funcionamento com sintomatologia patológica em parte, mas com uma parte normal em que funcionariam bem na vida, podendo mesmo ter boa capacidade de sublimação dos seus conflitos, uma vez que grande parte do seu Ego ainda não se encontraria submergido.

Contudo, quando os sintomas se começam a instalar, actuariam de tal modo que se daria uma convergência de mecanismos patológicos diversos.

Deste modo, o equilíbrio narcísico destes indivíduos apresenta-se como extremamente instável e a sua diferenciação entre self e objecto seria vaga, com uma tendência para a recusa do self e da representação objectal, num registo equivalente aos estados borderline. É, então, sugerido que as funções afectivas e cognitivas se desenvolveriam em caminhos separados mas inter-relacionados, sendo que os sintomas psicossomáticos teriam origem na clivagem do Ego na sua componente narcisicamente perturbada (Weinryb, 1995).

Kristal enfatiza a falta de diferenciação dos afectos na alexitimia, sendo esta considerada como o resultado de uma interrupção do desenvolvimento afectivo após um trauma psíquico na infância, ou através de uma regressão na expressão dos afectos, na sequência de acontecimentos traumáticos na vida adulta, que envolveria o funcionamento cognitivo e afectivo (Fernandes, 2001).

Considera a existência de dois afectos globais que serão os precursores da vida afectiva da criança, um estado de contentamento e tranquilidade e um estado de tensão e preocupação. Assim, um desenvolvimento afectivo normal levaria a que os afectos se encontrariam diferenciados, dessomatizados e verbalizados. No caso da alexitimia, existiria um desenvolvimento afectivo perturbado com uma fixação que leva a que os afectos sejam indiferenciados, somatizados e não verbalizados, sendo que, nalguns casos, este desenvolvimento tenha parado neste nível devido a um trauma infantil, ou, noutros casos, tenho regredido a este mesmo nível devido a um trauma na vida adulta (Weinryb, 1995).

A alexitimia seria, assim, uma regressão ou uma paragem no desenvolvimento afectivo e cognitivo.

Marty e De M' Uzan (1963) descrevem-nos, por outro lado, um modo de pensamento perturbado característico de pacientes com doenças psicossomáticas, o *pensée opératoire*, que seria um modo de pensamento essencialmente pragmático e colado a associações do mundo exterior. Estes pacientes tinham perturbações narcísicas e restrições severas na sua vida fantasmática, que impediam o seu desenvolvimento emocional (Fernandes, 2001).

Na base destas conceptualizações esteve o modo como estes pacientes relatavam os seus sintomas, tendo grande dificuldade em diferenciar entre os sintomas físicos e os psicológicos, e nas suas descrições despendiam o seu tempo a diferenciar sensações, mas

não conseguiram utilizar essas sensações como sinais de circunstâncias psicológicas internas, apresentando, então, um estilo de pensamento operatório e uma estrutura de personalidade caracterizada por uma regressão a um nível primitivo, consequente de perturbações na relação primária (Weinryb, 1995).

Lefebvre (1980) enfatizou as perturbações narcísicas ao nível das relações de objecto dos pacientes psicossomáticos, referindo que estes teriam uma baixa capacidade em perceber os indícios da vida afectiva interna dos outros, bem como os contornos das suas próprias reacções emocionais. Devido à qualidade narcísica das suas relações de objecto estas pessoas facilmente atingem um impasse relacional, que faz com que descompensem como consequência dessa perturbação.

Benedetti verificou igualmente a existência, nas perturbações psicossomáticas, de uma clivagem das boas e más imagens dos objectos, sendo que os sintomas psicossomáticos seriam encarados tanto como uma tentativa de reparação narcísica, como uma expulsão da parte má do objecto pela parte somática (Fernandes, 2001).

Modell (1975) nos seus estudos com perturbações de personalidade narcísicas, descreveu um tipo de defesa narcísica contra os afectos e as emoções, defesa essa motivada por um medo da proximidade humana. Desse modo, estes pacientes apresentam-se desligados emocionalmente, não comunicando sentimentos, uma vez que se o fizessem tal podia fortificar as suas relações objectais, possuindo, como tal, uma fantasia de auto-suficiência.

Estas fantasias de grandiosidade e de onipotência permitem a estes indivíduos manter a ilusão que não precisam de nada dos outros, uma vez que eles próprios podem providenciar a fonte da sua própria sustentabilidade emocional. Assim, os afectos significariam a procura e o desejo da relação e a sua ausência suporta a sua própria ilusão que não necessitam nada dos outros.

Devido a esta defesa contra os afectos, estes indivíduos não estão apenas incapazes de comunicar sentimentos genuínos aos outros, o seu verdadeiro *self*, como também se encontram desligados da própria experiência interna dos seus próprios afectos e emoções, o que se apresenta relacionado com as características normalmente associadas à alexitimia (Weinryb, 1995).

Robbins (1989) descreve características que apresentam muito em comum com as descrições da alexitimia. Refere que existe uma ausência de integração da personalidade, em que esses indivíduos manifestam um modo primitivo de pensamento afectivo sensório-

motor, que é caracterizado por uma forma de cognição e de experiência emocional indiferenciada da percepção do objecto e da sua acção.

Enfatiza a relação próxima com uma forma de relações de objecto claramente imaturas, onde esses pacientes apresentam grandes dificuldades em identificar e em sustentar emoções importantes, existindo neles uma incapacidade para ter e para reconhecer predisposições emocionais significativas mais que transitoriamente, e para empreender comportamentos adaptativos cuja consciência dos mesmos o deveria ditar, o que seria derivado de uma incapacidade para formar e para manter representações de afectos estáveis (Weinryb, 1995).

McDougall (1982a) propõe uma patologia pré-neurótica na qual predominam os mecanismos de defesa imaturos (Helmes, 2008) como a clivagem e a identificação projectiva. Apresenta as perturbações na relação de objecto como centrais na conceptualização da alexitimia, definindo os distúrbios afectivos e os problemas ao nível da simbolização como reflectindo uma defesa massiva contra todos os afectos vitais e contra ansiedades de cariz psicóticas (medo de fragmentação físico-mental, perda de identidade, perigo de comportamentos explosivos), englobando a alexitimia nas perturbações em relação à imagem narcísica do Eu e da formação patológica do Ideal do Eu (Fernandes, 2001).

Assim, as perturbações da relação nos primeiros anos de vida irão originar um fracasso na introjecção do objecto materno solícito e do investimento libinal no próprio corpo, ocorrendo uma clivagem da representação da palavra e do afecto, com um esvaziamento da representação e do afecto da vida mental, derivado de uma falta de compensação do afecto que se encontra suprimido. Quando esse pouco investimento libidinal se associa com uma estrutura alexitímica o indivíduo perante um conflito expulsa da consciência as emoções, alterando o seu funcionamento somático e abrindo caminho à desorganização psicossomática (McDougall, 1982b).

Estas pessoas estão constantemente ocupadas a destruir intrapsíquicamente todas as ligações afectivas com as suas próprias fantasias e pensamentos, bem como com as dos outros, através da criação de um espaço estéril, aparentemente despido de afecto e de libido, com o objectivo de tentar preservar a sua própria identidade e o seu Ego (Weinryb, 1995).

Devido a isso, as suas relações interpessoais tornar-se-iam vazias e sem significado, uma vez que as suas relações de objecto se apresentam num registo caracterizado pela falta

de afecto, dado que o que é importante é a função do objecto e não a representação da pessoa que esse objecto incorpora, apresentando, assim, objectos internos extremamente instáveis e centrados na sua utilidade anaclítica, estando aqui novamente aqui presente a aproximação do conceito de alexitimia com o dos estados limite, que foi encontrada também em estudos empíricos (Modestin et al., 2004).

### 1.2.7. **Abordagem Existencial**

Vistas as principais orientações explicativas para o fenómeno alexitímico, importa agora tentar compreender de que forma é que tais características são incorporadas no ser, isto é, de que modo é que elas podem influenciar o seu estar no mundo, e, mais que isso, o modo como influenciam o seu estar em relação, que subjaz à inexorável situação do existir humano, porque mais do que um ser com sintomas perturbados e com certas categorias patológicas diagnósticas, o homem deve ser encarado como uma totalidade em construção, como um projecto existencial.

A alexitimia, embora não seja referida directamente em nenhum autor dito da corrente fenomenológica ou existencial, é seguramente algo que desde sempre suscitou a reflexão dos seus autores. Ela representa uma perturbação ao nível daquilo que nos torna mais humanos, a comunicação e a emoção, isto é o ser na relação, ou como diria Heidegger (cit. por Lessa, 2006) “o existir humano nunca é um objecto simplesmente dado em algum lugar, muito menos encapsulado em si mesmo. A existência significa apenas a abertura originária de sentido na qual podem vir à luz os entes enquanto tais”.

Para melhor compreendermos o modo como a alexitimia influencia o ser-no-mundo importa fazer uma breve reflexão sobre a própria condição do Homem enquanto entidade eminentemente social, logo relacional, pegando nalgumas temáticas existenciais que se entrecruzam com a conceptualização da alexitimia enquanto um fenómeno biográfico onde se evidencia uma perturbação do ser-no-mundo.

Deste modo, o homem é conceptualizado como um indivíduo que existe como um ser-no-mundo, que está sempre em situação, o que limita as suas escolhas e respostas impondo uma liberdade situada, em que cada percurso existencial é único e dotado de idiosincrasias próprias, num caminho que reflecte um desenvolvimento pessoal e um trajecto vital onde a sua experiência psicológica individual deverá ser a principal chave para compreender a sua existência (Carvalho Teixeira, 1997).

Assim, a dimensão da perturbação e da psicopatologia surge, nas abordagens compreensivas existenciais, como uma possibilidade humana universal e os seus estados como fenómenos biográficos, sendo que esses estariam relacionados com a estranheza e com o afastamento do indivíduo em relação a si mesmo (Carvalho Teixeira, 1997), isto é, estariam relacionados com o fracasso, ou com a incapacidade do indivíduo se relacionar de modo significativo com o seu mundo interno.

Estariamos, então, no âmbito da autenticidade, neste caso da falta dela, ou por outras palavras, na dimensão já referida de *falso self* que estará presente na alexitimia, e será caracterizada por um núcleo narcísico onde reinam as fantasias de onipotência, e onde o outro é encarado unicamente ou como objecto de total dependência, ou como objecto de evitamento, predominando em qualquer dos casos a não relação devido à escassa diferenciação das suas relações de objecto.

Tal pode ser compreendido na medida em que se o sujeito se mostra incapaz de aceder ao seu mundo interno, aceder ao mundo interno dos outros com a sua complexidade emocional e comportamental tornar-se-ia tarefa decididamente difícil, impossibilitando o estabelecer de interacções verdadeiramente significativas. Assim, o ser-no-mundo alexitímico será pautado por um importante decréscimo da experiência, estando o seu desenvolvimento pessoal e emocional bloqueado.

Se o seu desenvolvimento se encontra de alguma forma bloqueado a sua dimensão de projecto, de vir-a-ser, o estará também, uma vez que a narrativa que o sujeito conta a si próprio será vazia de construções pessoais ao nível dos sentimentos. Contudo a questão que se pode colocar é se essa construção é, de facto, vazia de sentimentos e apenas enclausurada nas relações inautênticas com os outros, ou se, por outro lado, essas construções pessoais estão impregnadas de emoções, mas devido ao seu carácter avassalador, desorganizado e pouco estruturado são contidas em si e para si, impossibilitando o encontro e o diálogo significativo e significativo com o outro, ou ainda, se tal se tratará apenas de uma escolha livre de estar-no-mundo.

Para tentarmos delinear uma resposta à questão prévia importa efectuar uma breve referência ao que é o estar-no-mundo, e em que fios se tece o projecto existencial que serve como pano de fundo ao percurso existencial.

O estar-no-mundo envolve uma perspectiva de unidade entre o indivíduo e as quatro dimensões da existência, definidas por Van Deurzen-Smith e explicitadas por Carvalho Teixeira (2006), sendo elas a dimensão física, social, psicológica e espiritual. A

primeira diz respeito a questões relacionadas com a saúde e o bem-estar a um nível biológico e corporal, a segunda refere-se á intersubjectividade, a dimensão psicológica à existência subjectiva e à relação consigo próprio e a espiritual à relação com o desconhecido, numa relação com o mundo ideal.

A alexitimia representaria, um estar-no-mundo perturbado na dimensão social, psicológica e espiritual, na medida em que tanto a relação com o outro, como a relação consigo e com a fantasia parecem obedecer ao princípio do conformismo e do utilitarismo.

No que diz respeito ao projecto existencial, este representa uma linha de continuidade que reflectirá a coerência interna do mundo individual e das escolhas e realizações que o indivíduo realizou ao longo do tempo, sendo que o seu mundo interno se irá expressar através da simbolização, imaginação, juízo e nas várias dimensões da afectividade (Carvalho Teixeira, 2006).

Daqui facilmente podemos constatar que são, efectivamente, estas algumas das dimensões que mais caracterizam a alexitimia, que se pauta pela ausência da função simbólica, uma vez que esta não representa os estados psicológicos correspondentes. O mesmo poderá ser dito da imaginação e da afectividade, uma vez a alexitimia é caracterizada pela esterilidade imaginativa e afectiva, onde reina o pensamento operatório e a colagem ao real.

Deste modo, não se pode dizer que haja de todo um processo de individuação na alexitimia, na medida em que o funcionamento psicológico destes indivíduos centra-se numa tónica estereotipada onde reina o conformismo com as normas e os papéis sociais e onde a imaginação e simbolização se encontram inibidas (Carvalho Teixeira, 2006), não havendo uma verdadeira descoberta de si próprio, uma vez que o outro não é investido enquanto parte pró activa da e na relação.

### 1.3. *Etiopatogenia da Alexitimia*

A questão sobre as explicações da etiopatogenia da alexitimia muitas vezes tendem a confundir-se com as teorias especulativas que são defendidas no contexto dos diversos quadros psicopatológicos em que surge, contudo, importa abordar a etiopatogenia específica da alexitimia consistente e transversal em todos os quadros psicopatológicos onde surge.

Lacan (in Silva, 1992) ao introduzir o conceito de discurso em 1978 e nos seus estudos posteriores mostra que o sujeito não tem os significados na sua mente. O sentido só surge através das palavras que os expressam, através da função simbólica (Ricouer, 1970), mas essas palavras só se podem usar segundo leis e regras, isto é, um código linguístico. Este está relacionado com os significantes colectivos, os quais são transmitidos à criança pelos pais de acordo com as suas estimulações, dando, assim, um sentido para as suas necessidades e uma forma para as resolver, o que nos pode indicar que a formação, ou pelo menos o desenvolvimento das características alexitimicas, pode ser encontrado nas transmissões intergeracionais.

Tais noções relembram alguns conceitos Piagetianos, nomeadamente no que diz respeito à formação da função simbólica (semiótica). A função simbólica, designada como a capacidade de evocar objectos ou situações não percebidas actualmente, recorrendo a signos ou símbolos (Dolle, 2005), em que a linguagem e a comunicação assumem particular importância enquanto meios para o seu desenvolvimento, entre outros, parece-nos um conceito bastante caro à própria noção de alexitimia.

É no contacto directo do objecto que a sua significação é funcionalmente apreendida pela criança, é na transposição da barreira que constitui a necessidade da simples percepção de estar em contacto directo com o real que a inteligência ascende a um nível de interiorização da imitação, favorecida pela instalação da função simbólica. Seria por volta dos 2 aos 5 anos que a criança adquire linguagem e constrói, de algum modo, um sistema próprio de imagens, contudo, esse sistema de signos só lhe permite evocar realidades particulares, e, por isso, a palavra não tem ainda o valor de conceito, uma vez que ela evoca uma realidade particular e não a generalidade, tendendo a reconstruir o seu mundo, no plano representativo, a partir de ela própria, num registo egocêntrico (Dolle, 2005).

Neste pensamento essencialmente figurado, a representação da criança evoca realidades particulares, logo simbólicas, baseadas num sistema de relações entre a coisa e o seu correspondente figurado, que a linguagem não é adequada para exprimir, na medida em que a sua visão intuitiva das coisas é particular, logo praticamente incomunicável. A questão da alexitimia pode-se colocar nesta dimensão essencialmente narcísica da comunicação, ou mesmo antes desta noção de representação simbólica, uma vez a alexitimia não se trata de um fenómeno de tudo ou nada, mas o que é essencial aqui realçar é o seu estilo comunicativo relativamente assimbólico (McDougall, 1991).

Estas características alexitimicas tem sido descritas em quadros em que o acesso à mentalização e elaboração psíquica dos conflitos e tensões internas parece estar, de alguma forma, comprometida (Lolas & von Rad, 1989; Salminen, et al., 1995; Taylor 1984, 1994), uma vez que estes sujeitos muitas vezes não aparentam quaisquer sinais de emoções, mas, por vezes, tal é contrastado com súbitos impulsos em que existe uma amplificação das sensações, o que leva a uma dissociação entre os aspectos fisiológicos e as sensações subjectivas.

Tal pode ser compreendido, na medida em que perante um aumento de tensão existiriam apenas duas possibilidades: a passagem ao acto (*acting out*) e a descarga somática (*acting in*), sendo que, na estrutura psicossomática, o agir no interior do corpo (*acting in*) teria por objectivo, tal como o *acting out*, a expulsão do afecto para fora da realidade psíquica.

De uma forma geral, as teorias psicanalíticas propõem a presença de uma perturbação na relação primária, relação essa que deveria ser de inter-regulação mútua de processos não só psicológicos mas também fisiológicos.

Taylor (1991) considera que a vulnerabilidade à doença física e mental se constrói quando esta regulação fica comprometida no seio de uma relação primária desajustada, por ausência de sintonia dos seus membros, sendo que a alexitimia assinala uma perturbação na regulação das emoções.

Existiria uma certa imaturidade funcional do bebé, que encontra na mãe um objecto regulador das tensões ainda não possíveis de elaborar por este. No decurso do seu desenvolvimento este vai gradualmente adquirindo a possibilidade de auto-regulação, correspondente à interiorização de uma imagem de uma mãe cuidadora e apaziguadora, com a qual se poderá, mais tarde, identificar e desempenhar esse papel cuidador e regulador para si próprio autonomamente, mas que no caso da alexitimia essa função de *rêverie* da figura materna terá falhado ou terá sido inexistente.

De Matos (2003) fala-nos de algo similar sobre as patologias psicossomáticas, referindo a existência de uma falha na estruturação do *Self* por falta da resposta adequada necessária e suficiente do objecto, tratando-se, assim, uma patologia da falha narcísica por carência responsiva do mundo objectal e por uma insuficiência no seu investimento diferenciado e privilegiado, mal atingido por este amor do objecto, o psicossomático, diria antes, o alexitímico, apresentaria um narcisismo dependente da regulação externa.

McDougall atribui à falência do ambiente humano, representado pela mãe, a impossibilidade da criança interiorizar o objecto segurador, o que a torna excessivamente dependente do meio para lidar com os estados de tensão de origem interna e externa, desse modo, há uma necessidade e procura permanente de um objecto externo capaz de desempenhar as funções de regulação que o indivíduo não consegue desempenhar para si próprio.

A alexitimia estaria, assim, no registo dos comportamentos de dependência compulsiva, que podem ser pensados independentemente do objecto, substância psicoactiva, actividade sexual, objecto humano, trabalho, jogo, como forma de reparar um vazio interno e criar a experiência, mesmo que breve e ilusória, de apaziguamento pessoal (Prazeres, 2000).

Grotstein (1999) ao abordar a questão da regulação autónoma e interactiva e na sua concepção de presença de fundo da identificação primária refere-se também a algumas características que encontro serem bastante similares aquelas que dizem respeito às alexitimias. A sua tese é que os conflitos se solucionam através da resolução dialéctica, e os défices se resolvem através da regulação autónoma e interactiva, sendo que essa regulação se relaciona com os aspectos fisiológicos mais básicos do meio interno e do comportamento dos outros, baseando-se em sinais psicossomáticos e somatopsíquicos elementares, em vez de signos ou símbolos. Esta linguagem da regulação contrasta com a linguagem da função simbólica e dos seus precursores, ocupando um espaço intermédio entre a necessidade e o desejo.

A auto-regulação pode ser encarada como um sistema dinâmico encarregue da modulação e estabilização de factores biopsicológicos, dominados pelo sensorio-motor, e que envolve a percepção e a resposta a sinais psicobiológicos, sem envolver necessariamente a codificação e decodificação de representações dotadas de sentido simbólico (Grotstein, 1999). Posto isto, o efeito ideal da conjunção entre os dados constitucionais e o ambiente sustentador-contentor envolvente deveria permitir ao bebé não apenas desenvolver a confiança em ser capaz de gerir com êxito a sua experiência normal de carência, mas também lhe permite desenvolver um sentimento onipotente normal de especialidade e de individualidade.

Estes factores formativos facilitam o desenvolvimento de um sentido de espaço psíquico interno, que crie um mapeamento interno das experiências objectais, bem como o desenvolvimento de um domínio espacial para objectos internos de fantasia pessoais, o

mundo imaginativo, e de outro para representações simbólicas de objectos, o mundo relacional, sendo a consequência ideal deste processo é o desenvolvimento de uma psique dotada de estruturas fortes que permitam a emergência da representação simbólica dos objectos (Grotstein, 1999), o que, no caso da alexitimia, não ocorrerá, o que se pode dever a factores congénitos, perinatais ou a outros relacionados com perturbações na regulação interactiva da mãe, sejam estas privação ou de carência.

Na mente saudável, diz-nos Grotstein (1999), o domínio da regulação é absorvido pelo domínio do sentido simbólico e exprime-se através dos sentimentos. Nos casos patológicos, em que se pode incluir a alexitimia, o domínio da regulação, que na realidade é mais uma desregulação que persiste como um alter-ego psicossomático extraterritorial ao simbólico, mantém um discurso próprio quase psicológico e quase fisiológico.

Baseando-se nos conceitos de objectos transitivos e ambiente sustentador de Winnicott, Grotstein (1999) concebe a “*Presença de Fundo de Identificação Primária*”, e diz-nos que essa comporta em si a responsabilidade fundamental pelo afecto e pelas necessidades de sincronização da criança e pela integridade do seu espaço transitivo potencial, no qual ocorrem as transformações pré-simbólicas (sensório-motoras) e simbólicas sob a influência da função de *rêverie*, a função contentora-do-conteúdo que Bion tão bem conceptualiza, existindo, desse modo, uma falha no desenvolvimento da função alfa que indicaria uma incapacidade da contenção materna para sofrer, tolerar, resistir, compreender e traduzir as mensagens da sua criança enquanto portadoras de um sentido.

Grotstein (1999) diz-nos ainda que a incapacidade do bebé para conferir sentido aos dados emocionais das suas experiências pessoais, e em ser ajudado nessa tarefa pela contenção e *rêverie* materna, faz que lhe falte um sentimento de auto permissão, o que implica sofrer um repúdio psíquico e tornar-se num náufrago existencial. Não querendo entrar em detalhes, a referência a Grotstein é importante para percebermos certas características alexitimicas e o modo como essas se podem relacionar com uma certa fixação ou perturbação pré-simbólica ao nível da função alfa, destacando-se, também, o papel activo, ou pró-activo da criança no seu próprio processo de regulação.

Von Rad (1984) salienta a perturbação na relação primária como factor etiológico importante no desenvolvimento das características alexitimicas, e, fazendo apelo às fases de desenvolvimento propostas por Mahler, considera que esta perturbação ocorre durante a fase simbiótica. Assim, e ao contrário do que ocorre no desenvolvimento normal, as mães

de pacientes com características alexitimicas tendem a usar os seus filhos como forma de resolução dos seus problemas narcísicos e como uma extensão de si próprias, numa relação em que a separação, autonomia e independência não é possível.

Deste modo, a criança tornar-se-ia, literalmente, uma parte do corpo da mãe sobre a qual esta exerce uma vigilância intensa de forma a evitar a evitar o aparecimento de tensões ou de sentimentos de desprazer, funcionando como uma barreira de protecção contra os estímulos, actuando de forma hiperprotectora, impedindo, assim, o desenvolvimento progressivo por parte da criança que visa a capacidade de criação de estratégias pessoais de lidar, de forma efectiva, com o aumento de tensão, tornando-a dependente da sua presença para o fazer, submetendo-se, desse modo, ao objecto como forma de não o perder (Prazeres, 2000).

McDougall (1991) defende que a alexitimia não é uma incapacidade para vivenciar e expressar emoção, trata-se de uma incapacidade para conter e reflectir sobre um excesso de experiência afectiva, designando estes pacientes como *desafectados*, salientando que estes experienciaram, de facto, emoção que, pela sua intensidade, se tornou desorganizadora ameaçando o sentimento de integridade e de identidade. Assim, a alexitimia é encarada como uma poderosa defesa contra a vitalidade afectiva, para a silenciar, uma vez que os afectos primitivos, pouco matizados e integrados, teriam um carácter avassalador, em que predominam os mecanismos de clivagem e identificação projectiva.

Para McDougall a particularidade do estilo comunicativo e relacional alexitímico pode, nalguns casos, ser equiparada à retirada esquizóide já que ambas procuram manter um estado de morte interna como forma de prevenir a invasão por experiências afectivas tempestuosas.

O funcionamento alexitímico resultaria, então, de um perturbação na relação primária, que ocorrendo durante a posição esquizo-paranóide, teria por consequência uma diferenciação incompleta das representações do self e do objecto e uma utilização concreta dos símbolos (Segal, 1991, cit. por Prazeres, 2000), correspondendo, deste modo, ao funcionamento da parte psicótica da personalidade em que o indivíduo se defende da dor mental e da ansiedade de aniquilação pela utilização da clivagem e identificação projectiva e ataques ao vínculo. O maior ou menor predomínio da parte psicótica da personalidade sobre o funcionamento global do indivíduo determinaria o grau de gravidade das características alexitimicas.

Nos seus estudos com pacientes narcísicos, Modell (1975) encontrou um padrão similar ao alexitímico, no qual a principal característica era a não comunicação dos afectos, tratando-se, assim, do equivalente a um estado de não relação.

A procura da destruição dos vínculos afectivos com os outros teria como objectivo manter a ilusão de auto-suficiência, o que pode ter a sua origem na ausência de um ambiente parental de *holding*, o que faz com que a criança tenha que desempenhar ela própria essas funções, criando uma autonomia precoce e desenvolvendo uma estrutura de *false self*. Como, de facto, a criança ainda não pode ser autónoma e cuidar dela própria, a única forma de resolver o conflito é a de activar fantasias de auto-suficiência onipotente que, na verdade, assinalam uma extrema vulnerabilidade e dependência (Prazeres, 2000).

Krystal (1987) considera que o recalçamento primário pode explicar a presença do pensamento operatório na alexitimia, o que deixaria verdadeiros buracos na estrutura psíquica, que são geralmente referidos pelos pacientes como um sentimento de vazio interno, falta de sentido, ou o buraco negro de Grotstein (1999).

Em suma, a etiopatogenia da alexitimia é essencialmente caracterizada por um distúrbio precoce no desenvolvimento afectivo relacionado com a falha de *holding* parental e da função *rêverie*, num registo de estilo de vinculação insegura, o que origina problemas no desenvolvimento da simbolização, relações de objecto essencialmente imaturas e uma falta de diferenciação das emoções

#### 1.4. **Psicopatologia e Alexitimia**

O facto de o conceito de alexitimia ter sido inicialmente observado e caracterizado numa população psicossomática, conduziu à concepção errada de uma relação etiológica específica e única entre a alexitimia e a doença psicossomática (Prazeres, 2000), mas as suas características relacionadas com dificuldade em identificar e descrever sentimentos e em os diferenciar de sensações corporais, uma vida de fantasia empobrecida e um estilo cognitivo orientado para o exterior, foram encontrados numa multiplicidade de outras perturbações, tais a depressão (Honkalampi, 2000; Modestin et al., 2005; Lambert, 2007; Conrad, 2009), patologia borderline (Modestin, 2004), esquizofrenia (Wout, 2007), perturbação de stress pós traumático (Hopper, 2008; Spitzer et al., 2007), perturbações alimentares (Speranza, 2007), fenómenos ansiosos (Duddu, 2006; Muller, 2006; Kano et

al., 2007), fenómenos aditivos (Evren, 2008) entre outras (Bailey, 2005; Luminet et al., 2006; Connelly, 2007; Vanheule, 2007; Wagner, 2008).

A presença de traços alexitímicos também foi encontrada na população geral, numa prevalência bastante variável, mas num valor que oscilará entre os 10 e os 23% (Parker et al., 1989; Loas, et al., 1998; Salminen, 1999; Honkalampi et al., 2000; Fernandes, 2001; Modestin, et al., 2004; Stingl et al., 2008), embora a sua prevalência seja superior em doenças psicossomáticas – doenças cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, diabetes, dermatológicas e doenças crónicas (Fernandes, 2001).

A relação das expressões e intensidade das características alexitímicas com o sexo, idade, nível socioeconómico e dinâmicas familiares tem também sido investigada e, apesar de alguns resultados contraditórios, estes apontam para uma maior prevalência da alexitimia nos homens e em indivíduos mais velhos (Zackheim, 2007; Matilla et al., 2006), bem como em níveis mais elevados de insegurança social baixo nível de educação, social e económico (Lumley et al., 1996; Salminen et al., 1999; Mattila et al., 2006; Juokamaa et al., 2007; Muller et al., 2008; Helmes et al., 2008) e em famílias disfuncionais (Dion, 1996; Lumley et al., 1996; Juokamaa, et al., 1996; Modestin et al., 2005; Frewen et al., 2008).

Outra das questões que ao longo dos anos se colocou aos investigadores da alexitimia prendia-se com a própria estabilidade do conceito, isto é, se a alexitimia se tratava de um traço de personalidade estável ou um estado mais ou menos transitório da pessoa (Weinryb, 1995; Saarijarvi et al., 2001; Picardi et al., 2005; Taylor et al., 2008; Conrad et al., 2009).

Taylor e Bagby (2004) fizeram uma importante distinção entre estabilidade absoluta e estabilidade relativa dos traços de personalidade na alexitimia, assim, podem existir evidências que os scores da alexitimia baixem à medida que alguma condição psicopatológica a ela inerente baixe (estabilidade absoluta), mas existirá uma relativa estabilidade que se manterá ao longo do tempo (Luminet et al., 2001; Salminen et al., 2006), sendo que as mais recentes investigações apontam a alexitimia como um traço de personalidade relativamente estável (Zackheim, 2007; Parker et al., 2008; Stingl et al., 2008) e como uma característica universal que transcende muitas diferenças culturais (Taylor et al., 2003; Zhu et al., 2007), apesar de poder se encontrar associada a diversos quadros e componentes clínicas, variando as suas manifestações de acordo com a doença.

Actualmente, o funcionamento alexitímico é considerado como um factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações psiquiátricas e somáticas (Taylor et al.,

2000; Prazeres, 2000, 2004; Evren et al., 2008; Stingl et al., 2008; Conrad et al., 2009) consumado na presumível dificuldade, ou incapacidade, em traduzir e em expressar, logo, comunicar a outrem, as suas emoções devido aos claros deficits que os indivíduos alexitímicos apresentam na regulação das suas emoções (Connelly, 2007).

Tais factores, associados com mecanismos de defesa predominantemente imaturos e ligados essencialmente com a desejabilidade social (Helmes et al., 2008), podem levar a um conformismo com um objectivo claramente adaptativo, que pode fazer com que haja uma certa inibição social e problemas interpessoais resultantes de um funcionamento distante (Vanheule et al., 2007), próprio de alguém que, como o alexitímico, apresenta acentuadas dificuldades em explorar e em partilhar a sua própria dinâmica afectiva, que é vivida, em larga escala, a um nível exclusivamente somático e indiferenciado.

Em suma, as características alexitimicas, pelas suas manifestações ao nível da expressão emocional, fantasmática e relacional dos indivíduos, tornam-se, cada vez mais, objecto de investigação ao nível da psicopatologia.

Elas representam um funcionamento mental com diversas formas de sintomatologia psicológica, mas num registo em que o sofrimento se encontrará encoberto pelo manto dos mecanismos de defesa como o recalçamento primário, isolamento dos afectos, a clivagem e a identificação projectiva e no qual as principais angústias oscilarão entre as de castração, separação ou fragmentação, consoante o grau relativo de estruturação e desenvolvimento emocional, o que revela o seu carácter transversal ao espectro da psicopatologia, e que procuramos investigar e melhor compreender através deste estudo.

## 2. Método

Apesar do crescente interesse pela investigação sobre o conceito de alexitimia resultar em inúmeros estudos sobre as mais diversas associações com perturbações clínicas e outros conceitos afins, uma questão permanece de certo modo por ser esclarecida. O facto de a alexitimia ser um conceito que pode ser encontrado transversalmente em diversas psicopatologias e na população dita saudável, ou normativa, independentemente da orientação teórica dos investigadores e dos objectivos dos seus estudos, não deixa, contudo, de obliviar quais são, de facto, as relações entre a formação de determinados sintomas e a concorrente característica alexitímica a ele associada (Weinryb, 1995), no fundo importa compreender o porquê de um determinado sintoma se ter formado e não outro.

A questão coloca-se, essencialmente, devido ao facto de as características alexitímicas, actualmente conceptualizadas num modelo trifactorial definido na dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das emoções derivadas das sensações somáticas, na dificuldade em descrever e comunicar sentimentos para os outros, e num pensamento fantasmático constrangido com um registo de pensamento orientado para o exterior (Parker et al., 2008), se encontrarem relacionadas com uma vasta gama de perturbações clínicas, que não só as classicamente classificadas como psicossomáticas, mas, resta perceber como, porquê e com que prevalência essas características levam a formação de um determinado sintoma psicopatológico e não de um outro qualquer.

Este estudo exploratório procura, então, investigar as relações entre o conceito de alexitimia, e os seus três factores avaliados pela *Toronto Alexithymia Scale – 20 itens* (TAS-20), com o espectro da psicopatologia, avaliado através do *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90 R), com o objectivo de analisar também a sua prevalência numa amostra da população geral constituída por alunos do 1º ano do Mestrado Integrado em Psicologia e alunos do 5º do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Procura-se fornecer novos dados que possibilitem uma melhor compreensão das características alexitímicas e sua relação com a diversa sintomatologia psicopatológica, num estudo exploratório e comparativo entre as duas amostras, e verificar se uma mais prolongada formação em psicologia resultará em menos alexitimia e psicopatologia.

## 2.1. Caracterização da Amostra

Este estudo foi efectuado com estudantes universitários do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, a frequentarem o primeiro (N=91) e o quinto ano (N=87) do Mestrado Integrado em Psicologia, sendo que os alunos de quinto ano pertencem à área de Psicologia Clínica, numa amostra total de 178 sujeitos constituída por 145 indivíduos do sexo feminino (81,5%) e 33 do sexo masculino (18,5%). A média de idades dos alunos do primeiro ano foi 21,9 anos (SD=0,66) e a dos alunos de quinto ano foi 26,9 (SD=0,67).

A escolha desta amostra prendeu-se com o facto de a alexitimia estar, de certa forma, ligada a importantes situações de transição na vida dos indivíduos (Parker et al., 2005), uma vez que estes apresentariam, tipicamente, alguns problemas em identificar e em compreender as suas emoções, bem como em comunicá-las aos outros.

O facto de esta amostra ser constituída por alunos de psicologia levanta outras questões relacionadas com a sua própria formação, uma vez que a formação em psicologia engloba uma importante componente de aprendizagem de capacidades emocionais, em que subentende que os alunos recebem e integram uma série de aprendizagens que visam desenvolver as suas capacidades relacionais, e onde o outro assume um papel essencial numa partilha onde a comunicação e a emoção são, sem dúvida, os vectores fundamentais da prática da psicologia.

Assim, os alunos de psicologia do 1º ano encontram-se numa situação de transição particular relacionada com a passagem para uma universidade, enfrentando uma série de factores causadores de stress que requerem uma competência emocional, pois podem ter que modificar as suas relações com os seus pais, família, amigos, a necessidade de criar novas relações sociais (Johnson et al., 2004), a aprendizagem de novos métodos de trabalho, e é, muitas vezes, o primeiro passo para aprenderem a funcionar como adultos independentes (Kokkonen et al., 2001).

Já os alunos de 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica enfrentam outros factores stressantes relacionados com a eminente transição para o mundo laboral, com o fim de um percurso onde estes têm que conciliar a actividade de estagiários e a realização de um projecto de investigação, e onde necessariamente são chamados a exercer as competências técnicas, cognitivas, emocionais e relacionais que os 5 anos de

frequência do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica supostamente lhes concederiam.

## 2.2. **Instrumentos:**

### 2.2.1. **Avaliação da Alexitimia – Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS – 20)**

O conceito de alexitimia, originário do pensamento psicanalítico, desde a sua criação sempre suscitou o interesse de muitos investigadores, principalmente desde a década de setenta quando Sifneos (1973) propôs, pela primeira vez, o termo Alexitimia para designar um conjunto de características observadas inicialmente em pacientes com perturbações psicossomáticas. Contudo, a criação e construção de instrumentos para a sua avaliação foi sempre bastante criticada devido à pouca atenção dada às normas de construção dos testes, tendo-se verificado, posteriormente que a maioria não possuía características adequadas de validade e de precisão (Taylor et al., 1997).

A Escala de Alexitimia de Toronto de 26 itens (TAS) foi criada e construída através de um método empírico e racional (Taylor et al., 1985) e foi a primeira excepção ao panorama acima descrito.

Actualmente, a alexitimia é alvo das mais diversas investigações dada a sua aplicabilidade a conceitos tão diversos como respostas corticais a dados estímulos acústicos, suporte social na depressão e o seu valor preditivo em perturbações do comportamento alimentar (Speranza et al., 2007), entre outros, havendo, contudo, um eixo transversal que se refere ao método utilizado, neste caso o *Toronto Alexithymia Scale* (actual TAS-20), sendo este um teste validado e com um ponto de corte > 60 que indica a presença de alexitimia (Zackheim, 2007), podendo este instrumento ser utilizado em contexto clínico ou não clínico.

A Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20) é a mais recente versão da TAS (Anexo 1) e resulta de um processo de investigação continuado para melhorar as condições de avaliação da alexitimia (Taylor et al., 2000, 2008), apresentando qualidades psicométricas significativamente melhores que a sua antecessora (Bagby et al., 1994 a, b; Taylor et al., 1997; Parker et al., 2003), sendo que

o instrumento mostrou possuir uma adequada consistência interna e precisão teste-reteste.

No que diz respeito às qualidades psicométricas do TAS-20, elas têm sido demonstradas em variados estudos transculturais (Taylor et al., 2003; Zhu et al., 2007; Swift et al., 2006), em que se demonstra em várias populações a fiabilidade e a validade do teste.

O TAS-20 apresenta um coeficiente de precisão interna de 0,79, tanto na sua aferição à população portuguesa (Prazeres et al., 2004), como na versão inglesa original (Bagby et al., 1994). Em relação à validade, o TAS-20 demonstrou que possui validade significativa, visto que a avaliação da sua estrutura factorial apresenta uma correlação significativa entre os itens avaliados e os respectivos factores a que estes se referem.

Relativamente à aferição do TAS-20 à população Portuguesa, ela foi efectuada trazendo resultados positivos no que diz respeito às propriedades psicométricas do teste, que demonstraram consistência interna medida através do *alpha de Cronbach* e através de situação de teste-reteste. Em relação à validade, os resultados demonstraram que a estrutura factorial original da TAS-20 se mantém na versão portuguesa, verificando-se que os itens avaliados possuem, globalmente, uma correlação significativa com o respectivo factor (Prazeres et al., 2004).

A Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20) é um instrumento de auto-avaliação constituído como o nome indica por 20 itens, criado, desenvolvido e progressivamente aferido e validado por Taylor, Bagby e Parker (1993, 1994, 2003, 2008), onde é pedido ao sujeito, individual ou colectivamente, que registre o seu grau de concordância para cada um dos itens numa escala de tipo likert de cinco pontos que varia desde o discordo totalmente (1) ao concordo totalmente (5), sendo que possui cinco itens de cotação inversa (4, 5, 10, 18, 19), e onde a nota final é apurada somando os valores atribuídos a cada item.

Este instrumento possui uma estrutura factorial de três factores: Factor 1 – Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da activação emocional (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14); Factor 2 – Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (2, 4, 11, 12, 17); Factor 3 – Estilo de pensamento orientado para o exterior (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

A interpretação dos resultados é efectuada partindo da nota final, sendo uma nota final igual ou superior a 61 considerada como assinalando elevada alexitimia e uma nota final igual ou inferior a 51 assinalando uma baixa alexitimia (Prazeres et al., 2004).

### 2.2.2. Avaliação de Sintomas - Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

O SCL-90-R – Symptom Checklist-90-R (Anexo 2) é um inventário clínico de auto-avaliação composto por 90 itens que derivou da escala *Hopkins Symptom Checklist* (HSCL), sendo que a primeira versão do SCL-90-R surgiu em 1973, mas apenas foi concluída dois anos mais tarde por Derogatis. Nesta escala os itens nucleares das cinco dimensões se sintomas primários do HSCL foram mantidos, mas foram acrescentados quatro novas dimensões de sintomas, o que levou à inclusão de 45 novos itens.

Os itens que fazem parte deste inventário referem-se a problemas psicológicos ou queixas sintomáticas médicas e psiquiátricas, pretendendo obter-se uma medição do estado de sintomas psicológicos no momento presente (Marques, 2003).

O SCL-90-R é composto por 90 itens, pontuados através do método de Likert que vai de 0 a 4 pontos, correspondentes a “Nunca”, “Pouco”, “Moderadamente”, “Bastante” e “Extremamente” respectivamente, que avalia a psicopatologia em termos de nove dimensões primárias de sintomas e em três índices globais, apresentando-se validado tanto para uma população clínica como não clínica.

Como dimensões entende-se um modo geral de comportamento ou uma espécie de facilidade para reagir, com um marcado grau de consistência, a um conjunto de situações, funcionalmente equivalentes para um indivíduo, sendo os índices globais desenvolvidos para fornecer índices sumários dos níveis de sintomatologia e perturbação psicológica, deste modo, o SCL-90-R permite proceder a uma interpretação dos resultados a nível global e dimensional do sintoma (Marques, 2003).

Assim, existem três índices globais a saber, o G.S.I. (Índice de Gravidade Global), o P.S.D.I. (Índice de Sintomas Positivos) e o P.S.T. (Número de Sintomas Positivos). O G.S.I. é um indicador do nível de profundidade actual da perturbação, combinando informação relativa ao número de sintomas relatados com a intensidade da perturbação percebida. O P.S.D.I. é um indicador do nível médio de perturbação relatado para os sintomas que foram referidos, tratando-se de uma medida pura de intensidade ajustada para o número de sintomas presentes, indicando, também, o estilo

do indivíduo experienciar a perturbação. O P.S.T. refere-se ao número total de sintomas assinalados pelo sujeito, independentemente do grau, e que contribui para a interpretação do padrão da perturbação global, medindo a amplitude sintomática da perturbação psicológica.

No que diz respeito às dimensões avaliadas por este instrumento, elas são a somatização (12 itens), a obsessão-compulsão (10 itens), a sensibilidade interpessoal (9 itens), a depressão (13 itens), a ansiedade (10 itens), a hostilidade (6 itens), a ansiedade fóbica (7 itens), a ideação paranóide (6 itens), o psicoticismo (10 itens) e uma escala adicional (7 itens).

A escala da somatização reflecte o mal-estar provocado pela percepção de alterações corporais, avaliando correlatos somáticos da ansiedade. A escala obsessão-compulsão foca os pensamentos, impulsos e acções experienciadas como irresistíveis pelo sujeito, mas de natureza não desejada pelo mesmo. A escala sensibilidade interpessoal diz respeito a sentimentos de inadequação pessoal e de inferioridade, comparativamente com outras pessoas, com desconforto nas interacções interpessoais e expectativas negativas nas suas relações sociais.

A escala depressão avalia sintomas de humor disfórico e sinais de perda de interesse nos acontecimentos da vida, bem como falta de motivação, espelhando sentimentos de desesperança, vazio e pensamentos sobre a morte e ideação suicida. A escala ansiedade engloba um conjunto de sintomas e comportamentos como inquietude, nervosismo, tensão e sentimentos de dissociação. A escala hostilidade está organizada em três categorias de comportamentos hostis: pensamentos, sentimentos e acções, os seus itens vão desde os sentimentos de aborrecimento até explosões comportamentais.

A escala ansiedade fóbica refere-se a respostas de medo persistente, que, sendo irracionais, conduzem a comportamentos de evitamento das mais diversas situações. A escala ideação paranóide representa o comportamento paranóide, com o seu pensamento projectivo, desconfiança, egocentrismo, alucinações e perda de autonomia. A escala psicoticismo centra-se em sintomatologia aguda, bem como em comportamentos tipicamente considerados mais estranhos, como indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia. O SCL-90-R engloba ainda uma escala adicional, que traz certas perturbações do apetite, do sono e sentimentos de culpabilidade ou de ideação suicida.

Para o cálculo dos resultados brutos somam-se os valores das respostas dadas a cada item, sendo que o somatório de cada dimensão deve ser dividido pelo número de itens pertencentes a essa mesma dimensão, sendo que os valores de cada dimensão são significativos quando superiores a 2,3.

Quanto ao cálculo dos índices globais, o G.S.I. é obtido através do somatório de todos os valores dividido por 90, o P.S.T. refere-se ao total obtido pela contagem do número de itens em que o sujeito deu uma resposta positiva diferente, sendo o P.S.D.I. obtido pela divisão do somatório de todos os valores dos itens pelo P.S.T.

O SCL-90-R apresenta como vantagens o facto de possibilitar um diagnóstico mais detalhado, cobrindo uma vasta gama de problemas psicológicos e sintomatologia psicopatológica variada, sendo algumas das desvantagens apontadas o seu foco nas funções normais e não nas características históricas, o que faz com que não seja capaz de detectar perturbações da personalidade (Schmitz et al., 1999), mas esse também não é o objecto deste instrumento.

### 3. Análise dos Resultados

A análise dos dados obtidos foi processada utilizando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Os procedimentos estatísticos utilizados incluem modelos de regressão linear múltipla (após verificação dos devidos pressupostos de aplicação, nomeadamente ao nível da variância e distribuição normal dos erros, homogeneidade e homocedasticidade dos resíduos bem como ao nível da multicolinearidade das diferentes variáveis independentes envolvidas), testes de comparação de médias (MANOVA não paramétrica após verificação do devido pressuposto da homogeneidade das covariâncias) e o teste Kruskal-Wallis para posterior identificação das variáveis onde existirão diferenças significativas (Maroco, 2007). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05.

Esta análise será inicialmente efectuada em três fases cada uma das quais referentes às variáveis aqui em estudo, isto é, género e ano frequentado. Assim, na primeira fase serão apresentados os resultados descritivos relativos às variáveis referentes às subescalas de sintomatologia psicopatológica do SCL-90-R, de seguida analisar-se-á os três índices globais de avaliação dos estados psicopatológicos, por fim serão analisados os resultados TAS-20.

Numa fase posterior irá se proceder à análise da relação entre os resultados dos sintomas psicopatológicos e dos correspondentes índices globais com a alexitimia e com a sua estrutura trifactorial.

Na tabela 1 podemos constatar que as médias das escalas de sintomas psicopatológicos apresentam-se como baixas, não excedendo nenhuma delas o valor crítico de 2,3 para o qual se consideram significativas em termos clínicos, apesar de existirem máximos que claramente ultrapassam tal valor em ambos os sexos. Em relação à sua comparação com os valores normativos encontrados na literatura, valores esses que são referentes a uma amostra de 202 sujeitos (Baptista, 1993), não existem grandes diferenças entre esses valores normativos e aqueles obtidos na nossa amostra (Anexo 3).

Procurou-se averiguar se existiriam diferenças significativas ao nível do género e das escalas de sintomas, tendo-se realizado uma MANOVA – não paramétrica, análise essa que nos indicou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os

dois grupos, contudo, analisando o resultado do teste Kruskal-Wallis, a escala de Somatização se considerado um teste de hipóteses em que se prevê que o sexo feminino terá um resultado significativamente superior, como muitas vezes referido na literatura (Baptista, 1993), então podemos considerar existirem, de facto, diferenças significativas entre os grupos, sendo que o sexo feminino apresenta resultados significativamente superiores (Anexo 4).

De referir ainda a grande proximidade da escala de Psicoticismo ( $p=0,055$ ) do valor no qual as diferenças se poderia considerar significativas, sendo que neste caso o grupo que apresentaria resultados significativamente superiores seria o sexo masculino.

Tabela 1: Médias das escalas do SCL-90-R em ambos os sexos

	<b>Sexo Feminino</b>				<b>Sexo Masculino</b>			
	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Somatização</b>	0,88	0,65	0,00	2,67	0,67	0,57	0,00	2,58
<b>Obsessão</b>	1,17	0,63	0,00	2,80	1,20	0,70	0,00	2,90
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	0,82	0,64	0,00	3,22	0,83	0,57	0,00	2,00
<b>Depressão</b>	0,99	0,62	0,00	2,85	0,85	0,61	0,00	2,46
<b>Ansiedade</b>	0,86	0,58	0,00	2,70	0,80	0,65	0,00	3,20
<b>Hostilidade</b>	0,75	0,74	0,00	3,83	0,82	0,73	0,00	2,50
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0,30	0,48	0,00	2,57	0,24	0,28	0,00	1,00
<b>Ideação Paranóide</b>	0,85	0,65	0,00	3,17	1,10	0,86	0,00	2,83
<b>Psicoticismo</b>	0,44	0,44	0,00	2,10	0,61	0,49	0,00	1,80

Na tabela 2 podemos verificar que as médias de ambos os grupos nos três índices globais considerados se apresentam dentro dos valores considerados normativos (Baptista, 1993), apesar de novamente existirem alguns valores máximos que atingem valores críticos do ponto de vista sintomático o que pode indicar um certo nível de percepção de perturbação psicológica, mas que cai fora da nossa análise uma vez que se pretende um estudo comparativo grupal e não análises individuais.

Numa análise comparativa através de um MANOVA – não paramétrica e posterior teste Kruskal-Wallis, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente

significativas ao nível dos três índices globais medidos pelo SCL-90-R (Anexo 5), bem como não existirem relações de influência entre o género e estes mesmos índices.

Tabela 2: Médias dos índices globais do SCL-90-R em ambos os sexos

	<b>Sexo Feminino</b>				<b>Sexo Masculino</b>			
	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Total de Sintomas Positivos (PST)</b>	44,70	19,41	2,00	89,00	43,67	20,79	2,00	76,00
<b>Índice de Gravidade Global (GSI)</b>	0,83	0,49	0,02	2,76	0,82	0,53	0,02	2,18
<b>Índice de Perturbação de Sintomas Positivos (PSDI)</b>	1,58	0,47	0,15	3,70	1,59	0,46	1,00	3,06

Na tabela 3 constatamos que em ambos os grupos a média do total de alexitimia medido pela *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20) não ultrapassa o ponto de corte a partir do qual o indivíduo é considerado alexitímico (> 60). A referência aos valores dos factores que compõe esta escala é aqui referida como informação adicional dada à falta de uma referência clara sobre a análise dos mesmos e à existência ou não de algum valor crítico a partir do qual se possa efectuar qualquer tipo de interpretação fora do contexto da do resultado total da mesma escala.

Foi aqui também testada a hipótese referente à existência de diferenças significativas entre os grupos, que não foi verificada na MANOVA – não paramétrica (Anexo 6) verificou-se igualmente não existirem relações de influência entre esta variável e os resultados totais de alexitimia.

Tabela 3: Médias dos resultados da TAS-20 em ambos os sexos

	<b>Sexo Feminino</b>				<b>Sexo Masculino</b>			
	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Factor 1 da Alexitimia</b>	15,43	6,38	7,00	34,00	15,24	6,32	7,00	30,00
<b>Factor 2 da Alexitimia</b>	12,69	4,94	5,00	24,00	12,48	4,66	5,00	22,00
<b>Factor 3 da Alexitimia</b>	16,55	3,89	8,00	27,00	15,97	3,75	10,00	28,00
<b>Total de Alexitimia</b>	44,70	12,37	24,00	77,00	43,70	10,91	26,00	65,00

No que diz respeito à variável Ano, podemos verificar na tabela 4 que as médias das escalas referentes aos sintomas primários de psicopatologia do SCL-90-R apresentam valores mais baixos na amostra de alunos do 5º Ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica.

Utilizando uma MANOVA – não paramétrica para testar essas diferenças verificou-se existirem, de facto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que através do teste Kruskal-Wallis obtivemos que essas diferenças são significativas em todas as escalas aqui apresentadas, sendo que foram os alunos de 1º Ano que apresentaram os resultados significativamente mais elevados (Anexo 7), o que nos indica que os alunos de 1º Ano percebem e revelam mais sintomas psicopatológicos, apesar de que em termos clínicos nenhuma das escalas apresentar uma média superior ao valor crítico a partir do qual esses valores se tornam significativos.

Tabela 4: Médias dos resultados das escalas do SCL-90-R em ambos os anos

	Alunos 1º Ano				Alunos 5º Ano			
	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Somatização</b>	1,08	0,67	0,00	2,67	0,59	0,49	0,00	2,58
<b>Obsessão</b>	1,47	0,60	0,02	2,90	0,86	0,53	0,00	2,40
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	1,06	0,68	0,00	3,22	0,58	0,46	0,00	2,00
<b>Depressão</b>	1,20	0,66	0,00	2,85	0,71	0,45	0,00	2,00
<b>Ansiedade</b>	1,07	0,66	0,10	3,20	0,62	0,41	0,00	1,60
<b>Hostilidade</b>	1,00	0,86	0,00	3,83	0,52	0,49	0,00	1,83
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0,42	0,56	0,00	2,57	0,14	0,20	0,00	1,00
<b>Ideação Paranóide</b>	1,23	0,72	0,00	3,17	0,55	0,47	0,00	2,17
<b>Psicoticismo</b>	0,73	0,48	0,00	2,10	0,20	0,23	0,00	1,10

Já no que diz respeito aos índices globais, constantes na tabela 5, constata-se que as médias dos mesmos se apresenta bastante díspar quando comparados os dois grupos de sujeitos. Assim, e utilizando novamente uma MANOVA – não paramétrica, verificamos existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, sendo que o teste Kruskal-Wallis indicou-nos que essas diferenças são significativas

nos três índices, sendo estes valores significativamente mais elevados nos alunos a frequentar o 1º ano (Anexo 8).

Tabela 5: Médias dos índices globais do SCL-90-R em ambos os anos

	<b>Alunos 1º Ano</b>				<b>Alunos 5º Ano</b>			
	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Total de Sintomas Positivos (PST)</b>	52,66	18,32	11,00	89,00	35,99	17,24	2,00	73,00
<b>Índice de Gravidade Global (GSI)</b>	1,07	0,51	0,13	2,76	0,58	0,34	0,02	1,77
<b>Índice de Perturbação de Sintomas Positivos (PSDI)</b>	1,77	0,52	0,15	3,70	1,38	0,28	1,00	2,22

Quanto à relação entre o ano frequentado e os resultados totais de alexitimia e dos seus factores, presentes na tabela 6, denota-se igualmente que os alunos de 5º ano apresentam médias mais baixas na estrutura trifactorial da alexitimia e do seu resultado total. Estas diferenças foram testadas através de uma MANOVA – não paramétrica, na qual se verificou que, de facto, a variável ano influencia significativamente os resultados da TAS-20, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos seus três factores bem como no total de alexitimia como nos indica o teste Kruskal-Wallis, revelando-se ainda que os alunos de 1º ano apresentam resultados médios significativamente superiores ao nível da alexitimia em comparação com a amostra de alunos do 5º ano (Anexo 9).

Tabela 6: Média dos resultados da TAS-20 em ambos os anos

	<b>Alunos 1º Ano</b>				<b>Alunos 5º Ano</b>			
	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Factor 1 da Alexitimia</b>	18,01	6,27	7,00	34,00	12,60	5,12	7,00	30,00
<b>Factor 2 da Alexitimia</b>	14,49	4,72	5,00	24,00	10,74	4,28	5,00	22,00
<b>Factor 3 da Alexitimia</b>	17,69	4,12	8,00	28,00	15,14	3,09	9,00	24,00
<b>Total de Alexitimia</b>	50,29	11,68	25,00	77,00	38,47	9,23	24,00	65,00

Para melhor compreendermos o impacto e a prevalência em termos descritivos que a variável sexo e ano frequentado tem ao nível da alexitimia foi criada uma variável dicotômica definida de acordo com as pontuações de alexitimia da amostra global, definindo-se o ponto de corte para alexitimia como  $> 60$ , resultados estes que podem ser observados na tabela 7.

A percentagem total de sujeitos com alexitimia na nossa amostra total encontra-se dentro do esperado para uma amostra não clínica, valores esses que se situarão entre os 10 e os 20 % (Fernandes, 2001). Contudo, de notar que os alunos de primeiro ano apresentam valores acima desse eventual ponto de corte, apesar de outros estudos colocarem esta prevalência em torno dos 23 % (Modestin et al., 2004), sendo que os alunos de 5º ano apresentam uma prevalência quase residual de 2,3%.

Já no que se refere à prevalência da alexitimia considerando o género denotamos desde logo uma diferença face ao que é usual ser referido na literatura internacional (Modestin et al., 2004), assim, os sujeitos com alexitimia do sexo feminino apresentam na nossa amostra uma prevalência de 13,1 % sendo esta ligeiramente superior e, como já foi visto, não significativa em relação ao sexo masculino. Contudo, outros estudos apontam para resultados similares aos aqui obtidos (Fernandes, 2001).

Tabela 7: Prevalência da alexitimia na amostra

	Sujeitos com Alexitimia (Score $\geq 60$ )				
	Ano		Sexo		Total
	1º Ano	5º Ano	Homens	Mulheres	
Quantidade	21	2	4	19	23
Percentagem	23,1 %	2,3 %	12,1 %	13,1 %	12,9 %

Posto isto, importa agora ter em atenção a relação entre a alexitimia e a sintomatologia psicopatológica na amostra global. Assim, tratando-se de um estudo exploratório procurou-se o “melhor modelo” (Maroco, 2007) de regressão linear múltipla, sendo que para análise entre a estrutura trifactorial da alexitimia com as escalas de sintomas psicopatológicos foi utilizado um modelo *Stepwise* que se revelou como mais significativo e melhor preditor do funcionamento das variáveis em estudo

relativamente a outros modelos. Já no que se refere à regressão linear múltipla para testar possíveis relações entre os índices globais do SCL-90-R e o resultado total de alexitimia foi utilizado o modelo *Enter*, predefinido no S.P.S.S.

A regressão linear múltipla permitiu identificar, relativamente aos dois indicadores de psicopatologia (G.S.I. e P.S.D.I.), que a variável G.S.I., considerada como o melhor indicador do nível de profundidade actual da perturbação, combinando informações relativas ao número de sintomas relatados com a intensidade da perturbação percebida, como preditor estatisticamente significativo da alexitimia, enquanto a variável P.S.D.I, indicador do nível médio de perturbação relatado para os sintomas referidos, não se demonstra significativa na explicação da variabilidade dos resultados da alexitimia (Anexo 10).

A variável G.S.I. explica 68% da variabilidade dos resultados totais da escala de alexitimia medidos pela *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20), num modelo de regressão linear altamente significativo ( $F=50,474$ ;  $p=0,000$ ) (Anexo 10).

Testou-se pelo modelo de regressão linear a relação entre a variável P.S.T., que se refere ao número de sintomas assinalados pelo sujeito e que mede a amplitude sintomática da perturbação psicológica, e o resultado total da alexitimia medidos pela *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20). Os resultados obtidos apontam para um modelo de regressão linear altamente significativo ( $F=82,967$ ;  $p=0,000$ ), no qual a variável P.S.T. se demonstra como um preditor estatisticamente significativo da alexitimia, explicando 56,6 % da sua variabilidade (Anexo 11).

O facto de a alexitimia ser um conceito multidimensional e constituído por três factores levou-nos a procurar possíveis relações entre esses mesmos factores e as diferentes escalas de sintomatologia psicopatológicas medidas pelo SCL-90-R.

Deste modo, sendo o primeiro factor, avaliado pela variável Tas-F1, conceptualizado pela dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais, procedeu-se a uma regressão linear múltipla da qual resultou um modelo estatisticamente significativo ( $F=58,468$ ;  $p=0,000$ ) no qual 49,3% da variabilidade total deste factor é explicada pelas variáveis independentes. Esta análise permitiu identificar três variáveis como preditores significativos, sendo elas a Obsessão-Compulsão, que explica 35,7% da variabilidade do Factor 1, o Psicoticismo, que explica 25,9% e a Ansiedade Fóbica que explica 19,8 % dessa mesma variabilidade (Anexo 12).

No que se refere ao segundo factor, avaliado pela variável Tas-F2, conceptualizado pela dificuldade em descrever e comunicar os sentimentos aos outros, procedeu-se igualmente a uma regressão linear múltipla da qual resultou um modelo estatisticamente significativo ( $F=24,222$ ;  $p=0,000$ ) no qual 20,8 % da variabilidade total deste factor é explicada pelas variáveis independentes. Esta análise permitiu identificar duas variáveis como preditores significativos, são elas a Obsessão-Compulsão, que explica 23,6% da variabilidade do Factor 2, e o Psicoticismo que explica 27,4% da mesma variabilidade (Anexo 13).

Por seu lado o terceiro factor, avaliado pela variável Tas-F3, conceptualizado por um pensamento orientado para o exterior e por uma vida de fantasia e sonhos empobrecida, revelou, também ele, um modelo estatisticamente significativo ( $F=21,27$ ;  $p=0,000$ ), porém, apenas 10,3% da variabilidade total deste factor é explicada pelas variáveis independentes em causa. Esta análise permitiu identificar apenas uma variável como preditor significativo, sendo ela a Obsessão-Compulsão, que explica 32,8% da variabilidade do Factor 3 (Anexo 14).

Por fim, procurou-se saber se a sintomatologia psicopatológica medida pelas escalas de sintomas primárias do SCL-90-R se encontram relacionadas com os resultados totais da alexitimia, medidos pela variável Tas-Total, na amostra global. Para tal procedeu-se a uma regressão linear múltipla através do modelo *Stepwise*. Este modelo revelou-se estatisticamente significativo ( $F=62,804$ ;  $p=0,000$ ) e explica uma proporção elevada da variabilidade da Tas-Total (41,1%), e permitiu identificar duas variáveis como preditores significativos na Tas-Total, são elas a Obsessão-Compulsão e o Psicoticismo, sendo que a primeira explica 42,2% e a segunda 28,3% da variabilidade total dos resultados da Tas-Total (Anexo 15).

#### 4. Discussão/Conclusão

Este trabalho procurou, através de uma análise exploratória, investigar as possíveis relações entre a estrutura trifactorial da alexitimia, medida através da *Toronto Alexithymia Scale – 20* (TAS-20), com a diversa sintomatologia psicopatológica, medida através do *Symptom Checklist -90-R* (SCL-90-R), bem como a prevalência da alexitimia numa amostra constituída por alunos do Instituto Superior de Psicologia Aplicada a frequentar o 1º e o 5º do Mestrado Integrada em Psicologia, sendo os alunos do 5º da área de Psicologia Clínica, e ainda testar possíveis influências da variável género quer ao nível da alexitimia quer ao nível sintomático.

Assim, os resultados obtidos apontam para a não existência de diferenças significativas ao nível do género no que se refere à prevalência de alexitimia, considerando um ponto de corte > a 60 (Taylor et al., 2008), bem como para o facto de que a variável sexo não influenciar significativamente a alexitimia, sendo que o sexo feminino apresenta uma prevalência de 13,1% de indivíduos com alexitimia enquanto o sexo masculino uma prevalência na ordem dos 12,1%.

No que diz respeito a eventuais diferenças entre género na alexitimia a literatura apresenta dados díspares, por um lado alguns estudos referem uma maior prevalência no sexo masculino (Matilla et al., 2006; Joukamaa et al., 2007; Zackheim, 2007), por outro lado certos autores (Fernandes, 2001) referem a não existência de diferenças a este nível. Assim, os nossos resultados apontam para a não existência de diferenças significativas entre o género, quer ao nível do resultado total da TAS-20, quer ao nível da sua estrutura trifactorial.

Deste modo, ambos os sexos revelam a mesma capacidade para identificar os seus sentimentos, para os descrever e comunicar aos outros, não demonstrado também diferenças ao nível do terceiro factor avaliado pela TAS-20 e que se refere ao pensamento orientado para o exterior, conceptualizado pelo *pensamento operativo*.

Não foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das escalas e índices globais do SCL-90-R tendo em consideração a variável sexo, sendo que esses resultados se encontram dentro dos valores normativos (Baptista, 1993)

Em relação aos resultados obtidos relativamente à variável ano frequentado, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas quer no que se refere à alexitimia, quer aos sintomas psicológicos medidos pelo SCL-90-R, demonstrando-se que esta variável influencia significativamente os resultados encontrados nestas duas escalas.

Os alunos a frequentar o 1º ano apresentam uma prevalência de alexitimia de 23,1% o que se situa para além dos valores normalmente apontados à população geral e que variam entre os 10 e os 20% (Fernandes, 2001), e onde se englobará a amostra global com uma prevalência de 12,9%, apesar disso, existem outros estudos que já colocam essa fasquia nos 23% (Modestin et al., 2004). Independente desse facto, encontraram-se diferenças significativas entre os alunos de 1º e 5º, em que os últimos revelam uma prevalência de alexitimia bastante baixa e na ordem dos 2,3%.

Estas diferenças entre os grupos estendem-se também aos factores envolvidos no conceito de alexitimia, assim, os alunos de 1º ano apresentam maiores dificuldades em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais, maiores dificuldades em descrever e comunicar os seus sentimentos aos outros e um pensamento mais orientado para o exterior com um mundo de fantasia e sonhos mais empobrecido do que os alunos de 5º ano.

Tais resultados podem sugerir que a alexitimia diminui à medida que a maturidade emocional aumenta com a formação em psicologia clínica (Bouchard, 2008), e que os alunos de 1º ano ainda se encontrarão numa fase de maturação das suas capacidades emocionais no que diz respeito à identificação, verbalização e comunicação dos seus sentimentos.

Contudo, estes resultados devem ser analisados com precaução, uma vez que múltiplas variáveis podem estar aqui envolvidas, desde logo ao nível da própria formação, que com a nova reforma do Ensino Superior pelo Tratado de Bolonha fez com que os currículos sejam cada vez mais individuais e representantes de escolhas e percursos próprios quer ao nível curricular como ao nível extracurricular, isto é, a diminuição da alexitimia e o desenvolvimento emocional envolvem fenómenos mais complexos do que aqueles experienciados a um nível meramente académico.

No que se refere à relação entre o ano frequentado com os sintomas psicológicos, definidos como um modo geral de comportamento ou uma espécie de facilidade para reagir, com um marcado grau de consistência, a um conjunto de

situações (Marques, 2003), denotamos as mesmas diferenças observadas ao nível da escala da alexitimia, isto é, os alunos do 1º ano apresentam resultados estatisticamente mais elevados em todas as escalas do SCL-90-R, apesar desses resultados se apresentarem dentro de um desvio padrão dos valores normativos aqui considerados (Baptista, 1993).

Já ao nível dos índices globais medidos pelo SCL-90-R, concebidos para flexibilizar a avaliação global dos estados psicopatológicos dos indivíduos e para fornecer índices sumários dos níveis de sintomatologia e de perturbação psicológica (Marques, 2003), obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, apresentando-se, novamente, os alunos do 1º com resultados significativamente mais elevados do que os alunos do 5º ano, mas, novamente, dentro dos valores normativos aqui considerados (Baptista, 1993).

No que diz respeito à relação entre a alexitimia e os sintomas psicopatológicos relatados, através da análise dos modelos de regressão linear encontrados constatamos que os melhores preditores do resultado total da alexitimia na nossa amostra foram a variável Índice de Gravidade Geral (G.S.I.), a variável Total de Sintomas Positivos (P.S.T.) bem como as escalas de Obsessão-Compulsão (OBS) e a escala de Psicoticismo (PSI).

Assim, quanto maior for número de sintomas relatados pelos sujeitos, e a intensidade da perturbação percebida, maior será o resultado ao nível da alexitimia total. Sabendo-se que a alexitimia se apresenta como um factor de risco para uma vasta gama de perturbações psicopatológicas e somáticas (Taylor et al., 2000; Prazeres, 2000, 2004; Evren et al., 2008; Stingl et al., 2008; Conrad et al., 2009), estes resultados vão no mesmo sentido com o referido na literatura actual, isto é, põe-se a hipótese de que uma avaliação da alexitimia pode, de facto, auxiliar a prevenção e a preparação para uma intervenção terapêutica partindo da sua despistagem através de uma avaliação diferencial e compreensiva do fenómeno alexitímico.

Já no que se refere à relação da alexitimia com as escalas sintomatológicas do SCL-90-R, a escala Obsessão-Compulsão aparece como a melhor preditora, explicando 42,2% da variabilidade total da alexitimia, enquanto a escala Psicoticismo surge como preditora de 28,3% dessa mesma variabilidade. O facto de a alexitimia ser um conceito constituído por factores cognitivos, comunicacionais e emocionais, em que os sujeitos se relacionam com o mundo externo de forma pragmática, utilitária, conformista e

hiperadaptada (Silva, 1992), não sendo capazes de descrever nem de reconhecer os seus sentimentos (Fernandes, 2001), pode-nos ajudar a compreender estes resultados e o surgimento destes sintomas em especial.

Assim, esta relação encontrada entre a obsessão e a alexitimia parece não ser nova, Silva (1992) refere que o pensamento operatório, que define em grande parte a alexitimia, lembra o pensamento obsessivo, o que faz sentido se considerarmos algumas das principais características da obsessão constatamos que muitas delas fazem parte das características também associadas à alexitimia, tais como a hiperadaptação, o sobre investimento no mundo externo e um fraco ou nenhum investimento no mundo interno emocional, referindo-se à realidade utilizando múltiplos pormenores, o seu modo rígido e formal de apresentação e de comunicação ao serviço de um racionalismo lógico procurando manter um aridez afectiva (Fernandes, 2001).

Esta relação da alexitimia com características neuróticas obsessivas foi também referida noutros estudos (Luminet et al., 1999; Wout, 2007), em que a alexitimia surge associada com a falta de interesse em novas actividades e uma preferência em actividades rotineiras, muito como os comportamentos e cognições repetidas pelos obsessivos. Apesar das diferenças observadas desde o surgimento do conceito de alexitimia entre este e os sujeitos neuróticos (Fernandes, 2001), torna-se claro, que a um nível sintomático a alexitimia denota características próximas das características obsessivas e compulsivas numa amostra da população não clínica, apesar das diferenças existentes ao nível do estilo comunicativo que separam, em geral, a alexitimia da neurose obsessiva (Prazeres, 2000).

A análise da regressão linear entre a alexitimia e as escalas de sintomas primários do SCL-90-R indicou-nos também a variável Psicoticismo como preditor do resultado da alexitimia, o que não é um dado novo uma vez que o funcionamento alexitímico é muitas vezes equiparado a um funcionamento de uma parte psicótica da personalidade (Prazeres, 2000), contudo, não estamos neste estudo a avaliar estruturas de personalidade, mas sim sintomatologia.

Assim, o facto de a alexitimia representar um afastamento face à realidade emocional interna, que segundo McDougall (1982a) será devido a uma incapacidade para conter e reflectir sobre a experiência afectiva, originada numa imaturidade funcional e numa falha na função de *rêverie* e no desenvolvimento da função alfa

(Grotstein, 1999), pode ajudar a compreender o surgimento destes sintomas de cariz psicótico, e também os outros de cariz neurótico (obsessivo).

Estes sintomas são caracterizados pela ausência de significação da sintomatologia (Silva, 1992), pela sensação de vazio, bem como pela grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa, originada uma capacidade diminuída em discernir e em lidar com estados afectivos que faz com que haja um pobre envolvimento com os outros (Bogaerts et al., 2007), o que, em última instância, pode levar a um estilo de vida isolado, num registo relacional desvitalizado com o mundo no qual a alexitimia seria considerada um importante mecanismo de defesa para proteger o sujeito contra o surgimento de angústias de cariz psicóticas.

Estes tipos de comportamentos têm sido referidos como inerentes a sentimentos de auto-suficiência narcísica onnipotente (Prazeres, 2000; Weinryb, 1995) relacionados com mecanismos de defesa imaturos, como a clivagem e a identificação projectiva, bem como outras características de inibição e de pobre integração emocional nas estruturas cognitivas (Helmes et al., 2008).

Deste modo, e apesar de existirem referências a que os sujeitos com alexitimia não exibem manifestações neuróticas nem psicóticas (Prazeres, 2000), os resultados encontrados revelam-nos que a alexitimia se poderá encontrar presente em ambas as estruturas, variando consoante a base relacional individual de cada sujeito. Contudo, a discussão etiológica sobre a estrutura obsessiva continua a suscitar dúvidas e controvérsias na literatura, devido ao seu cariz mais regressivo, uma vez que se situa junto à menos regressiva das estruturas psicóticas e na frequência cada vez mais reconhecida como importante de comportamentos obsessivos em classes estruturais psicóticas (Bergeret, 2000).

Não obstante, de realçar que a função central do recalçamento e do isolamento dos afectos presentes na estrutura obsessiva pode encontrar um certo paralelo com a clivagem e a identificação projectiva da estrutura psicótica ao nível da alexitimia. Isto é, os indivíduos alexitímicos encontram-se nos limites da adaptação, apesar de procurarem avidamente a “hiperadaptação”, eles conseguem, com maior ou menor sucesso, através da utilização destas defesas, manter-se fora dos conflitos importantes, conflitos esses que pelo seu carácter eventualmente avassalador e emocionalmente exigente poderiam fazer surgir as mesmas angústias primitivas das quais procuram constantemente fugir através da indiferenciação e não comunicação dos seus sentimentos.

A questão que se coloca em aberto é, então, aquando da falha destes mecanismos de defesa de que modo, e que sintomas, se tornarão patentes? Os sintomas obsessivos, os sintomas psicóticos ou outros?

Para tentar melhor compreender o funcionamento da alexitimia procedeu-se à análise da sua estrutura trifactorial medida pela TAS-20, na sua relação com as escalas de sintomas primários do SCL-90-R.

No que diz respeito ao primeiro factor, definido como dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais (Taylor et al., 2003, 2008), surgem três variáveis consideradas como predictoras significativas da variabilidade total deste factor, sendo elas a Obsessão-Compulsão, o Psicoticismo e a Ansiedade Fóbica. Já no segundo factor, definido pela dificuldade em descrever e comunicar sentimentos (Taylor et al., 2003, 2008), as variáveis consideradas como predictoras significativas foram a Obsessão-Compulsão e o Psicoticismo. Por fim, a análise do terceiro factor, definido pelo pensamento orientado para o exterior (*pensamento operativo*) e por um mundo de fantasia e sonhos empobrecido (Taylor et al., 2003, 2008), revelou unicamente a escala Obsessão-Compulsão como preditora significativa da variabilidade total deste factor.

Os resultados referentes à Obsessão-Compulsão e ao Psicoticismo, que surgem tanto neste factor como no segundo factor aparecem concomitantes com a análise prévia, e acentuam aqui o facto de que o surgimento destes sintomas poderá ser explicado devido às acentuadas restrições na capacidade de identificar e verbalizar sentimentos, dificuldades estas que podem resultar numa maior intensidade dos sintomas percebidos (Wout, 2007), e uma que vez que alunos de psicologia são, inevitavelmente, chamados a reflectir sobre questões emocionais, essa reflexão pode não levar a uma melhor compreensão dos estados afectivos, como seria de esperar, mas antes a um maior grau de percepção de perturbação sintomática e comportamental.

Já a relação entre a escala de Ansiedade Fóbica e a dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais revela-nos o lado mais agressivo e conflitual da projecção que os sujeitos alexitímicos realizam procurando-se, assim, defender contra a depressão (Bergeret, 2000), postura essa que vai de acordo com a *depressão falhada* (Matos, 2003) a qual defende existir, na alexitimia, uma depressão não organizada mentalmente, isto é, uma depressão sem objecto. Ora a falha das defesas na contenção desta depressão sem objecto pode resultar numa outra manifestação não

representada, e que, pelo seu carácter disruptivo do comportamento, pode originar a formação da sintomatologia fóbica.

Deste modo, ocorrerá uma falha no recalçamento das tensões internas da estruturação alexitímica, resultado da incapacidade para conter e reflectir a experiência afectiva, em que, devido à não simbolização dos afectos agressivos, há um agravamento da projecção massificada e pouco matizada dos afectos, que pode originar a descarga somática através de um comportamento fóbico, caracterizado por um medo irracional e desproporcional ao estímulo (Marques, 2003). Estamos, assim, num duplo registo a nível sintomático da alexitimia, se pelo lado obsessivo o sujeito se subjaz ao objecto, na fobia o sujeito evita o objecto porque não se mostra capaz de representar as pulsões que este emana para si e por isso projecta-as.

No que diz respeito à relação entre o terceiro factor medido pela TAS-20 e a escala de Obsessão-Compulsão, esta é uma relação que do ponto de vista de tudo que foi dito até agora faz todo o sentido, isto é, a coarctação da vida afectiva e a forma comunicativa distanciada dos sujeitos obsessivos é, de facto, uma característica transversal à própria alexitimia, e apesar das diferenças postuladas entre os sujeitos neuróticos e os alexitímicos (Sifneos, 1979, cit. por Fernandes, 2001), a evolução do estudo psicopatológico das estruturas neuróticas mais recente, nomeadamente ao nível da estrutura obsessiva (Bergeret, 2000), poderá requerer um estudo mais exaustivo e pormenorizado.

A par desta proposta, seria igualmente interessante a realização de um estudo de cariz mais comparativo e representativo da população de alunos de psicologia, sem esquecer a possível influência que a variável sóciodemográfica e socioeconómica envolvida neste estudo pode ter ao nível da alexitimia (Fernandes, 2001), uma vez que este estudo foi realizado em estabelecimento de ensino privado.

No que se refere às principais implicações dos resultados obtidos para a prática clínica e terapêutica, o facto de, em geral, os sujeitos alexitímicos se apresentarem aparentemente “normais” não esconde o facto de que podem revelar uma postura mais obsessiva, na qual a sintomatologia associada pode, muitas vezes, não fazer sentido somente com a estrutura obsessiva da sua personalidade devido à falta de sentido simbólico que os sintomas podem ter para os sujeitos.

Estes sujeitos revelam uma ansiedade bipolar, que se manifesta na relação terapêutica (Pontes, 2004), por um lado uma ansiedade de separação que pode originar

fenómenos aditivos, compulsivos, obsessivos e ansiosos, e, por outro lado, uma ansiedade de aniquilação que pode originar sintomas mais fóbicos ou de cariz psicótico.

Assim, o psicólogo ou terapeuta tem que ter especial atenção não só à quantidade de sintomas relatados, mas fundamentalmente à intensidade com que os mesmos são percebidos pelos sujeitos, bem como atender à carga emocional ou meramente descritiva com que esses são expostos, isto é, se os sintomas apresentam ou não uma representação simbólica dos estados mentais correspondentes.

A tipologia sintomatológica encontrada neste estudo como significativamente preditiva da alexitimia remete-nos para sintomas mais obsessivo-compulsivos e psicóticos. Se nos primeiros a coarctação afectiva, relacional e fantasmática é facilmente observável, os segundos revelam a carência da significação da sintomatologia, em que os sintomas tendem a um vazio simbólico de imaturidade funcional.

Assim, se a alexitimia é hoje em dia considerada um importante factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas e somáticas (Taylor et al., 2000; Prazeres, 2000, 2004; Evren et al., 2008; Stingl et al., 2008; Conrad et al., 2009), e se ela está relacionada com uma série de sintomas que podem ser mais facilmente acessíveis e diagnosticáveis, tal poderá ser importante para fomentar e melhorar a prevenção dessas mesmas perturbações, sendo que, ao nível das implicações clínicas, a alexitimia requer uma maior investigação para melhor compreendermos com que fios tecer uma eficaz intervenção psicoterapêutica.

Em suma, o aumento do interesse pela investigação da alexitimia (Zackheim, 2007) nas diversas áreas revela a necessidade de aprofundarmos o nosso conhecimento sobre o funcionamento emocional do ser humano, não apenas daquele que recorre à psicologia em sofrimento, mas de todos aqueles que vivendo na *normalidade* das suas vidas procuram sobreviver sem, de facto, conseguirem desenvolver os seus projectos existenciais e viver a sua vida com amor e autenticidade, vivendo numa espécie de *loucura da normalidade*.

## Referências Bibliográficas

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bailey, P. E., Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatisation and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*, 150, 13-20.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico*. Tese de Doutoramento (Documento não Publicado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Bermond, B., et al. (2007). A cognitive and an affective dimension of Alexithymia in six languages and seven populations. *Cognition and Emotion*, 21, 5, 1125-1136.
- Bogaerts, S., Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R. (2007). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 109-117.
- Bouchard, G. (2008). Alexithymia among students and professional in function of disciplines. *Social Behaviour and Personality*, 36, 3, 303-314.
- Caparrós-Caparrós, B., et al. (2007). Symptom Check-list-90-r: fiabilidad, dados normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 781-794.
- Conrad, R., et al. (2009). Alexithymia, temperance and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatric Research*, 165, 137-144.
- Connelly, M., Denney, D. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 649-656.

- De Gucht, V., Fontaine, J., Fischler, B. (2004). Temporal stability and differential relationships with neuroticism and extraversion of the three subscales of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in clinical and nonclinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 25-33.
- Dion, K. L. (1996). Ethnolinguistic correlates of alexithymia – towards a cultural perspective. *J Psychosom Res*, 41, 531-539.
- Dolle, J. M. (2005). *Para Compreender Jean Piaget*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Duddu, V., Isaac, M. K., Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry*, 18, 25-33.
- Eastwood, J. D., et al. (2007). A desire for desires: Boredom and its relation to Alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 42, 1035-1045.
- Evren, C., Dablendak, E., Çaknak, D. (2008). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology in Male Alcohol-Dependent Inpatients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 18, 1-8.
- Fernandes, N., Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 2, 97-115.
- Franz, M., et al. (2008). Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatric Pshychiatr Epidemiol*, 43, 54-62.
- Frewen, P. A., et al. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 243-246.
- Fuchs, G. L., Kumar, V. K., Porter, J. (2007). Emotional Creativity, Alexithymia and Styles of Creativity. *Creativity Research Journal*, 19,2-3, 233-245.
- Grabe, H., Spitzer, C., Freyberger, H. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1299-1301.
- Graham, R. (1988). The concept of alexithymia in the light of the work of Bion. *Br J Psychother*, 4, 364-379.

- Grotstein, J. S. (1999). *O buraco Negro*. Lisboa: Climepsi.
- Goldberg, S., et al. (1994). Affect, attachment, and maternal responsiveness. *Infant Behavior and Development, 17*, 335-339.
- Helmes, E., McNeill, P., Holden, R., Jackson, C. (2008). The Construct of Alexithymia: Associations with Defense Mechanisms. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 318-331.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., Vinamaki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 99-104.
- Hoppe, K. D. (1988). Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatric Clinics of North America, 11*, 303-316.
- Hopper, J., Stevens, T., Densmore, M., et al. (2008). Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of abnormal Psychology, 117*, 171-181.
- Johnson, K. S., et al., (2004). Predicting adjustment during the transition to college: Alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Student Development, 45*, 593-611.
- Joukamaa, M., et al. (2007). Epidemiology of Alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 63*, 373-376.
- Kano, M., et al. (2007). Correlation between Alexithymia and Hipersensitivity to visceral stimulation in Human. *Pain, 132*, 252-263.
- Krystal, H. (1974). The genetic development of affects and affect regression. *Annual of Psychoanalysis, 2*, 98-126.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 33*, 17-31.
- Krystal, H. (1987). *Integration and Self-Healing. Affect – Trauma – Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.

- Kojima, M., Hayano, J., Tokudome, S., Suzuki, S., Ibusi, K. et al. (2007). Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 349-356.
- Kokkonen, et al., (2001). Perceived and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476.
- Lambert, A., de Man, A. (2007). Alexithymia, Depression, and Self-Mutilation in Adolescent Girls. *North American Journal of Psychology*, 9, 3, 555-566.
- Lane, R. D., et al. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blind sight? *Biological Psychiatry*, 42, 834-844.
- LeDoux, J. E. (1986). Sensory systems and emotions: A model of affective processing. *Integrative Psychiatry*, 4, 237-248.
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*, 3, 267-289.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- Lefebvre, P. (1980). The narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorder. *Psychiat. J. Univ. Ottawa*, 5, 5-11.
- Loas, G., et al. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology*, 31, 206-212.
- Lolas, F., von Rad, M. (1989). *Alexithymia*. In S. Cheren (Ed). *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology, and Practice* (vol. I, pp. 189-241). Madison: International Universities Press.
- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H. & Taylor, G. J., Parker, J. D. A. (1999). Relation Between Alexithymia and the Five-Factor Model of Personality: A Facet-Level Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73, 3, 345-358.

- Luminet, O., Bagby, R. M., Vermeulen, N. & Taylor, G. J., Demaret, C. (2006). Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. *Journal of Research in Personality*, 40, 713-733.
- Lumley, M. A. et al., (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res*, 41, 505-518.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, E. T. (2003). *Da loucura à doença mental da doença mental à inimputabilidade: avaliação de doentes esquizofrénicos inimputáveis internados numa clínica psiquiátrica em meio prisional*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Martin, J. B., Phil, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychoter Psychosom*, 43, 169-176.
- Matos, A. C. (2003). *Mais Amor Menos Doença. A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with Alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 629-635.
- McDougall, J. (1982a). Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. *Int. J. Psychoanalyt Psychother*, 83, 379-388.
- McDougall, J. (1982b). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom*, 38, 81-90.
- McDougall, J. (1991). Reflections on affect: A psychoanalytic view of alexithymia. *Theaters of the mind. Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. New York: Brunner/Mazel, pp. 147-180.
- Melon, J. (1978). Reflexions sur la structure psychosomatique et son approche a partir des tests de Rorschach et de Szondi. *Bull Soc Fran Rorsch Métho Project*, 31, 41-51.

- Modell, A. H. (1975). A narcissistic defence against affects and the illusion of self-sufficiency. *Internat. J. Psycho-Anal.*, *56*, 275-282.
- Modestin, J., Furrer, R., Malti, T. (2004). Study on Alexithymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 707-709.
- Modestin, J., Furrer, R., Malti, T. (2005). Different Traumatic Experiences are Associated with Different Pathologies. *Psychiatric Quarterly*, *76*, 19-32.
- Muller, J., Buhner, M., Ellgring, H. (2003). Is there a reliable factorial structure in the 20-item Toronto Alexithymia Scale? A comparison of factor models in clinical and normal adult samples. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 561-568.
- Muller, J., Buhner, M. (2006). Two Facets of non-expression of emotions: Relationship between dimensions of Alexithymia and the Repressive Coping Style. *Personal and Individual Differences*, *41*, 1337-1347.
- Muller, J., Buhner, M., Ziegler, M., Sahin, L. (2008). Are Alexithymia, ambivalence over emotional expression, and social insecurity overlapping constructs? *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 319-325.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *28*, 199-206.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry*, *30*, 434-441.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1993). Factorial Validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, *7*, 221-232.
- Parker, J. D. A., Austin, E. J., Hogan, M. J. & Wood, L. M., Bond, B. J. (2005). Alexithymia and academic success: examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1257-1267.
- Parker, J. D. A., Keefer, K. V. & Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2008). Latent Structure of the Alexithymia Construct: A Taxometric Investigation. *Psychological Assessment*, *20*, 4, 385-396.

- Picardi, A., et al. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the “big five” factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 371-378.
- Pontes, R. (2004). Tratamento psicanalítico de pacientes com patologia psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 2, 72-81.
- Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2004). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. Almeida, M. R., Simoes, C. Machado, & M. M., Goncalves Coords.). *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa (vol. II)* (pp.87-99). Coimbra: Quarteto Editora.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de Sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 1, 109-121.
- Ricouer, P. (1970). *Freud and Philosophy. An essay on Interpretation*. New Haven CT: Yale University Press.
- Rivas, F. S., Cabaco, A. S. & Crespo, A., Cabestrero, R. (2002). Evaluation of Emotional Abilities in Alexithymia. *Revista Psicologia e Educação*, 1, 1 e 2, 5-14.
- Robbins, M. (1989). Primitive personality organization as an interpersonally adaptive modification of cognition and affect. *Inter. J. Pshycho-Anal.*, 70, 443-460.
- Saarijarvi, S., et al. (2001). Alexithymia and depression: a 1 year follow up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res*, 51, 729-733.
- Salminen, J. K., et al. (1995). Two decades of alexithymia. *J. Psychosom Res*, 39, 803-807.
- Salminen, J. K., et al. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res*, 46, 75-82.
- Schmitz, N., et al. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHK) and the Symptom Check-List (SCL-90-R) as screening instruments. *Psychiatric Pshychiatr Epidemiol*, 34, 360-366.

- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and Present. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137-142.
- Silva, A. (1992). *Alexitimia e pensamento operatório: A questão do afecto na psicossomática*. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 113-118.
- Spangler, G., & Grossman, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.
- Spitzer, C., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H., Grabe, H. (2007). Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 191-196.
- Stingl, M., et al. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173-180.
- Swift, L., Stephenson, R., Royce, J. (2006). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: Validation of factor solutions using confirmatory factor analysis on physiotherapy out-patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 83-88.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiat*, 141, 725-732.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153-164.

- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends in Exper. Clin Psychiat*, 2, 61-74.
- Taylor, G. J. (1995). Psychoanalysis and empirical research: the example of patients who lack psychological mindedness. *J Am Acad Psychanal*, 23, 263-281.
- Taylor, G. J. (2000). *Overview of the alexithymia construct*. Handbook of Emotional Intelligence: Theory, development, assessment and application. San Francisco: Jossey Ban, pp 40-67.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277-283.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Keefer, K. V., Parker, J. D. A. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric Investigation. *Psychological Assessment*, 20, 385-396.
- Teten, A. L., Miller, L. A., Bailey, S. D. & Dunn, N. J., Kent, T. A. (2008). Empathic Deficits and Alexithymia in Trauma Related Impulsive Agression. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 823-832.
- Valabrega, J. I. (1973). *Problèmes de la Théorie Psychosomatique*. Encyclopedie Médico-Cirurgicale-Psychiatrique, Paris.
- Vanheule, S. (2008). Challenges for Alexithymia Research: A commentary on “The Construct of Alexithymia: Associations with Defense Mechanisms”. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 332-337.
- Vogt, B. A., Finch, D. M., & Olson, C. R. (1992). Functional heterogeneity in cingulate cortex: The anterior executive and posterior evaluative regions. *Cerebral Cortex*, 2, 435-443.

- Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychother Psychosom*, 42, 80-89.
- Wagner, H., Lee, V. (2008). Alexithymia and individual differences in emotional expressions. *Journal of Research in Personality*, 42, 83-95.
- Weinryb, R. M. (1995). Alexithymia: Old Wine in new bottles. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 18, 2, 159-195.
- Wout, M., Aleman, A., Bermond, B., Kahn, R. (2007). No words for feelings: Alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 27-33.
- Yoshida, E. M. P. (2007). Validade da Versão em Português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (3), 389-396.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345-347.
- Zech, E., Luminet, O., Rime, B., Wagner, H. (1999). Alexithymia and its Measurement: Confirmatory Factor Analyses of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Journal of Personality*, 13, 511-532.
- Zhu, X., Taylor, G. J., et al. (2007). Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 489-496.

## Anexos

Anexo 1: *Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) - Versão Portuguesa*



Anexo 2: Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) – Versão Portuguesa













Anexo 3: Valores normativos do SCL-90-R em relação às escalas e aos índices globais tendo em conta o género (Baptista, 1993)

	<b>Sexo Feminino</b>		<b>Sexo Masculino</b>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
<b>Somatização</b>	0,85	0,58	0,55	0,48
<b>Obsessão</b>	1,12	0,62	0,98	0,53
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	0,95	0,63	0,73	0,54
<b>Depressão</b>	0,99	0,64	0,65	0,45
<b>Ansiedade</b>	0,89	0,59	0,67	0,48
<b>Hostilidade</b>	0,86	0,64	0,79	0,60
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0,48	0,53	0,29	0,38
<b>Ideação Paranóide</b>	1,02	0,68	0,94	0,56
<b>Psicoticismo</b>	0,51	0,49	0,40	0,42

	<b>Sexo Feminino</b>		<b>Sexo Masculino</b>	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
<b>Total de Sintomas Positivos (PST)</b>	47,99	19,41	40,32	20,54
<b>Índice de Gravidade Global (GSI)</b>	0,87	0,50	0,66	0,40
<b>Índice de Perturbação de Sintomas Positivos (PSDI)</b>	1,54	0,38	1,42	0,27

Anexo 4: MANOVA – não paramétrica e teste Kruskal-Wallis entre género e escalas do SCL-90-R

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,766	61,026 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,000
	Wilks' Lambda	,234	61,026 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,000
	Hotelling's Trace	3,269	61,026 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,000
	Roy's Largest Root	3,269	61,026 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,000
Sexo	Pillai's Trace	,127	2,708 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,006
	Wilks' Lambda	,873	2,708 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,006
	Hotelling's Trace	,145	2,708 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,006
	Roy's Largest Root	,145	2,708 <sup>a</sup>	9,000	168,000	,006

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Sexo

<b>Test Statistics<sup>a,b,c</sup></b>									
	Somatização	Obsessão	SensInterpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	AnsFóbica	IdParanóide	Psicoticismo
Chi-Square	3,122	,040	,118	1,354	,469	,291	,023	1,473	3,682
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,077	,841	,731	,245	,494	,590	,879	,225	,055

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Género

c. Some or all exact significances cannot be computed because there is insufficient memory.

Anexo 5: MANOVA – não paramétrica e teste Kruskal-Wallis entre género e os índices globais do SCL-90-R

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,758	181,804 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,000
	Wilks' Lambda	,242	181,804 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,000
	Hotelling's Trace	3,135	181,804 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,000
	Roy's Largest Root	3,135	181,804 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,000
Sexo	Pillai's Trace	,003	,167 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,919
	Wilks' Lambda	,997	,167 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,919
	Hotelling's Trace	,003	,167 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,919
	Roy's Largest Root	,003	,167 <sup>a</sup>	3,000	174,000	,919

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Sexo

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	TotSintPos	IndGravGlobal	IndPertSintPos
Chi-Square	,024	,040	,008
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,878	,841	,928

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Género

Anexo 6: MANOVA – não paramétrica e teste Kruskal-Wallis entre género e os resultados dos três factores e total de alexitimia

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,917	480,164 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Wilks' Lambda	,083	480,164 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Hotelling's Trace	11,102	480,164 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Roy's Largest Root	11,102	480,164 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
Sexo	Pillai's Trace	,009	,405 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,805
	Wilks' Lambda	,991	,405 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,805
	Hotelling's Trace	,009	,405 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,805
	Roy's Largest Root	,009	,405 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,805

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Sexo

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	AlexitimiaF1	AlexitimiaF2	AlexitimiaF3	AlexitimiaTotal
Chi-Square	,010	,010	,917	,088
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,919	,921	,338	,767

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Género

Anexo 7: MANOVA – não paramétrica e teste Kruskal-Wallis entre a variável Ano e escalas do SCL-90-R

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,932	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Wilks' Lambda	,068	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Hotelling's Trace	13,712	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Roy's Largest Root	13,712	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
Ano	Pillai's Trace	,486	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Wilks' Lambda	,514	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Hotelling's Trace	,945	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Roy's Largest Root	,945	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Ano

**Test Statistics<sup>a,b,c</sup>**

	Somatização	Obsessão	SensInterpessoal	Depressão	Ansiedade	Hostilidade	AnsFóbica	IdParanóide	Psicoticismo
Chi-Square	26,727	40,232	25,584	26,239	23,077	19,659	13,607	43,759	68,352
df	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Ano

c. Some or all exact significances cannot be computed because there is insufficient memory.

Anexo 8: MANOVA – não paramétrica e teste Kruskal-Wallis entre a variável Ano e os índices globais do SCL-90-R

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,932	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Wilks' Lambda	,068	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Hotelling's Trace	13,712	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Roy's Largest Root	13,712	188,543 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
Ano	Pillai's Trace	,486	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Wilks' Lambda	,514	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Hotelling's Trace	,945	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000
	Roy's Largest Root	,945	12,990 <sup>a</sup>	12,000	165,000	,000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Ano

**Test Statistics<sup>a,b,c</sup>**

	TotSintPos	IndGravGlobal	IndPertSintPos
Chi-Square	30,807	44,781	34,186
df	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Ano

c. Some or all exact significances cannot be computed because there is insufficient memory.

Anexo 9: MANOVA – não paramétrica e teste Kruskal-Wallis entre a variável Ano e os resultados dos três factores e total de alexitimia

**Multivariate Tests<sup>b</sup>**

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,954	892,824 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Wilks' Lambda	,046	892,824 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Hotelling's Trace	20,643	892,824 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Roy's Largest Root	20,643	892,824 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
Ano	Pillai's Trace	,246	14,104 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Wilks' Lambda	,754	14,104 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Hotelling's Trace	,326	14,104 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000
	Roy's Largest Root	,326	14,104 <sup>a</sup>	4,000	173,000	,000

a. Exact statistic

b. Design: Intercept + Ano

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	AlexitimiaF1	AlexitimiaF2	AlexitimiaF3	AlexitimiaTotal
Chi-Square	34,555	25,494	19,404	41,316
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Ano

Anexo 10: Regressão Linear Múltipla da relação entre os dois índices globais do SCL-90-R, G.S.I. e P.S.D.I., e o resultado total da alexitimia do TAS-20

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,605 <sup>a</sup>	,366	,359	9,67130	1,729

a. Predictors: (Constant), IndPertSintPos, IndGravGlobal

b. Dependent Variable: AlexitimiaTotal

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9442,004	2	4721,002	50,474	,000 <sup>a</sup>
	Residual	16368,474	175	93,534		
	Total	25810,478	177			

a. Predictors: (Constant), IndPertSintPos, IndGravGlobal

b. Dependent Variable: AlexitimiaTotal

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	35,010	2,773		12,625	,000		
	IndGravGlobal	16,522	2,273	,680	7,269	,000	,414	2,416
	IndPertSintPos	-2,676	2,427	-,103	-1,102	,272	,414	2,416

a. Dependent Variable: AlexitimiaTotal

Anexo 11: Regressão Linear Múltipla da relação entre o número total de sintomas positivos descritos no SCL-90-R, medidos pela variável P.S.T., e o resultado total da alexitimia do TAS-20

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,566 <sup>a</sup>	,320	,317	16,21921	1,885

a. Predictors: (Constant), AlexitimiaTotal

b. Dependent Variable: TotSintPos

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	21825,455	1	21825,455	82,967	,000 <sup>a</sup>
	Residual	46299,022	176	263,063		
	Total	68124,478	177			

a. Predictors: (Constant), AlexitimiaTotal

b. Dependent Variable: TotSintPos

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,580	4,655		,769	,443		
	AlexitimiaTotal	,920	,101	,566	9,109	,000	1,000	1,000

a. Dependent Variable: TotSintPos

Anexo 12: Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total do primeiro factor da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-F1.

**Model Summary<sup>d</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,640 <sup>a</sup>	,410	,406	4,88994	
2	,691 <sup>b</sup>	,477	,471	4,61456	
3	,709 <sup>c</sup>	,502	,493	4,51753	1,895

a. Predictors: (Constant), Obsessão

b. Predictors: (Constant), Obsessão, Psicoticismo

c. Predictors: (Constant), Obsessão, Psicoticismo, AnsFóbica

d. Dependent Variable: AlexitimiaF1

**ANOVA<sup>d</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2922,258	1	2922,258	122,211	,000 <sup>a</sup>
	Residual	4208,422	176	23,911		
	Total	7130,680	177			
2	Regression	3404,202	2	1702,101	79,933	,000 <sup>b</sup>
	Residual	3726,477	175	21,294		
	Total	7130,680	177			
3	Regression	3579,674	3	1193,225	58,468	,000 <sup>c</sup>
	Residual	3551,006	174	20,408		
	Total	7130,680	177			

a. Predictors: (Constant), Obsessão

b. Predictors: (Constant), Obsessão, Psicoticismo

c. Predictors: (Constant), Obsessão, Psicoticismo, AnsFóbica

d. Dependent Variable: AlexitimiaF1

Coefficients<sup>a</sup>

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	7,975	,765		10,423	,000		
Obsessão	6,329	,573	,640	11,055	,000	1,000	1,000
2 (Constant)	8,407	,728		11,552	,000		
Obsessão	4,019	,726	,406	5,532	,000	,553	1,808
Psicoticismo	4,833	1,016	,350	4,757	,000	,553	1,808
3 (Constant)	8,652	,717		12,062	,000		
Obsessão	3,633	,723	,367	5,023	,000	,535	1,870
Psicoticismo	3,583	1,082	,259	3,311	,001	,467	2,140
AnsFóbica	2,790	,951	,198	2,932	,004	,631	1,586

a. Dependent Variable: AlexitimiaF1

Anexo 13: Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total do segundo factor da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-F2.

**Model Summary<sup>c</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,431 <sup>a</sup>	,186	,181	4,41245	
2	,466 <sup>b</sup>	,217	,208	4,34072	1,869

a. Predictors: (Constant), Psicoticismo

b. Predictors: (Constant), Psicoticismo, Obsessão

c. Dependent Variable: AlexitimiaF2

**ANOVA<sup>c</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	783,422	1	783,422	40,238	,000 <sup>a</sup>
	Residual	3426,674	176	19,470		
	Total	4210,096	177			
2	Regression	912,771	2	456,385	24,222	,000 <sup>b</sup>
	Residual	3297,325	175	18,842		
	Total	4210,096	177			

a. Predictors: (Constant), Psicoticismo

b. Predictors: (Constant), Psicoticismo, Obsessão

c. Dependent Variable: AlexitimiaF2

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	10,497	,475		22,114	,000		
	Psicoticismo	4,583	,722	,431	6,343	,000	1,000	1,000
2	(Constant)	9,186	,685		13,420	,000		
	Psicoticismo	2,909	,956	,274	3,044	,003	,553	1,808
	Obsessão	1,790	,683	,236	2,620	,010	,553	1,808

a. Dependent Variable: AlexitimiaF2

Anexo 14: Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total do terceiro factor da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-F3.

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,328 <sup>a</sup>	,108	,103	3,66090	1,609

a. Predictors: (Constant), Obsessão

b. Dependent Variable: AlexitimiaF3

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	285,157	1	285,157	21,277	,000 <sup>a</sup>
	Residual	2358,781	176	13,402		
	Total	2643,938	177			

a. Predictors: (Constant), Obsessão

b. Dependent Variable: AlexitimiaF3

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	14,125	,573		24,659	,000		
	Obsessão	1,977	,429	,328	4,613	,000	1,000	1,000

a. Dependent Variable: AlexitimiaF3

Anexo 15: Regressão Linear Múltipla – Modelo *Stepwise* da relação entre as escalas de sintomas psicopatológicos primários do SCL-90-R, e o resultado total da alexitimia do TAS-20, a variável Tas-Total.

**Model Summary<sup>c</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,611 <sup>a</sup>	,374	,370	9,58489	
2	,646 <sup>b</sup>	,418	,411	9,26611	1,702

a. Predictors: (Constant), Obsessão

b. Predictors: (Constant), Obsessão, Psicoticismo

c. Dependent Variable: AlexitimiaTotal

**ANOVA<sup>c</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9641,330	1	9641,330	104,945	,000 <sup>a</sup>
	Residual	16169,148	176	91,870		
	Total	25810,478	177			
2	Regression	10784,839	2	5392,419	62,804	,000 <sup>b</sup>
	Residual	15025,639	175	85,861		
	Total	25810,478	177			

a. Predictors: (Constant), Obsessão

b. Predictors: (Constant), Obsessão, Psicoticismo

c. Dependent Variable: AlexitimiaTotal

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	31,026	1,500		20,688	,000		
	Obsessão	11,496	1,122	,611	10,244	,000	1,000	1,000
2	(Constant)	31,691	1,461		21,688	,000		
	Obsessão	7,938	1,459	,422	5,441	,000	,553	1,808
	Psicoticismo	7,444	2,040	,283	3,649	,000	,553	1,808

a. Dependent Variable: AlexitimiaTotal

TAS - 20

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

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

- Use a seguinte chave:
- 1. Discordo totalmente
  - 2. Discordo em parte
  - 3. Nem discordo nem concordo
  - 4. Concordo em parte
  - 5. Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que aconteceram assim.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.....	1.....	2.....	3.....	4.....	5

# SCL-90-R

## QUESTIONÁRIO DE 90 SINTOMAS<sup>1</sup> (SYMPTOM CHECKLIST 90 – REVISED)

DEROGATIS, L.R., Ph.D. (1977, 1983, 1994)

---

### INSTRUÇÕES

Leia atentamente as frases que se encontram nas páginas seguintes. São frases que dizem respeito a problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor o descreve, ou seja, o grau com que este o afectou nas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Para cada problema ou sintoma marque somente um espaço com uma cruz (X). Não deixe nenhuma questão por responder.

**OS RESULTADOS DESTA PROVA SÃO CONFIDENCIAIS**

---

<sup>1</sup> Tradução Portuguesa experimental de Alexandra Anciães (2004) a partir da adaptação Espanhola de González de Riviera e colaboradores (1988).

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
1. Dores de cabeça					
2. Nervosismo ou tensão interior					
3. Pensamentos, palavras ou ideias repetitivas e não desejadas, que não lhe deixam a mente					
4. Sensações de desmaio ou tonturas					
5. Perda de desejo ou prazer sexual					
6. Ter a impressão de ser criticado pelos outros					
7. Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos					
8. Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas					
9. Dificuldade em se lembrar das coisas					
10. Preocupado(a) com a sujidade, a falta de cuidado ou a desorganização					
11. Sentir-se facilmente irritado(a) ou zangado(a)					
12. Dores no coração ou no peito					
13. Medo da rua ou dos espaços abertos					
14. Falta de forças ou lentidão					
15. Pensamentos de acabar com a vida					
16. Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem					
17. Tremuras					
18. Sentir que a maioria das pessoas não é de confiança					
19. Falta de apetite					
20. Chorar facilmente					
21. Timidez ou sentir-se incomodado(a) perante o sexo oposto					
22. Ter a impressão de se sentir preso(a) ou apanhado(a) em falta					
23. Sentir medo súbito sem razão aparente					
24. Impulsos de raiva ou fúria que não consegue controlar					
25. Sentir medo de sair de casa sozinho(a)					
26. Sentimentos de culpa					
27. Dores no fundo das costas					
28. Sentir-se incapaz para terminar as tarefas					
29. Sentir-se só					
30. Sentir-se triste					
31. Preocupado(a) em demasia					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
0	1	2	3	4

	0	1	2	3	4
32. Não ter interesse por nada					
33. Sentir-se amedrontado(a)					
34. Melindrar-se facilmente					
35. Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos					
36. Sentir que os outros não compreendem ou não vivem os seus problemas					
37. Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si					
38. Fazer as coisas muito devagar para ter a certeza que ficam bem feitas					
39. Palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40. Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago					
41. Sentir-se inferior aos outros					
42. Sentir dores nos músculos					
43. Sentir que é observado(a) ou comentado(a) pelos outros					
44. Dificuldades em adormecer					
45. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
46. Dificuldade em tomar decisões					
47. Medo de viajar de carro, autocarro, metro ou comboio					
48. Dificuldades em respirar (sensação de falta ar)					
49. Afrontamentos ou calafrios					
50. Evitar certos lugares, coisas ou actividades porque lhe causam medo					
51. Sensação de cabeça vazia					
52. Adormecimentos ou picadas (formigueiro) no corpo					
53. Sentir um nó na garganta					
54. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
55. Dificuldades de concentração					
56. Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo					
57. Sentir-se tenso(a) ou aflito(a)					
58. Sentir as pernas ou os braços pesados					
59. Pensar na morte ou que vai morrer					
60. Comer demais					
61. Não se sentir à vontade quando é observado(a) ou falam a seu respeito					

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:

Nunca 0	Pouco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremamente 4
------------	------------	--------------------	---------------	-------------------

	0	1	2	3	4
62. Ter pensamentos que não são os seus próprios					
63. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
64. Acordar muito cedo de manhã					
65. Ter de repetir várias vezes as mesmas acções como tocar, contar ou lavar-se					
66. Sono agitado ou perturbado					
67. Ter impulsos para destruir ou partir as coisas					
68. Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham					
69. Sentir-se muito embaraçado(a) junto a outras pessoas					
70. Sentir-se mal no meio de muitas pessoas, como em lojas ou cinema					
71. Sentir que tudo constitui esforço					
72. Ataques de terror ou pânico					
73. Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos					
74. Envolver-se frequentemente em discussões					
75. Sentir-se nervoso(a) quando fica só					
76. Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades					
77. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com pessoas					
78. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a)					
79. Sentir-se sem préstimo ou sem valor					
80. Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer					
81. Gritar ou atirar coisas					
82. Medo de desmaiar em público					
83. Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si					
84. Ter pensamentos acerca do sexo que o(a) incomodam bastante					
85. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados ou erros					
86. Pensamentos ou imagens de natureza assustadora					
87. Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo					
88. Sentir-se distante ou sem intimidade com alguém					
89. Sentimentos de culpa					
90. Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente					

## CORRECÇÃO E PERFIL

SOMATIZAÇÃO (12)		OBSESSÃO-COMPULSÃO (10)		SENSIBILIDADE INTERPESSOAL (9)		DEPRESSÃO (13)		ANSIEDADE (10)	
ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO
1		3		6		5		2	
4		9		21		14		17	
12		10		34		15		23	
27		28		36		20		33	
40		38		37		22		39	
42		45		41		26		57	
48		46		61		29		72	
49		51		69		30		78	
52		55		73		31		80	
53		65				32		86	
56						54			
58						71			
						79			
<b>Σ</b>		<b>Σ</b>		<b>Σ</b>		<b>Σ</b>		<b>Σ</b>	

HOSTILIDADE (6)		ANSIEDADE FÓBICA (7)		IDEAÇÃO PARANÓIDE (6)		PSICOTICISMO (10)		ESCALA ADICIONAL (7)	
ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO	ITEM	PONTUAÇÃO
11		13		8		7		19	
24		25		18		16		44	
63		47		43		35		59	
67		50		68		62		60	
74		70		76		77		64	
81		75		83		84		66	
		82				85		89	
						87			
						88			
						90			
<b>Σ</b>		<b>Σ</b>		<b>Σ</b>		<b>Σ</b>		<b>Σ</b>	

**TOTAL**  +  +  +  +  +  +  +  +  +  +   
SOM    OBS    INT    DEP    ANS    HOS    FOB    PAR    PSI    Item Adic.  
 12       10       9       13       10       6       7       6       10       7

**PD**                                   

=  / N° Itens =                       **PST**  (Total Respostas Positivas)

**GSI**  X 90 / **PST**  = **PSDI**     **→**        **Converter em Pontuação T**

**PD** – Pontuação Directa

**GSI** – Índice Global de Severidade ou Gravidade

**PST** – Total de Sintomas Positivos

**PSDI** – Índice de Sintomas Positivos

<b>PD</b>													<b>PD</b>
<b>PC</b>	<b>SOM</b>	<b>OBS</b>	<b>INT</b>	<b>DEP</b>	<b>ANS</b>	<b>HOS</b>	<b>FOB</b>	<b>PAR</b>	<b>PSI</b>	<b>GSI</b>	<b>PST</b>	<b>PSDI</b>	<b>T</b>
99													75
97													70
95													67
90													63
85													60
80													58
75													57
70													55
65													54
60													53
55													51
50													50
45													49
40													47
35													46
30													45
25													43
20													42
15													40
10													37
5													34
<b>PC</b>	<b>SOM</b>	<b>OBS</b>	<b>INT</b>	<b>DEP</b>	<b>ANS</b>	<b>HOS</b>	<b>FOB</b>	<b>PAR</b>	<b>PSI</b>	<b>GSI</b>	<b>PST</b>	<b>PSDI</b>	<b>T</b>

	<b>SOM</b>	<b>OBS</b>	<b>INT</b>	<b>DEP</b>	<b>ANS</b>	<b>HOS</b>	<b>FOB</b>	<b>PAR</b>	<b>PSI</b>	<b>GSI</b>	<b>PST</b>	<b>PSDI</b>
<b>PC</b>												
<b>T</b>												