



**ALEXITIMIA E ESPONTANEIDADE:
QUANDO MEIA PALAVRA
AFINAL NÃO BASTA**

ANA PAULA MOREIRA SANTOS

Orientador de Dissertação

Prof. António Gonzalez

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor António Gonzalez, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº.19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Um obrigada muito especial à Florbela Borges,
Iliana Ramos, Helena Lencastre e Diana Pinto,
pela ajuda prestada na concretização estatística desta Tese.

NOME: Ana Paula Moreira dos Santos

Nº ALUNO: 13204

CURSO: Mestrado Integrado em Psicologia

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia Clínica

ANO LECTIVO: 2008/2009

ORIENTADOR: Prof. António Gonzalez

DATA: Dezembro 2009

ALEXITIMIA E ESPONTANEIDADE:
QUANDO MEIA PALAVRA AFINAL NÃO BASTA

RESUMO

Alexitimia é o termo que descreve pessoas com dificuldade em reconhecer, processar e regular emoções. É considerada um factor de risco para alguns problemas de saúde ou psiquiátricos como o caso de abuso de substâncias, ataques de pânico, stress pós-traumático, doenças psicossomáticas e alimentares. A alexitimia reduz a probabilidade destes indivíduos responderem positivamente aos tratamentos convencionais aplicados a estas perturbações. Alguns estudos sugerem que intervenções terapêuticas, com estes sujeitos, que promovam a consciência emocional e integrem elementos simbólicos, podem ser eficazes na redução de características alexitímicas. Assim, relacionámos esta temática com a espontaneidade, visto que, a descoberta da potencialidade terapêutica da espontaneidade e os seus efeitos no reforço das interações humanas, é uma das revelações mais intrigantes da psiquiatria moderna. O objectivo deste estudo é perceber que relação existe entre a alexitimia e a espontaneidade, qual a prevalência de cada uma, e atribuir um valor médio à espontaneidade, facto até à data inexistente. O método utilizado foi um estudo correlacional recorrendo aos instrumentos Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) e Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R). A amostra é caracterizada por 2940 indivíduos de Portugal Continental. Com os resultados obtidos constatou-se uma prevalência significativa de elevada alexitimia na amostra e uma correlação negativa entre os valores obtidos na TAS-20 e no SAI-R. Conseguiu-se um ponto de corte para classificar os *scores* do SAI-R em baixa, moderada e elevada espontaneidade.

Palavras-chave: alexitimia, espontaneidade

ALEXITHYMIA AND SPONTANEITY: WHEN HALF WORD IS NOT ENOUGH

ABSTRACT

Alexithymia is a term most commonly used to describe people with difficulties in recognize, process and regulate emotions. It is considered a risk factor for some health problems or psychiatric disorders as substance abuse, panic disorders, post-traumatic stress, psychosomatic illnesses and eating problems. The alexithymia reduces the likelihood of these individuals respond positively to conventional treatments applied to these disturbances. Some studies suggest that therapeutic interventions with these individuals, that promote emotional awareness and integrate symbolic elements, may be effective in reducing alexithymic characteristics. Thus, we related this subject with spontaneity, whereas the discovery of the therapeutic potential of spontaneity and its effects in enhancing human interaction is one of the most intriguing revelations of modern psychiatry. The purpose of this study is to realize the relationship between alexithymia and spontaneity, which is the prevalence of each one, and assign an average value of spontaneity, that so far non-existent. The method used was a correlational study using the instruments Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) and Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R). The sample is characterized by 2940 individuals from mainland Portugal. The results found a significant prevalence of high alexithymia in the sample and a negative correlation between the values obtained in TAS-20 and the SAI-R. The cutoff point for classifying the scores of SAI-R low, moderate and high spontaneity was achieved.

Key-words: alexithymia, spontaneity

Introdução	1
Alexitimia	2
Etiologia: vertente psicodinâmica	7
Como medir	9
Estudos correlacionais	11
Terapia dinâmica: algumas questões a considerar	13
Espontaneidade	14
Como medir	18
Método	19
Caracterização da amostra	19
Instrumentos	22
Procedimento	25
Resultados	26
Análise e Discussão de Resultados	33
Terapias: novas propostas	37
Referências Bibliográficas	39
Anexos	45
Anexo A - Inventário sobre a espontaneidade SAI-R	
Anexo B - Escala de alexitimia TAS-20	
Anexo C - Formulário de características individuais	
Anexo D - Questionário <i>Online</i>	
Anexo E - <i>Alpha de Cronbach</i> para a TAS-20 e o SAI-R	
Anexo F - <i>Alpha de Cronbach</i> para os 3 factores da TAS-20	
Anexo G - Análise de variância entre TAS-20 e género	
Anexo H - Médias dos 3 factores da TAS-20 para o género masculino e feminino	
Anexo I - Correlação de <i>Pearson</i> e análise de variância entre TAS-20 e escolaridade	
Anexo J - Correlação de <i>Pearson</i> entre TAS-20 e rendimento	
Anexo K - ANOVA entre TAS-20 e doenças; Crosstabs	
Anexo L - Análise de variância entre SAI-R e género	
Anexo M - Análise de variância entre SAI-R e escolaridade	
Anexo N - Correlação de <i>Pearson</i> entre TAS-20 e SAI-R	

Partindo dum estudo realizado por uma aluna desta Instituição, onde foram avaliadas a alexitimia e a espontaneidade em doentes com Lúpus, propus-me dar continuidade à sua investigação, tentando ir um pouco mais longe.

De que forma? Usando uma amostra onde a prevalência de doentes psicossomáticos não fosse tão significativa, para poder comparar resultados e analisar as diferenças.

Assim, a proposta era correlacionar a alexitimia e a espontaneidade, numa amostra de sujeitos sem doenças psicossomáticas. Esperando haver uma correlação negativa, o próximo passo era tentar associar estas variáveis a outras como o género, o rendimento mensal ou mesmo as habilitações académicas.

O objectivo deste estudo passa por tentar responder às seguintes questões:

Qual é a prevalência da alexitimia em Portugal, numa amostra representativa da população?

Quais são as correlações socio-demográficas existentes nesta amostra?

Está, efectivamente, a alexitimia associada à espontaneidade?

Qual é a prevalência de alexitimia em sujeitos que não têm doenças psicossomáticas?

Será que existe em maior número nos homens do que nas mulheres?

E nos que têm menos habilitações académicas e menos rendimentos mensais?

Poderemos também associar a espontaneidade a estas variáveis?

Conseguiremos encontrar um ponto de corte, que nos indique valores de espontaneidade baixa, moderada e elevada?

E, partindo destas dúvidas, começou a investigação. Nas páginas que se seguem, encontra-se uma revisão da literatura no que concerne ao(s) problema(s) levantado(s), a metodologia de recolha de dados, instrumentos, participantes e uma secção de análise e discussão dos resultados,

Alexitimia é um neologismo construído a partir do prefixo grego *a*=falta de, *lexis*=palavra e *thymos*=emoção ou estado de espírito. Literalmente, alexitimia significa “sem palavras para as emoções”.

Em observações clínicas feitas a doentes psicossomáticos, constatou-se que esses pacientes tinham falta de imaginação e dificuldades na expressão verbal e simbólica das emoções (Ruesch, 1948). O autor utilizou o termo “personalidade infantil” para descrever estes indivíduos, como sendo dependentes, fazendo reacções somáticas a vários tipos de frustrações e tendo níveis de simbolização verbal nas relações interpessoais muito rudimentares ou inexistentes.

O constructo “alexitimia” foi originalmente conceptualizado por Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976) e englobava um conjunto de características cognitivas incluindo dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos a outros, pensamento orientado para o exterior e uma capacidade de imaginação limitada. Sifneos (1973) descobriu que doentes psicossomáticos tendem a ter algumas constrictões no funcionamento emocional, pobreza de fantasia e uma inabilidade para usar as palavras apropriadas ao descrever emoções.

Segundo o médico psiquiatra Teixeira (2005), a alexitimia pode, efectivamente, ser um traço de personalidade em indivíduos que desenvolvem patologia psicossomática mas também pode ser um estado transitório no contexto duma Perturbação da Adaptação. Neste caso, de acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), são factores de stress que desencadeiam sintomas emocionais ou comportamentais no indivíduo, provocando sofrimento. Os factores de stress podem ser rupturas afectivas, dificuldades financeiras, problemas conjugais, habitar em zonas com alta criminalidade, despedimentos, reforma, etc.

Enquanto reflexo do crescente interesse neste constructo, a alexitimia foi escolhida como tema principal na 11ª Conferência de Pesquisa Psicossomática em Heidelberg (Alemanha), em 1976 (Brautigam & Von Rad, 1977). De acordo com Taylor (2000), enquanto que nos meados dos anos 80 tinham sido publicados 120 artigos sobre a alexitimia, uma procura na base de dados PsycInfo revelava que no início deste século já existiam mais de 700 artigos publicados sobre este tema. Hoje em dia, podemos encontrar perto de 2000.

Segundo Pedinelli e Rouan (1998), tem sido encontrada uma prevalência de 10% a 20% de alexitimia na população geral e, de acordo com outros autores, é significativa a prevalência de alexitimia nas perturbações psicossomáticas (Flannery, 1977), na dor psicogénica (Shipko, 1982), toxicoddependência, perturbação de stress pós-traumático (Krystal, 1979), perturbações alimentares (Taylor *et al.*, 1997), psicopatias (Marty, 1972) e perversões sexuais (McDougall, 1982).

Já nos anos 60, Marty e M'Uzan, representantes da Escola Psicossomática de Paris, adoptaram o termo "*pensée opératoire*" (pensamento operatório) para definir o tipo de pensamento pragmático que muitos pacientes pareciam utilizar (Lolas & Von Rad 1989, Marty & Debray 1989). Este pensamento operatório ou vida operatória (como mais tarde reformularam) descrevia o mecânico estado de existência observado em doentes psicossomáticos que pareciam ter uma falta de vida interior e de imaginação. O pensamento operatório caracteriza-se por uma tendência a realizar descrições detalhadas, repletas de dados supérfluos e ausentes de conteúdo emocional ou pessoal (Crespo, 2002).

De acordo com os seus trabalhos clínicos, Marty e M'Uzan (1962/1994) evidenciam que na maior parte dos casos, os pacientes psicossomáticos apresentam pensamentos superficiais privados de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e exclusivamente vinculados à materialidade dos factos. Deste modo, os autores sugerem que estes sujeitos se caracterizam por um comprometimento da capacidade de simbolização.

Esse comprometimento tende a exercer uma restrição da actividade fantasmática e a diminuir a expressividade mental, o que denota uma carência funcional do psiquismo (Horn &

Almeida, 2003; Silva & Caldeira, 1993). Essa carência pode reflectir-se no plano das relações objectais, que se traduz pela inexistência ou pobreza das relações transferenciais.

Talvez por este motivo, estes sujeitos tenham uma maior propensão para a acção em detrimento da simbolização. Adoptam condutas pouco elaboradas do ponto de vista psíquico para minimizar o impacto causado pelas excitações. Isto sugere que o inconsciente não consegue comunicar fazendo uso de representações e tende a encontrar no comportamento a única possibilidade de expressão. O aparelho sensório-motor é a via privilegiada das pulsões (Marty, 1993).

Marty (1998) acrescenta ainda que, geralmente, os pacientes somáticos estabelecem vínculos afectivos pouco significativos e sustentam relacionamentos superficiais. Esta propensão ao distanciamento está associada ao facto de fazerem muitas vezes identificações esquemáticas, nomeadamente devido à escassez dos seus investimentos libidinais.

Convém esclarecer que Marty e os seus colaboradores (Marty & M'Uzan, 1962/1994) não elaboraram hipóteses muito elucidativas acerca da etiologia do pensamento operatório. O que se postula é que esse tipo de funcionamento psíquico está intimamente ligado a desarmonias afectivas ocorridas na primeira infância em virtude do inapropriado - excessivo ou insuficiente - desempenho da função materna (Marty, 1998). Desta forma, pode-se propor que indivíduos operatórios, foram na sua maioria, educados por mães autoritárias, deprimidas, negligentes, super-protectoras, ou que, de alguma forma, não conseguiram proteger os seus filhos das tensões provocadas no início da vida.

Joyce McDougall, outra proeminente autora da Paris Psychoanalytical Society, constatou que alguns doentes psicossomáticos se “recusavam” a sentir angústia ou depressão, dando uma impressão de controlo emocional super-humano. A inabilidade para nomear, reconhecer, conter ou trabalhar segundo os estados afectivos, é frequentemente uma manifestação defensiva das estruturas psicóticas (McDougall, 1982). Assim, acabou por designar de *normopatía* esta aparente falta de problemas psicológicos, este estado-robô que mais não é do que uma adaptação às exigências da realidade externa.

No processo de definição do conceito de alexitimia, a corrente psicodinâmica coloca a hipótese da alexitimia ser um défice cognitivo no processamento e regulação das emoções e afectos (Taylor 2000).

Recentemente, à luz de exames modernos de neuroimagem (ressonância magnética funcional e tomografia por emissão de positrões) tem sido sugerido que a alexitimia é uma expressão do funcionamento neurológico, constituída por um conjunto de características afectivas e cognitivas que reflecte variações na organização e funcionamento do cérebro (Taylor & Bagby, 2004; Taylor, 2000).

Estudos em neurobiologia indicam que a modulação de respostas emocionais a partir de sistemas corticais superiores, envolve uma integração das funções de cada hemisfério, ou seja, da capacidade verbal do hemisfério esquerdo com a capacidade de avaliar e regular as emoções do hemisfério direito. Na alexitimia parece haver uma dissociação entre os dois hemisférios, o que afectaria a modulação afectiva, a capacidade de comunicar afectos, a capacidade para fantasiar e elaborar as tensões internas e angústias (Larsen *et al.*, 2003).

Tem suscitado alguma discussão se a alexitimia deveria ser considerada um mecanismo de defesa, como o evitamento, a inibição, a negação, visto que pode ser associada a um léxico de produção de discurso emocional (Lumley *et al.*, 2007). No entanto, estes autores estão de acordo com o facto de a alexitimia ser um défice, uma inabilidade no processamento das emoções em vez de ser um processo defensivo.

Ou seja, os pacientes defensivos têm a capacidade de introspecção e de expressão emocional assim que com a ajuda de uma aliança terapêutica clínica e interpretações precisas, consigam “baixar” as suas defesas. Em contrapartida, o constructo de alexitimia fornece uma forma alternativa de conceptualizar pacientes emocionalmente não expressivos, salientando que existe neles uma deficiência, limitação ou confusão emocional, em vez de um evitamento activo (Lumley *et al.*, 2007).

De acordo com alguns estudos empíricos, poderá haver uma relação entre a alexitimia e mecanismos de defesa imaturos como a inibição, *acting out*, regressão ou isolamento (Parker

et al., 1998; Helmes *et al.*, 2008). É, portanto, concebível que pessoas com características alexitímicas sejam propensas a esses mecanismos de defesa. Além disso, é de esperar que pessoas que demonstram, por exemplo, evitamento, inibição, negação ou recalçamento, tenham capacidade de *insight* emocional e que consigam expressar-se depois de perderem essas defesas (Lumley *et al.*, 2007).

Trabalhar com as defesas é a pedra angular das terapias orientadas para o *insight* com terapeutas psicodinâmicos, onde é suposto que os pacientes tenham capacidade de elaborar sentimentos e fantasias. Por isso, segundo Taylor (1990), a aplicação da técnica padrão da psicanálise a alexitímicos não é vista como eficaz. Também para Lumley, Neely e Burger (2007), apesar de uma pessoa com certos mecanismos de defesas poder beneficiar com uma intervenção terapêutica que identifique defesas, encoraje a expressão emocional e proporcione interpretações perspicazes, uma pessoa alexitímica provavelmente não verá os mesmos resultados.

Considerada, inicialmente, um traço de personalidade com implicações em transtornos psiquiátricos e doenças orgânicas, de acordo com Taylor e Bagby (2004), características alexitímicas foram também identificadas em populações clínicas e não clínicas, não estando necessariamente associadas a distúrbios mentais específicos ou psicossomáticos.

Para além de outras definições já abordadas, ultimamente, a mais encontrada na literatura é a de que se trata de um constructo multidimensional caracterizado por: (1) dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los de sensações corporais, (2) incapacidade para expressar, comunicar e descrever sentimentos a outras pessoas, (3) simbolização enfraquecida, evidenciada por uma escassez de fantasia e de capacidades imaginativas e (4) um estilo de raciocínio concreto e objectivo, uma preferência para focar eventos externos em vez de experiências internas (Taylor & Bagby, 2004). Não há, no entanto, consenso na literatura quanto à importância de cada factor nesta definição.

A alexitimia é, ainda assim, considerada um potencial factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações psiquiátricas e somáticas (Taylor *et al.*, 1997).

Os estudos de Krystal (cit. por Silva & Caldeira, 1993) em toxicodependentes, vítimas de holocausto e doentes psicossomáticos, assinalam que existe um bloqueio no desenvolvimento dos afectos, em virtude de terem existido situações traumáticas na infância. Excessos de afectos que não foram neutralizados ou amortecidos pela mãe, podem ter levado a uma paralisação do desenvolvimento afectivo normal.

Por seu lado, Mc Dougall (cit. por Silva & Caldeira, 1993) diz que “o afecto suprimido não recebe compensação, não deixando atrás de si, na mente, mais que um branco e corre o risco de seguir o seu curso como um feito puramente somático, abrindo caminho para a desorganização psicossomática”. A autora afirma que este mecanismo é defensivo contra o aparecimento de ansiedades psicóticas associadas aos objectos internos arcaicos: medo da perda de identidade, perda dos limites do corpo (fragmentação) e medo de erupção de afectos sem controle (explosão afectiva). É uma ideia semelhante à de Krystal, diferente apenas na concepção de Mc Dougall que hipotetiza o fenómeno como sendo um mecanismo de defesa, enquanto que Krystal fala em paralisação afectiva.

Ambos estão de acordo quanto às vivências emocionais primárias surgidas na relação mãe-filho. E não podemos deixar de referir os trabalhos de Spitz (1983) sobre a relação objectal primitiva, nos quais se mostra que as distorções nesta díade podem trazer consequências funcionais ou psicopatológicas, decorrentes de situações inadequadas, quer por excesso, quer por privação afectiva, e que marcam o início de muitos fenómenos psicossomáticos posteriores.

Mc Dougall (1982) atribui a alexitimia a perturbações na relação mãe-filho, o que implica uma patologia pré-neurótica muito precoce onde mecanismos de defesa como a clivagem e a identificação projectiva dominam. Corresponde a perturbações na fase de desenvolvimento simbiótica (equivalente à posição esquizo-paranóide de Melanie Klein) em que as

representações de si e as representações de objecto não estão completamente diferenciadas e os símbolos são usados apenas em concreto.

As experiências iniciais da vida têm uma importância fundamental no aparecimento de doenças psicossomáticas, forma operatória de pensamento e psicoses.

Ainda de acordo com Mc Dougall (1974), existe uma falha na representação simbólica do objecto. Houve uma falha na introjecção do objecto materno, o que leva a uma ausência ou défice na função afectiva. Segundo o seu ponto de vista, a alexitimia representa uma regressão em relação aos afectos. A autora define *trauma* como uma experiência emocional esmagadora e distingue trauma infantil de situação traumática no adulto. Tanto uma forma como outra causam alexitimia.

Mais do que conceptualizar a alexitimia como um mecanismo de defesa, Krystal (1979) atribui-a a uma paragem no desenvolvimento afectivo depois de um trauma na infância, ou a uma regressão da função afectivo-cognitiva depois de uma situação traumática no adulto. Esta concepção pode dar as primeiras pistas nas variações da severidade dos sintomas alexitímicos. As regressões são mais irregulares, flutuantes e reversíveis. No entanto, em ambos os casos, existe um medo dos afectos e uma propensão para bloqueá-los ou deixar de integrá-los. O resultado é uma tendência para sintomas psicossomáticos ou mecanismos aditivos.

Resumindo, as perturbações alexitímicas podem manifestar-se nas áreas afectiva, cognitiva e relacional (Lolas & Von Rad, 1989). As perturbações afectivas caracterizam-se por dificuldades em descrever os afectos e discriminar estados emocionais, sendo as manifestações fundamentalmente somáticas. As perturbações cognitivas foram descritas por Marty e M'Uzan (1962/1994) através do pensamento operatório, no qual a dimensão afectiva e fantasmática é reduzida ou praticamente inexistente. As perturbações relacionais tornam-se evidentes na medida em que, havendo um reduzido contacto com a realidade psíquica, não existe uma verdadeira compreensão dos laços emocionais, sinais e símbolos, que dão significado às relações humanas (Vicente, 2005).

O método original para medir a alexitimia foi criado por Sifneos em 1973, o “Beth Israel Hospital Questionnaire - BIQ”. Era efectivamente uma entrevista, mas foi construída sem testes psicométricos formais e a sua fiabilidade foi considerada fortemente influenciada pelas características individuais do entrevistador (Bagby *et al.*, 1988).

Ao mesmo tempo, o questionário de 20 itens “Schalling-Sifneos Personality Scale - SSPS” era usado no Beth Israel Hospital, mas várias pesquisas consideraram que tinha pouca estabilidade e uma pobre consistência interna (Bagby *et al.*, 1988).

Em meados dos anos 80 foi desenvolvida a “Analog Alexithymia Scale - AAS”, que era basicamente uma SSPS convertida num formato análogo e que serviu para desenvolver a “Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire - BVAQ”. Esta apresenta duas versões, uma com 20 itens e outra alargada com 40 itens. Ambas as versões podem ser divididas em cinco sub-escalas: Identificar/diferenciar/*insight*, verbalizar, emocionalizar, fantasiar e analisar. Pouca pesquisa foi feita para a BVAQ e a sua validade precisa de mais investigação (Lumley *et al.*, 2007).

Outra escala de 33 itens foi desenvolvida por Haviland, Warren e Riggs em 2000 (cit. por Lumley *et al.*, 2007), a “Observer Alexithymia Scale - OAS”. Esta escala apresentava uma correlação positiva com a BIQ, mas como não foi suficientemente testada, a sua validade é desconhecida.

Ainda outra forma de medir a alexitimia é através das respostas dadas pelo sujeito quando confrontado com situações emocionalmente provocantes. Para isso foi desenvolvida a “Levels of Emotional Awareness Scale - LEAS”. Esta escala foi amplamente testada e prevê critérios relacionados com as emoções, como a capacidade para identificar emoções e apresenta uma forte validade clínica.

No entanto, o questionário de auto-relato é o método mais utilizado para avaliar a alexitimia. O grupo de Toronto, Bagby, Parker, e Taylor, (cit. por Lumley *et al.*, 2007) desenvolveu em meados dos anos 90 uma escala de 26 itens, a “Toronto Alexithymia Scale -TAS” e mais tarde a revisão de 20 itens, a “TAS-20”. Esta escala avalia três facetas da alexitimia: dificuldade em identificar os sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos, e pensamento orientado para o exterior. Embora os valores da alexitimia sejam contínuos, esta medida tem uma pontuação de corte que identifica as pessoas alexitímicas.

De acordo com as recomendações, o ponto de corte é o seguinte: sujeitos que apresentam um score ≥ 61 são definidos como sendo alexitímicos (Taylor *et al.*, 1997).

A TAS-20 é a medida mais amplamente utilizada em pesquisas sobre a alexitimia e, uma série de dados que se foram acumulando nessas pesquisas, servem para sustentar a sua validade. A combinação de validação extensiva, concisão, a facilidade de uso e a capacidade de comparação entre estudos quando se usa uma medida comum, levou a TAS-20 a tornar-se a medida de alexitimia dominante na literatura.

Por esse motivo, escolhemos esta escala para o nosso estudo.

De acordo com Mattila (2009), alguns estudos realizados em vários países, utilizando a TAS-20, deram conta dos seguintes resultados:

TABELA 1

Resultados de estudos sobre a prevalência de alexitimia, média no género masculino e feminino, e suas correlações sócio-demográficas em amostras da população (a partir de Mattila, 2009)

Autor, ano de publicação, país, tipo de amostra	Tamanho da amostra, idade	Prevalência de alexitimia (P) e média (M) TAS-20 nos dois géneros	Correlações sócio-demográficas
Salminen <i>et al.</i> 1999 Finlândia (população geral)	N=1285 16-64 anos	P=12,8% P(m)=16,6%; P(f)=9,6% M=46 M(m)=48,8; M(f)= 43,8	Baixo nível de escolaridade, Baixo nível sócio-económico, Idade mais avançada
Honkalampi <i>et al.</i> 2000 Finlândia (população geral)	N=2018 25-64 anos	P=10,3% P(m)=12,8%; P(f)=8,2% M=44,1 M(m)=46,5; M(f)= 42,2	Baixo nível de escolaridade, Baixo nível sócio-económico, Idade mais avançada
Kokkonen <i>et al.</i> 2001 Finlândia (população geral)	N=5028 M= 31 anos	P(m)=9,4%; P(f)=5,2% M(m)=46,8; M(f)= 42,5	Baixo nível de escolaridade, Desemprego, Homens solteiros
Parker <i>et al.</i> 2003 Canadá (população de uma comunidade)	N=1933 M= 35,5 anos	M=45,6 M(m)=47,3; M(f)=44,2	Baixo nível de escolaridade
Franz <i>et al.</i> 2007 Alemanha (população geral)	N=1859 20-69 anos	P=10% P(m)=11,1%; P(f)=8,9% M=48,8 M(m)=49,5; M(f)= 48,2	Baixo nível de escolaridade, Desemprego, Divorciados ou solteiros

Como se pode constatar na Tabela 1, a prevalência de alexitimia na população em geral, está entre os 10 e os 13%.

Todos estes estudos nos dão conta de diferenças significativas entre o género masculino e feminino no que respeita à prevalência de alexitimia, sendo que aponta para uma maior evidência no género masculino.

Também existe uma correlação entre valores elevados de alexitimia e população mais velha.

Em relação ao estatuto sócio-económico e habilitações académicas, podemos concluir que há uma associação entre a alexitimia e baixos níveis nestas variáveis. Também o desemprego é associado a valores mais altos de alexitimia.

O estado civil da população também foi tido em conta e nalguns estudos mostra-se evidente que divorciados ou solteiros têm valores mais altos de alexitimia.

Apesar de a literatura não ser conclusiva no que diz respeito a terapias que reduzam as manifestações alexitímicas, parece haver um consenso na dificuldade que existe em tirar benefícios das abordagens terapêuticas clássicas (Vicente, 2005).

Um dos problemas que se coloca é o facto destes pacientes mostrarem dificuldades em falar sobre os sonhos, em psicanálise por exemplo, e dificultarem a natureza da transferência. A limitação nas suas capacidades imaginativas impede a elaboração de fantasias, de livres associações e de simbolização, o que dificulta bastante o trabalho do analista, provocando frequentemente reacções contra-transferenciais de aborrecimento, frustração e bloqueio interpretativo. Também manifestam frequentemente um distanciamento ou indiferença na interacção emocional com o terapeuta, têm baixas expectativas e assumem o papel de “doente” que espera que o terapeuta os cure como no modelo médico (Krystal, 1979).

Segundo Lumely, Neely e Burger (2007) estes indivíduos têm alguns problemas em realizar técnicas terapêuticas como a introspecção, ou comunicar directamente os seus sentimentos. Também lhes é difícil reconhecer causas psicológicas e usar técnicas relacionais de regulação dos afectos. Além disso, os pacientes alexitímicos têm dificuldades em desenvolver uma aliança com os terapeutas e, eventualmente, aderem menos a recomendações de tratamento.

Taylor (1990) reconhece que terapias que provoquem angústia podem agravar o estado dos pacientes psicossomáticos. Comparando aspectos da linguagem em terapias individuais com pacientes neuróticos, descobriu-se que os psicossomáticos falam menos, são muito menos espontâneos na produção verbal e são sobretudo silenciosos, obrigando assim o terapeuta a estabelecer mais actividade.

É nesta sequência que se torna pertinente falar de espontaneidade e quais os benefícios que pode trazer para a redução da alexitimia.

No final da 2ª Guerra Mundial emergiu um crescente interesse nos conceitos de espontaneidade e criatividade. Pesquisas, testes e aplicações práticas, tornaram-se moda na educação actual. São o foco em várias artes como a poesia, dança, música, pintura, teatro e psicodrama (Moreno, 1974).

A espontaneidade faz parte de um conceito psicodramático, introduzido por Moreno. É a pedra basilar na criação do psicodrama, o método de intervenção clínica e psicoterapia individual realizada em grupo. A descoberta da potencialidade terapêutica da espontaneidade e os seus efeitos no reforço das interações humanas, é uma das revelações mais intrigantes da psiquiatria moderna. No entanto, o conceito mostra-se bastante complexo e não é facilmente passível de investigação empírica (Kipper, 2000).

Segundo a teoria clássica, a espontaneidade é uma energia que não pode ser conservada e que é gasta no impulso do momento. É uma energia que é produzida no momento em que uma nova resposta ou uma nova situação surgem, tornando-se, assim, uma energia de novidade e mudança (Abreu, 2006). Esta energia refere-se a um estado psicológico de prontidão para agir e, assim, precede o aparecimento do próprio acto.

Por outras palavras, a presença da espontaneidade deverá ser inferida através de certas manifestações de comportamento, expressões verbais e de sentimentos. No entanto, não terá necessariamente de ter traduzida numa resposta de acção. Segundo a teoria clássica de Moreno, a espontaneidade pode estar presente numa pessoa, quer ela esteja a pensar, a sentir, a descansar ou em acção, quer esteja sozinha ou acompanhada.

Moreno descreve espontaneidade como uma resposta apropriada a uma nova situação, ou uma nova resposta a uma situação antiga.

Segundo Moreno (1974), existem três tipos de espontaneidade: a patológica, a estereotipada e a de alto-grau. A primeira e a última estão nos dois extremos opostos. O que sugere que o

contrário ou a ausência de espontaneidade é patologia. Esta posição é consistente com o facto de a espontaneidade apresentar uma correlação negativa com a ansiedade: quando a espontaneidade aumenta, a ansiedade diminui e vice-versa (Moreno *et al.*, 2000, cit. por Kipper, 2000).

Passando a explicá-las: a espontaneidade patológica corresponde a uma nova resposta a uma situação, mas considera-se que essa resposta não é adequada. Por exemplo, os psicóticos podem afirmar que $2 \times 2 = 5$, efectivamente é uma resposta nova, mas com um grau de adequação nulo. Também as crianças pertencem ao grupo de pessoas que transbordam espontaneidade e têm um vasto leque de novas experiências, mas nem sempre as suas respostas são adequadas, do ponto de vista dos adultos. Da mesma forma, as novas respostas dos psicóticos são duvidosas quando analisadas pelo prisma de indivíduos ditos normais. Portanto, esta forma de espontaneidade é considerada patológica na medida em que apresenta novidade, mas muito pouca adequação.

A espontaneidade do tipo estereotipada consiste numa resposta que é adequada para a situação, mas que carece de novidade ou criatividade.

E por último, a espontaneidade de alto-grau, onde existe uma resposta adequada, e com características de novidade e criatividade. Estas respostas podem ter a forma de acção, de poemas, objectos artísticos, enfim, qualquer uma cujo resultado mostre ser novo e tenha utilidade.

Estudos levados a cabo por Kipper (2000) corroboram a teoria clássica que sustenta que a espontaneidade surge na forma de pequenos impulsos de energia, que duram minutos e que são consumidos imediatamente.

Outros resultados mostram-nos que a espontaneidade se relaciona positivamente com o bem-estar e negativamente com o stress, o que confirma a teoria de Moreno que a relaciona com saúde mental (Kipper & Shemer, 2006), ou seja, a espontaneidade, enquanto agente terapêutico, reduz inibições.

Segundo os estudos de Davelaar, Araújo e Kipper (2008), a espontaneidade obteve correlação positiva com motivação intrínseca, auto-eficácia e auto-estima, não se correlacionando nem com motivação extrínseca nem com desempenho ou aprendizagem orientados para um objectivo.

Nos resultados obtidos nas várias investigações descritas, não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros, nem a espontaneidade se correlacionou significativamente com a idade ou o grau académico (Kipper & Shemer, 2006).

Ainda outros estudos de Kipper e Christoforou (2006) revelaram que os estados de espontaneidade e défice de espontaneidade não são dois lados opostos de um contínuo. Pelo contrário, representam dois contínuo separados. A espontaneidade correlaciona-se positivamente com o bem-estar (como já foi referido), enquanto que o défice de espontaneidade se correlaciona negativamente com ansiedade, comportamento obsessivo-compulsivo e orientação temporal no passado.

A espontaneidade opera no presente, no aqui e agora (Moreno, 1974). É um estado de espírito, um estado de prontidão para agir criativamente. É uma forma de motivação intrínseca que precede o processo de agir.

Moreno (cit. por Kipper, 2006), levanta a hipótese da espontaneidade levar à criatividade, que por sua vez, conduz à conserva cultural. Uma vez criada, incentiva ainda mais a espontaneidade através do processo de *warm-up* (aquecimento) e o ciclo repete-se. O aquecimento é um processo de excitação que estimula o estado de espontaneidade. Espontaneidade essa que pode ser provocada por estímulos externos ou internos.

Quando fala de conservas culturais, Moreno refere-se a formas que são o resultado do acto criativo. Temos como exemplo os livros, pinturas, filmes, partituras musicais, edifícios, cerimónias religiosas, performances teatrais. Qualquer que seja o produto, independentemente de ser um objecto inanimado, um comportamento ou ideologia, desde que possa ser “usado” repetidamente, é considerado uma conserva cultural. É qualquer coisa que preserva o valor de uma determinada cultura.

Desta forma garante-se a continuidade de um património cultural, servindo funções psicológicas e sociais. Como um repositório do passado, preserva e continua o ego criativo do Homem. Se assim não fosse, estaríamos continuamente a criar espontaneamente as mesmas formas para as mesmas situações, todos os dias.

Para terminar, e segundo Kipper (2000), a espontaneidade pode ser observada e desenvolvida através de treino e está associada a uma vida saudável e disciplina interior. Uma pessoa espontânea está mais apta a orientar-se na vida, a ser mais inspirada e real, a ter menos ansiedade e a ser mais sábia (Moreno, 1964 cit. por Kipper, 2000).

O treino da espontaneidade é, portanto, a prática mais promissora que deveria ser ensinada aos cientistas, professores e terapeutas em todas as instituições, de forma a fomentar a espontaneidade nos indivíduos, sem os tornar patológicos. Para levar a cabo esta tarefa, é preciso reconhecer que a espontaneidade e a criatividade operam no nosso universo mental e evocam níveis de expressão organizada e evoluída.

Em relação à avaliação psicométrica da espontaneidade, foram encontrados três instrumentos. A Ward Atmosphere Scale (WAS) (Røssberg & Friis, 2003), a Personal Attitude Scale II (PAS-II) (Kellar *et al.*, 2002) e o Spontaneity Assessment Inventory Revised (SAI-R) (Kipper & Shemer, 2006; Davelaar & Kipper, 2008).

A WAS é um instrumento largamente utilizado, que avalia o clima psicossocial de unidades de internamento de pacientes. Mede três dimensões: relacionamento, crescimento pessoal/realização de objectivos e manutenção/mudança.

A PAS-II é uma versão resultante da revisão da versão original Personal Attitude Scale (PAS) (Collins *et al.*, 1997), que mede a espontaneidade e é constituída por 66 itens. Apresentou valores satisfatórios de validade e fiabilidade e revelou seis características do comportamento espontâneo: (1) é original e criativo, (2) é imediato, (3) é adequado e apropriado, (4) ocorre facilmente e sem esforço, (5) o sujeito age com total envolvimento e (6) está em controlo das suas acções, que não são impulsivas (Keller *et al.*, 2002).

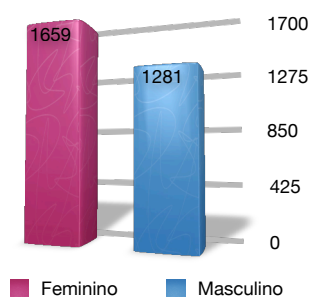
De forma sucinta, o processo de criação do questionário SAI-R, decorreu da seguinte forma: os autores (Kipper & Hundal, 2005), pediram a 20 psicodramatistas dos Estados Unidos e da Europa, todos com o mínimo de 25 anos de experiência em psicodrama, que escrevessem 5 adjectivos que descrevessem “a sensação de estar num estado espontâneo”. Depois de retiradas as redundâncias e de analisados todos os itens, o questionário SAI ficou com 20 itens que respondiam à pergunta: “*Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?*”. As respostas eram cotadas numa escala tipo Likert de 6 pontos, ordenada do 1= Nenhuma até ao 6= Muito Forte. A versão revista, SAI-R, conta com 18 itens, cotados numa escala tipo Likert de 5 pontos, ordenada de 1= Muito Fraca a 5= Muito Forte (Kipper, 2006). É o inventário de avaliação de espontaneidade mais congruente com o conceito de espontaneidade de Moreno. Optou-se, assim, pela aplicação deste instrumento.

Através de um estudo correlacional, procedeu-se à avaliação da alexitimia e da espontaneidade numa amostra da população, a nível nacional.

Amostra

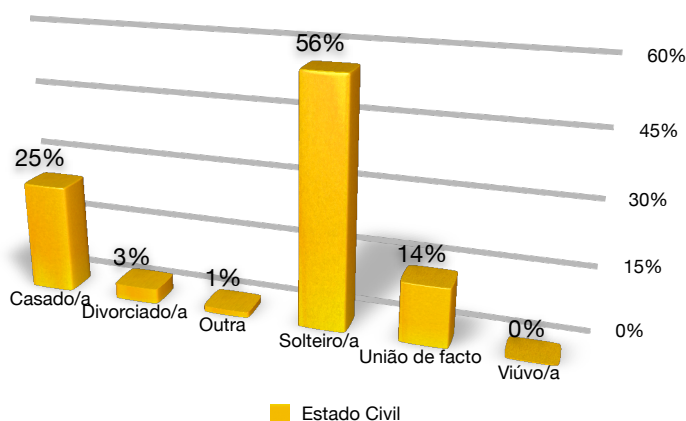
O número de participantes que constituíram esta amostra foi de 2940. 1659 sujeitos do género feminino (56,4%) e 1281 sujeitos do género masculino (43,6%). As suas idades estão compreendidas entre os 18 e os 69 anos, sendo a média de 28,45 e desvio-padrão de 7,5.

FIGURA 1
Número de sujeitos do género feminino e masculino que pertencem a esta amostra



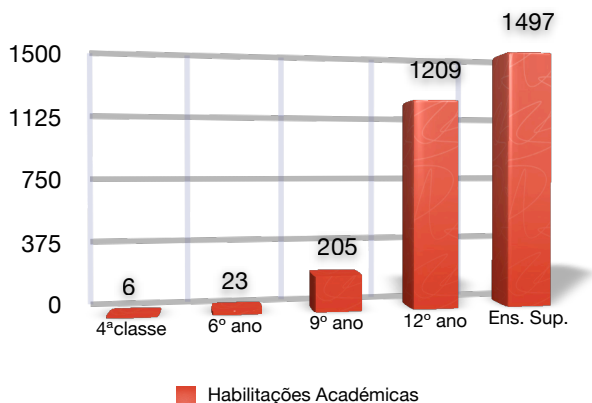
Nesta amostra, 741 sujeitos são casados (25,2%), 102 são divorciados (3,5%), 1651 são solteiros (56,2%), 400 estão em união de facto (13,6%), 7 são viúvos (0,2%) e 38 estão em situação de namoro ou noivado (1,3%).

FIGURA 2
Percentagem de sujeitos distribuída pelo estado civil



Como nos mostra a Figura 3, em relação às habilitações académicas, esta amostra contou com 6 sujeitos com a 4ª classe (0,2%), 23 sujeitos com o 6º ano (0,8%), 205 sujeitos com o 9º ano (7%), 1209 sujeitos com o 12º ano ou equivalente (41,1%) e 1497 sujeitos com habilitações ao nível do Ensino Superior (50,9%).

FIGURA 3
Número de sujeitos por grau académico



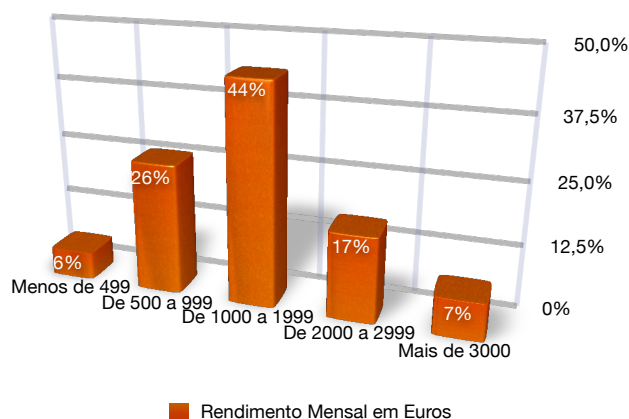
A situação profissional dos sujeitos da amostra está distribuída da seguinte forma: 12% de desempregados (362 sujeitos), 62% estão empregados (1817), 23% são estudantes (666), 0,4% são reformados (12) e 3% são empregadas domésticas ou empresários individuais.

FIGURA 4
Percentagem de sujeitos distribuída pela situação profissional



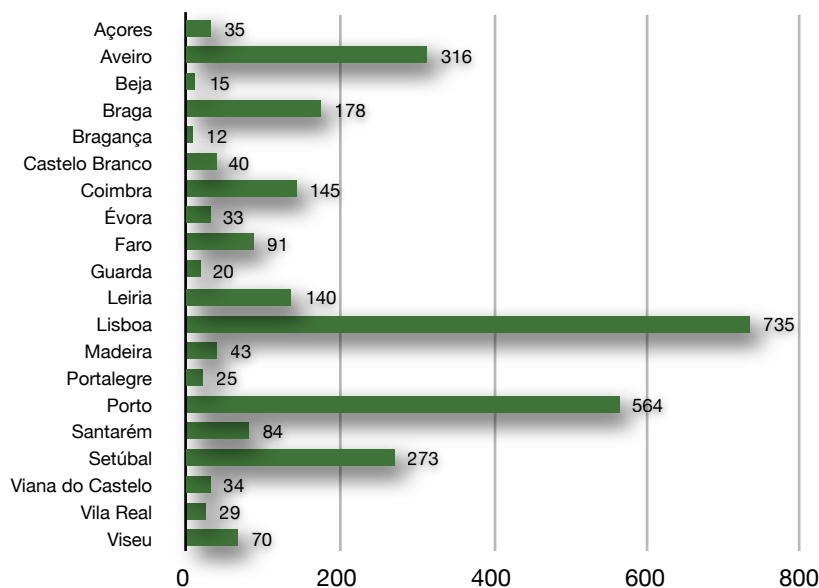
O rendimento mensal dos sujeitos da amostra pode ser verificado na Figura 5 e corresponde a 6% com menos de 499€ por mês, 26% com rendimento mensal entre os 500€ e os 999€, 44% com rendimento mensal entre os 1000€ e os 1999€, 17% com rendimento entre os 2000€ e os 2999€ e 7% da amostra com um rendimento mensal superior a 3000€.

FIGURA 5
Percentagem de sujeitos distribuída pelo rendimento mensal que auferem



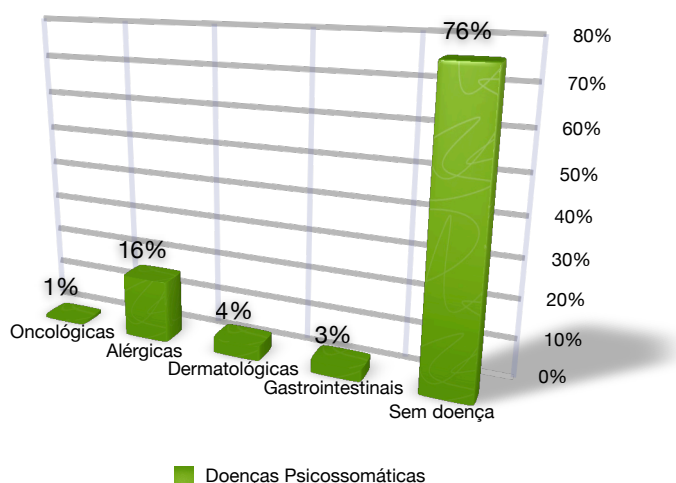
Esta investigação foi feita de Norte a Sul do país, incluindo os Arquipélagos dos Açores e da Madeira. Assim, a Figura 6 mostra o número de sujeitos da amostra, distribuídos pelas várias capitais de Distrito.

FIGURA 6
Número de sujeitos em cada capital de distrito, Açores e Madeira



Nesta amostra, 76% dos sujeitos não têm doenças psicossomáticas e os restantes distribuem-se da seguinte forma: 1% apresenta doença oncológica, 16% apresenta doenças alérgicas, 4% apresenta doenças dermatológicas e 3% apresenta doenças gastrointestinais. 4% dos sujeitos que apresentam doenças psicossomáticas, referiram mais do que uma.

FIGURA 7
Percentagem de sujeitos distribuída pelas doenças psicossomáticas que apresentam



Instrumentos

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

A TAS-20 resulta da investigação continuada a partir da versão original de 26 itens e é um instrumento de auto-registo constituído por 20 itens: “*Fico muitas vezes confuso/a sobre qual a emoção que estou a sentir.*”, “*Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.*”, ou “*Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.*”, são alguns dos exemplos (ver Anexo A).

É pedido aos participantes que assinalem o seu grau de concordância com cada um dos itens, numa escala tipo Likert de 5 pontos, ordenada de 1= discordo totalmente a 5= concordo totalmente.

A TAS-20 tem três sub-escalas que reflectem três facetas da alexitimia:

DIS- dificuldade em identificar sentimentos (itens: 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14);

DDS- dificuldade em descrever sentimentos (itens: 2, 4, 11, 12 e 17);

POE- pensamento orientado para o exterior (itens: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20).

Na versão portuguesa, aferida em 1996 (Prazeres, 2004), o coeficiente de precisão interna *Alpha de Cronbach* é de 0.79. A precisão teste-reteste apresentou coeficientes de correlação de 0.90 com 3 semanas de intervalo e 0.86 com 6 semanas de intervalo. Os estudos efectuados demonstraram a replicabilidade da estrutura factorial em 3 factores.

O resultado final de alexitimia é o somatório dos valores atribuídos a cada item, sendo que os itens 4, 5, 10, 18 e 19 são de cotação inversa. O resultado para cada sub-escala obtém-se somando os valores atribuídos a cada item dessa sub-escala.

A TAS-20 tem o seguinte ponto de corte: valores menores ou iguais a 51 considera-se como baixa alexitimia. Entre 52 e 60 considera-se alexitimia moderada. Valores iguais ou superiores a 61 considera-se elevada alexitimia.

A utilização deste instrumento foi autorizada por Nina Prazeres.

Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R)

É um inventário de auto-registo concebido para medir a intensidade da espontaneidade, traduzida em pensamentos ou sentimentos.

À pergunta: “*Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?*” segue-se uma lista de 18 itens com adjectivos e frases que descrevem vários sentimentos e pensamentos, como alguns destes exemplos: “*Alegre*”, “*Criativo*”, “*Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites*”, ou “*Livre para agir, até extravagantemente*” (ver Anexo B).

É pedido aos participantes que avaliem cada item, numa escala de Likert de 5 pontos ordenada de 1= muito fraca a 5= muito forte.

O SAI-R é uma ligeira modificação da versão original do Spontaneity Assessment Inventory - SAI (Christoforou e Kipper, 2006; Kipper e Hundal, 2005). O SAI original tinha 20 itens numa escala de Likert de 6 pontos.

A investigação com o SAI revelou correlações positivas com bem-estar (Kipper e Hundal, 2005) e negativas com ansiedade e tendência obsessiva-compulsiva (Christoforou e Kipper, 2006). A versão revista SAI-R também se correlacionou positivamente com bem-estar e negativamente com stress, apresentando um *Alpha de Cronbach* de 0.79 (Kipper e Shemer, 2006).

A SAI-R está em adaptação para a língua portuguesa e foi autorizada pelos seus tradutores, Vera Batista e António Gonzalez.

O resultado final é calculado pelo somatório do valor atribuído a cada um dos 18 itens, no intervalo possível de 18 a 90.

Formulário de características pessoais

Juntamente com os instrumentos acima referidos, cada sujeito preencheu um formulário de características pessoais onde constava informação sobre o género, idade, estado civil, habilitações académicas, situação profissional, rendimento mensal, número de pessoas do agregado familiar, distrito de residência e se é portador ou não de alguma das doenças crónicas apresentadas (Ver Anexo C).

Procedimento

Para que este estudo tivesse uma amostra representativa da população portuguesa, de forma a que se conseguisse encontrar um valor que sirva de média para a escala SAI-R, que até à data ainda não existe em Portugal, optei por pedir a colaboração a uma entidade credível de estudos de mercado, que actua também ao nível da internet, com a sua plataforma personalizada de recolha de dados e gestão de painel *online*. A empresa foi fundada em 1998 e tem mais de duzentos clientes como o Infarmed, a Bayer HealthCare ou a Universidade Católica Portuguesa, entre outras.

Assim, após ter elaborado e testado vários questionários com pessoas da área da psicologia e outras de áreas completamente distintas, o questionário foi oficialmente colocado on-line dia 1 de Outubro de 2009 às 23h15 e concluído para análise dia 13 do mesmo mês (ver Anexo D).

O questionário foi divulgado por *e-mail*, de forma aleatória, através do painel de pessoas registadas no *site* da empresa, bem como através de redes sociais como o *Facebook* e o *Twitter*. Através de um método de registo inicial, que guardava os dados de *e-mail* do sujeito, o utilizador desse *e-mail* só poderia responder a um inquérito. Desta forma tentou-se ultrapassar a questão do preenchimento falacioso de alguns questionários.

Torna-se evidente que não podemos controlar se é a própria pessoa que responde ao questionário e se estará a ser totalmente verdadeira. Mas os riscos seriam os mesmos se distribuíssemos o questionário por correio. Só se controlaria esta variável, estando frente a

frente com cada um dos participantes, mas nem por isso saberíamos se estaria a responder com a verdade.

Foi explicado que este era um estudo académico e garantido o anonimato dos participantes. A participação nesta investigação foi completamente voluntária e isenta de gratificação.

Resultados

Apresentam-se, de seguida, os resultados mais relevantes para esta investigação.

Os coeficientes de precisão interna, avaliados pelo *Alpha de Cronbach*, foram de 0,847 para a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) e de 0,922 para o Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) (ver Anexo E).

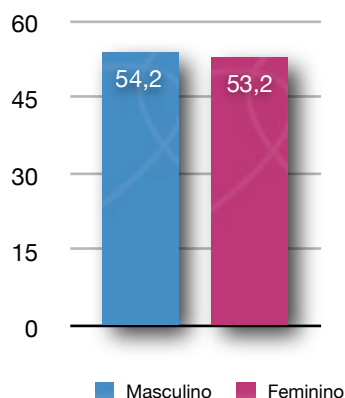
Estes são valores altamente satisfatórios, que nos garantem a consistência interna dos testes, tornando-os bastante fidedignos. Em relação ao *Alpha de Cronbach* da TAS-20 obtido nesta investigação, o valor é superior ao conseguido por Prazeres e colaboradores em 2004, que foi de 0,79 (Prazeres *et al.*, 2004). Também o valor encontrado com a versão em inglês foi similar a esse (cit. por Prazeres, 2004).

Em relação ao *Alpha de Cronbach* da SAI-R, o valor obtido nesta investigação foi superior a qualquer dos valores encontrados com a versão original (Davelaar *et al.*, 2008; Kipper & Shemer, 2006). Temos, portanto, a confirmação de que tanto a escala TAS-20 como o inventário SAI-R são testes fidedignos e precisos.

Os coeficientes de precisão interna registados nos factores da TAS-20 são de boa consistência para DIS $\alpha = 0,861$ e para DDS $\alpha = 0,754$, mas inferior ao que seria adequado para POE $\alpha = 0,499$ (ver Anexo F). Assim, referimos apenas os valores e correlações que derivam das análises de fidelidade adequadas.

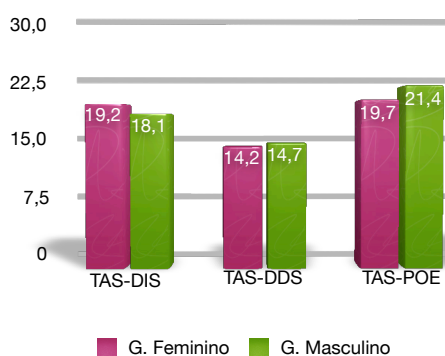
As cotações dos sujeitos na TAS-20 revelaram uma média total de 53,663 e um desvio-padrão de 12,036. O género masculino apresenta uma média de 54,211 e o género feminino apresenta uma média de 53,242, o que não revela ser uma diferença significativa, confirmada pela ANOVA realizada (ver Anexo G).

FIGURA 8
Médias obtidas com a TAS-20 para o género masculino e feminino



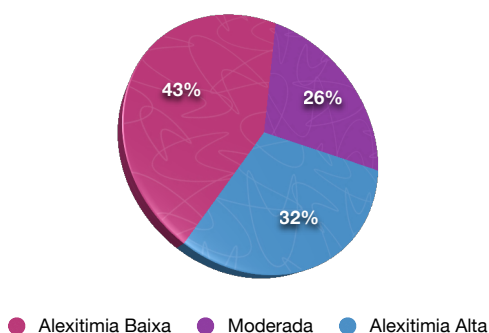
No entanto, quando analisados os três factores DIS, DDS e POE separadamente, encontramos diferenças significativas entre as médias de cada um deles para o género masculino e feminino (ver Anexo H). Assim, como podemos observar na Figura 9, se na DIS (Dificuldade em Identificar Sentimentos) as mulheres têm uma média mais elevada, é na POE (Pensamento Orientado para o Exterior) que os homens mostram valores bastante superiores.

FIGURA 9
Médias de DIS, DDS e POE para o género masculino e feminino



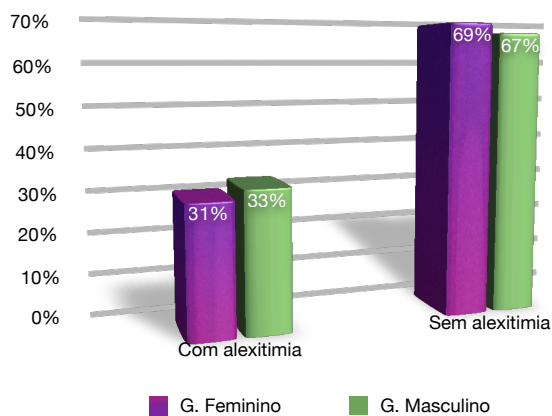
Ainda em relação às cotações da TAS-20, e de acordo com o ponto de corte descrito na literatura (Taylor *et al.*, 1997; Prazeres *et al.*, 2004), obtivemos uma prevalência de 43% dos sujeitos da amostra com baixa alexitimia, 26% com alexitimia moderada e 32% com elevada alexitimia.

FIGURA 10
Percentagem de sujeitos da amostra com alexitimia baixa, moderada e alta



Dos 32% dos sujeitos que apresentam valores altos de alexitimia, podemos verificar que no universo feminino apenas 30,7% de mulheres são alexitímicas (em oposição a 69,3% que não o são), e no universo masculino 33% de homens são alexitímicos (em oposição a 67% que não o são).

FIGURA 11
Percentagem de sujeitos com e sem alexitimia, de acordo com o género feminino e masculino

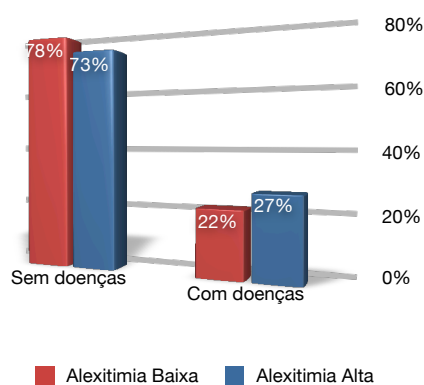


Correlacionou-se a TAS-20 com as Habilitações Académicas e obtivemos uma correlação negativa significativa de $r = -0,117$ para um $\alpha = 0,01$. Isto diz-nos que existem mais características alexitímicas na população com menos escolaridade do que na população com mais habilitações académicas. Através da ANOVA confirmatória, torna-se evidente que há diferenças nos *scores* da TAS-20 que são explicados pelo grau académico, mas segundo o *Partial Eta Square* = 0,014, essas diferenças são muito pouco significativas (ver Anexo I).

Fez-se uma correlação de Pearson entre a TAS-20 e o Rendimento, e obtivemos também uma correlação negativa significativa entre as duas variáveis. Com um $r = -0,119$ para um $\alpha = 0,01$. Ou seja, a valores mais elevados da TAS-20, correspondem valores mais baixos de rendimento mensal, e vice-versa (Anexo J).

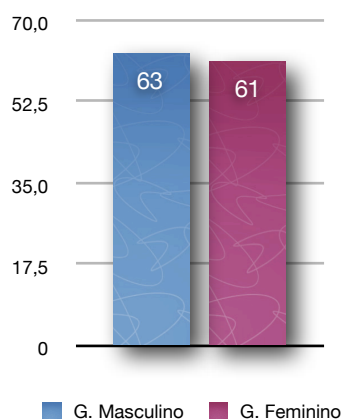
Outra correlação que mereceu interesse foi a da TAS-20 com as Doenças Psicossomáticas. Fez-se uma ANOVA entre as duas variáveis que nos comprovou que existe uma relação entre elas e podemos concluir que sujeitos sem doenças psicossomáticas apresentam valores de alexitimia mais baixa (78,2%) do que alta (73%). Já os sujeitos que tinham pelo menos uma das doenças crónicas apresentadas, revelaram valores de alexitimia mais alta (27%) do que baixa (21,8%) (ver Anexo K).

FIGURA 12
Percentagem de sujeitos com alexitimia baixa e alexitimia alta,
de acordo com a categorização sem doenças e com doenças



Nas respostas dadas ao inventário SAI-R, obteve-se uma média total de 61,979 e desvio-padrão de 10,442. Para o género masculino a média foi de 62,962 e para o género feminino foi de 61,221. Mais uma vez, a diferença entre os géneros não é significativa, como comprova a ANOVA realizada (ver Anexo L).

FIGURA 13
Médias obtidas com o SAI-R para o género masculino e feminino



Esta média é superior à encontrada no estudo de Vera Batista (2009) com doentes de Lúpus. Talvez devido à totalidade da sua amostra serem doentes psicossomáticos, as médias de SAI-R encontradas no seu estudo apontem para valores mais baixos (média total=54,89).

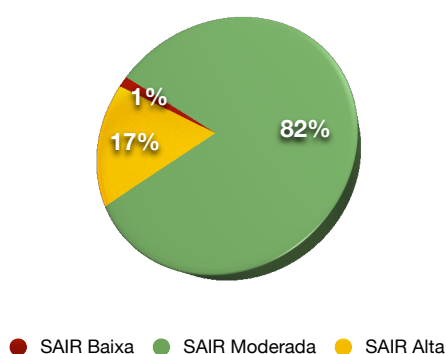
Com esta investigação torna-se possível encontrar valores que indiquem um estado de baixa, moderada e elevada espontaneidade. Segundo uma sugestão do próprio autor do inventário (Kipper), com quem temos mantido contacto, este estudo propõe os seguintes valores de referência:

- valores ≤ 35 - baixa espontaneidade
- valores [36-71] - espontaneidade moderada
- valores ≥ 72 - elevada espontaneidade

Partindo de valores que são apenas indicativos, pareceu-nos interessante observar a prevalência de sujeitos nos 25% de *scores* mais baixos (de 18 a 35) e nos 25% de *scores* mais elevados (de 72 a 90).

Desta forma, podemos concluir que apenas 1% da amostra apresenta valores que correspondem a baixa espontaneidade, 82% apresentam espontaneidade moderada e 17% apresentam elevada espontaneidade.

FIGURA 14
Percentagem de sujeitos com valores de espontaneidade baixa, moderada e alta



Foi ainda realizada uma ANOVA entre os valores da SAI-R e o grau académico dos sujeitos, para percebermos se existe alguma relação entre as duas variáveis. O resultado revelou $F=4,042$, com $\alpha= 0,003$, portanto mostra-se significativo. Isto quer dizer que os resultados desta amostra, obtidos no SAI-R, são em parte explicados pela escolaridade do sujeito. No entanto, a dimensão do efeito, dada pelo *Partial Eta Squared* = 0.005 indica-nos que esse efeito é ínfimo (ver Anexo M).

O coeficiente de correlação de Pearson, utilizado para analisar a correlação entre duas variáveis, revelou um valor de $r= -0,234$ quando associadas a TAS-20 e a SAI-R. Quer isto dizer que existe uma correlação significativa e negativa entre elas, ou seja, estão inversamente

correlacionadas. Este é um valor estatisticamente bastante significativo para um $\alpha= 0,01$ (Anexo N).

Este resultado revela que a valores elevados de uma escala correspondem valores baixos da outra e vice-versa, o que vai ao encontro das nossas expectativas.

O coeficiente de correlação de Pearson é uma medida que quantifica a intensidade e a direcção da associação entre duas variáveis, e apresenta um valor de $r = -0,234$ quando correlacionamos os valores obtidos na TAS-20 e na SAI-R. Este é um valor estatisticamente significativo para um $\alpha = 0,01$.

Uma correlação mede a associação entre as variáveis, sem qualquer implicação de causa e efeito entre ambas (Maroco, 2007). Isto quer apenas dizer que se obteve uma correlação negativa entre alexitimia e espontaneidade, ou seja, a valores elevados obtidos na escala de alexitimia correspondem valores baixos obtidos na escala de espontaneidade e vice-versa.

Este resultado vai ao encontro das nossas expectativas. Também o estudo realizado por Vera Batista (2009) em doentes de Lúpus, onde aplicou as mesmas escalas, revelou uma correlação negativa entre ambas. Parece, pois, fazer sentido que a alexitimia, ou seja, a falta de palavras para as emoções, apresente uma correlação inversa com a intensidade da espontaneidade, que é traduzida em pensamentos ou sentimentos.

Não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias obtidas com a TAS-20 para o género masculino (54,2) e feminino (53,2). No entanto estes valores são superiores aos referenciados por Mattila (2009) em vários estudos realizados (ver pág. 8). Também Helmes e colaboradores (2008) encontraram resultados inferiores. Apenas os resultados de Vera Batista (2009) apresentam médias mais aproximadas a estas ($M = 59,1$), mas fica por concluir se tal acontece devido à amostra desse estudo ser constituída por doentes psicossomáticos ou simplesmente por ser essa a norma na realidade portuguesa.

Estaremos a aproximarmo-nos de uma zona limite onde não há espaço para falarmos das nossas emoções, onde cada vez mais escondemos os nossos sentimentos com medo de sermos julgados, diminuídos, ridicularizados? Onde pomos as nossas defesas ao alto, esperando assim que não estale o verniz da capa que nos protege?

Se nos é possível identificar sentimentos, já falar sobre eles, exprimi-los e descrevê-los parece ser uma tarefa bastante mais difícil e comprometedora das nossas fragilidades e medos.

Na verdade, este estudo aponta para uma prevalência de 32% da amostra com alexitimia alta, facto que não coincide com nenhum outro estudo referenciado na literatura, onde estes valores rondam os 10% e os 20%. Portanto, fica por esclarecer o porquê de tal percentagem, numa amostra que por sinal é maioritariamente constituída por pessoas que não têm doenças psicossomáticas (factor que poderia contribuir para um valor mais elevado). A menos que outras variáveis não controladas possam ter comprometido este resultado, como outras doenças psicológicas, ou abuso de substâncias, fica para já a nossa amostra referenciada em 32% de sujeitos com características alexitímicas.

Destes 32%, o género masculino apresenta uma prevalência maior do que o género feminino. Isto pode significar que os homens, ao contrário das mulheres, não acham tão adequado expressar os seus sentimentos aos outros e preferem fazer relatos mais direccionados às acções, usando descrições detalhadas e dados supérfluos ausentes de conteúdo emocional ou pessoal, em vez de sucumbirem à ruminação (POE).

Por outro lado, podemos presumir que existem factores psico-sociais e culturais que podem exercer influência sobre as diferenças de género encontradas na alexitimia. Não é por acaso que na cultura ocidental a educação é diferente entre rapazes e meninas. A elas os brinquedos e jogos que promovem as interacções sociais, a eles os que despertam mais a agressividade. Não é, de todo, irrelevante que ainda exista no seio das famílias o lema “os rapazes não choram”, contribuindo assim para um maior afastamento emocional e pouca partilha de afectos entre os rapazes.

Outro factor que pode explicar o elevado número de pessoas com características alexitímicas na nossa amostra, é o facto do nosso estudo ter sido feito *online*. Todos os participantes tinham acesso à *Internet* e sabiam funcionar com as novas tecnologias. Será que o tempo que passam em uso destas novas funcionalidades os impede de lidar com a realidade não virtual, subestimando assim, todo um espectro de sentimentos e emoções que existem apenas nas relações humanas?

A associação entre alexitimia e baixo rendimento mensal, incluindo um nível educacional também mais baixo, foram outros resultados que foram ao encontro do que seria esperado (ver pág. 8).

Salminen *et al.* (1999, cit. por Mattila, 2009) argumentou que o nível educacional de um indivíduo reflete o status social, valores e clima emocional da família de origem, o que implica que os níveis inferiores de educação apontam para um desenvolvimento menos favorável. Assim, as características alexitímicas também podem ser um factor de risco para estudos sem êxito e, eventualmente, para o abandono dos estabelecimentos de ensino.

Também existe uma associação entre a alexitimia e as doenças psicossomáticas, como apontam a maioria dos estudos que têm vindo a ser feitos, desde que em 1976 o termo foi conceptualizado. Neste caso, as pessoas que sofrem de pelo menos uma das doenças psicossomáticas apresentadas (oncológicas, dermatológicas, alérgicas ou gastrointestinais), exibem valores de alexitimia elevada.

Nos transtornos psicossomáticos, pode haver uma dissociação inconsciente entre mente e corpo. Alguns sujeitos, quando a mente se encontra muito oprimida por emoções inconscientes, têm dificuldade em trabalhá-las adequadamente, e o corpo expressa-se, diretamente ou indiretamente, pelos sintomas ou doenças orgânicas.

Analisando agora os valores e associações obtidos com o inventário SAI-R, podemos observar que não há diferenças significativas entre os géneros quando nos reportamos às médias registadas por cada um. Ainda assim, é de salientar que a média deste estudo ($M=61,97$) aproxima-se bastante das que estão referenciadas na literatura (Kipper & Shemer, 2006; Kipper *et al.*, 2008).

Fizemos uma comparação com um estudo português (Batista, 2009), onde foram avaliados doentes com Lúpus e a média do SAI-R foi de 54,89. Neste caso, a média surge significativamente mais baixa, muito provavelmente porque a amostra era constituída por doentes psicossomáticos. Desta forma, apresentam valores mais altos na escala de alexitimia e conseqüentemente, valores mais baixos na espontaneidade.

Também indicamos um possível valor de referência para baixa, moderada e elevada espontaneidade. De acordo com indicações do autor deste inventário, conseguiu-se encontrar um ponto de corte para o SAI-R. Assim, temos baixa espontaneidade para valores inferiores ou iguais a 35, espontaneidade moderada para valores entre 36 e 71, e elevada espontaneidade para valores iguais ou superiores a 72.

Dados preliminares sugerem que as psicoterapias que envolvam técnicas específicas para aumentar a consciência emocional e integrar elementos simbólicos podem ser eficazes na redução de características alexitímicas.

No entanto, existe um consenso geral de que as características alexitímicas são difíceis de modificar (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Enquanto Nemiah e Sifneos (1976) recomendam terapias de apoio ao invés de formas interpretativas da psicoterapia individual, outros sugerem técnicas específicas de psicoterapia aplicada a indivíduos ou grupos (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Um estudo feito por de Groot e seus colaboradores (cit. por Taylor, 2000) em doentes bulímicos, veio relatar uma significativa redução nos níveis médios de alexitimia após um programa de tratamento hospitalar, que incluía psicoterapia de grupo intensiva, incidindo sobre relações e interações familiares, bem como nutrição e gestão de sintomas.

Estes pesquisadores também enfatizam as intervenções destinadas a melhorar a consciência emocional, incluindo dirigir a atenção dos pacientes às manifestações não-verbais das suas emoções.

Até à data, no entanto, apenas um estudo explorou os benefícios da redução das características alexitímicas em pacientes com doenças somáticas: Beresnevaité (2000) trabalhou durante quatro meses com pacientes que tinham doença cardíaca coronária. Uma terapia de grupo semanal que envolveu as bases do psicodrama, como treino de relaxamento, orientações para a identificação e comunicação de sentimentos, imagens, música e expressão emocional não-verbal, fez com que se verificassem diminuições significativas nos valores médios de alexitimia.

Assim, alguns progressos podem ser feitos para ajudar os pacientes a lidar com as suas emoções, promover a diferenciação de afectos e sua verbalização.

Segundo Krystal (1979), a primeira tarefa do terapeuta será ajudar o paciente a compreender que as suas emoções não são iguais às das outras pessoas e que terá de aprender a lidar com o facto de ter reacções fisiológicas e sensações em vez de sentimentos. Depois, ajudar o paciente a desenvolver tolerância aos afectos, o que envolve observar com ele a forma como ele vivencia as suas emoções e como reage a elas. Por fim, ajudá-lo a gradualmente verbalizar as emoções, ou seja, tentar com o paciente encontrar palavras para descrever os seus sentimentos (como fazem os pais ou analistas de crianças).

Resumindo, a tarefa do terapeuta será ajudar o paciente a interpretar, organizar e reconhecer os seus próprios sentimentos.

Segundo Lumley, Neely e Burger (2007) o treino de competências, incluindo técnicas de relaxamento, programação de actividades agradáveis, distração e exercícios de comunicação, podem ser particularmente úteis para pessoas com alexitimia.

- Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed., rev.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bagby, M. & Taylor, G. (1997). Affect dysregulation and alexithymia. In G. Taylor, R. Bagby, J. Parker (eds), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bagby, M., Taylor, G. & Atkinson, L. (1988). Alexithymia - a comparative study of three self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 107-116.
- Batista, V. (2009). *O Psicodrama como abordagem psicoterapêutica à alexitimia: espontaneidade e alexitimia em pacientes com lúpus*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Beresnevaité, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117-122.
- Brautigam, W. & Von Rad, M. (eds.) (1977). *Proceedings of the 11th European Psychosomatic Research Conference: Toward a theory of psychosomatic disorders*. Karger, Basel, Switzerland.
- Christoforou, A. & Kipper, D. (2006). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI), Anxiety, Obsessive-Compulsive Tendency, and Temporal Orientation. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 59, 23-34.

- Collins, L., Kumar, V., Treadwell, T. & Leach, E. (1997). The Personal Attitude Scale: A Scale to Measure Spontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 49, 147-156.
- Crespo, J. (2002). Psicopatología de la afectividad. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 219-234). Barcelona: Masson.
- Davelaar, P., Araujo, F. & Kipper, D. (2008). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Relationship to goal orientation, motivation, perceived self-efficacy, and self-esteem. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 117-128.
- Flannery, J. (1977). Alexithymia I: The Communication of Physical Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 133-140.
- Helmes, E., McNeill, P., Holden, R. & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology* 64, 318-331.
- Horn, A. & Almeida, M. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses actuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37, 69-84.
- Kellar, H., Treadwell, T., Kumar, V. & Leach, E. (2002). The Personal Attitude Scale-II: A Revised Measure of Spontaneity. *The International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 55, 35-46.
- Kipper, D. (2000). Spontaneity: Does the experience match the theory? *Internacional Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training and Role Playing*, 53, 33-47.
- Kipper, D. (2006). The Canon of Spontaneity - Creativity Revisited: The Effect of Empirical Findings. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 59 (3), 117-126.

- Kipper, D. & Hundal, J. (2005). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI): The relationship between spontaneity and nonspontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 58 (3), 119-129.
- Kipper, D. & Shemer, H. (2006). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Spontaneity, Well-Being, and Stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59 (3), 127-136.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Larsen, K., Brand, N., Bermond, B. & Hijman, R. (2003). Cognitive and Emotional Characteristics of Alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533-541.
- Lolas, F. & Von Rad, M. (1989). Alexithymia. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*, Vol. 1. Madison: International Universities Press.
- Lumley, M., Neely, L. & Burger, A. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 230-246.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marty, P. (1972). Intervention: Points de Vue Psychanalytiques Sur L’Inhibition Intellectuelle. *Revue Française de Psychanalyse*, 36, 805-816.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Marty, P. & M'Uzan, M. (1962). O pensamento operatório. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28, 165-174. (Obra original publicada em 1994)
- Marty, P. & Debray, R. (1989). Current concepts of character disturbance. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*, Vol. 1. Madison: International Universities Press.
- Mattila, A. (2009). *Alexithymia in Finnish General Population*. Dissertação Académica. Tampere: University of Tampere.
- McDougall, J. (1974). The Psychosoma and Psychoanalytic Process. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 437-459.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: A Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.
- Moreno, J. (1974). The Creativity Theory of Personality - Spontaneity, Creativity and Human Potentialities. In *Psychodrama : theory and therapy*. New York : Behavioral Publications.
- Nemiah, J., Freyberger, H. & Sifneos, P. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic research*. Vol. 3, pp. 430-439. London: Buttersworth.
- Parker, J., Taylor, G. & Bagby, R. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Pedinelli, J. & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Éditions Techniques: Paris.

- Prazeres, N., Taylor, G., & Parker, J. (2004). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, 1ª Ed, Vol. 2, pp. 87-99. Coimbra: Quarteto.
- Rössberg J. & Friis, S. (2003). Do the spontaneity and anger and aggression subscales of the Ward Atmosphere Scale form homogeneous dimensions? A cross-sectional study of 54 wards for psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 118-123.
- Ruesch, J. (1948). The Infantile Personality - The Core Problem of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-144.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 193-201.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Silva, A. & Caldeira, G. (1993). Alexitimia e pensamento operatório: A questão do afecto na Psicossomática. In J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 113-118). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Spitz, R. (1983). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Taylor, G. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 669-784.
- Taylor, G. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- Taylor, G., Bagby, M., & Parker, J. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.

Teixeira, J. (2005). *Psicopatologia Geral. Introdução, Métodos e Modelos, Psicopatologia descritiva*. ISPA: Lisboa.

Vicente, L. (2005). Psicanálise e Psicossomática - uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 257-267.

Anexos

SAI-R: Experiência Pessoal

O inquérito seguinte foi elaborado para ajudar a entender os sentimentos e pensamentos que as pessoas vivenciam em diferentes situações durante um dia típico. Gostaríamos que compartilhasse conosco as suas experiências relativamente a esse aspecto.

Instruções: Os 18 diferentes sentimentos e pensamentos apresentados abaixo referem-se à questão em negrito. Deverão ser avaliados nas escalas ordenadas de Muito Fraca a Muito Forte, que aparecem à direita de cada item. Por favor leia cada item cuidadosamente e assinale apenas a resposta que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos ou pensamentos. É importante que você não deixe em branco nenhum dos itens. Não há respostas certas ou erradas.

“Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”

	Muito Fraca	Fraca	Nem Fraca nem Forte	Forte	Muito Forte
1- Criativo/a					
2- Feliz					
3- Desinibido/a					
4- As coisas parecem fluir					
5- Vivo/a					
6- Livre para criar					
7- Eufórico/a					
8- Livre para agir, até extravagantemente					
9- Vivendo plenamente com equilíbrio					
10- Com energia					
11- Com controlo					
12- Leve e amorosamente					
13- Pleno/a					
14- Prazer					
15- Poderoso/a					
16- Bem sucedido/a					
17- Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites					
18- Alegre					

TAS-20

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações. Dê só uma resposta por cada afirmação.

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

FORMULÁRIO DE CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

1- Género: Masculino
 Feminino

2- Idade: _____

3- Estado Civil:

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de facto
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- Outra: _____

4- Habilitações Literárias:

- 4ª classe
- 9º ano
- 12º ano ou equivalente
- Ensino Superior

5- Situação Profissional:

- Estudante
- Empregado/a
- Desempregado/a
- Reformado/a
- Outra: _____

Nº de pessoas do agregado familiar: _____

Em que região vive:

Aveiro

Beja

Braga

Bragança

Leiria

Coimbra

Évora

Faro

Guarda

Setúbal

Lisboa

Portalegre

Porto

Santarém

Açores

Viana do Castelo

Vila Real

Viseu

Castelo Branco

Madeira

Qual o rendimento mensal do seu agregado familiar?

Menos de 499€

De 500 a 999€

De 1000 a 1999€

De 2000 a 2999€

Mais de 3000€

Sofre de alguma destas doenças crónicas?

Doenças oncológicas

Doenças alérgicas

Doenças dermatológicas

Doenças gastrointestinais

Nenhuma

Apresentação da TAS-20, do SAI-R e do Formulário de Características Pessoais, tal como foi disponibilizado *online* para todos os participantes.

Esta investigação refere-se às emoções e à espontaneidade. É um estudo a nível nacional e faz parte de uma tese do Mestrado Integrado em Psicologia do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Para além de algumas informações a seu respeito, pedimos que preencha dois questionários (SAI-R, (c) David Kipper, 2005, em adaptação por António Gonzalez, ISPA, autorizada pelo autor; e TAS-20, (c) Taylor, Bagby & Parker, 1992, adaptação de Nina Prazeres, F.P.C.E.-UL., autorizada por G.J. Taylor).

As suas respostas são de enorme importância, e a confidencialidade e o anonimato são garantidos. Não há qualquer intuito comercial nem benefício financeiro associado a este trabalho, sendo o seu carácter científico.

A sua participação demorará cerca de 8 minutos.

Obrigado pela sua colaboração!

Escala SAI-R, SAI-R, (c) David Kipper

Os 18 diferentes sentimentos e pensamentos apresentados abaixo referem-se à questão em negrito. Deverão ser avaliados nas escalas ordenadas de **Muito Fraca a Muito Forte (1 = Muito Fraca; 2 = Fraca; 3 = Nem Fraca nem Forte, 4 = Forte e 5 = Muito Forte)**.

Por favor leia cada item cuidadosamente e assinale apenas a resposta que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos ou pensamentos.

É importante que não deixe em branco nenhum dos itens. Não há respostas certas ou erradas.

1. Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?

- 1 2 3 4 5 Criativo/a
- 1 2 3 4 5 Feliz
- 1 2 3 4 5 Desinibido/a
- 1 2 3 4 5 As coisas parecem fluir
- 1 2 3 4 5 Vivo/a
- 1 2 3 4 5 Livre para criar

 VOLTAR

SEGUINTE 

MultiDados

Dúvidas ou Questões

1 = Muito Fraca; 2 = Fraca; 3 = Nem Fraca nem Forte, 4 = Forte e 5 = Muito Forte

- 1 2 3 4 5 Eufórico/a
- 1 2 3 4 5 Livre para agir, até extravagantemente
- 1 2 3 4 5 Vivendo plenamente com equilíbrio
- 1 2 3 4 5 Com energia
- 1 2 3 4 5 Com controlo
- 1 2 3 4 5 Leve e amorosamente


VOLTAR SEGUINTE

MultiDados

Dúvidas ou Questões

1 = Muito Fraca; 2 = Fraca; 3 = Nem Fraca nem Forte, 4 = Forte e 5 = Muito Forte

- 1 2 3 4 5 Pleno/a
- 1 2 3 4 5 Prazer
- 1 2 3 4 5 Poderoso/a
- 1 2 3 4 5 Bem sucedido/a
- 1 2 3 4 5 Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites
- 1 2 3 4 5 Alegre


VOLTAR SEGUINTE

MultiDados

Dúvidas ou Questões

2. Usando a escala ordenada em que **1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo em parte; 3 = Nem discordo nem concordo; 4 = Concordo em parte e 5 = Concordo totalmente**, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações.

- 1 2 3 4 5 Fico muitas vezes confuso/a sobre qual a emoção que estou a sentir.
- 1 2 3 4 5 Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.
- 1 2 3 4 5 Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.
- 1 2 3 4 5 Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.
- 1 2 3 4 5 Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.
- 1 2 3 4 5 Quando estou aborrecido/a, não sei se me sinto triste, assustado/a ou zangado/a.
- 1 2 3 4 5 Fico muitas vezes intrigado/a com sensações no meu corpo.



MultiDados

Dúvidas ou Questões

1- Discordo totalmente; 2- Discordo em parte; 3- Nem discordo nem concordo; 4- Concordo em parte; 5- Concordo totalmente

- 1 2 3 4 5 Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.
- 1 2 3 4 5 Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.
- 1 2 3 4 5 É essencial estar em contacto com as emoções.
- 1 2 3 4 5 Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.
- 1 2 3 4 5 As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.
- 1 2 3 4 5 Não sei o que se passa dentro de mim.
- 1 2 3 4 5 Muitas vezes não sei porque estou zangado/a.
- 1 2 3 4 5 Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.



MultiDados

Dúvidas ou Questões

1- Discordo totalmente; 2- Discordo em parte; 3- Nem discordo nem concordo; 4- Concordo em parte; 5- Concordo totalmente

- 1 2 3 4 5 Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.
- 1 2 3 4 5 É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.
- 1 2 3 4 5 Posso sentir-me próximo/a de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.
- 1 2 3 4 5 Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.
- 1 2 3 4 5 Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.


VOLTAR SEGUINTE

MultiDados

Dúvidas ou Questões

Caracterização

Sexo:

- Masculino Feminino

Qual é a sua idade?

Estado Civil:

- Solteiro/a
 Casado/a
 União de facto
 Divorciado/a
 Viúvo/a
 Outra


VOLTAR SEGUINTE

MultiDados

Dúvidas ou Questões

Qual o grau de instrução que completou?

- 4ª classe
- 6º ano
- 9º ano
- 12º ano ou equivalente
- Ensino Superior

Qual a sua situação profissional?

- Estudante
- Empregado/a
- Desempregado/a
- Reformado/a
- Outra

 VOLTAR

SEGUIENTE 

MultiDados

Dúvidas ou Questões

Número de pessoas do agregado familiar?

Em que região vive?

Qual o rendimento mensal do seu agregado familiar?

- Menos de 499 euros
- De 500 a 999 euros
- De 1000 a 1999 euros
- De 2000 a 2999 euros
- Mais de 3000 euros

Sofre de alguma destas doenças crónicas?

- Doenças Oncológicas
- Doenças Alérgicas
- Doenças Dermatológicas
- Doenças Gastrointestinais
- Nenhuma

 VOLTAR

SEGUIENTE 

MultiDados

Dúvidas ou Questões

Obrigado pela sua colaboração!



VOLTAR



ENVIAR

MultiDados

Dúvidas ou Questões

Coeficientes de precisão interna, avaliados pelo *Alpha de Cronbach* através do programa de estatística SPSS.

TABELA 1

Alpha de Cronbach para a TAS-20

Scale: Alpha Cronbach TAS-20

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	2940	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	2940	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,847	,835	20

TABELA 2

Alpha de Cronbach para o SAI-R

Scale: Alpha Cronbach SAI-R

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	2940	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	2940	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,922	,923	18

Coeficientes de precisão interna, avaliados pelo *Alpha de Cronbach* através do programa de estatística SPSS.

TABELA 3

Alpha de Cronbach para o factor DIS (Dificuldade em Identificar Sentimentos) da TAS-20
Scale: Alpha Cronbach TAS-20 (DIS)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	2940	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	2940	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,861	7

TABELA 4

Alpha de Cronbach para o factor DDS (Dificuldade em Descrever Sentimentos) da TAS-20
Scale: Alpha Cronbach TAS-20 (DDS)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	2940	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	2940	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,754	5

TABELA 5

Alpha de Cronbach para o factor POE (Pensamento Orientado para o Exterior) da TAS-20
Scale: Alpha Cronbach TAS-20 (POE)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	2940	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	2940	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,499	8

TABELA 6

Análise de variância entre TAS-20 e género

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Genero 1	Feminino	1659
2	Masculino	1281

Descriptive Statistics

Dependent Variable: TASTot

Genero	Mean	Std. Deviation	N
Feminino	53,2417	12,29307	1659
Masculino	54,2108	11,67600	1281
Total	53,6639	12,03567	2940

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: TASTot

F	df1	df2	Sig.
3,989	1	2938	,046

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Genero

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: TASTot

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	678,813 ^a	1	678,813	4,692	,030	,002
Intercept	8,346E6	1	8,346E6	57688,010	,000	,952
Genero	678,813	1	678,813	4,692	,030	,002
Error	425057,165	2938	144,676			
Total	8,892E6	2940				
Corrected Total	425735,978	2939				

a. R Squared = ,002 (Adjusted R Squared = ,001)

Fez-se uma análise de variância *Between-subjects*, onde $F=4,692$ com $\alpha=0,030$. Isto quer dizer que parte da variância dos valores obtidos com a TAS-20 é explicada pelo género. Mas ao realizarmos o *Partial Eta Squared*, que nos dá a dimensão do efeito, podemos observar que a quantidade explicada é muito pequena.

Quando se rejeita H_0 na ANOVA (que é o caso) pode-se afirmar que o factor género tem um efeito significativo sobre a variável dependente. Contudo “estatisticamente significativo” apenas significa que as diferenças observadas são superiores àquelas que se esperaria encontrar por mero acaso. Por isso existem as medidas de dimensão do efeito que quantificam a magnitude da diferença relativa entre grupos/tratamentos. É o caso do *Partial Eta Squared* cujos valores devem ser interpretados da seguinte forma: O efeito é muito elevado se >0.5 ; $]0.25; 0.5]$ elevado; $]0.05; 0.25]$ médio; inferior ou igual a 0.05 é pequeno (Maroco, 2007).

Neste caso, a quantidade explicada é muito pequena.

TABELA 7

Médias de DIS, DDS e POE para o género feminino e masculino

Report

Genero		TASDis	TASDds	TASPOe
Feminino	Mean	19,2477	14,2441	19,7498
	N	1659	1659	1659
	Std. Deviation	6,60442	4,54333	4,15118
Masculino	Mean	18,1202	14,6714	21,4192
	N	1281	1281	1281
	Std. Deviation	6,38954	4,22609	3,74144
Total	Mean	18,7565	14,4303	20,4772
	N	2940	2940	2940
	Std. Deviation	6,53453	4,41227	4,06244

TABELA 8

Teste T-Student para a TAS-20 e os 3 factores

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TASTot	Equal variances assumed	3,989	,046	-2,166	2938	,030	-,96906	,44738	-1,84627	-,09186
	Equal variances not assumed			-2,180	2816,141	,029	-,96906	,44443	-1,84049	-,09763
TASDis	Equal variances assumed	1,310	,252	4,655	2938	,000	1,12752	,24220	,65263	1,60241
	Equal variances not assumed			4,675	2794,683	,000	1,12752	,24117	,65463	1,60041
TASDds	Equal variances assumed	14,032	,000	-2,606	2938	,009	-,42723	,16395	-,74870	-,10576
	Equal variances not assumed			-2,630	2838,673	,009	-,42723	,16243	-,74573	-,10873
TASPOe	Equal variances assumed	16,064	,000	-11,283	2938	,000	-1,66935	,14795	-1,95946	-1,37925
	Equal variances not assumed			-11,434	2868,803	,000	-1,66935	,14600	-1,95562	-1,38309

Como se pode observar, estes valores indicam que a diferença entre as médias para a TAS no seu geral, não são muito significativas; mas analisados os 3 factores em separado, podemos concluir que as médias encontradas para os dois géneros têm uma diferença significativa entre elas.

TABELA 9

Correlação de Pearson entre a variável TAS-20 e a Escolaridade

Correlations

		TASTot	EscolDefin
TASTot	Pearson Correlation	1	-,117**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	2940	2940
EscolDefin	Pearson Correlation	-,117**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	2940	2940

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

TABELA 10

Análise de variância entre a TAS-20 e a Escolaridade

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value	Label	N
EscolDefin	1,00	4ª classe	6
	2,00	6º ano	23
	3,00	9º ano	205
	4,00	12º ano	1209
	5,00	Ensino Superior	1497

Descriptive Statistics

Dependent Variable: TASTot

EscolDefin	Mean	Std. Deviation	N
4ª classe	59,1667	8,58875	6
6º ano	61,6087	10,15668	23
9º ano	56,9317	12,57781	205
12º ano	54,3036	11,90920	1209
Ensino Superior	52,5558	11,94180	1497
Total	53,6639	12,03567	2940

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: TASTot

F	df1	df2	Sig.
,997	4	2935	,408

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + EscolDefin

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: TASTot

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	6155,436 ^a	4	1538,859	10,764	,000	,014
Intercept	374001,228	1	374001,228	2616,169	,000	,471
EscolDefin	6155,436	4	1538,859	10,764	,000	,014
Error	419580,543	2935	142,958			
Total	8,892E6	2940				
Corrected Total	425735,978	2939				

a. R Squared = ,014 (Adjusted R Squared = ,013)

TABELA 11

Correlação de Pearson entre a variável TAS-20 e o Rendimento Mensal

Correlations

		TASTot	RendNOVO
TASTot	Pearson Correlation	1	-,119**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	2940	2940
RendNOVO	Pearson Correlation	-,119**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	2940	2940

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

TABELA 12

ANOVA entre as variáveis TAS-20 e Doenças Psicossomáticas

Descriptives

TASTot

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Sem doenças	2141	53,1868	12,13189	,26219	52,6726	53,7010	20,00	87,00
Doenças	688	54,5814	11,83372	,45116	53,6956	55,4672	23,00	86,00
Total	2829	53,5260	12,07282	,22698	53,0809	53,9710	20,00	87,00

ANOVA

TASTot

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1012,630	1	1012,630	6,962	,008
Within Groups	411176,710	2827	145,446		
Total	412189,340	2828			

TABELA 13

Crosstabs entre Alexitimia Baixa, Moderada e Alta vs Sujeitos com doenças e sem doenças

TASnovo * DoençasMD Crosstabulation

			DoençasMD		Total
			Sem doenças	Doenças	
TASnovo	Alexitimia Baixa	Count	955	266	1221
		% within TASnovo	78,2%	21,8%	100,0%
	Moderada	Count	540	183	723
		% within TASnovo	74,7%	25,3%	100,0%
	Alexitimia Alta	Count	646	239	885
		% within TASnovo	73,0%	27,0%	100,0%
Total		Count	2141	688	2829
		% within TASnovo	75,7%	24,3%	100,0%

A Tabela 12 mostra que existe uma relação entre as variáveis TAS e Doenças (Sig. < 0,05).

A Tabela 13 mostra que as pessoas sem doenças têm alexitimia mais baixa do que alta. E as pessoas com doença têm alexitimia mais alta do que baixa.

TABELA 14

Análise de variância entre a SAI-R e o género

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Genero 1	Feminino	1659
2	Masculino	1281

Descriptive Statistics

Dependent Variable: TotSAIR

Genero	Mean	Std. Deviation	N
Feminino	61,2206	10,55708	1659
Masculino	62,9617	10,21224	1281
Total	61,9793	10,44224	2940

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: TotSAIR

F	df1	df2	Sig.
,691	1	2938	,406

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + Genero

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: TotSAIR

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	2191,354 ^a	1	2191,354	20,228	,000	,007
Intercept	1,115E7	1	1,115E7	102899,361	,000	,972
Genero	2191,354	1	2191,354	20,228	,000	,007
Error	318278,381	2938	108,332			
Total	1,161E7	2940				
Corrected Total	320469,734	2939				

a. R Squared = ,007 (Adjusted R Squared = ,006)

Fez-se uma análise de variância *Between-subjects*, onde $F=20,228$ com $\alpha=0,000$. Isto quer dizer que parte da variância dos valores obtidos com a SAI-R é explicada pelo género. Mas ao realizarmos o *Partial Eta Squared*, que nos dá a dimensão do efeito, podemos observar que a quantidade explicada é muito pequena.

Quando se rejeita H_0 na ANOVA (que é o caso) pode-se afirmar que o factor género tem um efeito significativo sobre a variável dependente. Contudo “estatisticamente significativo” apenas significa que as diferenças observadas são superiores àquelas que se esperaria encontrar por mero acaso. Por isso existem as medidas de dimensão do efeito que quantificam a magnitude da diferença relativa entre grupos/tratamentos. É o caso do *Partial Eta Squared* cujos valores devem ser interpretados da seguinte forma: O efeito é muito elevado se >0.5 ; $]0.25; 0.5]$ elevado; $]0.05; 0.25]$ médio; inferior ou igual a 0.05 é pequeno (Maroco, 2007). Neste caso, a quantidade explicada é muito pequena.

TABELA 15

Análise de variância entre a SAI-R e o grau acadêmico

Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	Value	Label	N
EscolDefin	1,00	4ª classe	6
	2,00	6º ano	23
	3,00	9º ano	205
	4,00	12º ano	1209
	5,00	Ensino Superior	1497

Descriptive Statistics

Dependent Variable: TotSAIR

EscolDefin	Mean	Std. Deviation	N
4ª classe	71,0000	6,35610	6
6º ano	67,1739	10,09794	23
9º ano	63,4585	10,60357	205
12º ano	62,0314	10,39106	1209
Ensino Superior	61,6186	10,43503	1497
Total	61,9793	10,44224	2940

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: TotSAIR

F	df1	df2	Sig.
,547	4	2935	,701

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + EscolDefin

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: TotSAIR

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	1755,523 ^a	4	438,881	4,042	,003	,005
Intercept	488682,787	1	488682,787	4500,220	,000	,605
EscolDefin	1755,523	4	438,881	4,042	,003	,005
Error	318714,211	2935	108,591			
Total	1,161E7	2940				
Corrected Total	320469,734	2939				

a. R Squared = ,005 (Adjusted R Squared = ,004)

TABELA 16

Correlação de Bravais-Pearson entre as variáveis TAS-20 e SAI-R

Correlations TAS-20 e SAI-R

Correlations

		TASTot	TotSAIR
TASTot	Pearson Correlation	1	-,234**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	2940	2940
TotSAIR	Pearson Correlation	-,234**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	2940	2940

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

A Tabela 13 apresenta uma correlação negativa e significativa de $R = -0,234$ entre as variáveis, o que quer dizer que a valores elevados numa das escalas correspondem valores baixos na outra e vice-versa.