

**INCIDÊNCIA DA ALEXITÍMIA NA TOXICODPENDÊNCIA**  
**André Gustavo Correia Cabaço Esteves Pereira**  
**2011**

**Orientador de Dissertação**

**PROFESSOR DOUTOR JORGE CAIADO GOMES**

**Coordenador de Seminário de Dissertação**

**PROFESSOR DOUTOR JORGE CAIADO GOMES**

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

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. Jorge Caiado Gomes, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradeço a todos aqueles que de uma forma ou de outra me apoiaram.

O meu muito obrigado:  
ao Professor Doutor J. Caiado Gomes por partilhar comigo disponibilidade e conhecimento;  
ao Mestre Rui Rodrigues, pelas preciosas linhas de orientação iniciais;  
ao Prof. Dr. João Maroco e Mestre Rita Crispim, pelo apoio estatístico prestado;  
à Catarina pelas traduções e retroversões efectuadas;  
ao IDT, por me ter permitido inquirir a população em estudo;  
à minha mulher, pela compreensão e incentivo com que me acompanhou;

A eles dedico este estudo e agradeço em particular

# ÍNDICE GERAL

<b>ÍNDICE GERAL</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>VI</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>VII</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 O QUE É A ALEXITIMIA</b> .....	<b>3</b>
2.1.2 Definição e história do conceito .....	3
2.1.3 Perspectiva histórica .....	4
2.1.4 Características clínicas da Alexitimia .....	5
2.1.5 Prevalência .....	7
2.1.6 Teorias explicativas.....	8
<b>2.2 TOXICODEPENDÊNCIA</b> .....	<b>13</b>
2.2.1 Definição de Toxicodependência .....	13
2.2.2 Dependências .....	14
2.2.3 Toxicodependências e Personalidade.....	16
<b>2.3 A RELAÇÃO ENTRE A ALEXITIMIA E A TOXICODEPENDÊNCIA</b> .....	<b>17</b>
<b>3. OBJECTIVOS</b> .....	<b>21</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
4.1 Sujeitos de estudo .....	23
4.2 Tipo de estudo.....	25
4.3 Variáveis .....	25
4.4 Instrumento .....	26
4.5 Procedimento.....	28
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	<b>30</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>42</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>47</b>
8.1 Comparação dos níveis de alexitimia entre o grupo dos consumidores e o grupo dos não consumidores ...	48
8.2 Comparação dos níveis de alexitimia por factores entre o grupo dos consumidores e o grupo dos não consumidores .....	50
8.3 Comparação dos níveis de alexitimia em função do género.....	52
8.4 Comparação dos níveis de alexitimia por idade .....	54
8.5 Comparação dos níveis de alexitimia por habilitações literárias .....	55
8.6 Teste T de Student para todas as questões da escala TAS-20.....	56
8.7 Questionário .....	59

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DAS MULHERES QUANTO AO CONSUMO .....	23
FIGURA 2 – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DOS HOMENS QUANTO AO CONSUMO .....	24
FIGURA 3 – CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DOS CONSUMIDORES RELATIVAMENTE Á FAIXA ETÁRIA .....	24
FIGURA 4 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DOS NÃO CONSUMIDORES RELATIVAMENTE Á FAIXA ETÁRIA .....	24
FIGURA 5 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DOS CONSUMIDORES NO QUE SE REFERE ÀS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	25
FIGURA 6 - CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DOS NÃO CONSUMIDORES NO QUE SE REFERE ÀS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	25
FIGURA 7 – REPRESENTAÇÃO DOS NÍVEIS MÉDIOS DE ALEXITIMIA ENCONTRADOS PARA AMBOS OS GRUPOS .....	30
FIGURA 8 - REPRESENTAÇÃO DOS NÍVEIS MÉDIOS DE ALEXITIMIA ENCONTRADOS POR FACTOR PARA AMBOS OS GRUPOS.....	32

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE ALEXITIMIA ENTRE O GRUPO DOS CONSUMIDORES E O GRUPO DOS NÃO CONSUMIDORES .....	30
TABELA 2 –TESTE T DE STUDENT PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA POR GRUPOS .....	31
TABELA 3 – COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE ALEXITIMIA POR FACTORES ENTRE O GRUPO DOS CONSUMIDORES E O GRUPO DOS NÃO CONSUMIDORES .....	32
TABELA 4 – TESTE T DE STUDENT PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA DO FACTOR 1 POR GRUPOS. ....	32
TABELA 5 - TESTE T DE STUDENT PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA DO FACTOR 2 POR GRUPOS .....	32
TABELA 6 - TESTE T DE STUDENT PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA DO FACTOR 3 POR GRUPOS .....	33
TABELA 7 –CORRELAÇÃO DE PEARSON PARA OS DIFERENTES FACTORES DA ALEXITIMIA .....	33
TABELA 8 – COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE ALEXITIMIA EM FUNÇÃO DO GÉNERO.....	33
TABELA 9 – TESTE T STUDENT PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA POR GÉNERO .....	34
TABELA 10 – COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE ALEXITIMIA POR IDADE.....	34
TABELA 11 – TESTE DE NORMALIDADE PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA TENDO EM CONTA A IDADE .....	34
TABELA 12 –TESTE DE KRUSKAL-WALLIS PARA O NÍVEL DE ALEXITIMIA POR IDADE.....	35
TABELA 13 –COMPARAÇÃO DOS NÍVEIS DE ALEXITIMIA POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS .....	35
TABELA 14 – TESTE DE NORMALIDADE PARA A VARIÁVEL ALEXITIMIA TENDO EM CONTA AS HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	35
TABELA 15 – TESTE DE LEVENE DO NÍVEL DE ALEXITIMIA POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS... ..	35
TABELA 16 –TESTE ANOVA ONE WAY DO NÍVEL DE ALEXITIMIA POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS.....	36
TABELA 17 –TESTE DE SCHEFFÉ DO NÍVEL DE ALEXITIMIA POR HABILITAÇÕES LITERÁRIAS ..	36

## RESUMO

Com base na utilização do teste TAS-20, tentou-se analisar a incidência de alexitimia num grupo de toxicodependentes que administrou metadona em unidades móveis provenientes do Ministério da Saúde (IDT), por comparação com um grupo de indivíduos sem comportamentos de adição, num total de 92 indivíduos de ambos os sexos.

O principal objectivo deste trabalho prende-se com o estudo da relação entre a alexitimia e a toxicodependência. Procurámos seleccionar esta doença de importância para a saúde pública no nosso país tendo um duplo objectivo. Primeiro, avaliar um estudo que contemple um conjunto de sujeitos ditos toxicodependentes, de modo a poderem comparar-se os valores de alexitimia desta população, com uma outra sem comportamentos de adição a drogas. Em segundo, procurou-se ainda ver se existem diferenças ou não, entre os valores de alexitimia apresentados em função das variáveis sócio-demográficas, como o sexo, a idade e por fim a escolaridade.

Recorrendo à aplicação de um questionário, validou-se não só a utilidade da metodologia em estudo, como se diagnosticou a influência de determinadas variáveis no constructo alexitimia.

A partir dos resultados encontrados, a alexitimia parece constituir um factor incidente nos comportamentos aditivos permitindo, também, directrizes para intervenções mais eficazes.

Palavras-chave: *alexitimia*, TAS-20, toxicodependência

## **ABSTRACT**

By using the test TAS-20, we tried to analyze the incidence of Alexithymia in drug addicted group who used methadone in mobile units from the Ministry of Health (IDT), by comparison with a group of individuals without any behavior related to addiction, in a total of 92 individuals from both sexes.

The main goal of this essay/work is related with the study of the relation between Alexithymia and drug addiction. We tried to select this disease, which has a major importance to public health in our country, with a double objective. The first is to evaluate a study that contemplates an assembly of drug addict subjects, in a way that we could be able to compare the rates of Alexithymia of this population, with another without addiction to drugs behavior. Secondly, we also tried to examine if there were any differences between the Alexithymia rates presented, according to social-demographical factors, such as sex, age and educational level.

By applying a questionnaire, we validated not only the usefulness of the methodology in study, but also we diagnosed the influence of several factors on Alexithymia construct.

According to the results, Alexithymia seems to form a main factor on addicted behaviors, which gives us guidelines to more effective interventions.

Key-words – Alexithymia, TAS-20, drug addiction

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo surge em função de duas questões intrigantes: o universo do indivíduo toxicod dependente e o uso das palavras – ou, no caso da variável psicológica que se pretende estudar, devemos dizer a ausência do seu uso adequado. A alexitimia define-se, nas palavras de Sifneos (1973), como “uma intensa dificuldade de descrever emoções e até mesmo de senti-las” (p.255), ou seja, traduz-se pelo facto de existirem dificuldades acentuadas na expressão e modulação das experiências afectivas. Esta perturbação afectiva incapacita o sujeito de utilizar os sentimentos e emoções, como sinais para si mesmo e para os outros, o que diminui a possibilidade de os perceberem como fonte de apoio e conforto, o que em última análise favorece a utilização excessiva do raciocínio (Krystal, 1987).

Nemiah, em 1977 (citado por Gago & Neto, 2001), verificou que os doentes alexitímicos apresentavam aspectos relevantes, nomeadamente: dificuldade em identificar e descrever emoções, incapacidade para distinguir e diferenciar os vários afectos, pobreza imaginativa e dificuldade em fantasiar, pensamento concreto e estilo de vida orientado para a acção.

Em 1963, Marty e De M’Uzan descrevem uma forma de pensamento – pensamento operatório – aquando do estudo das características cognitivas e da qualidade da relação manifestada pelos doentes psicossomáticos em entrevistas psicodinâmicas, que se traduz por uma actividade mental concreta, orientada para o presente e cujo simbolismo se encontra reduzido, sendo por isso escassa em sonhos e fantasias.

Segundo Taylor (1987, citado por Sifneos, 1973), o facto de as características alexitímicas terem sido inicialmente observadas e descritas em doentes psicossomáticos conduziu à concepção prematura e errónea de uma relação etiológica específica entre alexitimia e a doença psicossomática. No entanto, cedo se tornou claro que a alexitimia não é específica nem se verifica de uma forma ‘universal’ nas doenças psicossomáticas, facto para qual Sifneos tinha já chamado atenção.

Na literatura actual tem sido demonstrada a presença de manifestações clínicas, quer nas doenças do foro psiquiátrico (ansiedade, depressão, etc.), quer do foro da medicina em geral (Fernandes & Tomé, 2001).

Nos escassos estudos efectuados para avaliar a prevalência da alexitimia, esta tem variado de 1,8% para o sexo feminino a 8,2% para o sexo masculino, em populações homogéneas de estudantes (Blanchard, Arena & Pallmeyer, 1981).

Krystal (1987), concluiu que sem um aspecto cognitivo da emoção, tal como a componente expressiva e a capacidade para uma reflexão própria, os sujeitos dependentes de drogas, também são incapazes de reconhecer que estão a ganhar experiências através dos sentimentos, assim como são incapazes de os identificar de uma forma fina.

Na pesquisa bibliográfica efectuada foram encontrados estudos que relacionam a alexitimia com a toxicoddependência. Neste sentido, e tendo como objectivo complementar os estudos existentes, pareceu-nos pertinente estudar a prevalência de alexitimia num conjunto de sujeitos toxicoddependentes, e verificar se existe uma maior incidência de alexitimia do que na população não toxicoddependente, em ambos os sexos. Considerou-se também pertinente averiguar uma possível relação com algumas variáveis sócio-demográficas.

Neste sentido, inicia-se com a revisão bibliográfica relativa a alexitimia, abordando a sua definição, perspectivas histórica passando pelas várias teorias explicativas, suas características clínicas e prevalência. De seguida, integra-se uma revisão bibliográfica relativa à toxicoddependência, dando enfoque à sua definição e conceptualização. Posteriormente debruçamo-nos especificamente sobre a relação entre alexitimia e a toxicoddependência, recorrendo a um conjunto de estudos que evidenciam e salientam esta relação.

Para testar as nossas questões de investigação fomos comparar dois grupos de sujeitos: toxicoddependentes e não toxicoddependentes.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 O QUE É A ALEXITIMIA**

#### **2.1.2 Definição e história do conceito**

A alexitimia - do grego “a” (sem) “lexis” (palavra), “thymus” (ânimo ou emoção) - quer dizer sem palavras para as emoções. É um conceito introduzido por Sifneos em 1967 na sequência de estudos feitos com doentes psicossomáticos (Heiberg, 1978).

No decurso das investigações conduzidas por Nemiah e Sifneos (1970) sobre o estilo cognitivo e a capacidade para vivenciar afectos por parte dos pacientes psicossomáticos, Sifneos (1973) propôs o termo alexitimia para designar um conjunto de características afectivas e cognitivas clinicamente observadas nestes pacientes, reconhecíveis, sobretudo, no seu estilo comunicativo, e que os distinguiam dos pacientes neuróticos. Em contrastes com estes, os doentes psicossomáticos apresentavam uma dificuldade acentuada em identificar e descrever verbalmente os seus sentimentos, uma vida de fantasia empobrecida resultando num estilo de pensamento literal, utilitário e orientado para o exterior, apresentando uma tendência para utilizar a acção de forma a evitar situações conflituosas geradoras de tensão. Estes pacientes relatavam poucos sonhos e pareciam não beneficiar de abordagens psicoterapêuticas de orientação analítica, sendo frequentemente descritas reacções contratransferenciais de aborrecimento, tédio, frustração e paralisia da capacidade de interpretação (Prazeres, 2000).

Assim, foi Sifneos (1973) que introduziu o conceito de alexitimia, caracterizando-se esta por ser:

- um défice de identificação e expressão da afectividade;
- um défice de imaginação, de fantasia e de “sonhar acordado” (devaneio);
- um tipo de pensamento concreto, que reduplica a acção e que reflecte pouco sobre os seus estados internos – focaliza a atenção sobre os aspectos externos (Noel & Rimé, 1988). Por serem sujeitos com dificuldades na identificação de

alterações afectivas, não as utilizam como sinais internos, o que leva o sujeito a encontrar-se mais exposto ao stress (Martin & Phil, 1985).

Haviland, Hendryx, Cummings, Shaw e Mac Murray (1991) consideram a alexitimia como um constructo psicológico hipotético que representa um défice no processamento e na representação mental dessas mesmas emoções.

Por sua vez, Taylor (1994), descreve a alexitimia como sendo um traço de personalidade. Este autor considera que, existe uma deficiência na capacidade para modelar e processar cognitivamente as emoções, daí que o indivíduo alexitímico fique mais vulnerável à doença.

Na opinião de Weinryb (1995), “ o que parece importante na alexitimia, não é a dificuldade em encontrar palavras para as emoções *per se*, mas antes o que as palavras que estão a ser utilizadas significam e como o paciente associa” (p.160).

Mais recentemente, diversos autores (Martin & Phil, 1985; Martínez-Sánchez & Fernandez Castro, 1994; Berenbaum & Prince, 1994; Roedema & Simons, 1999; Suslow, 1998, citado por Martínez-Sánchez, Martínez & Cerra, 2002) consideraram a alexitimia como um transtorno específico do processamento da informação emocional, manifestado mediante uma dificuldade para processar informação de carácter afectivo, que provoca que as emoções se mantenham parcialmente indiferenciadas e pobremente reguladas.

### **2.1.3 Perspectiva histórica**

A alexitimia suscitou facilmente o interesse de um grande número de investigadores. Estes contribuíram de uma forma notável para a elaboração do conceito, entre eles Freud, que apresenta o modelo da histeria de conversão, introduzindo um paradigma de causalidade psicológica, envolvendo órgãos enervados pelo sistema neuromuscular voluntário e sistema neurosensorial sensitivo-motor (Coelho, Milheiro, Cabral, Amaral, Brandão & Horta, 1996).

Posteriormente em 1924, algumas características similares à alexitimia foram assinaladas por Ferenczi (citado por Sivak & Wiater, 1997). Este autor pôde verificar, através de observações clínicas, que, alguns pacientes não apresentavam fantasia investida de afecto. Já em 1948, aparece publicado um estudo fazendo referência à ocorrência de uma perturbação na expressão verbal e simbólica em doentes psicossomáticos. Outros autores, na mesma época, falam de doentes com aparente incapacidade intelectual para verbalizar sentimentos, doentes que não conseguem descrever as suas emoções e doentes

inadequados para psicoterapia por dificuldade em descrever sentimentos (Fernandes & Tomé, 2001).

Consequentemente, em 1963, Marty e De M'Uzan descrevem uma forma de pensamento, o pensamento operatório. Segundo estes autores os sujeitos alexitímicos são incapazes de fantasiar e sonhar, a sua actividade mental é essencialmente concreta, orientada para o presente e ausente de fantasias inconscientes. Preferem a acção em vez da reflexão e fantasia.

Em 1970, Nemiah e Sifneos, numa tentativa de melhor compreensão das doenças psicossomáticas, verificam a mesma existência de doentes com marcada dificuldade em expressar verbalmente ou em descrever os seus sentimentos. Outros autores, como Krystal e Rashin (citados por Brautigam & Von Rad, 1977) descrevem características alexitímicas em doentes vítimas do Holocausto, com severos estados pós-traumáticos e em doentes com comportamentos aditivos.

As perturbações afectivas podem caracterizar-se por uma acentuada dificuldade para reconhecer e descrever os sentimentos. As manifestações emocionais são maioritariamente somáticas e as emoções são tendencialmente vagas e indiferenciadas. Nestes sujeitos a perturbação na actividade fantasmática pode traduzir-se, na actividade onírica ausente. Quando o sonho tem lugar, o seu relato segue as regras do pensamento operatório (Marty & M'Uzan, 1963). Ao narrarem a sua história pessoal, os indivíduos em causa fazem referência, quase obsessivamente, a uma série de datas e lugares, prendendo-se aos aspectos mais concretos e factuais (M'Uzan, 1974).

A incapacidade destes sujeitos em perceber o outro como possuindo uma individualidade própria foi descrita por M'Uzan, (1974) sob a designação de reduplicação e manifesta-se, na situação analítica, por encararem o terapeuta como uma versão de si próprios, dotado do mesmo estilo de pensamento operatório (Marty & M'Uzan, 1963). Esta característica em associação com a incapacidade para perceber os sentimentos em si e nos outros, conduz a fracos níveis de empatia e compreensão humana.

#### **2.1.4 Características clínicas da alexitimia**

Em termos descritivos, a alexitimia pode ser sumariamente descrita nas áreas afectiva, cognitiva e relacional (Krystal, 1987; Lolas & Von Rad, 1989).

As perturbações afectivas caracterizam-se por uma acentuada dificuldade para reconhecer e descrever os sentimentos e para discriminar entre estados emocionais.

As manifestações emocionais são essencialmente somáticas e as emoções são geralmente indiferenciadas, vagas e inespecíficas (Prazeres, 2000).

Segundo Taylor (1994), a pobreza de expressão emocional levou alguns clínicos a concluir, erradamente, que os indivíduos alexitímicos não tinham qualquer experiência ou consciência de emoções. Criticando esta posição salienta que, de acordo com os teóricos da emoção, as emoções são fenómenos biológicos inatos sendo, pelo contrário, precisamente na área emocional e, sobretudo, na dificuldade de regulação das emoções que se encontra o problema fundamental. A mesma opinião é expressa por McDougall (1982) ao afirmar que “nenhum bebé nasce alexitímico” (p.82), pelo contrário, as crianças são, geralmente hipertímicas e, progressivamente, vão aprendendo “através dos actos e, mais tarde, das palavras do que as rodeiam, como dar significado à emoção, para que possam usar os seus sentimentos como sinais para si próprios e como meios de comunicação com os outros” (p.82).

Relativamente à área cognitiva, este tipo de pensamento pode ser considerado como uma perturbação subtil do pensamento na medida em que não provocará erros lógicos substanciais e facilmente reconhecíveis, assinalando, no entanto, uma pobreza imaginativa e um pensar a experiência e o mundo desnudado do pólo afectivo. É uma forma de pensamento destituída da qualidade humana que se pode manifestar como bastante deficiente quando o indivíduo necessita de tomar decisões que respeitam à esfera pessoal e social, apesar das capacidades intelectuais estarem preservadas (Prazeres, 2000).

Na área relacional, as relações objectais caracterizam-se, igualmente, por um estilo operatório. As relações tendem, assim, a ser utilitárias e pragmáticas e a dimensão afectiva parece marcadamente ausente (Prazeres, 2000). Marty e M' Uzan (1963) referem-se a este tipo de relação, no contexto da situação analítica, como uma relação branca, lisa, superficial, sem profundidade e desvitalizada que contribui para as reacções contratransferenciais de tédio e aborrecimento frequentemente descritas pelos analistas destes pacientes.

A incapacidade destes sujeitos em perceber o outro como possuindo uma individualidade própria foi descrita por M'Uzan (1974), sob a designação de reduplicação projectiva e manifesta-se, na situação analítica, por encararem o terapeuta como uma versão de si próprios, dotado do mesmo estilo de pensamento operatório.

Uma característica frequentemente associada é a de que, geralmente, parecem sujeitos bem adaptados, com elevado grau de conformidade social. McDougall (1991, citado por Prazeres, 2000) propõe a designação de normopatas para se referir a este tipo de indivíduos que, apesar de profundamente perturbados, não exibem manifestações psicóticas ou neuróticas. Trata-se de uma pseudo-normalidade já que têm pouco contacto com a sua própria realidade psíquica, vivendo a vida como se seguissem um qualquer manual de instruções. Corresponde, segundo McDougall, a uma tentativa desesperada para sobreviver

psiquicamente no mundo dos outros mas sem suficiente compressão dos laços emocionais, sinais e símbolos que tornam as relações humanas significativas. Na ausência de sintomatologia psíquica evidente as reacções contratransferenciais, anteriormente referidas, são consideradas um elemento fundamental na identificação das características alexitímicas.

### **2.1.5 Prevalência**

A alexitimia foi inicialmente descrita nos doentes psicossomáticos, tendo sido confirmado a sua grande frequência nestes doentes em estudos posteriores. As características alexitímicas, embora em percentagens variáveis, estão presentes numa grande variedade de doenças psiquiátricas, particularmente na depressão, fenómenos ansiosos e fenómenos aditivos (Loas, Dhee-Perot & Chaperot, 1998). Na população psiquiátrica ambulatória, a prevalência de alexitimia varia entre 30-40% (Fernandes & Tomé, 2001). Alguns autores encontraram percentagens elevadas de alexitimia, no valor de 48 a 63% nos doentes com diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa (Lumley & Roby, 1995).

Nos escassos estudos efectuados para avaliar a prevalência da alexitimia, esta tem variado de 1,8% para o sexo feminino a 8,2% para o sexo masculino, em populações homogéneas de estudantes (Blanchard *et al.*, 1981).

Sifneos verificou uma percentagem de alexitimia duas vezes superior nas doenças psicossomáticas relativamente às outras doenças psiquiátricas (citado por Posse & Hallstrom, 1998).

A presença de traços alexitímicos também foi encontrada na população geral, numa percentagem que varia entre 10-20%, embora a frequência seja superior a 50% nas doenças psicossomáticas – doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais, diabetes, poliartrite reumatóide e doenças dermatológicas (Fukunishi, 1997).

Foi encontrado uma maior prevalência de traços alexitímicos em doentes portadores de doenças crónicas, tais como doença pulmonar crónica obstrutiva, asma, cancro e insuficiência renal crónica (Nielsen, 1997).

A relação da expressão e intensidade das características alexitímicas e o sexo, tem sido objecto de vários estudos, alguns concluindo não haver diferenças na prevalência entre homens e mulheres, enquanto outros apontam para uma prevalência mais no homem (Bulbena, 1998 citado Fernandes & Tomé, 2001).

Relativamente à escolaridade, quanto maior for o nível educacional, maior será a liberdade de expressão dos sentimentos e fantasias (Heiberg, 1980).

Vários estudos apontam, que não existe uma relação significativa entre alexitimia a variável nível de escolaridade (Mann, Wise & Shay, 1992), no entanto, assume-se que exista uma associação entre o nível de escolaridade e alexitimia (Kinmayer & Robbins, 1993).

Alguns autores têm sugerido existir uma relação entre alexitimia e um nível socio-económico baixo (Lumley, Mader & Gramzow, 1996), enquanto outros não apontam para essa correspondência (Fonte, 1993).

A idade e a presença de características alexitímicas têm também sido objecto de estudo, parecendo haver uma maior frequência de alexitimia nos indivíduos mais velhos (Clement, Poirot, Paulin & Leger, 1997).

Parker, Taylor e Bagby (1989 citado por Eizaguirre, 2002) afirmaram que a alexitimia não está associada a idade, sexo, nível educacional, nível económico, riqueza de vocabulário nem à inteligência; estes autores falaram que na população normal encontramos um nível de alexitimia de 15-22%. A alexitimia tem sido encontrada em transtornos somatoformes, alcoolismo, toxicodependência, stress pós traumático, asma, depressão, transtornos alimentares, etc.

Nos grupos de controlo utilizados por estes autores encontramos um nível de alexitimia de 5-27% (Parker *et al.*, 1989 citado por Eizaguirre, 2002)

Parece haver uma tendência para uma prevalência mais elevada de alexitimia nas famílias disfuncionais e nos filhos dos indivíduos com características alexitímicas (Dion, 1996).

Em conclusão, a alexitimia parece estar dependente de factores como a idade, o sexo, a educação ou a situação social, mas os estudos apresentam resultados contraditórios (Fernandes & Tomé, 2001).

### **2.1.6 Teorias explicativas**

Embora inicialmente a alexitimia tenha sido descrita no domínio das doenças psicossomáticas e, vários estudos tenham confirmado a sua elevada prevalência nas doenças somáticas – doenças cardiovasculares, distúrbios respiratórios, dores crónicas, distúrbios gastrointestinais, artrite reumatóide, doenças dermatológicas, etc. – a sua presença também foi observada nos distúrbios psíquicos, onde parece estar particularmente ligada à depressão, ansiedade, comportamentos aditivos e distúrbios alimentares. As características alexitímicas também podem ser observadas na população dita normal (Stephenson, 1996).

A alexitimia tem suscitado a elaboração de vários modelos explicativos nomeadamente, neurofisiológicos, psicodinâmicos, cognitivo-comportamentais e psicossomáticos.

Para os investigadores da teoria neurofisiológica, a alexitimia constituiria um traço permanente da personalidade (Apfel & Sifneos, 1979). Esta teoria centra-se em dois modelos diferentes – um modelo “transversal” e um modelo “vertical” (Pedinielli, 1992). O modelo “vertical” baseia-se numa deficiente transmissão de informação entre o sistema límbico e o neocórtex – uma hipofunção do hemisfério direito. Nemiah (1973, 1975, citado por Fontes, 1993) é o primeiro a propor uma explicação da alexitimia baseada no facto de que existiria uma falha de conexões entre o sistema límbico (emoções) e neocórtex (representação) ”.

Outros autores compartilham desta opinião; Flannery (1978) num estudo sobre a modulação da experiência e expressão da emoção da dor em alexitímicos, verificou a existência de uma alteração farmacocinética no sistema límbico (nos receptores para substâncias “morphine-like”). Sifneos (1988) reforça a hipótese de um défice neurológico, partindo do próprio conceito de afecto. Assim, a área anatómica das emoções estaria situada no sistema límbico, responsável pelas “emoções viscerais”, sendo o neocórtex fundamental para o desenvolvimento de cognições; se houver uma interrupção na transmissão entre o sistema límbico e o neocórtex, os indivíduos não experimentam pensamentos apropriados às emoções.

O modelo “transversal” apoia-se na predominância de um hemisfério cerebral e na transferência de informação entre eles. Este modelo de especialização hemisférica partiu de trabalhos realizados com doentes comissurectomizados (Fernandes & Tomé, 2001). Hope (1977,1988, citado por Fernandes & Tomé, 2001) verificou a existência de um elevado grau de características alexitímicas em doentes sujeitos a comissurectomia por epilepsia e defende mesmo a existência nos doentes psicossomáticos alexitímicos de “ uma comissurectomia funcional”, mecanismo de defesa em que a percepção emocional do hemisfério direito é negado pelo hemisfério esquerdo.

Outros autores, como Kaplan e Wogan (1977), em estudos experimentais verificaram que os sujeitos com características alexitímicas exibem somente comportamentos dominados pelo hemisfério esquerdo (insuficiente compreensão não verbal do hemisfério direito, possível perda da linguagem interna por mecanismo inibitório do hemisfério esquerdo, inibição da expressão verbal por um processo inter-hemisférico). Shipko (1982) e Buchanan, Waterhouse e West (1980) defendem a existência de uma desconexão funcional entre os dois hemisférios como causa de doença psicossomática.

A teoria cognitivo-comportamental, tenta sobretudo a relação entre manifestações alexitímicas e a existência de situações desencadeadoras de *stress*. Para Martin e Phil (1985), perante uma situação de stress, o indivíduo com características alexitímicas vai responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada devido à falta

do conhecimento emocional, à incapacidade de expressarem emoções e à tendência para usarem a acção de uma forma primária. Isto leva a que o componente fisiológico da resposta à situação desencadeadora de *stress* se manifeste de uma forma exacerbada, levando ao aparecimento de sintomas somáticos. A incapacidade dos alexitímicos em reconhecer uma situação desencadeadora de *stress* vai proporcionar a exposição mais frequente a estas situações. Trata-se de um escape comportamental para o alívio da tensão emocional, originando pela situação indutora de stress que não é descarregada pela palavra. Existiria então uma dissociação entre resposta subjectiva e fisiológica (Zepf, Liedtke & Berns, 1981).

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

Seguindo este modelo, os indivíduos com características alexitímicas mostram que a emoção é vivida a um nível de indiferenciação, como sensação somática e têm tendência à acção, não experimentando estes indivíduos a emoção como um estado de sentimentos conscientes. Os autores concluem que a natureza indiferenciada da experiência emocional autopertéua-se na medida em que o indivíduo alexitímico evita reflectir sobre ela.

Shipko (1982) defende que, quando o doente tem que enfrentar uma potencial situação de perigo, na qual necessita de ter consciência dos seus sentimentos, reage usando partes da forma do pensamento operativo. Se o uso deste tipo de pensamento for ineficaz, a tensão sobe “ em escala”, originando mecanismo de “coping” cada vez mais ineficazes. Estabelece-se desta forma, um ciclo vicioso levando o sujeito alexitímico a retirar-se da situação ou a reagir impulsivamente – “actingout”.

As concepções psicanalíticas da alexitimia, para além dos autores já citados, são representadas pelos trabalhos de Krystal, McDougall, Graham e Marty, Freyberger, Benedetti, etc (citados por Fernandes & Tomé, 2001). As suas principais características, com problemáticas diferentes, são de colocar a alexitimia em relação com distúrbios precoces do desenvolvimento afectivo, condicionando um funcionamento psíquico, no qual o corpo não é reconhecido como seu pelo sujeito e as emoções representam um perigo ao equilíbrio do Eu (Fernandes & Tomé, 2001).

McDougall (1982) propõe uma patologia pré-neurótica com o predomínio de mecanismos de clivagem e de identificação projectiva, sendo alexitimia uma defesa contra a ansiedade. Nos alexitímicos, crianças “não verbais”, os acontecimentos de perturbações da

relação nos primeiros anos de vida, vão originar um fracasso na introjecção do objecto materno solícito e do investimento libidinal no próprio corpo, havendo uma clivagem da “representação-palavra” (representação-afecto) com o esvaziamento da representação e do afecto da vida mental. Quando o pouco investimento libidinal se associa uma estrutura alexitímica o sujeito, perante um conflito, expulsa da consciência as emoções alterando o funcionamento somático. Aparece um funcionamento mental “supressão de afecto para fora da psique não ficando sinal nem da representação, nem do afecto” (McDougall, 1982, p. 83).

A aparente acomodação destes indivíduos tem como função protegê-los de perigos internos ou externos. A alexitimia resultaria de uma barreira defensiva contra ansiedades psicóticas, perturbações em relação à imagem narcísica do Eu e formação patológica do Ideal do Eu (McDougall, 1982).

Von Rad defende que o processo de dessomatização ficou incompleto ou não ocorreu nestes indivíduos (Von Rad & Iolas, 1982).

Benedetti (citado por Fonte, 1993), nos seus trabalhos psicoterapêuticos com doentes psicossomáticos, verificou existir nestes sujeitos uma clivagem das boas e más imagens dos objectos. Os sintomas psicossomáticos seriam tanto uma tentativa de reparação narcísica como uma expulsão da parte má do objecto pela parte somática.

Krystal (1979) considera alexitimia como sendo o resultado de uma interrupção do desenvolvimento afectivo após um trauma psíquico na infância, ou então uma regressão na expressão dos afectos, na sequência de acontecimentos traumáticos na vida adulta, envolvendo o funcionamento afectivo e cognitivo. A alexitimia seria assim uma regressão ou paragem no desenvolvimento afectivo e cognitivo.

Dentro da teoria psicossomática, é importante realçar a ideia de Coimbra de Matos. De acordo com o autor (2001), a doença psicossomática, tendo a sua origem profunda no psiché, “exprime-se principalmente pelo disfuncionamento ou mesmo lesão do soma” (p.63). Para Sami-Ali (1987) a psicossomática é uma maneira de pensar a totalidade do ser humano enquanto unidade, pretendendo compreender a unidade do funcionamento através da multiplicidade dos sintomas. Sami-Ali (1987) considera que, existe um elo de ligação entre o psíquico e o somático e que se centra na problemática corpo real/corpo imaginário. A distinção entre o corpo real e o corpo imaginário corresponde a duas funções, determinando assim um processo idêntico onde este é induzido pelo imaginário em que a actividade onírica é a sua actualização.

A alexitimia começou por ser descrita no âmbito das doenças psicossomáticas e está intimamente associada ao conceito de pensamento operatório de Marty e de M'Uzan que procuraram descrever uma estrutura de personalidade “ psicossomática” (específica) da qual o

pensamento operatório seria uma componente essencial (Prazeres, 2000). O facto de as características alexitímicas terem sido inicialmente observadas e descritas em doentes psicossomáticos conduziu à concepção prematura e errónea de uma relação etiológica específica entre alexitimia e a doença psicossomática (Taylor, 1987 citado por Prazeres, 2000). No entanto, cedo se tornou claro que a alexitimia não é específica nem se verifica de uma forma ‘universal’ nas doenças psicossomáticas, facto para qual Sifneos tinha já chamado atenção (Sifneos, 1973).

Assim sendo, no ano de 1976, teve lugar em Heidelberg a 11ª Conferência Europeia de Investigação Psicossomática (citado por Taylor, 1994), na qual o interesse pela alexitimia se tornou crescente, o que deu origem a numerosos trabalhos de investigação, a partir dos quais se constatou a presença da alexitimia em diversos quadros clínicos, como também em indivíduos saudáveis. No entanto, muitas destas investigações foram conduzidas com instrumentos de avaliação da alexitimia com qualidades psicométricas inadequadas ou pobremente estudadas, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados (Prazeres, 2000).

O problema presente na alexitimia não parece ser o de o sujeito possuir, ou não, um vocabulário afectivo - o que poderia ser concluído de uma leitura literal e concreta do termo - mas antes a forma como este vocabulário é usado. A “palavra afectiva alexitímica” teria perdido a sua qualidade de símbolo não servindo mais à elaboração das tensões internas. O não ter palavras para a emoção denotaria, sobretudo, uma impossibilidade de sentir as emoções subjectivamente, uma falta do componente psíquico da emoção. Deste modo as características alexitímicas têm sido descritas em quadros em que o acesso à mentalização e elaboração psíquica dos conflitos e tensões internas parece estar comprometida (Salminen, Saarijarvi & Aarela, 1995). Perante um aumento de tensão existiriam apenas duas possibilidades: a passagem ao acto e a descarga somática. A proximidade entre as doenças do agir (*acting out*) e a somatização tem sido frequentemente salientada (Prazeres, 2000). Green (1973, citado por Prazeres, 2000), sublinhando a proximidade entre as estruturas psicossomática e a psicopática, considera o psicossomático como um ‘psicopata corporal’ cujo agir no interior do corpo (*acting in*) teria por objectivo, tal como o *acting out*, a expulsão do afecto para fora da realidade psíquica.

Já Taylor (1994), entendendo a alexitimia como um traço de personalidade, considera que a deficiência na capacidade para modular e processar cognitivamente as emoções é o problema fundamental e o factor principal sobre o qual assenta a vulnerabilidade do alexitímico à doença. Esta deficiência tem como consequência a condução de uma focalização e amplificação do componente somático da activação emocional, contribuindo para o desenvolvimento de perturbações associadas ao uso compulsivo de uma actividade, pessoa ou

substância, quer uma intensificação de respostas fisiológicas face a situações de *stress*, conduzindo ao desenvolvimento de doença somática.

Os défices de regulação das emoções têm sido amplamente investigados nas suas relações com as chamadas patologias psicossomáticas. Mas, poucas vezes têm sido relacionados com a desregulação do comportamento, se exceptuarmos algumas investigações sobre a expressão facial das emoções, e a capacidade dos alexitímicos para interpretar essas expressões faciais ou mudanças de postura do interlocutor (Taylor, 2000).

Marty & M'Uzan, 1963, cunharam o termo de “pensamento operatório” para designar uma realidade clínica que está na base do conceito de alexitimia. Os autores têm continuado a dar atenção à desregulação dos afectos, na sua relação não só com o adoecer somático, mas também nas suas relações com o comportamento, a motricidade e a acção não intencional, tendo como função a mera descarga de ansiedade excedente, ou “livre”. Segundo esta Escola Psicossomática de Paris, o termo de “caracterioses” é usado para aquelas situações clínicas de doentes que “ não evitam a passividade, eles conhecem-na” e encontram-se, por isso, em constante actividade. Smadja (1998), insiste na função de descarga de uma excitação não simbolizada que o comportamento pode ter e refere que o pensamento operatório é um pensamento motor. Neste sentido, Neto (1996) refere, que se encontra muitas vezes em toxicodependentes aquilo que já tínhamos visto em criança: instabilidade e agitação psicomotora. Não chegam a sentir ansiedade, mas em vez disso mexem-se, agitam-se, têm claustrofobia o que leva a reduzirem a ansiedade por meios comportamentais ou pelo recurso maciço à heroína.

## **2.2 TOXICODEPENDÊNCIA**

### **2.2.1 Definição de Toxicodependência**

Agra (1994) define toxicodependência como uma representação conceptual de um comportamento delinvente, consumir drogas, e ao mesmo tempo é uma doença do foro psicopatologia, ou seja, mania. Já para Miguel, a toxicodependência é o resultado do encontro de uma pessoa com uma substância num determinado momento e contexto (Miguel, 1997). Em 1953, A. e M. Porot (citado por Farate, 1996), definiam toxicodependência como “A apetência anormal e prolongada manifestada por certos sujeitos em relação a drogas cujo efeito analgésico, eufórico ou dinamizante conheceram acidentalmente ou procuraram voluntariamente. Esta apetência torna-se rapidamente um hábito tirânico que produz quase inevitavelmente o aumento progressivo das doses” (p. 38).

Quando nos referimos às condutas aditivas estamos face a condutas que têm um “carácter transnosográfico e transestrutural e não pertencem a uma categoria nosográfica ou psicopatológica precisa” (Jeammet, 1991, citado por Farate, 1996, p. 39). No entanto “o denominador comum de um tal espectro aditivo, quer ele seja comportamental, neurobiológico ou, mesmo intra-psíquico, continua por determinar” (Farate, 1996, p. 39). Neste sentido, Baylé e colaboradores (citado por Farate, 1996) definem adição como “um processo” pelo qual “um comportamento, que pode permitir simultaneamente a produção de uma sensação de prazer e a libertação de uma sensação de mal-estar interno é utilizado de uma forma caracterizada. 1) Pela impossibilidade repetida de controlar esse comportamento e 2) pela sua manutenção apesar do conhecimento das suas consequências negativas” (p.39).

De forma mais alargada, McDougall (1978, 1982, 1989, citado por Morgenstern & Leeds, 1993) defende um conceito de adição que não se limita ao consumo de drogas, mas inclui várias formas de comportamento compulsivo, como a ingestão compulsiva de alimentos, comportamentos sexuais compulsivos, dependentes compulsivos do trabalho e relações aditivas com pessoas. Mas a adição também pode ser conceptualizada no contexto das doenças psicossomáticas. Tratar-se-ia de um modo defensivo particular de lidar com a angústia. Notando que as pessoas muitas vezes adoecem ou bebem demais ou trabalham demais, em vez de repararem que estão ansiosas, culpadas ou zangadas, o autor vê os mecanismos psicossomáticos ou aditivos como forma de dispersar a angústia.

### **2.2.2 Dependências**

O consumo e dependência de substâncias surge, de acordo com Murphy e Khantzian (1995), quando o consumidor percebe os efeitos das mesmas, muitas vezes utilizadas para lidar com sentimentos perturbadores derivados de um ego frágil e um self vulnerável. Deste modo, a dependência é concebida como uma desordem de auto-regulação que a envolve a gestão dos afectos, a auto-estima, as relações e a capacidade de cuidar de si mesmo, através do qual o indivíduo aprende a lidar com as suas fragilidades (Janeiro & Metelo, 2004)

O conceito de dependência era bastante claro no DSM-III: o termo dependência incluía tanto a dependência psicológica como a fisiológica. No DSM-III, o termo dependência é usado, unicamente, no sentido fisiológico e exige a presença de tolerância ou privação (Widiger & Smith, 1996, p. 71).

Rousaville (1987) preferiu a definição de dependência de substâncias desenvolvida por Edwards e colaboradores, adaptada na sua maior parte pela Organização Mundial de Saúde (Edwards, Arif & Hodgson, 1981). Neste modelo, a dependência não se reporta a uma tendência fisiológica, mas antes a uma dependência comportamental (desenvolvida na teoria

explicativa de Edwards através do condicionamento operante). As principais características desta “ síndrome de dependência”, incluem uma limitação do repertório comportamental, uma maior importância dos comportamentos relacionados com a obtenção das substâncias, uma utilização compulsiva, um aumento da tolerância, sintomas de privação repetidos e susceptibilidade à recaída (Widiger & Smith, 1996).

O DSM III-R (1987, citado por Fabião, 2002) mantém a categoria “Abuso de substâncias psicoactivas”. Seriam aquelas situações em que existem “ Padrões inadaptados de utilização de substâncias psicoactivas que nunca preencheram os critérios de dependência para essa classe particular de substâncias” (p. 38).

No ICD 10 (1992 citado por Fabião, 2002) na secção F10-F19, estão referidas as “Perturbações mentais e perturbações do comportamento ligadas à utilização de substâncias psicoactivas” (p. 39). Importa salientar a integração, nesta classificação do “ Síndrome de Dependência”. É definido como “ um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos nos quais a utilização de uma substância psicoactiva específica, ou de uma categoria de substâncias, conduz a um desinvestimento progressivo das outras actividades. A característica essencial da síndrome de dependência consiste no desejo (frequentemente poderoso e por vezes compulsivo) em tomar uma substância psicoactiva...” (p. 39).

Nos dizeres do DSM - IV (2002), a característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Um diagnóstico de Dependência de Substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, excepto cafeína. Os sintomas de Dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (por ex., sintomas de abstinência não são especificados para Dependência de Alucinogénios). Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a "fissura" (um forte impulso subjectivo para usar a substância) tende a ser experimentada pela maioria dos indivíduos com Dependência de Substância (se não por todos).

De referir ainda que, segundo o DSM-IV, a dependência é definida como um agrupamento de três ou mais dos sintomas num período mínimo de 1 mês.

### 2.2.3 Toxicodependência e Personalidade

O peso que a personalidade, enquanto factor, desempenha na génese da toxicodependência ainda não está muito bem determinado. Na realidade, parecem coexistir pontos de vista algo contraditórios. Diferentes autores e diferentes estudos, chegam a traços e organizações de personalidade diferentes, enquanto estudos mais recentes, revelaram que não será sequer possível definir uma personalidade tipo do toxicodependente. Por exemplo, segundo Amaral Dias os toxicodependentes apresentam uma grande variedade de estruturas de personalidade mas regridem para “ um ponto comum”, através da experiência com as drogas (Dias, 1980). Já Bergeret (1981), chegou à conclusão de que não existe uma estrutura de personalidade específica do toxicodependente, defendendo que as características de personalidade devem ser analisadas tendo em conta se são prévias ou adquiridas após o consumo, concluindo, através de diferentes estudos, que qualquer estrutura mental pode conduzir a comportamentos de adicção. Também R. Bucher (1986, citado por Agra e Fernandes, 1992, pp 60), defende: ”A personalidade do toxicodependente permanece enigmática: não se sabe dizer porque é que, em determinado momento, um indivíduo começa a drogar-se, nem porque é que outros param, em determinado momento de o fazer”.

Novamente Bergeret (1982, citado por Neto, 1996), entende que parte apreciável dos toxicodependentes, são como adolescentes que não tiveram tempo de terminar a sua crise de adolescência, não se podendo falar de estrutura de personalidade. São personalidades imaturas, fluidas, ansiosas, insatisfeitas. Segundo (Dias, 1980), o uso diário de heroína permite evitar a emergência de sentimentos disfóricos e de luto que são assim como que adiados *sine die* (luto em diferido), voltando maciçamente nos primeiros dias da abstinência. Assim, o toxicodependente pode durante anos adiar um sentimento de tristeza, que é substituída, através da acção química da droga, por uma sensação de vitalidade e de bem-estar (Neto, 1996). De forma muito próxima Rosenfeld (1961, citado por Fabião, 2002) referia que “ o eu do toxicodependente é fraco, não tem força que permite suportar a dor e a depressão: volta-se facilmente para os mecanismos maníacos mas a reacção maníaca não pode ter lugar senão com a ajuda de drogas porque é necessária uma certa força do eu para a produção da mania” (p.45). Sifneos e Nemiah (1985), também observaram a incapacidade que os toxicodependentes apresentam para auto-cuidarem e auto-aliviarem as tensões internas, não tendo de interiorizar os procedimentos maternos básicos para esses fins e, ficando dependentes de meios externos (farmacológicos) para terem um sentimento de satisfação deste tipo de necessidades básicas. De facto, estes autores afirmaram que o “ defeito básico” nos toxicodependentes repousa nas relações de objecto perturbadas e ambivalentes e no efeito que esta perturbação tem na estruturação das suas personalidades (Taylor, 1997).

Wurmser (1984, 1985 e 1987), citado por Morgenstern e Leeds (1993), entende que é um conflito psíquico (e não um déficit na personalidade) que está na base do uso compulsivo de substâncias psicoactivas. O conflito fundamental decorreria da existência de um Super EU rígido, e seria experimentado como um afecto ameaçador e esmagador. As drogas constituiriam um alívio contra estes afectos, particularmente a raiva e o medo. Arlow (1995), também refere a ideia de que o toxicod dependente teria dificuldade com frustrações ou mal estar e refugiar-se-ia em satisfações primárias, procurando a satisfação imediata e total, servindo-se da droga para obter esse efeito. O conceito de identificação implicaria que os toxicod dependentes tivessem problemas ao nível da construção de uma identidade adulta e autónoma, refugiando-se, por isso, em gratificações primárias. Paralelamente, não descarta a problematização sempre presente da figura paterna ausente e da figura da mãe super protectora.

Khantzian (1990, citado por Morgenstern & Leeds, 1993) entende que o abuso de drogas é uma tentativa para reparar défices na personalidade (no auto-conceito, nas funções reguladoras e auto-protectoras). O uso de droga seria uma forma de auto-medicação para preencher o desfasamento existente na personalidade. Para este autor os adictos acabam por escolher o tipo de droga cujos efeitos farmacológicos melhor aliviam os seus problemas psicopatológicos ou de personalidade. Assim, por exemplo, os dependentes de cocaína seriam preferencialmente indivíduos com depressão crónica preexistente, ciclotímicos, bipolares, etc.

Lavelle, Hammersley e Forsyth (1993), referem que associado ao consumo de drogas aparecem frequentemente citados dois perfis distintos de personalidade a saber: 1 – caracterizado pelo neuroticismo, depressão, baixa auto-estima, *locus* de controlo externo, ansiedade e de auto-desvalorização; 2 – designado por personalidade anti-social, caracterizado por ausência de adesão às regras, *acting-out*, hostilidade, violação dos direitos e história de delinquência. Num estudo realizado com consumidores de drogas verificaram que o consumo de substâncias não determina uma “personalidade aditiva”, sendo que o consumo de drogas é apenas uma face do comportamento que co-ocorre e evolui com a personalidade. No entanto, concluem, que embora a personalidade não explica a passagem do uso para dependência de substâncias, a obtenção de pontuações elevadas nas características anti-sociais e neuróticas, medidas através do MMPI, está associado a uma maior probabilidade no aumento e na perpetuação no consumo de substâncias (Lavelle, Hammersley & Forsyth, 1993).

### **2.3 A RELAÇÃO ENTRE A ALEXITIMIA E TOXICODPENDÊNCIA**

Actualmente o tema da alexitimia está bem documentado. E ainda que inicialmente tenha sido associado às perturbações psicossomáticas, também noutros casos se podem

encontrar características alexitímicas. São disso exemplo as neuroses de carácter, toxicod dependência, perversões sexuais, sujeitos com perturbação afectiva major, situações pós-traumáticas, psicopatias ou personalidades anti-sociais, indivíduos com perturbações alimentares, alcoolismo e outras formas de abuso e dependência de substâncias psico-activas, perturbações narcísicas de personalidade (Lesser, 1981; Lolas & Von Rad, 1989; Lumley & Roby, 1995; Salminen *et al.*, 1995; Taylor, 1984, 1994), quadros em que o acesso à elaboração psíquica dos conflitos e tensões internas parece estar comprometida.

No caso particular do sujeito toxicod dependente, as características alexitímicas manifestam-se através de uma inibição crónica do próprio, que se encontra virado para si mesmo, só se relacionado com o meio através das drogas (Gago & Neto, 2001).

Inaptos para verbalizarem afectos adequados, os sujeitos dependentes de substâncias químicas, tendencialmente preocupam-se de uma forma hipocondríaca com as sensações do corpo que acompanham o despertar das emoções e com uma necessidade imperiosa de se bloquearem ingerindo substâncias psico-activas (Fabião, 2002). Krystal (1987), concluiu que sem um aspecto cognitivo da emoção, tal como a componente expressiva e a capacidade para uma reflexão própria, os sujeitos dependentes de drogas, são incapazes de reconhecer que estão a ganhar experiências através dos sentimentos assim como são incapazes de os identificar.

Taylor *et al.*, (1997) admite que o sofrimento depressivo possa contribuir para um componente da alexitimia dependente do estado, mas entende que os achados de taxas altas de alexitimia, em toxicod dependentes numa fase estável de programas de reabilitação e com abstinência duradouras, sugerem fortemente a existência simultânea de um traço estrutural.

Tal como Krystal (1973, citado por Fabião, 2002) explica, as substâncias psico-activas são utilizadas com um significado farmacológico, para manipular estados afectivos dos indivíduos e como um instrumento que permite adquirir, temporariamente, auto-estima e amor-próprio.

Segundo Wurmser (1984, citado por Taylor *et al.*, 1997), indivíduos propensos à dependência de substâncias, desistiram da faculdade para experienciar o seu Mundo afectivo, tal como a faculdade de terem em conta os afectos dos outros.

Haviland, Shaw e Mac Murray (1988), utilizando a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), evidenciaram alexitimia em 50,4% da população toxicod dependente analisada (Taylor, Bagby & Parker, 1988). Taylor *et al.* (1990) utilizando a mesma escala, detectaram a alexitimia em 50% de um grupo de toxicod dependentes recentemente abstinentes. Della Chiaie e colaboradoras (1994) citado por Taylor e tal (1997), num grupo de 87 dependentes da heroína que estavam abstinentes há 22 meses encontraram uma taxa de 66% de alexitimicos.

Embora existam estudos longitudinais para explorar as relações existentes entre a alexitimia, a dependência de drogas e a psicopatologia associada, eles têm decorrido durante períodos de tempo demasiado curtos (Haviland *et al.*, 1988: 3 semanas; Pinard *et al.*, 1996: 4-6 semanas; Keller *et al.*, 1995: 12 semanas citado por Fabião, 2002), se nos ativermos à dificuldade de diagnosticar, nesta situação, e à evolução prolongada de grande parte dos processos de tratamento. Nestas amostras, os scores obtidos na TAS-20 (Toronto Alexithimic Scale), permaneceram estáveis ao longo dos períodos referidos. Tais achados levam Taylor (1997) a afirmar que “ apesar da curta duração de tais estudos prospectivos, os resultados apoiam a perspectiva de que a alexitimia não é meramente um fenómeno secundário à depressão ou abstinência”.

Com base em experiências com sujeitos adictos, alguns autores (Khantzian, 1990, 1993; Bell & Khantzian, 1991, citado por Taylor *et al.*, 1997) concluíram que o défice de auto-regulação é uma necessidade. Os autores observaram que os adictos começam a ficar dependentes de substâncias psico-ativas em virtude das suas enormes dificuldades em modularem, regularem e exprimirem afectos. Taylor e colaboradores elaboraram um estudo empírico (1990) com um grupo de 44 homens dependentes de substâncias psico-ativas, dos quais 17 tinham história de abuso crónico de álcool, 5 tinham história de abuso crónico de drogas e 22 tinham história de abuso de ambas as substâncias. Utilizaram-se itens da TAS e da TAS-20 tendo os sujeitos completado o MMPI, o BDI, o Teste de alcoolismo de Michigan e o Teste de abuso de drogas (DAST). As várias medidas eram administradas seguindo um período de 1 a 7 dias de abstinência de álcool e outros aditivos químicos. Com base no TAS, o resultado observado quanto aos valores de alexitimia foi muito elevado (maior que 75%).

Num estudo mais recente, Haviland (1994, citado por Taylor *et al.*, 1997) encontrou um resultado mais baixo numa amostra de 204 pacientes dependentes de substâncias (84 mulheres e 120 homens), que completaram o TAS durante a sua primeira semana de hospitalização. De toda a amostra 42% eram alexitímicos, sendo a média de alexitimia nas mulheres de 50%, valor um pouco mais elevado do que nos homens, que era de 36%. Na comparação dos grupos utilizada nestes estudos, estes valores elevados de alexitimia são comparados com os resultados encontrados em amostras de homens adultos normais e estudantes colegiais (9%-12%) e mulheres adultas normais e estudantes (8%-12%).

Ziólkowski e colaboradores (1995, citado por Taylor *et al.*, 1997), avaliaram 60 homens alcoólicos e encontraram uma taxa de 48% de alexitímicos. O tempo médio de abstinência era de 22 meses. Os homens cuja abstinência durava havia menos tempo, eram mais alexitímicos do que aqueles cuja abstinência durava havia mais tempo. Da mesma forma Taylor *et al.*, (1997), numa amostra finlandesa de 2297 homens de meia-idade, encontrou uma associação estreita entre a alexitimia e o consumo de álcool.

Em suma, a visão de que muitos pacientes com desequilíbrios provocados por substâncias psico-ativas desenvolvem um estado de alexitimia como resultado de uma severa ansiedade e depressão, tem sido fortemente argumentado por Haviland *et al.*, (1988). Este autor (1994, citado por Taylor *et al.*, 1997), veio a concluir que em muitos indivíduos dependentes de substâncias psico-ativas a alexitimia é uma resposta situacional para com as emoções.

Resta inferir que sendo a alexitimia uma característica de muitos sujeitos toxicodependentes, como de resto os anteriores estudos empíricos parecem comprovar, a droga, assim como o álcool, funcionam como o antídoto para a alexitimia, já que sobre o seu efeito, o sujeito é capaz de manifestar sentimentos e emoções, que sem ela, nunca conseguiria transmitir (Taylor, 1999 citado por Fabião, 2002).

Da mesma forma, Gomez, Eizaguirre e Aresti (1997) investigaram uma amostra de 123 toxicodependentes (90 homens e 33 mulheres) em comunidade terapêutica e concluíram que alexitimia (avaliada pela TAS-20)

“Está significativamente relacionada com variáveis da história do consumo, gravidade da toxicodependência, auto-conceito, ansiedade inter-pessoal e assertividade, auto-eficácia em situações de risco para o consumo de heroína, percepção do clima social no programa e alguns valores humanos” (Gomez *et al.*, 1997, p.77-86).

Por fim, Gago e Neto (2001), através da aplicação da TAS-20, a 32 jovens com problemas de toxicodependência com uma média de 6 anos de consumo de heroína e/ou cocaína, verificaram que 81% dos indivíduos inquiridos apresentaram valores compatíveis com a alexitimia, 13% tiveram valores intermédios e em 6% dos casos, a pontuação foi concordante com ausência de alexitimia.

### 3. OBJECTIVOS

O conceito de alexitimia foi inicialmente desenvolvido a partir de observações clínicas efectuadas em doentes com perturbações psicossomáticas e posteriormente aplicado a outras patologias, incluindo as dependências químicas (Taylor, 1984).

Sendo assim, esta investigação surge como pertinente uma vez que, apesar de surgirem hipóteses da alexitimia constituir um factor etiológico e de manutenção importante nos comportamentos de adição, salienta-se a necessidade da realização de estudos adicionais, complementares e de replicação quanto a esta problemática.

Convém também salientar que na pesquisa bibliográfica efectuada não foram identificados muitos estudos em Portugal sobre alexitimia e toxicodependência. A ausência de investigações no nosso país sobre esta problemática e as múltiplas questões levantadas por estudos recentes internacionais justificaram a realização da presente pesquisa.

Pretende-se, assim, através de um estudo exploratório e inicial, determinar a incidência da alexitimia na problemática da toxicodependência.

É também pertinente, á semelhança de outras investigações, reforçar a hipótese de uma relação importante entre alexitimia e a dependência química que por sua vez, justifica uma avaliação regular, estudos complementares e processos de intervenção adequados.

Por este facto, existem muito poucos estudos que investiguem empiricamente a relação entre a alexitimia e o abuso de substâncias (Taylor *et al.*, 1990). Podemos verificar, que em estudos anteriores observou-se pontuações muito altas da escala TAS-20 comparando com um grupo de controlo. Em resultado a isto, é coerente com as hipóteses sugerir que a alexitimia pode ser um aspecto importante no fenómeno da toxicodependência.

Embora existam muitos estudos longitudinais para explorar as relações existentes entre alexitimia e a dependência de drogas, eles têm decorrido durante períodos de tempo demasiado curtos, se nos ativermos à dificuldade de diagnosticar e a evolução prolongada da maior parte dos tratamentos.

Partindo do levantamento bibliográfico efectuado, é nossa intenção aceder aos níveis de incidência de alexitimia presente em indivíduos toxicodependentes e não toxicodependentes. Desta feita, definimos os seguintes objectivos de estudo:

- Objectivo geral: o objectivo geral deste trabalho prende-se com análise entre alexitimia e a toxicodependência. Procurámos seleccionar esta doença, de importância para a saúde pública no nosso país e que, simultaneamente, estivesse de alguma forma mencionada na literatura

- Objectivos específicos: os objectivos específicos do presente trabalho têm um duplo objectivo. Primeiro avaliou-se um estudo que contempla um conjunto de sujeitos ditos toxicodependentes, de modo a poderem comparar-se os valores de alexitimia desta população, com uma outra sem comportamentos de adição a drogas. Em segundo procurou-se ainda ver se existem diferenças, ou não, entre os valores de alexitimia apresentados em função das variáveis sócio-demográficas, como o sexo, a idade e por fim a escolaridade. A comparação dos valores de alexitimia teve por intuito indagar a relação existente entre a alexitimia e dependência de substâncias químicas, assim como uma melhor compreensão do funcionamento psicológico dos sujeitos toxicodependentes.

Neste sentido, iremos partir das seguintes questões de investigação:

H0 = Terão os toxicodependentes mais incidência de alexitimia?;

H1 = Não terão os toxicodependentes mais incidência de alexitimia?;

Relacionando depois os resultados encontrados com todas as outras variáveis em estudo.

**Hipótese 1** – Os valores de alexitimia numa população de sujeitos toxicodependentes, são mais elevadas do que os valores verificados numa população sem comportamentos de adição a substâncias químicas.

**Hipótese 2** – Os valores de alexitimia são maiores nos indivíduos do sexo masculino do que nos indivíduos do sexo feminino.

**Hipótese 3** – A alexitimia é maior nos indivíduos com idade mais avançada do que em indivíduos mais novos.

**Hipótese 4** – Prevê-se que quanto maior for o nível de escolaridade, menor será o nível de alexitimia.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Sujeitos de estudo

A população em estudo foi recolhida na região de Lisboa, mais propriamente em Unidades Moveis (IDT) de distribuição de Metadona e via on-line, ambas escolhidas aleatoriamente por conveniência.

Neste estudo participaram um total de 92 sujeitos com idades compreendidas entre os 18-70, divididos em 2 grupos: um grupo de sujeitos que consomem substâncias psicoactivas (n=46). Doravante designado de grupo 1, e outro grupo de sujeitos que não consomem substâncias psicoactivas (n=46), denominado de grupo 2.

Relativamente ao grupo dos consumidores, 9 são mulheres e 37 são homens (20% e 80%). Já o grupo dos não consumidores tem 37 mulheres e 9 homens (80% e 20%).

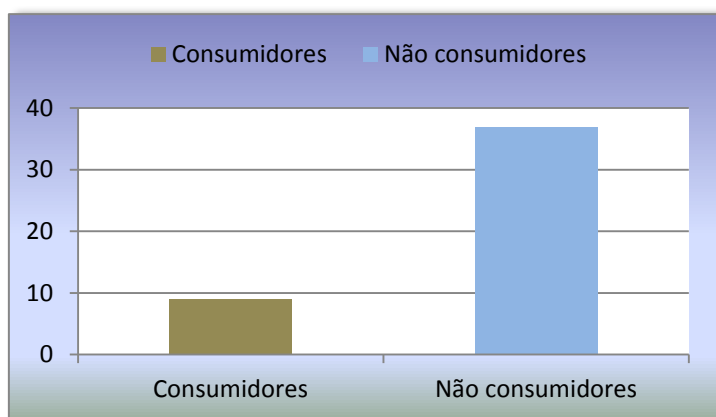


Figura 1 – Caracterização do grupo das mulheres quanto ao consumo

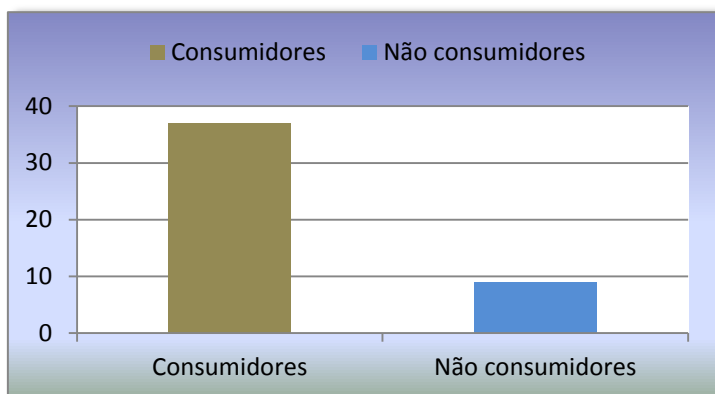


Figura 2 – Caracterização do grupo dos homens quanto ao consumo.

No que diz respeito à idade, o grupo 1 apresentou os seguintes resultados

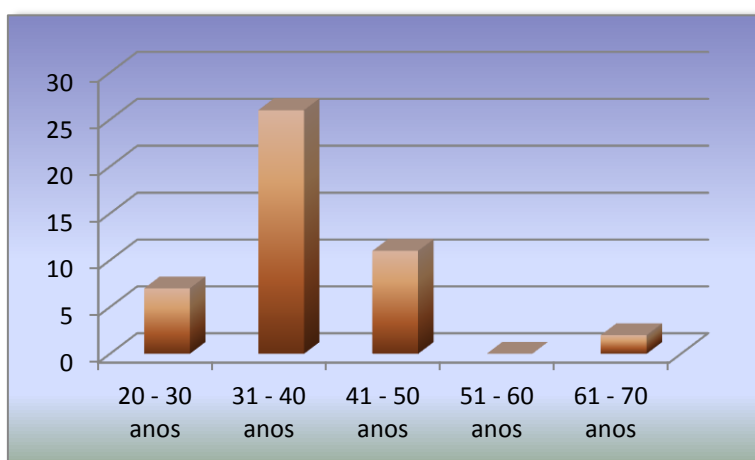


Figura 3 – Caracterização do grupo dos consumidores relativamente à faixa etária.

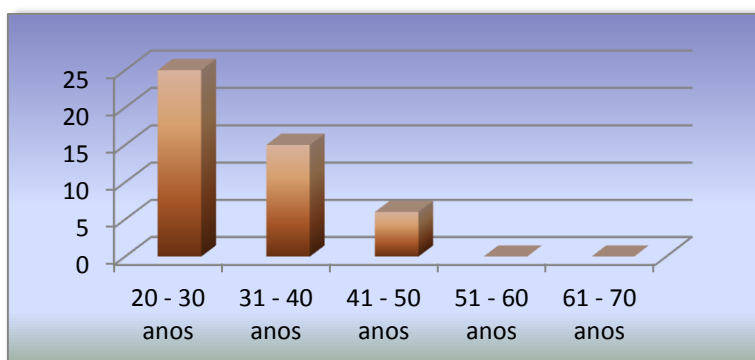


Figura 4 – Caracterização do grupo dos não consumidores relativamente à faixa etária

No que concerne ao item habilitações literárias, foram encontrados os seguintes resultados.

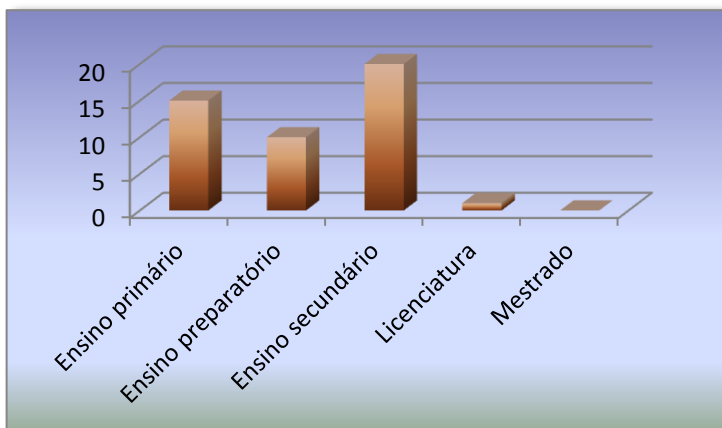


Figura 5 – Caracterização do grupo dos consumidores no que se refere às habilitações literárias

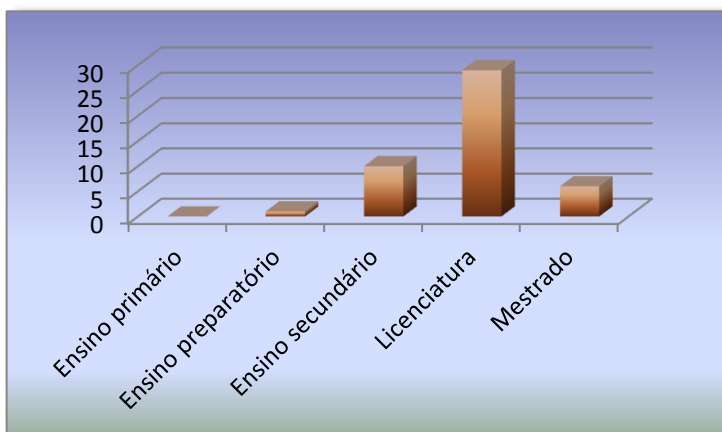


Figura 6 – Caracterização do grupo dos não consumidores no que se refere às habilitações literárias

#### 4.2 TIPO DE ESTUDO

A tese em questão retrata um estudo comparativo.

Recorrendo ao uso do questionário TAS-20 (Taylor, Bagby & Parker, 1992), pretende-se comparar a existência ou não de diferenças dos níveis da alexitimia no grupo dos consumidores e não consumidores. Paralelamente vamos também estar atentos a possíveis diferenças encontradas ao nível das três dimensões do questionário, no sentido de averiguar eventuais correlações entre estas mesmas dimensões e os grupos em estudo.

#### 4.3 VARIÁVEIS

Segundo Pinto (1990), uma variável “é característica, propriedade ou quantidade de um ser, objecto ou acontecimento que é manipulada e medida ou controlada numa experiência” (p.39). No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

- Sexo: operacionalizado em duas categorias (masculino e feminino);
- Idade: operacionalizado em cinco categoria (20-30 anos;31-40 anos; 41-50 anos; 51-60 anos; 61-70 anos);
- Nível de Escolaridade: operacionalizado em quatro categorias (1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo e Superior).

Estas variáveis foram relacionadas com o constructo alexitimia.

#### 4.4 INSTRUMENTO

Neste estudo, foi utilizado um instrumento para avaliar o nível de alexitimia TAS-20 (Toronto Alexitimia Scale de 20 ítems).

Quanto a administração do instrumento escolhido, TAS-20 (adaptação portuguesa de Prazeres, 2000, do original de Taylor, Bagby & Parker, 1992) (c.f. anexo I), importa então reter que, em parte devido ao facto de a alexitimia ser um conceito ainda muito recente, existe uma certa dificuldade em encontrar instrumentos efectivamente válidos, que possam de resto, medir o grau de alexitimia de um determinado sujeito. Levando em conta todas as limitações mencionadas, efectuaram-se vários esforços com vista à elaboração de instrumentos válidos e rigorosos na avaliação da alexitimia. De entre eles, o Questionário de Alexitimia de Resposta Provocada (*Alexitimia Provoked Response Questionnaire*) – (APRQ) de Krystal, Giller e Cicchetti (1986), a Escala de Alexitimia de Toronto (*Toronto Alexitimia Scale*) – (TAS), introduzida por Taylor *et al.*, (1988) e a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20), apresentada em 1992 por Bagby, Taylor e Parker (Taylor, Bagby & Parker, 1993). A opção feita recaiu sobre este último instrumento.

Já no que diz respeito à TAS-20, na opinião de vários autores, esta escala foi capaz de ultrapassar os problemas identificados no instrumento original – (TAS), na medida em que possui melhores qualidades psicométricas (Bagby, Parker & Taylor, 1994a; Parker *et al.*, 1993).

Nesta escala revista, emerge, através da análise factorial exploratória, uma estrutura de 3 factores inter correlacionados e congruentes com o conceito teórico da alexitimia (Bagby *et al.*, 1994a).

“A análise Factorial sugere que a **TAS-20** avalia uma dimensão geral da alexitimia que pode ser decomposta em 3 factores inter correlacionados.

Estes 3 factores traduzem facetas teoricamente distintas do conceito de alexitimia: factor 1 – dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los

das sensações corporais que acompanham as emoções (itens: 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14); factor 2 – dificuldade em descrever sentimentos aos outros (itens: 2, 4, 11, 12 e 17); e o factor 3 – um estilo de pensamento orientado para o exterior (itens: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20)” (Parker *et al.*, 1993, p. 211-212).

O factor 1 e o factor 2 parecem estar fortemente correlacionados, o que é teoricamente compreensível já que a capacidade para comunicar sentimentos aos outros (F2) depende da capacidade para os reconhecer em si próprio (Bagby *et al.*, 1994a). Também a correlação verificada entre o factor 2 e o factor 3 é congruente com os pressupostos teóricos, na medida em que um estilo de pensamento orientado para o exterior (F3) se caracteriza pela pouca ou nenhuma referência aos sentimentos do indivíduo. Conjuntamente, estes dois factores parecem reflectir a dimensão do conceito da alexitimia relativa ao pensamento operatório (Bagby *et al.*, 1994a), pensamento este que se caracteriza precisamente pela descrição minuciosa de acontecimentos externos, estando ausente a dimensão da afectividade e da fantasia. Deste modo, pode considerar-se que, apesar da ausência de itens que avaliam directamente a actividade imaginativa, esta dimensão pode ser avaliada pela TAS-20, na medida em que é possível avaliar o pensamento operatório. Este aspecto encontra apoio nos estudos efectuados para estabelecer a validade convergente, nos quais se verificou uma correlação negativa significativa entre o resultado da TAS-20 e a sub-escala do *NEO Personality Inventory* (NEO-PI) de abertura para a fantasia, correlação esta que se deve sobretudo ao factor 3 e, em menor grau, ao factor 2. A validade convergente é também apoiada pela forte correlação negativa verificada com a sub-escala que avalia abertura para os sentimentos (Bagby, Parker & Taylor, 1994b).

Trata-se portanto de um instrumento de auto-avaliação com 20 itens, sendo pedido ao sujeito que assinale por cada item, o seu grau de concordância segundo uma escala tipo *Lickert* de 5 pontos (1 – discordo totalmente; 2 – discordo em parte; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo em parte; 5 – concordo totalmente). A cotação é feita através dos valores atribuídos pelo sujeito, excepto no que se refere aos itens 4, 5, 10, 18 e 19, que são cotados de forma inversa ao valor atribuído pelo sujeito. O score total da alexitimia pode variar entre um mínimo de 20 e um máximo de 100 (Bagby *et al.*, 1994a; Parker *et al.*, 1993).

É verificado, que a TAS-20 apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0,81) e precisão teste-reteste ( $r = 0,77$ ;  $p = \text{menor } 0,01$ ) com um período de intervalo de 3 semanas (Taylor *et al.*, 1990).

Na versão original, a escala apresenta um ponto de corte  $\geq 61$  (claramente alexitímico).

Para valores  $\leq 51$ , o sujeito é classificado como não claramente alexitímico. Respectivamente aos valores intermédios, estes correspondem a alexitimia moderada (Taylor *et al.*, 1990).

Embora o instrumento se encontrasse publicado, foi solicitado ao autor a sua autorização (ver anexo II) para a utilização do mesmo. O autor do respectivo instrumento respondeu amavelmente, fornecendo o material solicitado e bibliografia de suporte.

#### **4.5 PROCEDIMENTO**

Para a constituição dos grupos de estudo, começamos por contactar o Centro de Atendimento ao Toxicodependente (CAT – Xabregas). Posteriormente, pedimos autorização à Direcção e responsáveis do Centro de Atendimento de Xabregas e Gat Oriental, para a recolha de questionários provenientes das unidades móveis para a concretização do nosso estudo. A escolha dos sujeitos do grupo de controlo foi aleatória, tendo em conta a distribuição por género e faixa etária (amostra estratificada). A amostra dos toxicodependentes é uma amostra de conveniência, devido quer às variáveis em estudo, nomeadamente a alexitimia, quer aos condicionalismos da instituição a que tivemos acesso. Assim o grupo de toxicodependentes integra 9 mulheres, que estavam a fazer programa de Metadona que acederam ao pedido dos técnicos instalados nas unidades móveis.

No que respeita à recolha de dados, em 3 semanas, obteve-se os questionários TAS-20, sendo perguntado aos sujeitos se não se importavam de colaborar connosco, respondendo a um questionário e, tendo como objectivo saber como é que a população portuguesa respondia aquele instrumento, nunca tendo sido verbalizado o termo toxicodependência.

De forma quase unânime os sujeitos não responderam positivamente, mostrando-se, alguns, pouco interessados na execução das tarefas. Notamos, porém, que os sujeitos do programa de baixo limiar (grupo de toxicodependentes), em virtude de estarem categorizados pelo *IDT* como mais desorganizados eram menos receptivos, mais ansiosos, desconfiados, solicitando muitas vezes a apreciação positiva por parte do examinador, e eram igualmente mais cautelosos nas suas concretizações de tarefas e respostas mais privadas. A atitude do examinador era de desdramatização da situação, explicando que aquele processo não era de forma alguma uma avaliação do sujeito, que não iria haver qualquer implicação na sua vida futura pessoal e que a sua identificação nunca era feita.

Relativamente ao examinador, optou-se por serem sempre as duas (enfermeiro e técnico psicossocial) mesmas pessoas a recolher todos os dados, de forma a controlar a possível interferência das características do examinador na relação com os sujeitos e na administração do teste. Esta opção, se bem que mais trabalhosa e morosa, permitiu uma maior

compreensão das diferentes situações, pela observação directa dos vários casos, pelo diálogo estabelecido com os sujeitos, o que veio enriquecer de forma determinante a informação recolhida pelo instrumento.

No que concerne à administração do instrumento de avaliação, este foi apresentado aos sujeitos aquando da deslocação por parte do sujeito em tomar a sua dose diária de metadona e feitura de análises, proporcionado assim uma maior estada que permitisse a passagem do questionário. A passagem dos instrumentos de avaliação foi individualmente, na unidade móvel aquando da toma e processo de análises ao sangue. O tempo médio de realização de cada instrumento foi de aproximadamente 15 minutos.

A uniformização das condições de administração foi conseguida devido à utilização de instruções gerais e precisas, apresentadas na primeira página do instrumento e lidas em voz alta, no início de cada sessão. À população em causa, foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

Relativamente à população não consumidora, os questionários foram conseguidos de duas formas: via on-line e presencialmente. Os questionários disponibilizados na internet (através do Google), foram inicialmente enviados para a nossa rede de contactos pessoais/profissionais, solicitando a sua divulgação. Da mesma forma, os preenchidos presencialmente, foram numa primeira fase passados à mesma rede de contactos, rede essa que gentilmente, nos facultou a hipótese de inquirir pessoas que desconhecíamos por completo. Em ambos os casos, a adesão foi bastante positiva até porque, à semelhança do que aconteceu com o grupo dos toxicodependentes, o anonimato/confidencialidade foi desde logo assegurado.

De referir que, o tempo médio de preenchimento foi de 10 minutos e que todos os questionários foram conseguidos em 2 semanas.

Por último, é importante realçar que, no sentido de neutralizar quaisquer instruções diferentes, em ambos os casos, os inquiridos tinham acesso às mesmas instruções de preenchimento.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No sentido de procedermos à análise dos dados encontrados, serão utilizadas tabelas, figuras e *outputs* extraídos dos SPSS.

Considerou-se para o presente estudo o nível de significância de 95% ( $p < 0.05$ ), pelo facto deste ser o mais adoptado ao nível das Ciências Sociais. De referir ainda que, houve a preocupação de inverter os itens já previamente enunciados, ao serem inseridos em SPSS.

Na sequência dos objectivos a que nos propusemos, começaremos por avaliar até que ponto é que os valores de alexitimia numa população de sujeitos toxicodependentes, são mais elevados do que os valores verificados numa população sem comportamentos de adição a substâncias químicas (**H1**)

Tabela 1 – Comparação dos níveis de Alexitimia entre o grupo dos consumidores e o grupo dos não consumidores.

Nível de Alexitimia	Grupo dos consumidores	n=46	Média = 57,11	$\sigma = 10,16$
	Grupo dos Não Consumidores	n=46	Média = 42,57	$\sigma = 12,24$

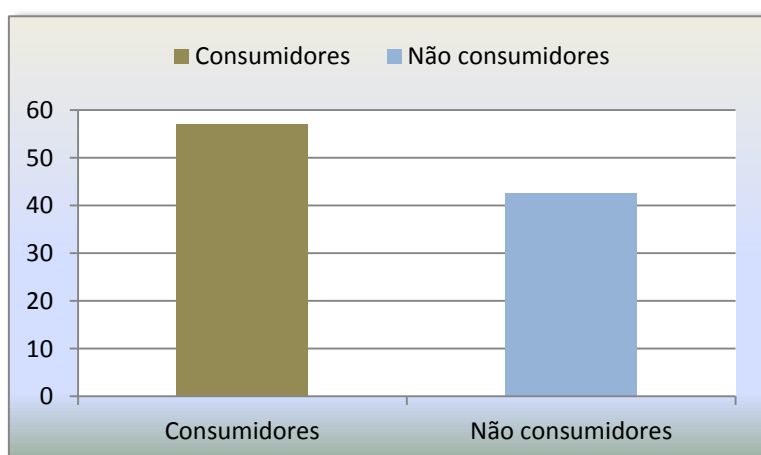


Figura 7 – Representação dos níveis médios de alexitimia encontrados para ambos os grupos

De acordo com a Figura 7, constata-se que os valores médios da alexitimia, são diferentes em função dos respectivos grupos. Mais especificamente, o Grupo dos consumidores regista um valor médio de 57,11 (Dp= 10,16) e o Grupo dos não consumidores, um valor médio de 42,57 (Dp= 12,24). No caso do grupo dos consumidores, o valor mais baixo foi de 30 e o mais elevado foi 87. Em relação ao outro grupo, o mais baixo foi 26 e o mais elevado foi de 68. Porém, só poderemos afirmar se as diferenças encontradas são ou não significativas, se tratarmos estatisticamente os resultados encontrados. Visto a nossa amostra ser superior a  $n=30$  ( $46+46$ ), poderemos assumir uma distribuição assintótica. Paralelamente, visto o número de sujeitos ser igual em ambos os grupos, poderemos assumir que a variabilidade será sensivelmente a mesma. Confirmados estes dois critérios, poderemos então proceder à utilização de Testes Paramétricos, em concreto o teste T de Student.

Tabela 2 – Teste T de Student para o nível de alexitimia por grupos

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
VALOR_ALE	Equal variances assumed	5.766	,018	6.202	90	,000	14.543	2.345	9.885	19.202
	Equal variances not assumed			6.202	87.046	,000	14.543	2.345	9.883	19.204

Procedeu-se à realização do teste T com o objectivo de avaliar as diferenças entre os valores médios da população toxicodependentes e a população não toxicodependente, partindo da hipótese de que encontraríamos um nível maior de alexitimia em sujeitos toxicodependentes. Como se pode verificar na tabela 2 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à alexitimia ( $p$ -value  $,000 \leq 0.05$ ) avaliadas pela TAS-20 nas duas amostras distintas. Os resultados obtidos indicaram que os sujeitos toxicodependentes apresentaram valores médios mais elevados de alexitimia ( $M=57.11$ ;  $DP=10.16$ ); comparativamente com os sujeitos não toxicodependentes ( $M=42.57$ ;  $DP=12.24$ ), existindo neste último um desvio padrão superior ao verificado no primeiro grupo, o que evidencia uma maior dispersão dos resultados no grupo de sujeitos não toxicodependentes, confirmando assim a nossa hipótese **H1**.

Numa análise mais detalhada factor a factor e, consequentemente de todos os itens que os compõem, confirma-se que é o grupo dos consumidores que apresenta valores médios maiores em qualquer um dos factores, sendo que, é ao nível de um estilo de pensamento orientado para o exterior (factor 3), em que se verifica ser mais nítida a distinção entre os grupos.

Tabela 3 - Comparação dos níveis de alexitimia por factores entre o grupo dos consumidores e o grupo dos não consumidores.

Factor	Consumidores	n	Média	$\sigma$
Factor 1 <i>Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais que acompanham as emoções</i>	Consumidores	n=46	Média = 18,65	$\sigma = 6,32$
	Não Consumidores	n=46	Média = 12,89	$\sigma = 5,72$
Factor 2 <i>Dificuldade em descrever sentimentos aos outros</i>	Consumidores	n=46	Média = 15,41	$\sigma = 3,81$
	Não Consumidores	n=46	Média = 11,52	$\sigma = 4,74$
Factor 3 <i>Um estilo de pensamento voltado para o exterior</i>	Consumidores	n=46	Média = 22,76	$\sigma = 4,09$
	Não Consumidores	n=46	Média = 18,15	$\sigma = 4,53$

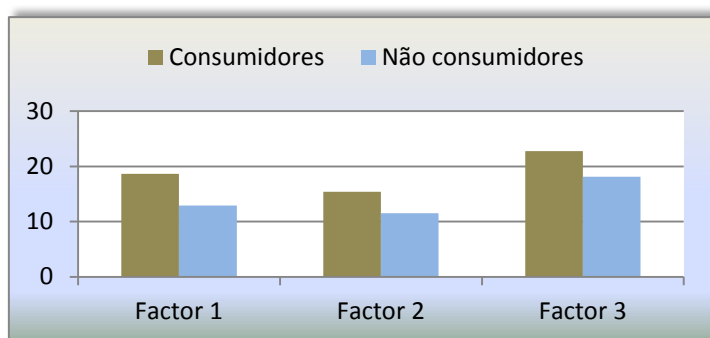


Figura 8 – Representação dos níveis médios de alexitimia encontrados por factor para ambos os grupos

Estatisticamente, comprova-se a existência de diferenças significativas para qualquer um dos factores em estudo, mais concretamente ( $p=,000$ ) para todos os grupos.

Tabela 4 – Teste T de Student para o nível de alexitimia do factor 1 por grupos

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	
VALOR_fact1	Equal variances assumed	,431	,513	4.584	90	,000	5.761	1.257	3.264	8.257
	Equal variances not assumed			4.584	89.125	,000	5.761	1.257	3.264	8.258

Tabela 5 – Teste T de Student para o nível de alexitimia do factor 2 por grupos

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	
VALOR_fact2	Equal variances assumed	7.112	,009	4.342	90	,000	3.891	,896	2.111	5.672
	Equal variances not assumed			4.342	85.963	,000	3.891	,896	2.110	5.673

Tabela 6 – Teste T de Student para o nível de alexitimia do factor 3 por grupos

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
VALOR_fact3	Equal variances assumed	,403	,527	5.124	90	,000	4.60870	,89936	2.82197	6.39542
	Equal variances not assumed			5.124	89.086	,000	4.60870	,89936	2.82172	6.39567

O mesmo se passa ao nível das correlações, onde constatámos que existe uma correlação positiva entre todos os factores em estudo (ver tabela 7).

Tabela 7 – Correlação de Pearson para os diferentes factores de alexitimia

### Correlations

		VALOR_fact1	VALOR_fact2	VALOR_fact3
VALOR_fact1	Pearson Correlation	1	.668**	.341**
	Sig. (2-tailed)		.000	.001
	N	92	92	92
VALOR_fact2	Pearson Correlation	.668**	1	.527**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	92	92	92
VALOR_fact3	Pearson Correlation	.341**	.527**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	
	N	92	92	92

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

Numa análise mais minuciosa, comparámos item a item para cada um dos grupos. Conseguimos ainda comprovar que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos não toxicodependentes e o grupo de indivíduos toxicodependente, para a grande maioria das questões que compõem o TAS-20 (ver anexo 8.6).

Relembrando a equivalência dos dois grupos em termos das variáveis género, idade e habilitações literárias aquando da constituição das respectivas amostras, questionamo-nos agora sobre os resultados da alexitimia a tais variáveis demográficas.

Para comparar o sexo relativamente à variável alexitimia, começámos por comparar os valores para cada um dos géneros

Tabela 8 - Comparação dos níveis de Alexitimia em função do género.

Nível de Alexitimia	Homens	n=45	Média = 54,09	$\sigma = 11,88$
		Mulheres	n=47	Média = 45,77

À semelhança do que aconteceu com a análise estatística anterior, também aqui nos foi possível utilizar testes paramétricos, visto estarem presente os mesmos critérios.

Tabela 9 – Teste T de Student para o nível de alexitimia por género

**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
VALOR_ALE	Equal variances assumed	4,101	,046	3,127	90	,002	8,323	2,661	3,036	13,610
	Equal variances not assumed			3,136	89,327	,002	8,323	2,654	3,050	13,596

Foi utilizado igualmente o teste paramétrico de comparação de médias (T-teste). De acordo com os resultados obtidos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos valores médios da alexitimia entre o género ( $0,02 \leq 0,05$ ), tal como se havia hipotetizado (**H2**), sendo que no grupo dos homens, encontramos uma média de 54,09 ( $\sigma = 11,88$ ) e no grupo das mulheres uma média de 45,77 ( $\sigma = 13,55$ ), o que nos leva a concluir que na nossa amostra, os homens são mais alexitímicos que as mulheres.

Procurámos de igual forma, analisar as diferenças relativamente à variável idade.

Tabela 10 - Comparação dos níveis de Alexitimia por idade.

Nível de Alexitimia	20 aos 30 anos	n=32	Média = 48,19	$\sigma = 13,69$
	31 aos 40 anos	n=40	Média = 49,73	$\sigma = 12,75$
	41 aos 50 anos	n=18	Média = 51,28	$\sigma = 14,29$
	51 aos 60 anos	n=0		
	61 aos 70 anos	n=2	Média = 65,50	$\sigma = 3,54$

Visto não termos conseguido assegurar a normalidade para todos os grupos (ver tabela 11), tivemos que recorrer ao Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (ver tabela 12).

Tabela 11 – Teste de Normalidade para o nível de alexitimia tendo em conta a idade.

**Tests of Normality**

Idade	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
VALOR_ALE 20-30	.155	32	.048	.935	32	.054
31-40	.181	40	.002	.944	40	.047
41-50	.187	18	.097	.921	18	.134
61-70	.260	2	.			

a. Lilliefors

rs Significance Correction

Tabela 12 – Teste de Kruskal-Wallis para o nível de alexitimia por idade

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

	VALOR_ALE
Chi-Square	4.105
Df	3
Asymp. Sig.	.250

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade

Como o p-value do teste de Kruskal-Wallis é  $,250 \geq 0,05$ , não existe evidência estatística ao nível da significância  $\alpha = 5\%$ , isto é, que embora as médias entre as diferentes categorias de idade sejam diferente, os níveis de alexitimia não alteram em função da idade, logo, não foi confirmada a nossa hipótese (**H3**).

Relativamente à variável habilitações literárias, eis os resultados encontrados:

Tabela 13 - Comparação dos níveis de Alexitimia por habilitações literárias.

Nível de Alexitimia	Ensino primário	n=15	Média = 58,40	$\sigma = 5,89$
	Ensino preparatório	n=12	Média = 55,83	$\sigma = 15,58$
	Ensino secundário	n=31	Média = 53,10	$\sigma = 10,84$
	Licenciatura	n=29	Média = 41,21	$\sigma = 11,96$
	Mestrado	n=5	Média = 39,60	$\sigma = 15,92$

No sentido de validar se existem ou não diferenças significativas, utilizámos a Anova One Way. Antes disso, houve a preocupação de confirmar que os dados provinham de uma distribuição normal (ver tabela 14) e que a homogeneidade da variância estava assegurada (ver tabela 15)

Tabela 14 – Teste de Normalidade para a variável alexitimia tendo em conta as habilitações literárias.

**Tests of Normality**

VALOR_ALE	Habilitações Literárias	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	Ensino Primário	,126	15	,200*	,963	15	,743
	Ensino Preparatório	,261	12	,023	,869	12	,064
	Ensino Secundário	,169	31	,024	,966	31	,417
	Licenciatura	,228	29	,000	,904	29	,052
	Mestrado	,438	5	,002	,621	5	,071

Tabela 15 – Teste de Levene do nível de alexitimia por habilitações literárias

Test of Homogeneity of Variances

VALOR\_ALE

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.431	4	87	.231

Considerando os dados abaixo apresentados, constata-se a existência de diferença significativas ao nível das habilitações literárias ( $,000 \leq ,005$ ).

Tabela 16 – Teste de Anova One Way do nível de alexitimia por habilitações literárias.

**ANOVA**

VALOR\_ALE

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4544.619	4	1136.155	8.447	.000
Within Groups	11701.935	87	134.505		
Total	16246.554	91			

Sendo assim, é interessante averiguar quais as categorias da variável habilitações literárias é que apresentam diferenças significativas, relativamente ao valor de alexitimia. Por esse motivo, vamos utilizar o teste Post-Hoc de Scheffé.

Tabela 17 – Teste de Scheffé do nível de alexitimia por habilitações literárias

**Multiple Comparisons**

VALOR\_ALE

Scheffe

(I) Habilitações Literárias	(J) Habilitações Literárias	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Ensino Primário	Ensino Preparatório	2.567	4.492	.988	-11.57	16.70
	Ensino Secundário	5.303	3.648	.715	-6.18	16.78
	Licenciatura	17.193*	3.689	.001	5.58	28.80
	Mestrado	18.800	5.989	.051	-.05	37.65
Ensino Preparatório	Ensino Primário	-2.567	4.492	.988	-16.70	11.57
	Ensino Secundário	2.737	3.943	.975	-9.67	15.15
	Licenciatura	14.626*	3.981	.013	2.10	27.16
	Mestrado	16.233	6.173	.151	-3.20	35.66
Ensino Secundário	Ensino Primário	-5.303	3.648	.715	-16.78	6.18
	Ensino Preparatório	-2.737	3.943	.975	-15.15	9.67
	Licenciatura	11.890*	2.996	.006	2.46	21.32
	Mestrado	13.497	5.589	.222	-4.09	31.09
Licenciatura	Ensino Primário	-17.193*	3.689	.001	-28.80	-5.58
	Ensino Preparatório	-14.626*	3.981	.013	-27.16	-2.10
	Ensino Secundário	-11.890*	2.996	.006	-21.32	-2.46
	Mestrado	1.607	5.616	.999	-16.07	19.28
Mestrado	Ensino Primário	-18.800	5.989	.051	-37.65	.05
	Ensino Preparatório	-16.233	6.173	.151	-35.66	3.20
	Ensino Secundário	-13.497	5.589	.222	-31.09	4.09
	Licenciatura	-1.607	5.616	.999	-19.28	16.07

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tendo em conta a tabela acima, o *p-value* do teste de comparação múltiplas diz-nos que existem diferenças significativas entre os valores médios de alexitimia para os que têm o

ensino primário, preparatório ou secundário e os que têm licenciatura, respectivamente  $0,001 \leq ,005$ ;  $,013 \leq ,005$ ;  $,006 \leq ,005$ , o que vai ao encontro do previsto em **(H4)** e ao observado em outros estudos. Consta-se assim, que o nível de escolaridade se encontra relacionado com a alexitimia, já que através dos resultados obtidos observa-se que os indivíduos detentores do ensino primário, preparatório e secundário, apresentam maior nível de alexitimia do que aqueles que frequentaram o ensino superior.

De uma forma geral, os resultados deste estudo permitiram verificar que existem algumas variáveis que estão relacionadas com a alexitimia na toxicod dependência.

No que diz respeito a Hipótese 1 **(H1)**, “Os valores de alexitimia numa população de sujeitos toxicod dependentes, são mais elevados do que os valores verificados numa população sem comportamentos de adicção a substâncias químicas”, os dados referentes confirmam a hipótese. Os resultados obtidos na amostra de sujeitos toxicod dependentes apresentam uma média de alexitimia e um valor para qual os sujeitos são considerados alexitímicos. Assim, a média de alexitimia encontrada na população toxicod dependente foi de 57,11, sendo considerados alexitímicos aqueles que tinham valores superiores a 51. Este resultado confirma e apoia outros trabalhos de investigação realizados no âmbito deste tipo de patologia (Taylor *et al.*, 1990, citado por Taylor *et al.*, 1997) dado que, existe uma maior prevalência de alexitimia na população toxicod dependente, a qual é significativamente superior à da população não toxicod dependente. Sendo assim, são muitos os estudos que mostram que a prevalência de sujeitos toxicod dependentes, têm um índice maior de alexitimia, comparativamente a sujeitos não toxicod dependentes.

Até a data diversos estudos tem explorado as ligações entre toxicod dependência e alexitimia. Num estudo Taylor e colaboradores elaboraram um estudo empírico (1990) a um grupo de 44 homens dependentes de substâncias psico-activas, dos quais 17 tinham história de abuso crónico de álcool, 5 tinham história de abuso crónico de drogas e 22 tinham história de abuso de ambas as substâncias. Utilizaram-se itens da TAS e da TAS-20 tendo os sujeitos completado o MMPI, o BDI, o Teste de alcoolismo de Michigan e o Teste de abuso de drogas (DAST). As várias medidas eram administradas seguindo um período de 1 a 7 dias de abstinência de álcool e outros aditivos químicos. Com base no TAS, o resultado observado quanto aos valores de alexitimia foi muito elevado (maior que 75%).

Noutro estudo Della Chiaie e colaboradores (1994) citado por Taylor *et al.*, (1997), num grupo de 87 dependentes da heroína, que estavam abstinentes havia 22 meses, encontraram uma taxa de 66% de alexitímicos.

Com base em experiências com sujeitos adictos, alguns autores (Khantzian, 1990, 1993; Bell & Khantzian, 1991, citado por Taylor *et al.*, 1997) concluíram que o défice de

auto-regulação é uma necessidade. Os autores observaram que os adictos começam a ficar dependentes de substâncias psico-activas em virtude das suas enormes dificuldades em modular, regular e exprimirem afectos.

Relativamente ao sexo dos sujeitos, a hipótese desta variável influenciar a pontuação da alexitimia, manifestando níveis mais elevados nos homens do que nas mulheres (Blanchard *et al.*, 1981), foi confirmada (**H2**). O mesmo já não aconteceu com a variável idade (**H3**). Não conseguimos encontrar diferenças significativas entre a idade e a alexitimia, daí que, a hipótese de que existe uma maior prevalência de alexitimia nos indivíduos com idade mais avançada, não se confirme no presente estudo. Estes resultados são concordantes com os resultados de Parker *et al.*, (1989, citado por Eizaguirre, 2002), em que os autores da escala de alexitimia propuseram a reavaliação da associação da alexitimia com algumas variáveis sócio-demográficas, entre as quais o sexo, a idade e nível de escolaridade, não tendo encontrado relações significativas para as duas primeiras e tendo referido uma correlação negativa moderada entre o nível de escolaridade e a alexitimia.

Relativamente à influência do nível de escolaridade na alexitimia, confirmou-se que a alexitimia é influenciada pelo nível de escolaridade (Kinmayer *et al.*, 1993), uma vez que os dados em estudo, confirmaram (**H4**), isto é, prevê-se que quanto maior for o nível de escolaridade, menor será o nível de alexitimia. Ao estabelecer-se uma associação entre alexitimia e o nível de escolaridade inferior, reforça-se as ideias de Heiberg (1980) de que, quanto maior for o nível educacional, maior será a liberdade de expressão dos sentimentos e fantasias.

## 6. CONCLUSÃO

Neste estudo conclui-se que existe uma elevada prevalência significativa de alexitimia na população toxicodependente, comparativamente a população não toxicodependente. Sabendo que os sujeitos com toxicodependência têm maior dificuldade em expressar e verbalizar sentimentos comparativamente com os sujeitos sem toxicodependência, pode pensar-se que a alexitimia, quer seja um modo de funcionamento no sujeito ou um modo de adaptação do sujeito, poderá ser um factor importante no processo de adicção. O que acontece é que, o indivíduo com alexitimia, apesar de ter a tendência para apresentar níveis elevados de emoções negativas, experimenta dificuldade em identificar e exprimir verbalmente o que sente (Bagby *et al.*, 1994a; Taylor *et al.*, 1997).

À semelhança de outras investigações, esta pesquisa reforça a hipótese de uma relação importante entre a alexitimia e dependências químicas que justifica uma avaliação regular, estudos complementares e processos de intervenção adequados.

Uma das questões que continua sem resposta é a de se definir alexitimia como um traço de personalidade ou uma forma de estado da pessoa. Na bibliografia existente, a maioria dos autores define a alexitimia como um traço de personalidade.

É dentro deste contexto que se deve entender a alexitimia, como uma alexitimia secundária, que segundo Freyberguer (1977) ocorreria como mecanismo de defesa contra a emoção intensa que surge numa situação de doença grave, ou seja, estamos perante uma alexitimia como traço de personalidade, embora admitamos a possibilidade da alexitimia ser constituída por componentes clínicos diferentes, variando de acordo com a doença. Mesmo assim, apesar de apontarmos para a possibilidade de a alexitimia ser um traço estável, estes dados necessitam de ser confirmados em estudos longitudinais de maior duração.

Apesar de não se considerar o toxicodependência uma doença psicossomática, e visto que, a pessoa se encontra doente, será necessário pensar a situação em si, não desprezando a ligação entre o psíquico e o somático. Podemos então dizer, que a dimensão psicossomática

possibilita aceitar o indivíduo como um todo que se situa num contexto situacional e cronológico sendo um ser de experiência e fonte de comportamento.

Consideramos também a necessidade de ampliar os recursos clássicos da psicoterapia junto das terapias de insight, face à dificuldade que os sujeitos com alexitimia demonstram em expressar e verbalizar os sentimentos.

Segundo Sifneos (1973), os doentes alexitímicos não são bons candidatos para intervenções psicoterapêuticas de orientação psicodinâmicas, as quais pressupõem uma abordagem dos sentimentos e fantasias, levando a um aumento da angústia o que pode piorar os seus distúrbios psicopatológicos ou a sintomatologia psicossomática. A ausência de elementos interpretativos e analisáveis de comunicação não simbólica dos alexitímicos, faz com que muitas vezes apareça uma contra-transferência negativa na relação terapeuta-doente. Nesta relação é importante falar da frustração do terapeuta perante estes doentes, portadores de uma incapacidade para expressar um sofrimento psíquico que não podem perceber.

No sentido de otimizar o uso das psicoterapias de natureza analítica, Krystal (1979) defende ser fundamental focalizar o tratamento no estilo de comunicar do doente e não no conteúdo da comunicação. Esta terapia seria feita em três fases: 1) numa primeira fase o doente observaria a natureza das suas perturbações alexitímicas; 2) numa segunda fase aprenderia a desenvolver tolerância aos seus afectos e a reconhecer as suas emoções como sinais próprios; 3) só numa terceira fase se empregaria a psicoterapia “tradicional” de interpretação da transferência.

Sendo assim, a função do terapeuta seria a de contenção das identificações projectivas do doente, numa análise criativa da contra-transferência para as transformar em pensamentos simbólicos e internos.

No caso dos doentes severamente alexitímicos, McDougall (1982) estabelece como requisitos para o uso deste tipo de psicoterapias, uma disposição firme para conhecer mais de si próprios e terem a percepção dos seus mecanismos de defesa e da incapacidade para vivenciarem e expressarem afectos. A “violência” deste tratamento poderá levar a episódios transitórios de despersonalização ou fenómenos pseudo-perceptivos, aumentando a tolerância aos afectos e criando representações verbais e fantasias.

Neste sentido, defende-se a necessidade de proteger e ajudar o doente a atingir uma maturidade e aprendizagem construindo com ele um pensamento simbólico, sendo a abordagem na forma de psicoterapia de apoio ou técnicas de suporte a melhor alternativa para estes doentes. Assim, nesta interacção terapeuta-doente, o terapeuta seria mais activo e mais verbal, mostrando-se disponível e tolerante perante a ambivalência do doente, impondo limites de uma maneira neutral.

No entanto, é necessário ter em atenção, que os toxicodependentes são pessoas muito fragilizadas, necessitadas de ajuda na tentativa de recuperar o seu bem-estar. Nestes casos a psicoterapia é de importância fulcral, o apoio psicológico deve ser fornecido quando os problemas de ordem emocional tendem a agravar-se, sempre que haja uma recaída e sempre que surja uma adaptação nova à sua vida diária.

Para finalizar, gostaríamos de salientar a importância da realização de um estudo exploratório para determinar a prevalência de alexitimia num grupo de toxicodependentes em recuperação, numa comunidade terapêutica e também determinar se existem correlações entre alexitimia e anos de consumo, problemas de depressão, auto-conceito, psiquiátricos e familiares. Seria também pertinente a realização de um estudo onde fossem comparados os resultados da TAS-20, antes e depois de um período de tratamento, para esclarecer de forma mais contundente se a alexitimia é um traço, ou um estado, nos pacientes com toxicodependência.

Em suma, os resultados que obtivemos apoiaram em geral as nossas previsões e foram consistentes com as investigações previamente elaboradas nesta área. Deste modo, uma vez que, a alexitimia parece constituir um factor etiológico e de manutenção dos comportamentos aditivos salientamos a necessidade da realização de estudos adicionais, complementares e de replicação possibilitando uma avaliação mais adequada da alexitimia, permitindo o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Como qualquer outro trabalho de investigação, também neste é importante frisar que existiram algumas limitações. A primeira fragilidade a atender relaciona-se com a técnica de amostragem utilizada. Uma amostragem recolhida aleatoriamente teve para nós a grande vantagem de permitir o acesso fácil, quer aos utentes utilizadores das unidades móveis, bem como aos não consumidores, facilitando contactos logísticos e deslocações, sempre dispendiosas em meios humanos e materiais. No entanto temos consciência do enviesamento que a técnica introduz, dado que poderá ser posta em causa a representatividade das respectivas populações inquiridas.

Para a avaliação da alexitimia utilizou-se a TAS-20, no entanto, o uso de uma metodologia de questionário por auto-relato apresenta alguns limites neste estudo, nomeadamente, o viés retrospectivo (i.e., tendência para o sujeito minimizar ou exagerar a percepção sintomática no momento da administração do questionário).

Por último, um dos grandes problemas que, porventura mais que em outros campos, se coloca à investigação nesta área, já apontada por Chassin (1984, citado por Fabião, 2002): “uma complicação teórica adicional que pode contribuir para achados discrepantes é a de que a natureza do uso de substâncias pode estar a mudar enquanto nós tentámos estudá-la” (p.49).

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Unidades Móveis. Recolhido a 30 de Maio de 2011:  
<http://www.idt.pt/PT/DelegacoesRegionais/Lisboa/Paginas/ProjectosActividades.aspx>

Agra, C. (1994). *Ciência do comportamento aditivo*. Porto: Livpsic.

Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.

Beeder, A., & Millman, R. (1995). *Treatment strategies for comorbid disorders: Psychopathology and substance abuse*. New York: Guilford Press.

Blanchard, E. B., Arena, J. G., & Pallmeyer, T. P. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 64-71.

Brautigam, W., & Von Rad, M. (1977). Proceedings of the 11<sup>o</sup> European Conference on psychosomatic research, Heidelberg 1976. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 1-389.

Clement, J. P., Poirot, I., Paulin, S., & Leger, J. M. (1997). Alexithymie et dépression du sujet agé. *Ann Psychiatr*, 12(3), 142-150.

Coelho, J.P., Cunha, L.M, Martins, I.L (2008). Inferência Estatística com utilização do SPSS e G\*power. Lisboa: Edições Sílabo.

Coelho, R., Milheiro, C., Cabral, F., Amaral, J., Brandão, J., & Horta, P. (1996). Delito, impasse e somatização. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 39-53.

DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.<sup>a</sup> edição, texto revisto)

Dion, K. L. (1996). Ethnolinguistic correlates of alexithymia – toward a cultural perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 531-539.

Director, L. (1995). *Dual diagnosis: Outpatient treatment of substance abusers with coexisting psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.

Eizaguirre, A. E. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760-764.

Fabião, C. (2002). Toxicodependência: Duplo Diagnóstico, Alexitimia e Comportamento. Uma Revisão. *Revista Toxicodependência*, 8 (2), 37-51.

- Farate, C. (1996). *Risco relacional e consumo de drogas no início da adolescência*. Dissertação de doutoramento. Universidade do Porto.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 97-115.
- Flannery, J. G. (1978). Alexithymia II – the association with unexplained physical distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30, 193-197.
- Fonte, J. A. (1993). *Alexitimia – estudo em doentes com perturbações digestivas*. Dissertação de candidatura ao grau de mestre, 37-108.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342
- Fukunishi, I. (1997). Alexithymic characteristics of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease. *Psychol Rep*, 81(2), 627-633.
- Gago, J., & Neto, D. (2001). Alexitimia e Toxicodependência. *Revista Toxicodependência*, 7 (3), 19-22.
- Gomes, F., Eizaguirre, E., & Aresti, A. (1997). Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Revista Toxicodependências*, 2, 77-85.
- Haviland, M. G., Shaw, D., & Mac Murray, J. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164-170.
- Haviland, M. G., Hendryx, M., Cummings, M., Shaw, D., & Mac Murray, J. (1991). Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 284-290.
- Heiberg, A. (1978). A possible genetic contribution to the Alexithymia trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30, 205-210.
- Janeiro, L., & Metelo, T. (2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT- Sotavento/Olhão. *Revista Toxicodependências*, 10(1), 25-35.
- Junger, E. (1977). *Drogas, embriaguez e outros temas*. Lisboa: Editora Arcádia.
- Kaplan, C. D., & Wogan M. (1977). Management of pain through cerebral activation. An experimental analogue of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27, 144-153.
- Kinmayer, L., & Robbins, J. M. (1993). Cognitive and social correlates of TAS. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 41-52.
- Krystal, H. (1987). *Integration and self-healing. Affect-trauma-alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Lavelle, T., Hammersley, R., & Forsyth, A. (1993). Is the addictive personality merely delinquency? *Addiction Research*, 1(1), 27-37.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43 (6), 531-543.

- Loas, G., Dhee-Perot, P., & Chaperot, C. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology*, 31(4), 206-212.
- Lolas, F., & Von Rad, M. (1989). Alexithymia. *Psychosomatic Medicine Theory, Physiology and Practice*, 1, 189-237.
- Lumley, M. A., & Roby, K. J. (1995). Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 201-206.
- Lumley, M. A., Mader, C., & Gramzow, J. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58, 211-216.
- McMormick, R. A., Dowd, E. T., Quirk, S., & Zegarra, J. H. (1998). The relationship of NEO-PI performance to coping styles, patterns of use, and triggers for use among substance abusers. *Addictive Behaviours*, 5(7), 497-507
- Martin, J. B., & Phil, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- McDougall, J. (1982). Alexithymia – a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 81-90.
- Mann, L., Wise, T., & Shay, L. (1992). Factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale : elucidation of a polithetic construct. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 40-45.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- Miguel, N. (1997). Toxicodependência: Uma perspectiva. *Revista Toxicodependências*, 3(1), 25-30.
- Morgensten, J., & Leeds, J. (1993). Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: a disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy*, 30, 194-206.
- Murphy, S., & Khantzian, E. (1995). *Addiction as a "Self-Medication" Disorder: Application of Ego psychology to the treatment of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- M'Uzan, M. (1974). Psychodynamic mechanisms in Psychosomatic symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23, 103-110.
- Nemiah, J.C., & Sifneos, P. E. (1970). *Affect and patients with psychosomatique disorders, in moder Trends in Psysochosomatique Medicine*. London: Oscar W Hill, Butterwords
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes*. Lisboa: Universitária Editora.
- Nielsen, T. (1997). Alexithymia and impoverished dream recall in asthmatic patients: evidence from self-report measures. *Journal of Psychosomatic Research* , 42(1), 53-59.
- Noel, M. P., & Rimé, B. (1988). Operatory thinking, Alexithymia, and Psychosomatic investigation: a critical review. *European Bulletin of Cognitive Psychology*, 8 (6), 573-599.

- Pedinielli, J. L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Pereira, A.(2004). SPSS Guia Prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia. *Edições Silabo*
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma Forma de Sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2,109-121.
- Posse, M., & Hallstrom, T. (1998). Depressive disorders among somatizing patients in primary health care. *Acta Psychiatr Scand*, 98(3), 187-192.
- Quintas, J. (2000). Consumo de drogas: realidades e representações sociais. *Revista Toxicodependências*, 6 (3), 29-42.
- Rounsaville, B. J. (1987). *An evaluation of the DSM-III substance-use disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Smaja, C. (1998). Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, LXII (5).
- Sami, A. (1987). *Penser le somatique-imaginaire et pathologie*. Paris: Dunod.
- Salminen, J. K., Saarijarvi, S., & Aarela, E. (1995). Two decades of alexitimia. *Journal of psychosomatic Research*, 39 (7), 803-807.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 193-201.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithimia and its relationship to hemispheric specialisation, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North American*, 11 (3), 287-292.
- Sivak, R., & Wiater, A. (1997). *Alexitimia la dificultad para verbalizar afectos*. Buenos Aires – Barcelona – México: Ediciones Paidós.
- Stephenson, R. (1996). Introducing alexithymia – a concept within the psychosomatic process. *Disability and Rehabilitation*, 18(4), 209-214.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141 (6), 725-732.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1988). Criteriou validity of Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1990). A preliminary investigation o alexithymia in men with psychoactive substante dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic *dimensions* of personality. *New Trends in Experience Clinic Psychiatry*, 10, 61-74.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University press.
- Von Rad, M., & Lolas, F. (1982). Empirical evidence of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 91-102.
- Werebe, S. (1982). *Aspectos sócio-econômicos da toxicomania. Drogas e drogados: O indivíduo, a família, a sociedade*. São Paulo: E.P.U.
- Weinryb, R. M. (1995). Alexithymia: Old Wine in New Bottles? *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 18(2), 159-191.
- Widiger, T. A., & Smith, G. T. (1996). Perturbações pela utilização de substâncias: Abuso, Dependência e Descontrole. *Revista Toxicodependências*, 2(2), 69-87.
- Zepf, S., Liedtke, R., & Berns, U. (1981). An empirical approach for testing the hypothesis of "alexithymia". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 36, 57-62.

## **8. ANEXOS**

8.1 Comparação dos níveis de alexitimia entre o grupo dos consumidores e o grupo dos não consumidores

Nível de Alexitimia	
Grupo dos Consumidores n=46	Grupo dos Não Consumidores n=46
56	52
55	53
87	39
61	63
70	27
68	27
34	46
63	36
56	29
57	43
55	67
74	26
63	33
65	31
57	34
58	64
74	39
55	58
56	30
53	65
54	26
59	32
59	39
58	38
55	53
54	52
60	39
71	32
30	39
46	59
61	39
56	55

60	36
47	28
58	68
55	39
55	31
54	38
60	41
40	43
44	40
57	29
37	56
62	39
55	52
63	53
Média = 57,11 $\sigma = 10,16$	Média = 42,57 $\sigma = 12,24$

8.2 Comparação dos níveis de alexitimia por factores entre o grupo dos consumidores e o grupo dos não consumidores.

Factor 1 <i>Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais que acompanham as emoções</i>		Factor 2 <i>Dificuldade em descrever sentimentos aos outros</i>		Factor 3 <i>Um estilo de pensamento voltado para o exterior</i>	
Grupo dos Consumidores	Grupo dos não Consumidores	Grupo dos Consumidores	Grupo dos não Consumidores	Grupo dos Consumidores	Grupo dos não Consumidores
21	14	17	18	18	20
25	18	10	12	20	23
31	14	25	7	31	18
24	22	14	19	23	22
26	8	19	9	25	10
24	13	21	5	23	9
7	12	5	15	22	19
30	8	17	11	16	17
20	10	15	5	21	14
18	11	15	18	24	14
15	28	14	18	26	21
21	11	24	7	29	8
23	8	15	10	25	15
21	9	16	6	28	16
18	10	10	6	29	18
24	27	18	15	16	22
32	9	23	10	19	20
15	20	14	13	26	25
15	9	15	7	26	14
15	22	14	20	24	23
15	9	14	5	25	12
19	7	15	8	25	17
18	14	15	7	26	18
18	10	15	13	25	15
18	13	15	14	22	26
15	13	14	19	25	20
22	7	16	10	22	22
25	13	22	5	24	14
8	10	10	10	12	19
7	11	14	16	25	32
8	10	14	10	22	19
7	20	16	17	27	18
25	10	17	9	21	17
13	7	15	5	24	16
22	27	16	19	22	22
16	7	14	13	25	19
20	7	15	10	20	14
17	16	15	7	22	15
21	8	16	11	23	22

7	13	9	8	24	22
18	12	10	12	16	16
19	7	18	7	20	15
14	20	11	19	12	17
27	7	17	15	18	17
14	14	18	18	23	20
20	18	17	12	26	23
Média = 18,65 $\sigma = 6,32$	Média = 12,89 $\sigma = 5,72$	Média = 15,41 $\sigma = 3,81$	Média = 11,52 $\sigma = 4,74$	Média = 22,76 $\sigma = 4,09$	Média = 18,15 D.P = 4,53

### 8.3 Comparação dos níveis de Alexitimia em função do género.

Nível de Alexitimia	
Homens n=45	Mulheres n=47
39	52
58	53
52	39
59	63
36	27
28	27
55	46
87	36
61	56
70	29
68	43
34	67
63	26
57	33
55	31
63	34
65	64
57	30
58	65
56	26
53	32
54	39
59	38
59	53
58	39
55	32
54	39
60	39
71	55
30	56
56	74
60	74
47	55
55	46
54	61
60	58
40	55
44	68
57	39
37	31
62	38
55	43
63	40
41	56

29	39
	52
	53
Média = 54,09	Média = 45,77
$\sigma = 11,88$	$\sigma = 13,55$

#### 8.4 Comparação dos níveis de Alexitimia por idade.

Nível de Alexitimia				
20 aos 30 anos n=32	31 aos 40 anos n=40	41 aos 50 anos n=18	51 aos 60 anos n=0	61 aos 70 anos n=2
53	67	52		68
39	33	29		63
63	26	34		
27	32	39		
27	39	87		
46	53	70		
36	39	56		
56	28	57		
43	55	56		
26	61	53		
31	34	54		
64	74	60		
58	63	46		
30	57	56		
65	58	55		
38	74	38		
52	55	29		
39	59	52		
32	58			
59	55			
39	54			
55	30			
36	61			
55	60			
65	47			
59	58			
71	55			
55	54			
68	60			
63	40			
39	44			
53	57			
	37			
	62			
	39			
	31			
	41			
	43			
	40			
	56			
Média = 48,19 $\sigma = 13,69$	Média = 49,73 $\sigma = 12,75$	Média = 51,28 $\sigma = 14,29$		Média = 65,50 $\sigma = 3,54$

### 8.5 Comparação dos níveis de Alexitimia por habilitações literárias.

Nível de Alexitimia				
Ensino primário n=15	Ensino preparatório n=12	Ensino Secundário n=31	Licenciatura n=29	Mestrado n=5
70	53	52	39	33
68	30	39	63	31
63	55	65	27	34
56	87	52	27	32
63	57	59	46	68
55	74	61	36	
53	56	34	56	
59	30	57	29	
59	58	55	43	
58	55	74	67	
55	55	65	26	
54	60	58	64	
60		54	58	
56		71	26	
47		46	32	
		61	39	
		60	38	
		54	53	
		40	39	
		44	39	
		57	39	
		37	55	
		62	36	
		55	28	
		63	39	
		41	31	
		40	38	
		29	43	
		56	39	
		52		
		53		
Média = 58,40 $\sigma = 5,89$	Média = 55,83 $\sigma = 15,58$	Média = 53,10 $\sigma = 10,84$	Média = 41,21 $\sigma = 11,96$	Média = 39,60 $\sigma = 15,92$

8.6 Teste T de Student para todas as questões da Escala TAS-20

**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
Fico muitas vezes confuso com a emoção que estou a sentir	Equal variances assumed	3.592	.061	.945	90	.347	.239	.253	-.264	.742
	Equal variances not assumed			.945	87.384	.347	.239	.253	-.264	.742
Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos	Equal variances assumed	.022	.883	2.091	90	.039	.565	.270	.028	1.102
	Equal variances not assumed			2.091	89.999	.039	.565	.270	.028	1.102
Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem	Equal variances assumed	11.949	.001	3.162	90	.002	.870	.275	.323	1.416
	Equal variances not assumed			3.162	77.711	.002	.870	.275	.322	1.417
Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos	Equal variances assumed	2.099	.151	2.314	90	.023	.609	.263	.086	1.131
	Equal variances not assumed			2.314	88.972	.023	.609	.263	.086	1.131
Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas	Equal variances assumed	.613	.436	2.678	90	.009	.609	.227	.157	1.060
	Equal variances not assumed			2.678	89.991	.009	.609	.227	.157	1.060
Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assutado ou zangado	Equal variances assumed	.146	.703	1.855	90	.067	.500	.270	-.036	1.036
	Equal variances not assumed			1.855	89.999	.067	.500	.270	-.036	1.036
Fico muitas vezes com sensações no meu corpo	Equal variances assumed	1.371	.245	4.252	90	.000	1.109	.261	.591	1.627
	Equal variances not assumed			4.252	89.642	.000	1.109	.261	.591	1.627

Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim	Equal variances assumed	.423	.517	2.641	90	.010	.739	.280	.183	1.295
	Equal variances not assumed			2.641	89.796	.010	.739	.280	.183	1.295
Tenho sentimentos que não consigo identificar bem	Equal variances assumed	.392	.533	4.409	90	.000	1.087	.247	.597	1.577
	Equal variances not assumed			4.409	89.211	.000	1.087	.247	.597	1.577
É essencial estar em contacto com as emoções	Equal variances assumed	4.056	.047	2.870	90	.005	.630	.220	.194	1.067
	Equal variances not assumed			2.870	81.792	.005	.630	.220	.194	1.067
Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas	Equal variances assumed	.141	.708	5.322	90	.000	1.304	.245	.817	1.791
	Equal variances not assumed			5.322	89.676	.000	1.304	.245	.817	1.791
As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos	Equal variances assumed	.137	.713	4.290	90	.000	1.152	.269	.619	1.686
	Equal variances not assumed			4.290	89.915	.000	1.152	.269	.619	1.686
Não sei o que se passa dentro de mim	Equal variances assumed	13.709	.000	5.460	90	.000	1.326	.243	.844	1.809
	Equal variances not assumed			5.460	78.340	.000	1.326	.243	.843	1.810
Muitas vezes não sei porque estou zangado	Equal variances assumed	5.125	.026	3.987	90	.000	.913	.229	.458	1.368
	Equal variances not assumed			3.987	85.087	.000	.913	.229	.458	1.368
Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos	Equal variances assumed	.758	.386	1.712	90	.090	.478	.279	-.077	1.033
	Equal variances not assumed			1.712	89.978	.090	.478	.279	-.077	1.033
Prefiro assistir a espectáculo	Equal variances assumed	3.083	.083	1.144	90	.256	.326	.285	-.240	.893

s ligeiros do que a dramas psicológicos	Equal variances not assumed			1.144	87.468	.256	.326	.285	-.241	.893
É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos	Equal variances assumed	1.609	.208	.886	90	.378	.261	.294	-.324	.846
	Equal variances not assumed			.886	89.622	.378	.261	.294	-.324	.846
Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio	Equal variances assumed	18.498	.000	3.605	90	.001	.870	.241	.390	1.349
	Equal variances not assumed			3.605	74.692	.001	.870	.241	.389	1.350
Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais	Equal variances assumed	3.489	.065	4.402	90	.000	.913	.207	.501	1.325
	Equal variances not assumed			4.402	86.234	.000	.913	.207	.501	1.325
Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporciona m	Equal variances assumed	.004	.947	.167	90	.867	.043	.260	-.472	.559
	Equal variances not assumed			.167	89.916	.867	.043	.260	-.472	.559

## 8.7 Questionário

O presente questionário insere-se num projecto académico da área de Psicologia Clínica, face ao qual a sua opinião é extremamente importante. Como tal, agradecemos que responda às questões que se seguem com a maior sinceridade possível.

Todas as informações recolhidas são anónimas e confidenciais.

OBRIGADO, desde já pela sua colaboração

## TAS – 20

GÉNERO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_ CONSUMO: \_\_\_SIM\_\_\_NÃO\_\_\_ (Faça um círculo à volta)

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

Use a seguinte chave:

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

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

©(Taylor, Bagby & Parker, 1992)  
Adaptação de Nina Prazeres (F.P.C.E.-U.L.) autorizada por G. J. Taylor.

OBRIGADO