

2º CICLO

MESTRADO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

A relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade na perturbação depressiva recorrente

Rafaela Aroso

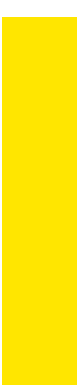
M
2018

Rafaela Aroso. A relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade na perturbação depressiva recorrente



A relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade na perturbação depressiva recorrente

Rafaela Aroso



2.º Ciclo de Estudos

Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental

**A Relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade
na perturbação depressiva recorrente**

The relationship between alexithymia and personality disorders in
recurrent depressive disorder

Rafaela Aroso

2018

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em
Psiquiatria e Saúde Mental

Trabalho realizado sob orientação de:

Professor Doutor Orlando von Doellinger

Agradecimentos

Ao longo do processo de realização da presente dissertação, e apesar de esta assumir um cariz individual, tornaram-se fundamentais o envolvimento e o apoio de algumas pessoas. Por este motivo, gostaria de reconhecer e agradecer a algumas pessoas, nomeadamente:

Ao meu Orientador, que ao longo de todo o processo de construção do presente trabalho se revelou “*Maestro*” e durante dois momentos vitais, um verdadeiro “*Regente*”. Conduzindo e demonstrando um profundo respeito por silêncios, por escritas com tonalidades aceleradas, por ritmos de trabalho descompassados e, sobretudo, por conceder espaço e liberdade às capacidades de duvidar e de pensar.

À Professora Doutora Marisa Fonseca, pelo precioso auxílio na árdua tarefa de transformar narrativas qualitativas em quantitativas, revelando-se perita na arte de “*garimpar*” o essencial do acessório e devolvendo um sentido aos resultados encontrados.

A todas as pessoas que em mim confiaram a sua vivência emocional e a sua história.

À Susana Barbosa que foi a voz de articulação deste projecto.

À Dr.^a Olga Aleixo pelo auxílio e rigor na pesquisa de informação clínica dos participantes.

Ao Professor Doutor Rui Coelho por ter despertado em mim o interesse pelo tema.

À minha família de origem e à família que decidi criar, fonte e destino de todo o meu mundo emocional.

ÍNDICE

Agradecimentos	II
ÍNDICE – Geral.....	III
ÍNDICE – Tabelas	V
Abreviaturas	VI
Resumo	VII
Abstract	VIII
Introdução	10
I – Parte.....	11
1. Introdução	12
2. Alexitimia: Etiologia e Validação do constructo.....	13
2.1 TAS-20: Uma medida da Alexitimia	16
3. Alexitimia e Depressão	21
3.1 Alexitimia e depressão: visão de si, do outro e das relações	22
4. Alexitimia, Depressão e Personalidade	24
5. Intervenções Terapêuticas em Pacientes com Alexitimia	29
5.1 Alexitimia Enquanto Variável Preditora do Tratamento	29
5.2 Alexitimia e Tipos de Intervenção Psicoterapêutica	32
5.3 Alexitimia e Relação Terapêutica	35
II - Parte.....	41
1. Objetivos, hipóteses e método	41
1.1 Objetivos e hipóteses.....	42
1.2 Método	42
1.2.1 Tipo de estudo e seleção de participantes.....	42
1.2.2 Aprovação ética e confidencialidade.....	42
1.2.3 Participantes	43
1.2.4 Medidas	47
1.2.5 Procedimento de recolha de dados	48
2. Apresentação de Resultados	49
2.1 Avaliação da sintomatologia depressiva (BDI-II).....	50
2.1.1 Sintomatologia depressiva (BDI-II), variáveis sociodemográficas e informação clínica	51
2.2 Avaliação da personalidade (SCID-II).....	54
2.2.1 Perturbações de personalidade, variáveis sociodemográficas e informação clínica	55
2.2.2 Perturbações de personalidade (SCID-II) e sintomatologia depressiva (BDI-II).....	58
2.3 Avaliação da Alexitimia (TAS-20)	61
2.3.1 Alexitimia variáveis sociodemográficas e informação clínica	63
2.3.2 Alexitimia e sintomatologia depressiva (BDI-II).....	66
2.3.3 Alexitimia (TAS-20) e perturbações de personalidade (SCID-II)	68
3. Discussão de resultados.....	72
4. Conclusões	86
5. Limitações e implicações para investigações futuras	87
5.1 Implicações para a prática clínica	88
6. Anexos.....	90
Anexo A - Parecer da Comissão de Ética	91
Anexo B - Autorizações para utilização de Instrumentos de Avaliação	92

Anexo C - Modelo de Informação ao Participante.....	96
Anexo D - Modelo de Consentimento Informado.....	97
Anexo E - Instrumentos de avaliação utilizados	98
7. Referências Bibliográficas.....	106

ÍNDICE – Tabelas

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos participantes	44
Tabela 2. Informação clínica dos participantes.....	46
Tabela 3. Sintomatologia depressiva (BDI-II): análise descritiva	51
Tabela 4. Diferenças na sintomatologia depressiva em função da gravidade dos sintomas (BDI-II) ...	51
Tabela 5. Diferenças na sintomatologia depressiva (BDI-II) em função do sexo e escolaridade	52
Tabela 6. Associação da gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II) com o sexo e a escolaridade	52
Tabela 7. Associação entre a sintomatologia depressiva (BDI-II) e as variáveis da informação clínica	53
Tabela 8. Diferenças nas variáveis da informação clínica em função da gravidade dos sintomas (BDI-II).....	53
Tabela 9. Perturbação de personalidade (SCID-II): análise descritiva	54
Tabela 10. Associações entre as perturbações de personalidade (SCID-II)	55
Tabela 11. Associação das perturbações de personalidade (SCID-II) com o sexo e a escolaridade	56
Tabela 12. Diferenças em função das perturbações de personalidade (SCID-II) no que se refere à idade e às informações clínicas.....	57
Tabela 13. Diferenças em função das perturbações da personalidade (SCID-II) no que refere à sintomatologia depressiva (BDI-II).....	59
Tabela 14. Associação das perturbações de personalidade (SCID-II) com a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)	60
Tabela 15. Alexitimia: análise descritivas	62
Tabela 16. Alexitimia: associação entre valores globais e fatores.....	62
Tabela 17. Diferenças na alexitimia em função da gravidade alexitímica	63
Tabela 18. Diferenças na alexitimia - Valor global, DIS, DDS, POE - (TAS-20) em função do sexo e da escolaridade	64
Tabela 19. Associação entre a alexitimia - Valor global, DIS, DDS, POE - (TAS-20) e a idade	64
Tabela 20. Associação da gravidade da alexitimia (TAS-20) com o sexo e a escolaridade.....	65
Tabela 21. Associação a alexitimia e a informação clínica	65
Tabela 22. Diferenças nas variáveis da informação clínica em função da gravidade da alexitimia.....	66
Tabela 23. Associação entre a alexitimia (TAS-20) e a sintomatologia depressiva (BDI-II)	66
Tabela 24. Diferenças na alexitimia (TAS-20) em função da gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)	67
Tabela 25. Diferenças na sintomatologia depressiva (BDI-II) em função da gravidade da alexitimia (TAS-20)	67
Tabela 26. Associação entre a gravidade da alexitimia (TAS-20) e a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)	68
Tabela 27. Perturbação de personalidade (SCID-II) e Alexitimia Elevada	69
Tabela 28. Diferenças nos valores globais, DIS, DDS, POE da alexitimia (Tas-20) em função das perturbações de personalidade (SCID-II).....	70
Tabela 29. Associação das perturbações de personalidade (SCID-II) com a gravidade da sintomatologia alexitímica (TAS-20).....	71

Abreviaturas

AO - Antipsicótico

BDI-II - Beck Depression Inventory-II / Inventário de Depressão de Beck II

BZD - Benzodiazepinas

CE - Consulta Externa

CHTS - Centro Hospital do Tâmega e Sousa, E.P.E.

CID-10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision.

DDS - Dificuldade em Descrever Sentimentos

DIS - Dificuldade em Identificar Sentimentos

DSM - IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th ed.

DSM-IV - TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -4th ed., text revision.

GSI - Índice Global de Severidade

POE - Pensamento Orientado para o exterior

OF - Outros fármacos

RCT - Ensaio Clínico Randomizado e Controlado

SCID-II- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders / Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM-IV Eixo II

SCID-II-SQ - Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, screen questionnaire (SCID-II-SQ)

SIDP-IV - Structured Interview for DSM-IV Personality

SNRI - Inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SSRI - Inibidores seletivos da recaptção da serotonina

TAS-20 - Toronto Alexithymia Scale / Escala de Alexitimia de Toronto 20 Itens

TSIA - Toronto Structured Interview for Alexithymia

Resumo

Introdução: Tem sido estabelecida uma associação entre a presença de alexitimia e a sintomatologia depressiva. As Perturbações de Personalidade têm vindo a ser associadas com um pior prognóstico na Perturbação Depressiva *Major*. A alexitimia tem vindo a ser relacionada com a presença de patologia da personalidade, particularmente a nível do *Cluster C* e com as personalidades evitante e dependente. Os principais objetivos do presente estudo são: 1) avaliar a existência de associação entre a presença de alexitimia e a severidade depressiva e 2) se a presença da alexitimia se encontra associada a uma maior prevalência de patologia da personalidade a nível do *Cluster C* em pacientes com o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente.

Método: Foram incluídos 30 pacientes com o diagnóstico clínico de Perturbação Depressiva Recorrente (BDI-II > 13). Os níveis de alexitimia foram avaliados através Escala de Alexitimia de Toronto 20 Itens (TAS-20) e foram investigadas as suas associações com a presença, ou não, de patologia de personalidade e com os diferentes diagnósticos de patologia da personalidade de acordo com a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV (SCID-II). A severidade da sintomatologia depressiva foi mensurada de acordo com o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II). Os dados sociodemográficos e relativos à história clínica prévia foram recolhidos de acordo com um questionário desenvolvido para o estudo.

Resultados: A severidade depressiva associou-se com a presença de alexitimia quer a nível da pontuação total da TAS-20, quer a nível do fator Dificuldade em Identificar Sentimentos (DIS). A análise em função da gravidade da sintomatologia depressiva (ligeira/moderada e severa) permitiu constatar a existência de diferenças significativas na pontuação total da TAS-20 e a nível dos fatores Dificuldade em Identificar Sentimentos (DIS) e Pensamento Orientado para o Exterior (POE). Não foi estabelecida nenhuma associação com o fator Dificuldade em Descrever Sentimentos (DDS). Não foram encontradas diferenças significativas quer a nível da pontuação total da TAS-20 ou dos seus fatores (DIS, DDS e POE) devido à presença de patologia de personalidade.

Limitações: tratar-se de um estudo transversal; a dimensão total da amostra e o facto da alexitimia e o diagnóstico de patologia da personalidade terem sido consideradas variáveis de natureza categorial

Conclusões: Foi estabelecida uma associação entre a presença de alexitimia e a severidade depressiva. Não foi estabelecida uma associação entre perturbações de personalidade a nível do *Cluster C*, ou de forma mais específica entre as personalidades evitante e dependente, e a presença de alexitimia.

Palavras- Chave: Alexitimia; Depressão; Perturbação Depressiva Recorrente; Perturbação da Personalidade

Abstract

Introduction: Alexithymia has been associated with depressive symptomatology. Personality disorders (PD) have been associated with a poor prognosis of *Major Depressive Disorder*. Alexithymia has been related to the presence of personality pathology, particularly with *Cluster C* and with avoidant and dependent personalities. The main objectives of the present study are: 1) to evaluate the existence of an association between the presence of alexithymia and the depressive severity and 2) whether the presence of alexithymia will be associated with a higher prevalence of *Cluster C* personality pathology in patients with recurrent depressive disorder.

Methods: 30 outpatients with clinical diagnosis of recurrent major depressive disorder (BDI-II > 13) were included. We measured levels of alexithymia with the Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) and explored its correlations with the overall presence of PD and different PD diagnoses with Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID-II). Depression symptom severity was measured using the Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II). The socio-demographic information and previous medical history were collected according to a specific questionnaire designed for the study.

Results: The depressive severity was associated with the presence of alexithymia in terms of the total score of the TAS-20 and the Difficulty Identifying Feelings (DIF). The analysis according to the severity of the depressive symptomatology (mild / moderate and severe) allowed to verify the existence of significant differences in the total score of TAS-20 and the factors Difficulty Identifying Feelings (DIF) and Externally Oriented Thinking (EOT). No association was established with the Difficulty Describing Feelings (DDF) factor. No statistically significant differences were found in the total score of TAS-20 or factors of alexithymia (DIF, DDF, EOT) due to the existence (or not) of personality disorders.

Limitations: the analyses were cross-sectional in nature; the size of the sample and the fact that alexithymia and personality disorder were considered as categorical variables

Conclusion: An association was established between alexithymia and the severity of depressive symptoms.

No particular association has been made either at *Cluster C* level or more specifically with avoidant and dependent personality disorders due to the presence of alexithymia.

Keywords: Alexithymia; Depression; Recurrent major depressive disorder; Personality

Introdução

O desenvolvimento desta tese integra a dissertação final do Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, da mestranda Rafaela Aroso. Este trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas que mutuamente se complementam.

Na primeira parte, que resume a temática abordada, é efetuada uma revisão das diferentes perspetivas do constructo de alexitimia, relacionando - o com outros dois construtos o de depressão e o de personalidade. É ainda realizada, uma breve revisão da alexitimia em contexto de intervenção clínica, dando ênfase aos estudos que avaliam o construto enquanto variável preditora do tratamento, da sua relação com os diferentes tipos de intervenção terapêutica e das suas implicações na relação terapêutica.

Este enquadramento teórico é, posteriormente, utilizado como linha orientadora para o desenvolvimento da segunda parte do trabalho, onde é desenvolvido um estudo de campo, com o objetivo de aprofundar o estudo da relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade, numa população com perturbação depressiva recorrente.

Para além dos objetivos propostos na metodologia do estudo, pretende-se, sobretudo, que este trabalho possa contribuir para a reflexão e o reconhecimento da alexitimia no contexto da prática clínica.

I – Parte

Introdução à primeira parte

A primeira parte deste trabalho integra um enquadramento teórico em cinco partes distintas: 1 – definição do construto alexitimia; 2 – uma breve síntese acerca da sua etiologia, validação e avaliação; 3 e 4 – caracterização da relação da alexitimia com outros dois construtos, designadamente o de depressão e o de personalidade e 5 – uma revisão acerca da intervenção terapêutica em pacientes alexitímicos. Sendo o reconhecimento da alexitimia no contexto da prática clínica um dos principais objetivos deste trabalho, o último ponto supracitado contempla ainda temáticas como: a) a alexitimia enquanto variável preditora do tratamento; b) alexitimia e tipos de intervenção psicoterapêutica e c) alexitimia e relação terapêutica.

1. Introdução

A alexitimia tem vindo a ser descrita como uma característica que compromete o estabelecimento da relação terapêutica, pela dificuldade destes doentes em aceder ao seu mundo interno (Ogrodniczuk, Joyce & Piper, 2013). Apesar de o conceito de alexitimia ter emergido no contexto da resistência à intervenção psicoterapêutica, as suas implicações têm sido pouco estudadas, sendo ainda substancial o desconhecimento do seu contributo para o comportamento de doença (Lumley, Neely & Burger, 2007) e para a experiência de dor.

O termo alexitimia surgiu principalmente associado ao contexto da psicanálise e da medicina psicossomática, nomeadamente nos trabalhos de Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976 cit in Taylor, Bagby & Parker, 1999). No entanto, foi com o contributo de Krystal que se ultrapassou esta associação tão frequentemente estabelecida, com o seu trabalho na área de quadros clínico pós-traumáticos e relacionados com a dependência de substâncias (Krystal, 1988; Taylor, Bagby & Parker, 2016). Mais recentemente as investigações centraram-se, predominantemente, na comorbilidade da alexitimia com outras doenças (psíquicas, orgânicas, psicossomáticas) e no seu papel como fator de vulnerabilidade para a ocorrência de doença física ou mental (Lumley, Beyer & Radcliffe, 2008). A alexitimia, quer pelos seus efeitos a nível da deficitária regulação do afeto negativo indiferenciado, quer pela manutenção de estados de excitação fisiológica prolongados, tem vindo a ser relacionada com o surgimento e a manutenção de perturbações depressivas e ansiosas, com comportamentos compulsivos ou de dependência e com doença potencialmente somática. Atualmente, a alexitimia é definida como uma “*perturbação no processamento e na regulação da emoção*” (Taylor et al., 1999). Perante a existência de um prejuízo na capacidade de representar mentalmente as emoções, a sua capacidade de regulação através de processos cognitivos encontra-se limitada.

A alexitimia deve ser conceptualizada como uma “*construção mereológica*”, com diferentes componentes que mantêm uma relação entre si e se reforçam mutuamente. O núcleo do constructo engloba, simultaneamente uma incapacidade de reconhecer (*agnosia afetiva*) e de expressar as emoções aos outros (*anomia*), bem como uma constrição da fantasia e um conteúdo de pensamento que se orienta para o exterior. Estas características materializam-se, sobretudo, numa preocupação e num (re)contar de detalhes minucioso (*pensamento operativo*) (Taylor et al., 2016).

Ao longo de mais de quatro décadas o termo alexitimia resistiu ao escrutínio científico sobre a sua validação e delimitação, subsistindo, numa linguagem que é do domínio comum (Taylor et al., 2016).

2. Alexitimia: Etiologia e Validação do constructo

Das várias tentativas de explicação etiológica e de depuração do constructo, emergiram diferentes propostas classificativas da alexitimia e da sua conceptualização quanto à dimensionalidade, à estabilidade temporal e à delimitação face a outras construções psicológicas.

Na procura de uma explicação etiológica, os estudos têm-se centrado quer nos aspetos ambientais e desenvolvimentais, quer na sua tradução biológica.

Os primeiros relacionam o constructo com variáveis como:

a) a personalidade (De Panfilis, Ossola, Tonna, Catania & Marchesi, 2015; Karukivi & Saarijärvi, 2014; Joyce, Fujiwara, Cristall, Ruddy & Ogrodniczuk, 2013);

b) a presença de trauma na infância (Thomas, DiLillo, Walsh & Polusny, 2011; Krystal, 1988);

c) os estilos de vinculação na infância e na idade adulta – em particular com a vinculação insegura (Joyce et al., 2013; Taylor & Bagby, 2013; Hesse & Floyd, 2011; Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers, 2011);

d) a situação perinatal social e ambiental – o “ser uma criança indesejada”, a perturbação da intimidade da relação mãe-bebé e o estilo de vida em ambientes rurais (Joukamaa et al., 2003).

Os segundos dirigem a atenção para:

a) os aspetos genéticos, nomeadamente para correlações genéticas entre humor afiliativo e o fator POE e humor “auto-derrotista” e o fator DIS e correlações relacionadas com o ambiente não-partilhado entre humor afiliativo e DDS (Atkinson et al., 2015; Picardi et al., 2011; Jørgensen, Zachariae, Skytthe & Kyvik, 2007);

b) os recentes dados das neurociências e da neuroimagem (Goerlich-Dobre, Votinov, Habel, Pripfl & Lamm, 2015; Wiebking & Northoff, 2015; Goerlich-Dobre, Bruce, Martens, Aleman & Hooker, 2014);

c) tentativas de encontrar perfis inflamatórios associados (Honkalampi et al., 2014; Honkalampi et al., 2011).

Diferentes tentativas de categorização da alexitimia têm sido propostas, tendo por base a sequência epigenética do desenvolvimento ou o comprometimento dos componentes afetados (cognitivos e/ou afetivos).

Freyberger (1977) propõe uma distinção entre alexitimia *primária* (um fator de personalidade resultante de alterações genéticas ou do ambiente familiar), e alexitimia *secundária* (como uma defesa ou proteção em relação às emoções perante situações stressantes). Ambas as categorias devem ser analisadas como extremos de um mesmo *continuum*. Recentemente foi proposto um terceiro tipo de alexitimia: a *alexitimia orgânica* – que resultaria de alterações cerebrais por lesão (Messina, Beadle & Paradiso, 2014).

Krystal (1988) diferencia dois processos de interrupção do desenvolvimento normal do afeto, tentando compreender porque são encontrados diferentes graus de severidade na mesma pessoa. Propõe que estaremos perante uma *paragem*, quando as alterações são induzidas na infância (porque a mente do infante não é capaz de mobilizar as defesas psicológicas adaptativas necessárias), ou perante uma *regressão*, quando ocorrem na adultícia (desencadeadas pela intensidade de um evento que excede a capacidade defensiva do sujeito). Este autor salienta, ainda, que o grau de severidade da alexitimia será sempre reflexo da extensão do trauma sofrido e da presença, ou não, de uma figura significativa para conter e modular a angústia. Formas mais leves traduzirão défices na sintonização e na responsividade afetiva parental; formas mais graves estarão relacionadas com a exposição a eventos mais traumáticos.

Mais recentemente, Goerlich-Dobre et al. (2014), partindo de uma tentativa de classificação anterior, definida por Bermond (1997 cit in Bagby et al., 2009) e não confirmada por investigações posteriores, encontraram evidências que sugerem que os diferentes componentes da alexitimia, afetivos e cognitivos, podem ser identificados e associados a regiões cerebrais distintas.

A ínsula posterior direita poderá estar associada com a *dimensão cognitiva* (refletindo a tendência destes pacientes para perceber as emoções como sensações corporais), enquanto o córtex cingulado direito parece estar associado com a dimensão afetiva (sendo responsável pelo recrutamento de recursos adicionais, quando se torna necessário regular ou suprimir a excitação emocional). No mesmo sentido, Goerlich-Dobre et al. (2015) encontraram resultados que parecem consubstanciar a noção de que as diferentes dimensões da alexitimia (cognitiva e afetiva), podem ter um impacto diferenciador na morfologia cerebral dos indivíduos. Os seus estudos identificaram quatro tipos distintos de alexitimia em função da

existência, ou não, de prejuízo em cada uma das dimensões. Tais resultados serão indicadores de que a alexitimia não é um conceito *unidimensional*.

A concetualização da alexitimia continua a dividir a comunidade científica mantendo-se o debate em torno de uma eventual dicotomia: *traço de personalidade estável* (Tolmunen et al., 2011; Mattila et al., 2010; Parker, Keefer, Taylor & Bagby, 2008; Luminet, Bagby & Taylor, 2001) ou *estado transitório* (Marchesi, Ossola, Tonna & De Panfilis, 2014; Marchesi, Bertoni, Cantoni & Maggini, 2008; Honkalampi, Hintikka, Antikainen, Lehtonen & Viinamäki, 2001). Existem, contudo, estudos que suportam a defesa de ambas as perspetivas (Hirola et al., 2017; da Silva, Vasco & Watson, 2016; Saarijärvi, Salminen & Toikka, 2006). Das primeiras, sobressai que a alexitimia não deve ser avaliada de forma categorial (ter ou não ter), mas sim de acordo com uma perspetiva dimensional: um traço de personalidade cuja manifestação se encontra em interdependência com as variáveis situacionais (Cameron, Ogrodniczuk & Hadjipavlou, 2014; Taylor & Bagby, 2013; Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2011; Mattila et al. 2010; Parker et al., 2008). Das segundas, que a alexitimia constitui um estado mental secundário, que emerge como uma *reação* à presença de quadros psicopatológicos em comorbilidade, nomeadamente a depressão, e cuja recuperação, depende da remissão dos mesmos (Marchesi et al., 2008; Honkalampi, Hintikka, Laukkanen & Viinamäki, 2001).

As duas condições podem ser válidas, e a sua diferenciação poderá requerer uma avaliação pré-mórbida ou de desenvolvimento de funcionamento (Lumley et al., 2007). Consensualmente, a aplicabilidade do conceito de *estabilidade relativa* tem vindo a ganhar forma, assumindo-se que as pontuações médias da alexitimia possam sofrer flutuações, em consequência de alterações a nível do afeto negativo, ou de outros sintomas, que frequentemente se encontram em comorbilidade (Luminet et al., 2001; Saarijärvi et al., 2006).

Estudos de base populacional referem prevalências da alexitimia que variam entre 9,9-21,2% (Mattila, Salminen, Nummi & Joukamaa, 2006; Tolmunen et al., 2011). No âmbito das investigações em saúde mental, a associação entre alexitimia e depressão tem sido reportada de forma consistente, quer na população em geral, quer em populações clínicas (Hintikka, Honkalampi, Lehtonen & Viinamäki, 2001; Honkalampi et al., 2001b; Saarijärvi, Salminen & Toikka, 2001; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viinamäki, 2000; Parker, Bagby & Taylor, 1991). A constatada estreita relação entre a alexitimia e a depressão tem levantado o debate sobre se não existirá uma sobreposição entre os dois construtos (Honkalampi et al., 2004; Hintikka et al. 2001; Honkalampi, Hintikka, Saarinen, Lehtonen &

Viinamäki, 2000; Parker et al., 1991). Enquanto alguns autores consideram a hipótese de que a alexitimia resulta de um estado secundário de adaptação ao diagnóstico de depressão, um mecanismo de *coping* ou de defesa contra o afeto doloroso (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2004), outros defendem que este é um construto estável, independente e distinto. A primeira perspectiva é defendida por Marchesi et al. (2008) que tentam avaliar os diferentes níveis de alexitimia antes, durante e após um episódio depressivo *major*, em puérperas, concluindo pela existência de um aumento dos níveis da alexitimia na fase pré-mórbida e por uma redução dos mesmos no período de remissão. Luminet et al. (2001), por outro lado, ao estudar uma amostra de pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva *major*, a fazer psicofármacos, encontra resultados que suportam a segunda perspectiva: uma razoável estabilidade da alexitimia, apesar das pontuações poderem sofrer alterações aquando do agravamento da sintomatologia depressiva. Idêntica conclusão é retirada por estudos longitudinais, como o de Saarijärvi et al. (2006).

Outras tentativas de delimitação dos construtos de alexitimia e de depressão foram realizadas por Parker et al. (1991) e de Hintikka et al. (2001), concluindo tratar-se de construções distintas, embora intimamente relacionadas.

2.1 TAS-20: Uma medida da Alexitimia

A literatura científica tem vindo a destacar o papel da alexitimia enquanto fator de vulnerabilidade ou de predisposição à depressão (Leweke, Leichsenring, Kruse & Hermes, 2012; Di Schiena, Luminet & Philippot, 2011). A análise comparativa dos diferentes estudos publicados torna-se complexa pelo recurso a diferentes metodologias de investigação e de mensuração. Foi nossa opção, por isso, atentarmos aprofundadamente apenas àqueles que recorreram à Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20), instrumento amplamente utilizado na avaliação da alexitimia e com elevada consistência interna (Li, Zhang, Guo & Zhang, 2015; Marchesi et al., 2014; Taylor & Bagby, 2013). A escala é constituída por três fatores: 1) dificuldade em identificar sentimentos e de distingui-los das sensações corporais da ativação emocional (DIS), 2) dificuldade em descrever os sentimentos (DDS) e 3) pensamento orientado externamente (POE). Apesar da TAS-20 se constituir como uma medida de aproximação da alexitimia, pontuações iguais ou superiores a 61 serão indicadoras da presença de alexitimia (Taylor et al., 1999) e uma pontuação simultaneamente elevada nos três fatores, será capaz de identificar que a pessoa é alguém com um funcionamento verdadeiramente alexitímico (Lumley et al., 2007). A TAS-20 encontra-se aferida e validada

para a população portuguesa (Prazeres, Parker & Taylor, 2000; Prazeres, Taylor & Parker, 2008).

Embora a alexitimia seja uma construção psicológica cuja interpretação depende da interrelação dinâmica dos seus fatores, é possível realizar diferentes análises aos fatores que a integram, dado que estes, teoricamente, são construções independentes e com validade diferencial (Lumley et al., 2007). Assim, tem-se procurado um relacionamento privilegiado entre os seus fatores a diferentes níveis: 1) a sua associação com variáveis sociodemográficas; 2) a sua associação com a sintomatologia depressiva, em amostras psiquiátricas, comunitárias e/ou estudantis; 3) a possibilidade de previsão do aparecimento de um episódio depressivo; 4) a determinação da procura de tratamento e da utilização de recursos de saúde, 5) investigando o seu valor preditivo em relação a resultados de tratamento e 6) a determinação de diferentes subtipos de alexitimia.

No que respeita à análise sociodemográfica tem-se verificado uma tendência, ainda não uniformemente confirmada, a associar a presença de alexitimia com o residir sozinho, ser do sexo masculino, o aumento da idade e o baixo nível educacional (Hiirola et al., 2017; Mattila et al., 2006; Levant, Hall, William & Hasan, 2009). Apesar de a alexitimia ser referida, por vezes, como *normativa* do Homem (em virtude de um processo de socialização que pouco promove a tomada de consciência e de expressão de diferentes sentimentos, nomeadamente a raiva) e de se identificarem elevações a nível dos fatores de acordo com o sexo (DIS – Mulheres e *Score* Total e POE – Homens), tais diferenças poderão prender-se mais com questões de magnitude, do que de natureza caracterológica (Mattila et al., 2010; Levant et al., 2009; Moriguchi et al., 2007). A competência cognitiva de reconhecer e controlar as emoções naturalmente relaciona-se com a dinâmica desenvolvimental (Taylor et al. 1999). O *insight* pessoal acerca das mesmas, parece ser adquirido com o estabelecimento da identidade e da maturidade, atingindo o seu potencial próximo dos 30 anos de idade. As elevações encontradas a nível do POE, à medida que as pessoas vão envelhecendo, poderão refletir uma diminuição do nível de abertura e interesse pela novidade (Moriguchi et al., 2007). A referida relação entre POE e envelhecimento não foi contudo, confirmada por Bamonti et al. (2010) em pacientes psiquiátricos com idade superior a 50 anos. Hiirola et al. (2017) encontraram resultados que relacionam o aumento do fator DIS com o avançar da idade, sobretudo a partir dos 75 anos, relacionando-os com as alterações no processamento cognitivo, neurobiológico e emocional associadas ao envelhecimento. Identificaram ainda uma sobre-elevação particular do fator nas idades entre os 66-75 anos, que consideraram tratar-se de um fenómeno de específico deste grupo etário, relacionado com o facto destes sujeitos terem sido expostos a

eventos traumáticos em idades precoces, uma vez que teriam sido crianças durante a II Guerra Mundial. Continuam a ser necessários, por isso, estudos longitudinais e transculturais, que permitam avaliar o impacto das influências culturais e geracionais nestas tendências (Moriguchi et al., 2007).

Hirola et al. (2017) constataram que apenas o diagnóstico atual de perturbação depressiva ou ansiosa seria capaz de prever os resultados do *score* total da TAS-20 em 2011 (face a diagnósticos realizados em 2000). Concluem que embora a depressão possa intensificar as características alexitímicas, essas mudanças são reversíveis após a remissão da perturbação de humor. As características alexitímicas, contudo, tendem a permanecer constantes.

Não existe um consenso quanto à forma como os diferentes fatores que integram o construto da alexitimia se relacionam com a depressão. No entanto três padrões associativos têm vindo a ser estabelecidos: a) associações moderadas da severidade depressiva com DIS e DDS e fraca (ou mesmo inexistente) com POE; b) associações apenas com o DIS e c) associações apenas com DDS.

O primeiro padrão associativo é fundamentado pelo maior número de estudos (Li et al., 2015). Assenta na perspectiva da possibilidade de mudança dos fatores emocionais da alexitimia (DIS e DDS) e de que estes fatores poderão ser mais dependentes do estado, constatando-se mudanças em função do alívio da sintomatologia psiquiátrica, reportada em estudos como o de Honkalampi et al. (2004) e de Honkalampi et al. (2001b). Li et al., (2015) e Cameron, et al. 2014. defendem igualmente a relativa estabilidade do fator cognitivo (POE) confirmada por alguns estudos longitudinais (Saarijärvi et al. 2001; 2006). Outros estudos relatam mesmo ausência de relação entre o fator POE e a severidade depressiva (Leweke et al. 2012; Bamonti et al., 2010; Kim et al., 2008). No entanto, nos últimos anos, alguns estudos têm vindo a encontrar resultados que estabelecem associação entre o fator POE e a severidade da psicopatologia (da Silva et al., 2016) e da depressão, como por exemplo os Luca, Luca, & Calandra (2013); Günther, Rufer, Kersting & Suslow (2016) e Quilty, Taylor, McBride & Bagby (2017). As associações entre DIS e depressão emergem sobretudo dos estudos de Ogrodniczuk et al. (2004) no qual o fator se revelou um preditor de sintomas depressivos residuais; de Panayiotou et al. (2015) em que a melhoria clínica na depressão foi associada com uma diminuição da alexitimia, particularmente através do fator DIS, e mediada pelo evitamento da experiência; e por estudos em que o fator DIS se revela um significativo preditor do nível de psicopatologia, como os de Grabe, Spitzer & Freyberger (2004) e de Terock et al. (2015). De acordo com a análise de Ready, Mather, Santorelli & Santospago (2016) o conteúdo dos itens que integram o fator DIS é compartilhado quer pela alexitimia,

quer pela depressão. As características que melhor distinguem a singularidade da alexitimia prendem-se com o POE, com a confusão acerca das sensações corporais e com a dificuldade em “abrir-se aos outros” (Ready et al., 2016). Quanto à associação exclusiva de DDS e depressão, esta tem sido sobretudo relatada nos estudos de Leweke, et al. (2012); Leweke, Bausch, Leichsenring, Walter & Stingl (2009); Kim et al. (2008) e Marchesi, Brusamonti & Maggini (2000).

McGillivray, Becerra & Harms (2017) relatam que a alexitimia é mais prevalente e mais severa em pacientes psiquiátricos. O número de sujeitos identificados com alexitimia severa assumiu uma proporção de 4:1 na comparação das amostras psiquiátrica e comunitária, dando ênfase ao quanto este problema pode ser pervasivo. Leweke et al. (2012) reportaram que em amostras clínicas de pacientes em psicoterapia, a percentagem de sujeitos com alexitimia pode ser o dobro em relação à população em geral. Já Marchesi et al. (2014), consideram que as diferenças relativas encontradas entre os indivíduos que integram a amostra de sujeitos saudáveis, comparativamente com a presença de diagnóstico psiquiátrico, se devem à presença do afeto negativo e são sobretudo moderadas pela severidade da sintomatologia ansiosa e depressiva habitualmente encontrada nestes pacientes.

Joukamaa, Karlsson, Sohlman & Lehtinen (1996) referem que entre as pessoas que realizam uma procura extensiva de serviços de saúde, encontra-se o grupo de alexitímicos, cuja queixa principal se prende com aspetos somáticos, traduzindo o sofrimento psicológico em que se encontram. No mesmo sentido apontam os resultados encontrados por Marchesi et al. (2000). Estes autores consideram que, nos pacientes com depressão e ansiedade, a alexitimia pode aumentar a probabilidade de procura de tratamento médico (nomeadamente serviços de urgência). Estes pacientes tenderão a apresentar, sobretudo, queixas focadas nas manifestações somáticas da depressão. Em relação aos pacientes com perturbações depressivas, apenas o fator DDS mostrou ter um valor discriminativo. As elevações no fator DIS foram melhor explicadas pelos elevados níveis de ansiedade comórbida que frequentemente se encontram nestes pacientes. De acordo com Lumley et al. (2007), enquanto o fator DIS tende a estar associado a um maior relato de sintomas e a uma maior utilização de cuidados de saúde, o fator DDS relaciona-se com a inibição ou dificuldades de relacionamento com os outros e o fator POE, estando associado a uma diminuição da consciência corporal, condiciona uma diminuição da utilização de cuidados de saúde (Lumley et al., 2007; Lumley & Norman 1996). Já Bamonti et al. (2010) consideram que as elevações de DIS e DDS contribuem para o adiamento da procura de ajuda terapêutica em pacientes psiquiátricos.

Quer em gestantes (Marchesi et al., 2008), quer em sujeitos que sofreram de doença coronária aguda, e sem história prévia de patologia depressiva (Marchesi et al., 2015), a alexitimia não constituiu um traço de personalidade que aumentasse o risco de desenvolver um episódio depressivo. As alterações encontradas a nível do *score* total, no primeiro estudo mencionado, e a nível do fator DIS, no segundo estudo, foram melhor explicadas pela severidade da sintomatologia depressiva e anedónica.

No que respeita à alexitimia, enquanto variável capaz de determinar o prognóstico do tratamento, vários são os estudos que apontam o fator DIS como o melhor indicador de fracos resultados (Terock et al., 2015; Ogrodniczuk, Sochting, Piper & Joyce, 2012; Ogrodniczuk et al. 2004; McCallum, Piper, Ogrodniczuk & Joyce, 2003). Tal relação não foi, contudo, confirmada pelos estudos de Leweke et al. (2009) e de Günther et al. (2016), que apontam, respetivamente, o DDS e POE, como os fatores com maior capacidade de prever um pior resultado das intervenções terapêuticas e de predizer o curso de sintomas depressivos ao longo do seguimento (Günther et al., 2016).

Partindo da heterogeneidade das pontuações obtidas na TAS-20 de sujeitos em contexto naturalista, Chen, Xu, Jing & Chan (2011) apontaram para a possibilidade de existência de quatro subtipos diferentes de alexitimia, designadamente: 1) *elevada alexitimia geral* (com elevação a nível dos três fatores), 2) *alexitimia com elevada introversão* (com pontuações elevadas nos fatores DIS e DDS e pontuações baixas no POE), 3) *alexitimia com elevada extroversão* (com elevadas pontuações no fator POE e normais nos fatores DIS e DDS) e 4) *sem alexitimia* (baixas pontuações nos três fatores). Os dois primeiros subtipos descritos parecem recorrer de forma preferencial a uma regulação e expressão emocional com características supressivas e a enfrentar mais *stress* no relacionamento interpessoal. Estes autores advertem, ainda, para a necessidade de adequação das intervenções terapêuticas mediante o subtipo de alexitimia que seja apresentada pelos sujeitos. No entanto, esta proposta continua a carecer de validação empírica, acerca da sua estabilidade e possibilidade de generalização a amostras clínicas.

Alguns autores defendem que a TAS-20 avalia sobretudo a *alexitimia secundária*, sendo extremamente sensível ao sofrimento psicológico (Marchesi et al., 2015; Marchesi et al., 2014). Similarmente, diferentes investigações têm encontrado correlações positivas entre a alexitimia e construtos como o neuroticismo ou o afeto negativo. De acordo com Taylor et al. (2016), a questão deve ser remetida para o conteúdo dos itens que integram as avaliações e que frequentemente solicitam um posicionamento do entrevistado face a dimensões físicas/corporais da emoção (“inquietação”) ou a sentimentos não elaborados (“sentir-se

deprimido”). De acordo com McGillivray et al. (2017), os indivíduos alexitímicos são vulneráveis a vivenciar elevados níveis de sofrimento psicológico, independentemente de pertencerem ao grupo de pessoas que procura tratamento para uma perturbação psiquiátrica ou à comunidade em geral.

3. Alexitimia e Depressão

A alexitimia tem sido relacionada com uma pior satisfação com a vida, um empobrecimento do apoio social (Honkalampi et al., 2000a) e uma pior perceção da saúde (Mattila et al., 2006). As características alexitímicas têm sido ainda associadas a constatações de relatos de disciplina mais severa, a um maior número de descrições de infelicidade no lar de infância (Honkalampi et al., 2004) e a um funcionamento interpessoal mais frio e distante (Vanheule, Desmet, Verhaeghe & Bogaerts, 2007). Em relação a pacientes com o diagnóstico atual de episódio depressivo *major* a alexitimia está associada, prospectivamente, ao surgimento de sintomas depressivos aos 12 meses e ao diagnóstico de depressão *major* aos 24 meses (Honkalampi et al., 2004). Leweke et al. (2012) reportaram que alexitimia é mais prevalente e mais severa em pacientes com perturbações depressivas, face a outros grupos diagnósticos. Cerca de 41-50% dos pacientes com perturbações depressivas possuem traços alexitímicos (Ertekin, Koyuncu, Ertekin & Özyildirim, 2015; Kim et al., 2008). Marchesi et al. (2014) referem que a presença da alexitimia durante a fase aguda do episódio depressivo pode variar num intervalo entre 45-46%. Sistemáticamente, têm sido encontradas associações entre a presença de alexitimia e a severidade da sintomatologia depressiva, bem como a presença de um maior número de sintomas (Celikel et al., 2010; Kim et al., 2008; Vanheule et al., 2007a, Saarijärvi et al., 2006), com características psicóticas e fóbicas (Kim et al., 2008) e em particular de sintomas depressivos de natureza somático-afetiva (Vanheule et al., 2007a). Tem sido também descrita uma relação entre alexitimia e a manutenção de sintomas depressivos residuais e a presença destes pode mesmo ser preditiva de recidivas (Ogrodniczuk et al., 2004) e de tentativas de suicídio (Izci et al., 2015; Honkalampi et al., 2007). Os pacientes com depressão *major* e com elevados níveis de alexitimia tendem a apresentar uma maior incidência de tentativas de suicídio, maior ideação suicida e níveis mais elevados de desesperança (Izci et al., 2015).

Nos últimos anos alguns autores têm vindo a encontrar evidências que suportam o conceito de “*depressão alexitímica*”, correspondendo a um subgrupo de pacientes deprimidos caracterizados por elevados níveis de alexitimia (Vanheule et al., 2007a; Leweke et al., 2012).

3.1 Alexitimia e depressão: visão de si, do outro e das relações

De acordo com Saarijärvi et al. (2001) é essencial fazer a distinção, teórica e clínica, entre alexitimia e depressão. Em ambas as manifestações se verifica uma supressão dos afetos e uma diminuição da capacidade de os verbalizar aos outros (Saarijärvi et al., 2001), uma dificuldade em estabelecer e manter vínculos (Ogrodniczuk et al., 2012; Hesse & Floyd, 2011) e uma incapacidade de reconhecer estados emocionais alheios (Ogrodniczuk et al., 2011).

O reconhecimento e inclusão da alexitimia na avaliação de um paciente, poderá, assim, contribuir para uma melhor compreensão do seu estado de saúde, da apresentação clínica, da interpretação do comportamento e da responsividade terapêutica (Lumley et al., 2007).

Será importante ter presente que os indivíduos alexitímicos possuem não só uma tendência a vivenciar os afetos negativos de forma indiferenciada, como uma capacidade limitada de vivenciar emoções como a alegria, a felicidade e o amor (Taylor et al., 1999). Tenderão a reportar níveis mais elevados de anedonia, um *locus* de controlo mais externalizado (Loas et al., 1998) e um recurso mais sistemático a comportamentos de evitamento aprendido, como forma de impedir a vivência de emoções negativas e de experiências indesejadas (Panayiotou et al., 2015).

Pessoas com alexitimia severa, cujas formas de pensar e de falar se tornam superficiais, recebem frequentemente um *feedback* negativo do seu meio ambiente social, acabando por tomar consciência das suas dificuldades, integrando-as assim no seu autoconceito (Günther et al., 2016). Leweke et al., (2012) defendem que os elevados níveis de alexitimia, encontrados particularmente em pacientes em fase aguda do episódio depressivo, podem resultar da visão negativa de si mesmos ou serem apenas indicadores do entorpecimento emocional, que são características fundamentais nos transtornos depressivos (Leweke et al., 2012). Luca et al. (2013) defendem que a perceção distorcida da própria capacidade de funcionar dos pacientes alexitímicos com perturbações depressivas em comorbilidade, poderá constituir a explicação da relação encontrada entre a inibição psicomotora e o fator pensamento orientado para o exterior. Ainda no que respeita à forma de pensamento, Di Schiena et al. (2011) encontraram resultados que revelam padrões de associação complementares em pacientes alexitímicos,

sendo que o fator DIS apresentava uma correlação positiva com a ruminação abstrato-analítica e o fator POE estava correlacionado negativamente com o estilo de pensamento concreto.

Diferentes aportes têm dado nota da interferência das características alexitímicas no âmbito das relações interpessoais. As dificuldades dos pacientes alexitímicos em compreender os sentimentos próprios e os dos outros, coloca-os numa posição em que as intenções e os desejos permanecem incompreensíveis, pelo que frequentemente experimentam sensações de perda e mesmo de perigo (Balta, Karachalios, Tsirikas & Angelopoulos, 2016). Perante esta situação de estranheza, a hostilidade pode tornar-se manifesta, como resposta aos sentimentos de incapacidade, vulnerabilidade e de não verbalização do seu mundo interno. De acordo com Balta et al. (2016) o grau de severidade alexitímica presente num sujeito condicionará a possibilidade de este recorrer à hostilidade como forma de resposta preferencial. As dificuldades em reconhecer e verbalizar as emoções próprias podem ainda restringir as capacidades de afirmar-se, defender-se ou simplesmente expressar as necessidades pessoais. Rutten et al. (2015) propõem que a alexitimia precede a assertividade constituindo-se como um mecanismo subjacente entre a autonomia e “ligação-conectividade”. De acordo com os mesmos autores, a sensibilidade aos outros não está significativamente associada à alexitimia ou à assertividade, mas antes explicada pela sintomatologia ansiosa (Rutten et al., 2015). No que respeita ao estabelecimento e manutenção de relacionamentos, para Hesse & Floyd (2011), a alexitimia parece ter uma maior influência nas dimensões ansiosas dos relacionamentos do que nos comportamentos de procura de intimidade. Contudo, a presença de alexitimia revelou ter impactos diferenciados mediante o sexo, uma vez que serão sobretudo as mulheres que demonstram maior necessidade de intimidade. Embora sejam os homens a apresentar mais características alexitímicas, estes tendem a relatar graus elevados de satisfação perante situações de menor expressividade emocional.

Diferentes observações clínicas dão conta das dificuldades dos pacientes alexitímicos a nível da empatia (Taylor & Bagby, 2013). Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes & Berthoz, (2010) referem a existência de uma relação entre os componentes cognitivos da alexitimia (POE) e da empatia (tomada de perspetiva e fantasia), mesmo após controlo do humor disfórico. De acordo com Taylor e Bagby (2013) quer em contextos interpessoais, pela vivência de relações emocionais de carga afetiva intensa, quer no âmbito do *setting* terapêutico, a nível da relação de transferência, os níveis de alexitimia mantêm-se relativamente constantes. Segundo Hoffmann et al. (2016) as capacidades empáticas revelam-se particularmente importantes, não só na relação terapêutica, mas também no quotidiano, na

medida em que os sujeitos tendem a utilizar os estados emocionais próprios na compreensão emocional do outro. Os investigadores encontraram resultados que sugerem que a presença de alexitimia parece comprometer a empatia contribuindo para a diminuição do viés egocêntrico. Apenas a alexitimia, e não a sintomatologia depressiva, parece relacionar-se com o decréscimo dos níveis de empatia, em estados emocionais congruentes, onde o mecanismo de projeção seria suficiente para julgamentos precisos. Estes autores salientam a tendência dos sujeitos com alexitimia severa a desligar-se da sua própria perspectiva emocional durante os julgamentos empáticos, com vista a evitar o conflito emocional. Ainda de acordo com os mesmos autores, os pacientes com depressão *major*, e sem alexitimia associada, possuem julgamentos empáticos intactos perante situações em que há congruência das emoções. Contudo, perante estados emocionais incongruentes, estes pacientes tenderão a tornar-se propensos a vieses egocêntricos (incapacidade de inibição do estado emocional próprio) e altercêntricos (uma tendência implícita e automática a sentir-se afetado pelo estado emocional de outra pessoa, contágio emocional, ressonância afetiva). O viés altercêntrico pode mesmo contribuir para a perpetuação do estado depressivo, estando positivamente associado à duração média dos episódios depressivos (Hoffmann et al., 2016).

Saliente-se que os estudos analisados evidenciam, na sua maioria, uma correlação entre a alexitimia e a depressão, não estabelecendo, contudo, relações de causalidade: índices mais elevados de alexitimia podem aumentar a severidade da depressão e vice-versa.

4. Alexitimia, Depressão e Personalidade

Os sintomas depressivos estão associados com alterações na personalidade que podem ser temporárias ou persistentes. Por sua vez, os traços de personalidade são prospetivamente associados com o desenvolvimento de sintomas depressivos (Hakulinen et al., (2015). Apesar da consistente verificação de inter-relação entre depressão e traços de personalidade não-adaptativos, os processos através dos quais estas associações emergem são menos claros. Diferentes explicações têm sido propostas:

- (a) a existência de uma sobreposição entre o conteúdo ou os critérios diagnósticos de depressão e traços/perturbação de personalidade,
- (b) ambos os constructos possuírem causas comuns,
- (c) traços de personalidade e perturbações depressivas serem precursores de outras perturbações,

(d) alguns traços/perturbações de personalidade predisponem ao desenvolvimento de perturbações depressivas,

(e) os traços de personalidade terem efeitos sobre a expressão e/ou curso da depressão,

(f) as perturbações/traços de personalidade serem uma reação à sintomatologia psiquiátrica,

(g) os traços/perturbação de personalidade serem consequências (ou “cicatrices”) de sintomas psicopatológicos e da ocorrência de episódios depressivos (Klein, Bufferd, Ro & Clark, 2014; Klein, Kotov & Bufferd, 2011).

Numerosos estudos referem a existência de elevadas taxas de comorbilidade entre perturbações depressivas e perturbações de personalidade, simultaneamente nos contextos clínico e comunitário. As taxas de prevalência podem variar entre 40-80%, consoante a metodologia e o sistema de classificação utilizados, bem como de acordo com o contributo de cada uma das perturbações de personalidade (van Rijsbergen, Kok, Elgersma, Hollon & Bockting, 2015; Friberg et al., 2014; Klein et al., 2014; Skodol et al., 2011).

Conceptual e empiricamente, fazer uma distinção entre depressão e personalidade continua a ser um desafio, dada a heterogeneidade dos dois construtos. Essa dificuldade parece acrescida quando a patologia assume um curso crónico (Klein et al., 2014). O papel da personalidade varia, ainda, em função da especificidade do diagnóstico depressivo (por exemplo, perturbação depressiva *major*, perturbação distímica), do subtipo (por exemplo, psicótica, melancólica, características atípicas) e de variáveis clínicas, como a idade de início, a recorrência e a cronicidade (Klein et al., 2011).

Cerca de 20% dos pacientes que sofreram um episódio depressivo, mantêm sintomas que persistem por dois anos ou por tempo superior, sendo posteriormente diagnosticados como depressão crónica (Kessler & Bromet, 2013). O aparecimento de um novo episódio depressivo, após um longo período de remissão, em que a recuperação já ocorreu, denomina-se de *recorrência* (Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken & Dobson, 2015). Pacientes que tenham sofrido um episódio depressivo *major*, têm uma probabilidade de voltar a ter um novo episódio na ordem dos 40%. Esta probabilidade aumenta exponencialmente para 60-90% perante a ocorrência de episódios subsequentes (Bockting et al., 2015). A natureza do curso da perturbação depressiva *major* poderá ser, assim, menos favorável do que inicialmente se pensava. Cerca de 60-85% dos pacientes recorre novamente a serviços de saúde mental especializados, durante um período entre 5 a 15 anos. Esta procura parece confirmar-se em amostras comunitárias e que integrem utentes dos cuidados de saúde primários: cerca de 35% após 15 anos (Hardeveld, Spijker, De Graaf, Nolen & Beekman, 2010).

O número de episódios depressivos anteriores, a presença de sintomas depressivos residuais subclínicos e a existência de história familiar de perturbação depressiva parecem ser os mais robustos preditores da recorrência (Bockting et al., 2015; Skodol et al., 2011; Hardeveld, et al., 2010).

A relação mais consensualmente estabelecida é entre perturbações de humor e perturbações de personalidade do *Cluster C*, particularmente a nível da distímia e da perturbação de personalidade do tipo evitante (Friborg et al., 2014; Klein et al., 2014). Friborg et al. (2014) constataram a presença de um maior número de perturbações de personalidade diagnosticadas, em doentes com perturbação depressiva recorrente relativamente a doentes com episódios depressivos únicos, para o diagnóstico de perturbações de personalidade dos *Clusters A e C*. No que respeita à análise sobre as tipologias de perturbação de personalidade mais frequentemente diagnosticadas encontraram uma relação entre os quadros evitante e *borderline* para a perturbação depressiva *major* e evitante, dependente e obsessivo-compulsiva para a distímia.

De acordo com van Rijsbergen et al. (2015), as perturbações de personalidade mantêm-se prevalentes (49,5%) mesmo após a remissão de Perturbação Depressiva *Major* Recorrente. A maioria dos pacientes estudados possuía um diagnóstico de perturbação de personalidade que integrava o *Cluster C* (39,6%). A perturbação de personalidade evitante foi a mais prevalente (29,7%), seguida da obsessiva-compulsiva (19,8%) e da paranóide (9,2%).

A comorbilidade de perturbações depressivas e de perturbações da personalidade parece constituir um fator de pior prognóstico no curso do episódio depressivo, refletido pelo aumento de tempo até à remissão e um risco aumentado de recaída (Friborg et al., 2014; Skodol et al., 2011; Grilo et al., 2010). Parece, também, existir uma relação entre a presença da comorbilidade e a responsividade terapêutica (Friborg et al., 2014), uma vez que os traços de personalidade podem estar associados a diferentes níveis de severidade, interferirem com a adesão ao tratamento e com a relação terapêutica, reduzindo assim a eficácia das intervenções (Klein et al., 2011). No entanto, parecem existir indicações de diferentes impactos nos resultados do tratamento e de comprometimento, mediante o tipo de personalidade, mesmo dentro do mesmo *Cluster* (Wongpakaran, Wongpakaran, Boonyanaruthee, Pinyopornpanish & Intaprasert, 2015; Friborg et al., 2014).

Bilotta, Giacomantonio, Leone, Mancini & Coriale (2015) consideram que a alexitimia pode desenvolver-se a partir de um padrão habitual de evitamento, independentemente da presença de emoções negativas. Pacientes com um funcionamento alexitímico apresentarão uma combinação de disfunções interpessoais e de distorções das relações, como o evitamento

de conflitos, o estabelecimento de laços superficiais e uma diminuída regulação dos impulsos. De acordo com Nicolò et al. (2011) e Grabe et al. (2004) todas estas áreas problemáticas são também características associadas ao diagnóstico de perturbação de personalidade, pelo que se torna plausível que a alexitimia constitua um traço de personalidade, cuja presença se encontra em comorbilidade com a patologia da personalidade. Diferentes investigações têm sido levadas a cabo para esclarecer a relação entre alexitimia e personalidade, no entanto, nem sempre as amostras são exclusivamente constituídas por pacientes com o diagnóstico de perturbações depressivas. A associação mais fortemente estabelecida é a nível das perturbações de personalidade do *Cluster C*, embora existam divergências quanto à prevalência de cada uma das perturbações que integram esse *Cluster* (Loas, Baelde & Verrier, 2015; Mori, Drago, De Ronchi & Serretti, 2015; Dimaggio et al., 2013). Honkalampi et al. (2001a) reportaram que, quer a presença de comorbilidade do diagnóstico de perturbação de personalidade do *Cluster C*, quer a severidade da depressão, constituem variáveis importantes na explicação da estabilidade da alexitimia em pacientes com perturbação depressiva *major*. Apenas na avaliação de seguimento a prevalência da alexitimia foi significativamente maior nos pacientes com comorbilidade de patologia de personalidade (36% vs. 17%). Estes autores constataram ainda que a ausência de comorbilidade representava uma recuperação da alexitimia cerca de duas vezes superior.

De Panfilis et al. (2008) descobriram que a presença de práticas parentais adversas, particularmente a “*sobreproteção*” materna, era preditiva, quer da ocorrência de perturbações da personalidade, quer do desenvolvimento da alexitimia. No entanto, de acordo com os autores, não foi possível estabelecer uma associação específica com um determinado *Cluster*. Loas & Cormier (2009; 2008) defendem, no que respeita à estabilidade dos traços de personalidade, que os sujeitos com o diagnóstico de perturbação de personalidade dependente eram os que apresentavam *scores* totais mais elevados a nível da alexitimia e os que permaneciam significativamente mais deprimidos. Dimaggio et al. (2013) consideram que a severidade da patologia de personalidade se encontra associada com níveis mais elevados de problemas interpessoais, sintomas psiquiátricos e alexitimia. No entanto, a relação entre perturbação de personalidade e alexitimia perde significância quando se avalia a influência da sintomatologia geral. Para estes autores tais resultados podem estar relacionados com duas hipóteses explicativas: a ausência de consciência do estado emocional pode representar apenas o reflexo do sofrimento psíquico ou o traço alexitímico pode apenas ser característico de algumas perturbações de personalidade específicas. No mesmo sentido, Lysaker et al. (2014) encontraram uma relação entre os elevados níveis de alexitimia e um maior número de

traços de personalidade do *Cluster C*. No entanto esta associação apenas se verificava na presença de défices metacognitivos. De Panfilis et al. (2015) defendem que a existência de diagnóstico de perturbação de personalidade não constitui por si só a confirmação de existência de um défice na identificação e comunicação das emoções. Pelo contrário, essas dificuldades são suscetíveis de serem desencadeadas pela severidade dos sintomas psiquiátricos comórbidos. Contudo, indivíduos que apresentem alterações da personalidade relacionadas com os quadros de personalidade evitante, dependente ou *borderline* poderão apresentar maiores dificuldades em focalizar informação acerca dos estados internos, mesmo em situações nas quais os níveis de sofrimento psíquico são baixos. De acordo com Loas et al. (2015) a alexitimia não é uma característica permanente da perturbação da personalidade dependente. Alexitimia, depressão e perturbação de personalidade dependente, serão construtos distintos e que devem ser mensurados de forma independente, apesar de manterem um relacionamento estreito. Quando foi estudada, por estes autores, a relação entre alexitimia, depressão e perturbações de personalidade, apenas a presença da perturbação de personalidade evitante e a depressão demonstraram ser preditores independentes dos resultados da TAS-20 e da sua variância. Tais resultados serão indicativos da existência de uma relação consistente e estável da alexitimia com a depressão e com a perturbação de personalidade evitante.

Apesar de a alexitimia ser frequentemente associada a piores resultados terapêuticos, Joyce et al. (2013) não encontraram resultados que confirmassem essa previsão: apenas constataram a existência de associações significativas entre a alexitimia e perturbação de personalidade *borderline* e características de organização de personalidade depressiva. Verificaram, ainda, a existência de associações entre a presença de alexitimia, padrões de vinculação inseguros, relações de objeto primitivas, supressão da expressão emocional, uso de mecanismos de defesa imaturos (clivagem, projeção e somatização), a presença de sintomas ansiosos e a severidade da perturbação de personalidade. Tais relações foram particularmente evidentes em pacientes com o diagnóstico de perturbação de personalidade *borderline*. Contudo, não foi avaliada a severidade depressiva, pelo que esta variável pode ter agido como confundidora nos resultados encontrados para alexitimia.

5. Intervenções Terapêuticas em Pacientes com Alexitimia

Quer as observações clínicas, quer os estudos empíricos dão conta do subdiagnóstico e da dificuldade em reconhecer a alexitimia (Tacon, 2001). Embora a doença médica ou psiquiátrica experimentada constitua a principal causa de procura de cuidados, a alexitimia pode desempenhar um papel relevante nesta relação. De acordo com Lumley et al. (2007) a alexitimia é não só determinante na procura de ajuda, como contribui para uma forma particular de vivência da sintomatologia, predominantemente a três níveis: 1) as pessoas com alexitimia tendem a experimentar estados de ativação fisiológica prolongados, acabando por experienciar os sintomas físicos como aversivos; 2) na relação terapêutica as emoções são relatadas através dos seus aspetos fisiológicos indiferenciados, sem uma dimensão psicológica ou subjetiva; 3) pode induzir à amplificação somatossensorial ou a uma tendência para a preocupação excessiva com o corpo. Este último aspeto pode ser muitas vezes exacerbado pelas perturbações de humor que se encontram em comorbilidade. Apesar deste reconhecimento vivencial permanece a questão: serão estes pacientes capazes de responder a intervenções terapêuticas?

5.1 Alexitimia Enquanto Variável Preditora do Tratamento

Embora alguns estudos advoguem que a alexitimia se constitui como um estado mental secundário, cuja recuperação ocorre essencialmente em função da depressão (Marchesi et al., 2008; Honkalampi et al., 2001b), a maioria confirma que se trata de um construto estável, independente e distinto (Vanheule et al., 2007a). A referida estabilidade do construto, permite que a alexitimia possa ser investigada como potencial preditor de resultados de tratamento e do curso de sintomas psiquiátricos (Taylor & Bagby, 2004). Embora a alexitimia seja predominantemente estudada em relação com perturbações que tradicionalmente apresentam um pior prognóstico, os estudos descrevem-na de forma uniforme como preditora de piores resultados terapêuticos. Apesar de tudo, existem investigações que não confirmam esta tendência nomeadamente os estudos de Grabe et al. (2008), de Leweke et al. (2009) e de Mori et al. (2015). No primeiro estudo referido apesar da alexitimia estar associada a maiores *scores* no *Índice Global de Severidade (GSI)* na admissão e na alta, foi constatada uma resposta significativa ao programa de tratamento, traduzida por uma redução nos níveis de sofrimento psíquico relacionado com a psicopatologia apresentada e nas características alexitímicas. Ainda assim, os investigadores ressalvam que a alexitimia pode afetar

negativamente o resultado a longo prazo, uma vez que os sujeitos alexitímicos, no momento da alta, continuavam a reportar níveis mais elevados de sofrimento. Quanto ao segundo estudo mencionado, a alexitimia demonstrou ser apenas um *moderado* preditor dos resultados terapêuticos, pelo que os pacientes beneficiaram da Terapia Multimodal (psicoterapia de orientação psicodinâmica individual e de grupo, psicofarmacologia e terapias complementares – que incluíam a música, a arte e o corpo). Por último, Mori et al. (2015) consideram que os piores resultados no tratamento de perturbações do espectro depressivo, resultam de um efeito cumulativo da presença da alexitimia e do fator “idade avançada”.

Embora alguns estudos relatem reduções de severidade clínica da alexitimia na sequência de intervenções terapêuticas (Ogrodniczuck et al., 2013), essas diferenças esbatem-se e deixam de ser significativas quando se realizam análises de variâncias (Luminet et al., 2001; Ogrodniczuck et al., 2012) ou se contemplam os efeitos da sintomatologia comórbida (Stingl et al. 2008). Diferente perspectiva é defendida por Cameron et al. (2014) que consideram que os resultados inconsistentes relativos às reduções na alexitimia resultam sobretudo de investigações nas quais a alexitimia não é avaliada de forma direta. A revisão efetuada pelos autores, concluiu que a alexitimia é parcialmente modificável pela intervenção psicoterapêutica, confirmando a estabilidade relativa do construto. Os estudos que avaliam a sintomatologia alexitímica após intervenção psicoterapêutica tendem a relatar reduções significativas no pós-tratamento. Consideram que em alternativa à conceptualização da alexitimia como uma resposta secundária (uma estratégia de *coping* ou uma defesa contra o afeto doloroso) ao afeto primário, como a depressão, a alexitimia deve ser perspectivada como um traço de personalidade dimensional que demonstra alguma variabilidade em função do estado. Assim, as diminuições nos índices de alexitimia podem ser compreendidas no contexto de melhorias significativas na capacidade de reconhecer os sentimentos (próprios e os dos outros) e na forma de os comunicar; uma mudança importante que pode ocorrer em simultâneo com mudanças funcionais ou sintomáticas, mas que não é necessariamente dependente das mesmas. De forma análoga ao que acontece nas perturbações de personalidade, diferentes aspetos podem ser mais ou menos responsivos aos tratamentos. As características alexitímicas relacionadas com os factores DIS e DDS têm demonstrado maior possibilidade de mudança, enquanto que o fator POE tende a permanecer mais estável ao longo do tempo. Estes autores salvaguardam, contudo, que muito embora possam ocorrer reduções nas características alexitímicas, alguns problemas podem persistir. Seriam necessárias mais investigações que focassem diretamente a relevância clínica e a estabilidade a longo prazo das mudanças na alexitimia, bem como o impacto das mesmas no que se refere

ao nível de funcionamento e de qualidade de vida destes pacientes (Cameron et al. 2014). No mesmo sentido da Silva et al. (2016) defendem que a análise sobre o impacto diferencial dos diferentes fatores da alexitimia contribui simultaneamente para uma melhor compreensão quer do construto, quer da sua utilidade no âmbito das intervenções psicoterapêuticas. Propõem que a relação entre a alexitimia e a severidade dos sintomas psicopatológicos (*GSI*) seja mediada não apenas pela regulação emocional, mas também pela consciência emocional e pela diferenciação emocional. Apesar de constatarem sequências de processamento emocional semelhantes nos dois grupos analisados (clínicos e não clínicos), verificaram a existência de uma relação significativa entre uma maior severidade dos sintomas psicopatológicos e um pensamento mais orientado para o exterior nos participantes que integraram a amostra clínica. Como hipótese explicativa, apresentaram a existência no funcionamento alexitímico, de uma relação de retroalimentação entre o pensamento orientado para o exterior e o aumento de sintomas psicopatológicos que poderá passar pelo recurso destes indivíduos a estratégias de *coping* que envolvem o evitamento e uma atenção focada no exterior. A tendência dos indivíduos alexitímicos perante o sofrimento psicológico (*distress*) a manter o foco da sua atenção no exterior, pode representar uma forma de evitamento ativa, não intencional, de entrar em contacto com o seu mundo interno ou este evitamento (do mundo interno) pode, por si só, promover o desenvolvimento de sintomas (da Silva et al., 2016).

Independentemente da capacidade preditiva dos resultados, os estudos sobre intervenções terapêuticas continuam a fornecer indicadores clínicos relevantes para a intervenção terapêutica e prognóstico de junto de pacientes com alexitimia.

A estabilidade das características alexitímicas tem um efeito negativo no tratamento antidepressivo na depressão *major* (Özsahin, Uzun, Cansever & Gulcat, 2003).

Ogrodniczuk et al. (2004) afirmam que a alexitimia de alguma forma compromete a capacidade de beneficiar plenamente de psicoterapia. Particularmente, as dificuldades na identificação de sentimentos, foram preditivas da severidade de sintomas depressivos residuais, independentemente dos níveis iniciais de depressão ou ansiedade, do modelo de psicoterapia e do uso de medicação antidepressiva. A persistência de tais sintomas foi, ainda, indicativa do funcionamento psicossocial dos sujeitos e contribuíam para a vulnerabilidade dos mesmos a potenciais recaídas, nos 6 meses após a conclusão da psicoterapia.

De acordo com Terock et al. (2015) a falta de autonomia é um problema comum nos pacientes alexitímicos. Ambos os traços de personalidade, alexitimia e autonomia, predizem

de forma independente o grau de psicopatologia, contribuindo para a severidade da sintomatologia geral.

Segundo Günther et al. (2016) os pacientes com depressão *major* com um estilo de pensamento orientado para o exterior mais pronunciado podem beneficiar menos de tratamentos multimodais (Psicoterapia psicodinâmica interacional individual e de grupo, medicação antidepressiva e terapias complementares focadas no corpo, no relaxamento, na arte e na música). Esta forma de pensamento revelou, ainda, ter um efeito negativo no curso da depressão, sendo mesmo preditivo de sintomas depressivos mais severos, avaliados por auto e heterorrelato, após o tratamento.

Recentemente, no contexto de um ensaio clínico randomizado e controlado (RCT), Probst, Sattel, Henningsen, Gündel & Lahmann (2017) encontraram resultados que pareciam indicar que a psicoterapia psicodinâmica interpessoal breve poderia ter benefícios para pacientes com maior severidade alexitímica, no que respeita à qualidade de vida emocional. Contudo, tais resultados não podem ser generalizados dado que existiram diferenças significativas no número de sessões aplicadas entre os modelos comparados e não existia um grupo de controlo (não sujeito a tratamento psicoterapêutico).

5.2 Alexitimia e Tipos de Intervenção Psicoterapêutica

A existência de relatos de *imutabilidade* da alexitimia, não significa, contudo, que ela não possa ser alvo de intervenção terapêutica (Luminet et al., 2001; Lumley et al., 2007).

Embora a literatura neste âmbito seja escassa, alguns estudos tentam analisar de que forma a alexitimia pode condicionar o processo terapêutico, bem como, quais os modelos que parecem ter maior indicação para o trabalho com estes pacientes. Curiosamente, a alexitimia não parece comprometer a adesão terapêutica, embora este seja um aspeto pouco referido pelas investigações (Lumley et al., 2007).

Dadas a falta de integração entre o afeto e a cognição e as limitações em relação à falta de introspeção e de comunicação afetiva poderá ficar, muitas vezes, deficitária a capacidade dos sujeitos alexitímicos em beneficiar de psicoterapia. McCallum et al. (2003) verificaram que embora a função reflexiva (*insight*) e a alexitimia influenciassem a capacidade dos sujeitos em beneficiar da psicoterapia, tal relação só se tornava significativa em relação ao desfecho da terapia quando o efeito das duas variáveis se tornava cumulativo.

A psicoterapia de suporte é frequentemente sugerida como o modelo mais indicado. No entanto, McCallum et al. (2003) não confirmaram esta hipótese. A alexitimia foi associada

a um pior resultado no tratamento quer em relação à psicoterapia de psicodinâmica, quer à psicoterapia de suporte. O seu efeito negativo foi observado em ambos os *settings*, individual e grupal (McCallum et al., 2003; Ogrodniczuk et al., 2011). Os resultados encontrados por Ogrodniczuk et al. (2013), de que a psicoterapia interpretativa e a de suporte apresentam os mesmos resultados finais na redução dos níveis de alexitimia, mensurados no final das intervenções e durante o período de seguimento. Tais reduções ocorrem primariamente durante a fase ativa do tratamento. No que respeita ao curso do tratamento encontraram um relacionamento diferencial entre o tipo de modelo de intervenção e os níveis de alexitimia e dos seus fatores. A abordagem de suporte foi associada a uma diminuição dos *scores* totais e aos fatores DIS e DDS, a interpretativa foi associada a uma mudança menos positiva na alexitimia e a um aumento em DDS. Os investigadores consideraram relevante que ao longo do processo terapêutico junto de pacientes com níveis de alexitimia considerados moderados a severos sejam introduzidas mudanças graduais ao longo do *continuum* suporte-interpretativo. Ainda no que respeita aos efeitos diferenciadores do tipo de psicoterapia recebida, Ogrodniczuk et al. (2004) constataram que os pacientes alexitímicos que integravam intervenções de suporte, apresentavam sintomas depressivos residuais menos severos, quando comparados com os elementos que beneficiavam de psicoterapia interpretativa. Quilty et al. (2017) num recente RCT, que comparou os resultados das intervenções Cognitivo-comportamental e Psicoterapia Interpessoal, constataram que a alexitimia não representou uma característica que afetasse negativamente o resultado terapêutico em pacientes com perturbação depressiva *major*. Tal resultado, contrário a diversas investigações, justificar-se-ia, na opinião dos investigadores, pelo facto de ambos os modelos de intervenção integrarem estratégias psico-educacionais que promovem a consciência, a diferenciação e a tolerância do afeto, semelhantes às descritas por Krystal (1988). Constataram ainda, que a relação entre alexitimia e a resposta terapêutica é parcialmente mediada pela aliança terapêutica, sobretudo através da dificuldade de identificar sentimentos que foi prospetiva e inversamente ligada à aliança terapêutica. O pensamento orientado para o exterior foi prospetivamente associado à diminuição da severidade da depressão no final do tratamento. Estes autores defendem, no entanto, que não podem ser estabelecidas relações de causalidade entre processo e resultado, sem existir uma investigação mais aprofundada acerca da influência dos factores DIS e POE.

Quanto ao impacto da duração do tratamento psicoterapêutico (de curta e de longa duração), Stingl et al. (2008) verificaram que as pontuações de alexitimia diminuíram, assim como os níveis de sofrimento psicológico e de depressão com ambas as modalidades de tratamento.

Relativamente à escolha das diferentes modalidades de tratamento Ogrodniczuk, Piper, Joyce & Abbass (2009) constataram que os pacientes alexitímicos que preferiam tratamento farmacológico ou nenhum tratamento, não diferiram significativamente dos pacientes que preferiam psicoterapia, no que diz respeito ao nível global de alexitimia ou a nível dos seus fatores. No entanto, os pacientes que preferiam terapia de grupo apresentavam níveis mais elevados de alexitimia e níveis significativamente mais elevados no fator POE, quando comparados com pacientes que preferiam terapia individual. Ogrodniczuk et al. (2012) defendem que a terapia de grupo pode oferecer algumas vantagens para estes pacientes, uma vez que a presença dos outros elementos do grupo e o seu *feedback*, são promotores de aprendizagens que não se verificavam no contexto social comum, contribuindo, ainda, para uma vivência menos ameaçadora e uma diluição da excitação emocional, tornando-se menos propensa a ser descarregada a nível global e somático.

Quanto à forma *como* a alexitimia pode conduzir a piores resultados terapêuticos, Ogrodniczuk et al. (2011) consideram relevante o contributo parcial das reações negativas dos terapeutas face aos elevados níveis de alexitimia. As reações de frustração e de raiva vivenciadas pelos terapeutas parecem emergir como uma resposta à ausência de expressão emocional positiva dos pacientes alexitímicos.

Dado que alguns estudos utilizam em simultâneo diferentes formas de psicoterapia e farmacoterapia, e outros são omissos em relação à utilização da última, fica por esclarecer qual o efeito diferenciador de cada uma das terapêuticas nos níveis de alexitimia.

Na maioria dos estudos as inferências acerca da alexitimia, quer a nível da sua influência, quer da sua magnitude, derivam de um plano de análise secundário, não sendo o construto o principal alvo de avaliação e de intervenção. Na interpretação dos diferentes resultados, este aspeto constitui um obstáculo a dois níveis: 1) as reduções nos níveis de alexitimia encontradas podem constituir apenas um reflexo da melhoria da sintomatologia que se encontra em comorbilidade e 2) os resultados perdem a sua capacidade de generalização dado que os desenhos de investigação muitas vezes não contemplam grupos de controlo e/ou a comparação com grupos em contextos naturalistas (não sujeitos a intervenção) (Lumley et al., 2007).

Não existindo, até ao momento, intervenções psicoterapêuticas específicas que visem a modificação das características alexitímicas, alguns modelos, pelos seus aspetos intrínsecos, parecem constituir-se como ferramentas terapêuticas válidas. De salientar, o exemplo da terapia metacognitiva interpessoal (Taylor & Bagby, 2013), a psicoterapia dinâmica intensiva de curta-duração (Malan e Della Selva, 2006 cit in Ogrodniczuk et al., 2011), psicoterapias

que foquem os aspetos da mentalização (Bateman & Fonagy, 2004 cit in Ogrodniczuk et al., 2011) e formas modificadas de psicoterapia psicodinâmica, com técnicas que visem uma perspectiva quase educacional acerca das emoções (intensidade e duração limitadas, propensão a serem descarregadas) (Taylor et al., 1999), nomeadamente as propostas por Krystal (1988), que visam o reconhecimento e verbalização das emoções.

No âmbito psicoterapêutico, embora os défices na tomada de consciência acerca do estado emocional interno limitem substancialmente a capacidade de crescer e de mudar dos pacientes alexitímicos (Ogrodniczuk et al., 2011), alguma capacidade de utilização dos conteúdos emocionais pode ser promovida, tornando-os pensados, e às vezes comunicados, a outros (Taylor et al., 1999). Parte do trabalho com estes pacientes consiste em devolver-lhes a função sinalizadora das emoções, permitindo-lhes a capacidade de orientar o seu pensamento e comportamento num sentido mais adaptativo (Ogrodniczuk et al., 2011; Taylor et al., 1999; Krystal, 1988).

5.3 Alexitimia e Relação Terapêutica

A perceção dos pacientes sobre a aliança terapêutica, incluindo a perceção do grau de compreensão e de envolvimento por parte do terapeuta, também é afetada pela alexitimia, condicionando parcialmente a resposta destes indivíduos ao tratamento (Quilty et al., 2017).

De acordo com a perspectiva psicanalítica, o funcionamento alexitímico constitui uma forma de sobrevivência psíquica, através do ataque e silenciamento da experiência afetiva, quer de natureza agradável (auto-tranquilização), quer desagradável (tensão, agressividade) (Prazeres, 2000; McDougall, 1989). A sua estruturação deriva do estabelecimento de um padrão de desencontro intersubjetivo entre mãe e bebé, do qual resulta uma ausência de sintonia afetiva que compromete os processos de interregulação mútua nas dimensões fisiológicas e psíquicas. Desta falha na relação primária decorrem consequências para os indivíduos no âmbito afetivo, cognitivo e relacional. Da repetição do padrão de desencontro afetivo, particularmente durante a posição esquizoparanóide, deriva uma diferenciação incompleta das representações do *self* e dos outros (Vanheule, Verhaeghe & Desmet, 2011; Prazeres, 2000; McDougall, 1989). Os pacientes alexitímicos possuem representações do *self* e dos objetos caracterizadas por distanciamento (*detachment*) e indiferença, quer na relação com os objetos externos, quer na relação com os objetos internos (Krystal, 1998).

Estes pacientes permanecem num estado fusional com o “objeto materno” não sendo capazes de o interiorizar. Perante a impossibilidade de interiorização, os sujeitos tornam-se

dependentes do meio ou delegam num objeto exterior (mãe, objeto de amor, terapeuta) as funções que visam a homeostase vital ou afetiva, particularmente a regulação de estados de tensão (externos e internos) (Vanheule et al., 2011; Prazeres, 2000; Krystal, 1988). Perante a falha de representação entre o Eu e o Outro, e apesar de num sentido concreto ser possível que o outro seja reconhecido como distinto e diferente, verifica-se uma incapacidade para perceber os sentimentos em si e nos outros (Prazeres, 2000).

Para McDougall (1982) o sujeito alexitímico não se viu reconhecido no seu direito de existir, enquanto ser separado e com uma individualidade própria. A alexitimia impede o sujeito de entrar em contacto com uma realidade psíquica, onde o outro não o ama, nem o valoriza por aquilo que o torna único, a sua especificidade e diferença. A alexitimia pode ser interpretada como um ataque ao afeto, que, em última análise, poderá ser um ataque à relação, uma defesa que se construiu contra a perda narcísica e objetal. Numa tentativa de sobrevivência psíquica o sujeito alexitímico submete-se ao objeto na tentativa de não o perder (Prazeres, 2000; McDougall, 1982; Krystal, 1998).

McDougall (1989) considera a alexitimia como uma defesa contra a vitalidade interna do sujeito, que traduz uma incapacidade de conter e refletir sobre a experiência afetiva, que o próprio sente como excessiva. A vivência de estados emocionais intensos para os pacientes alexitímicos torna-se desorganizadora e pode mesmo representar uma ameaça ao seu sentido de integridade e de identidade. Nestes pacientes a vivência afetiva pode mesmo despertar receios como a perda de controlo, morte psíquica, desorganização e loucura (ansiedade de tipo psicótico).

Para Krystal (1988) a pedra basilar das características alexitímicas e dos seus problemas, resulta da severa proibição da capacidade de cuidar de si mesmo (incluindo a possibilidade de o sujeito poder desempenhar um papel parental face a si próprio) e das funções de autorregulação. Neste caso, o psicoterapeuta (Krystal, 1983; 1988; 1997) propôs um conjunto de técnicas preparatórias de maturação afetiva que auxiliam o trabalho com os pacientes alexitímicos:

- 1) explicação da natureza dos problemas afetivos e cognitivos do paciente, incluindo os métodos empregues para ultrapassar as suas distorções percetivas e representações do *self* e dos objetos. Será necessário um esclarecimento acerca da sua tendência a apresentar respostas fisiológicas intensas face às emoções (*sensitivity*) e uma legitimação da ausência do afeto correspondente ao seu sentir (Krystal, 1988; Taylor et al., 1999).

- 2) promoção da tolerância afetiva, pelo reconhecimento do que são respostas afetivas e de como podem ser utilizadas em benefício próprio. Constitui um pré-requisito para que os afetos possam ser utilizados como sinais. Para estes pacientes não é evidente a ideia de que o afeto possa assumir simultaneamente uma função sinalizadora e de regulação em benefício do próprio. Assim, uma parte significativa do trabalho terapêutico consiste num processo de reconhecimento e de diferenciação emocional. Este processo articula-se do exterior para o interior, da experiência perceptiva para uma dimensão psicológica, permitindo a estes sujeitos entrar em contacto com aquilo que não lhes é familiar. O primeiro passo deverá ser o da reconstrução da sintonia afetiva, que se estabeleceu entre mãe e bebé durante o período pré-verbal. Período no qual o Outro se torna uma figura essencial na regulação dos estados de tensão e onde a última é essencialmente descarregada pela via somática (Krystal, 1983; 1988; 1997).
- 3) lidar com a incapacidade de autocuidado e de desempenhar um papel parental face a si próprio. Dado que as funções inerentes à homeostase vital e afetiva se encontram entregues a um objeto externo, o terapeuta terá, assim, de recorrer à sua própria fantasia da perspetiva infantil do paciente, para compreender as necessidades do paciente alexitímico e porque é que este recebe a sua satisfação (Krystal, 1983; 1988; 1997).
- 4) identificação, nomeação e verbalização do afeto. O necessário processo de reconhecimento emocional (identificação e nomeação) constitui por si só um trabalho moroso, não apenas porque precisa de ser repetido e (re)experienciado no contexto da relação terapêutica, mas porque a tarefa ocorre a dois níveis: diferenciação/verbalização e “dessomatização”. Quando um paciente verbaliza o seu sofrimento resultante do estado depressivo, deverá ser realizada uma procura acerca da história do desenvolvimento do afeto, dado que cada emoção tem um significado intrínseco e uma história subjacente (Krystal, 1983; 1988; 1997).

Apenas se, e quando, o paciente for capaz de utilizar a capacidade de auto-observação e de utilizar os sinais emocionais, poderão ser trabalhados outros problemas de tolerância afetiva, tais como a forma como experienciam e interpretam as suas emoções e sobretudo como reagem ao facto de as terem. O reconhecimento do seu estado emocional permitir-lhes-á decidir qual a proporção da emoção que corresponde efetivamente a uma resposta ao presente e em que proporção resulta de memórias e associações passadas, distorcendo ou

intensificando a reação emocional atual. O receio das emoções poderá comprometer o desenvolvimento da tolerância afetiva quer a nível da intensidade emocional, quer na variedade das emoções experimentadas. Este comprometimento não se restringe à vivência de emoções dolorosas interfere igualmente no receio do amor (e dos *bons objetos*) através do evitamento da intimidade emocional e física (Krystal, 1997; 1998).

Sem um reconhecimento do processo de individuação, pela assunção de uma identidade separada, com autonomia e responsabilidade próprias, todos os esforços terapêuticos no sentido de promover a tolerância e a diferenciação do afeto, a “dessomatização” e a diminuição da anedonia têm poucas possibilidades de ocorrerem. Este processo de separação implica abdicar de uma demanda de gratificação mágica das necessidades agressivas e de amor por parte de um outro, conduzindo necessariamente a uma vivência de um processo de luto (Krystal, 1988) e o desistir de um amor e de um objeto que nunca se teve (Prazeres, 2000).

Krystal (1997; 1998) distingue dois caminhos desenvolvimentais distintos do funcionamento alexitímico:

- 1) Os pacientes para quem as reações emocionais são indesejadas, um peso sem utilidade, irrelevantes ou meras distrações físicas, que tendem a ignorar todos os sinais de sofrimento das suas mentes e dos seus corpos. Alguns aprendem mesmo a utilizar os sintomas como sinais no lugar das emoções. São pacientes onde o estoicismo emerge como característica e que vivem a sua vida com base no seu próprio julgamento. Tal comportamento revela uma tentativa de superioridade narcísica, de indiferença e uma tentativa de encobrir as suas fraquezas pessoais, pelo domínio e exploração dos outros.
- 2) Existem ainda um conjunto de pacientes que desenvolve medo e intolerância a toda e qualquer resposta afetiva, sobretudo no que concerne à utilidade dos componentes físicos das emoções, que experienciam como insuportáveis e dolorosas. Estes pacientes tendem a tornar-se dependentes de pessoas, de ações ou de substâncias como forma de bloquear ou encobrir qualquer forma de resposta emocional.

O problema subjacente na alexitimia não está em possuir, ou não, um repertório de vocabulário afetivo, mas sim no facto de a palavra ter perdido a sua capacidade simbólica, não permitindo a elaboração das tensões internas (Prazeres, 2000; Taylor et al., 1999). Muitos destes pacientes tentam descrever a sua experiência fenomenológica através de uma

comunicação acerca da dor, da fadiga ou de descrições do cotidiano. No entanto, quando se lhes solicita uma elaboração sobre o seu sentir, devolvem estados de confusão, respostas vagas ou simplistas, ou detalhes minuciosos acerca das respostas corporais ou comportamentais (Lumley et al., 2007). Mais do que alguém que não quer ativamente confiar ou refletir sobre a autenticidade das suas emoções, como um ganho secundário ou um esforço para evitar o compromisso, estaremos perante alguém que possui uma dificuldade em aceder e transmitir à dimensão subjetiva e psicológica das suas emoções (sentimentos, desejos e valores pessoais) (Taylor & Bagby, 2013; Lumley et al., 2007). Predominantemente a reflexão sobre os aspetos subjetivos, tende mesmo a despertar vivências onde reside o vazio e a inconsistência (Vanheule et al., 2011). Estes doentes tendem a recorrer a defesas primitivas e imaturas, como a clivagem e a identificação projetiva (McDougall, 1989; Krystal, 1988), numa tentativa de dar sentido ao intenso caos interno de emoções não diferenciadas (Taylor & Bagby, 2013). Habitualmente, adotam um estilo de vida exteriorizado cujo comportamento é pautado por regras, regulamentos e pelas expectativas dos outros (Taylor & Bagby, 2013). Têm dificuldade em estabelecer e manter relações interpessoais significativas, tendendo a oscilar entre o evitamento e a dependência (Hesse & Floyd, 2011; Ogrodniczuk et al., 2012; Prazeres, 2000). Tais aspetos têm repercussões na relação terapêutica. Frequentemente o pedido de ajuda dos pacientes alexitímicos prende-se com o serem referenciados por terceiros (outros clínicos ou familiares) ou com dificuldades relacionadas com a conjugalidade (Taylor & Bagby, 2013). Dados os elevados défices a nível da empatia estes pacientes não têm o sentimento ou a convicção de amar ou de serem amados por alguém (Krystal, 1983). No entanto, são capazes de reconhecer os seus próprios desejos quando a gratificação se torna imediata. Do seu terapeuta, por quem tendem a nutrir sentimentos de idolatria, anseiam que lhe seja oferecida uma cura e que lhes seja permitido permanecer num papel dependente. Os pacientes alexitímicos não se permitem dirigir o amor ou a raiva ao Outro (terapeuta) (Krystal, 1988). De acordo com Krystal (1997) os pacientes alexitímicos tenderão a vivenciar o terapeuta como um objeto de bondade, com capacidade de dar amor, de gratificar os seus desejos e de despertar um sentimento de valor e de reconhecimento existencial. Contudo, este autor ressalva, que os aspetos relativos à *transferência de idolatria* deverão apenas ser trabalhados numa última fase do processo psicoterapêutico (Krystal, 1998), apenas e quando os pacientes permanecerem o tempo suficiente para compreenderem as suas dificuldades a nível no autocuidado, na autotranquilização, na autorregulação e nos défices a nível da empatia. Ao longo do processo psicoterapêutico estes pacientes, por vezes, podem mesmo deixar de interagir emocionalmente com o seu psicoterapeuta evocando sentimentos

contratransferenciais de frustração, tédio e esvaziamento (Taylor & Bagby, 2013). A nível da transferência tenderão a usar de forma preferencial a clivagem (Taylor et al., 1999) e a manifestar ansiedade de separação (Vanheule et al., 2011). Perante estratégias de confrontação os afetos tenderão a apresentar-se de uma de duas formas: o agir de modo impulsivo ou a exacerbação somática (Taylor & Bagby, 2013; Prazeres, 2000). Vanheule et al. (2011) sugerem que deverá ser dada uma atenção particular ao comportamento não-verbal durante a terapia e à forma de reagir, ou de ficar paralisado, perante situações em que os sujeitos vivenciam sofrimento.

À semelhança do que se passa na relação com o objeto primário, torna-se fundamental que o terapeuta seja, sobretudo, capaz de refletir/espelhar de forma permanente os estados internos afetivos dos pacientes alexitímicos, construindo com eles uma aliança e uma narrativa. Criando em conjunto uma oportunidade para uma transição, na qual a experiência física de sofrimento possa começar a ser compreendida enquanto reação subjetiva a outras formas de sofrimento da vida (Vanheule et al., 2011) e a vivência de emoções diferenciadas nas suas *nuances* ou matizes, permita ligar o sentir e o reagir ao mundo dos sentimentos e dos pensamentos (Taylor et al., 2016). As emoções deixam, assim, de apenas “*chamar a atenção para si próprias*” (p. 264) e de serem sentidas como um fardo, para passarem a sinalizar, no caso particular da depressão, uma dor (Krystal, 1988), que é da ordem da perda e do desencontro.

II - Parte

Introdução à segunda parte

Na primeira parte deste trabalho foi aprofundada a temática central deste estudo, nomeadamente os diferentes estudos que relatam a existência de relação entre alexitimia, depressão e personalidade. Nesta segunda parte pretende-se relacionar empiricamente os três construtos.

Esta investigação justifica-se, em primeiro lugar, pelo interesse pessoal pelo tema do papel das emoções no contexto da patologia e da saúde mental. Procura-se, sobretudo, aprofundar o estudo da relação frequentemente estabelecida entre alexitimia e depressão, particularmente na perturbação depressiva recorrente. Por último, investigar a possibilidade de existência de diferenças apresentadas pelos indivíduos alexitímicos, na identificação de dificuldades específicas na regulação das suas emoções e da relação destas com as perturbações de personalidade na vivência da sintomatologia depressiva.

São escassos os trabalhos publicados que relacionam as variáveis medidas neste estudo, particularmente, no que diz respeito, à avaliação da alexitimia e da personalidade, não se pretendendo com ele chegar a conclusões absolutas, mas antes, contribuir para uma reflexão e para o reconhecimento de uma manifestação clínica, que não raras vezes, se encontra na prática psicoterapêutica.

1. Objetivos, hipóteses e método

Este capítulo apresenta os objetivos e o método da presente investigação que pretende estudar a relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade numa população clínica com perturbação depressiva recorrente. Num primeiro momento, descrevem-se os objetivos e as hipóteses de investigação. Num segundo momento apresenta-se o método – participantes, instrumentos de avaliação e procedimentos.

1.1 Objetivos e hipóteses

O objetivo geral do presente trabalho é aprofundar o estudo da relação entre alexitimia e perturbações de personalidade, numa população com perturbação depressiva recorrente.

Em termos específicos discriminam-se os seguintes objetivos:

1. Analisar a relação entre a alexitimia e a sintomatologia depressiva.
 - H1: Em pacientes com perturbação depressiva recorrente, valores superiores da sintomatologia depressiva estão associados a valores superiores de alexitimia (considerando-se os valores globais bem como os valores dos fatores DIS e DDS).

2. Analisar a relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade do *Cluster C*.
 - H2: Em pacientes com perturbação depressiva recorrente, a alexitimia elevada estará associada a maior prevalência de patologia de personalidade do *Cluster C*.

1.2 Método

1.2.1 Tipo de estudo e seleção de participantes

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo-correlacional, tendo sido selecionada uma amostra de conveniência, recrutada entre os pacientes da Consulta Externa (CE) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS).

1.2.2 Aprovação ética e confidencialidade

Foi obtida a devida autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação psicométrica (cf. Anexo B – Autorizações para utilização de Instrumentos de Avaliação).

O presente estudo foi autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS) (cf. Anexo A – Parecer da Comissão de Ética).

Foi também pedido consentimento a todos os participantes antes de iniciar o estudo e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Desta forma foram assegurados quer o

respeito pela autonomia dos pacientes, quer o princípio da não maleficência, ou seja, foi dada a liberdade de não participação, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento do processo e dada a garantia de que a mesma não influenciaria o seu tratamento (cf. Anexo C e D).

1.2.3 Participantes

Um total de 30 utentes do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS) aceitou participar no presente estudo (cf. Tabela 1). A maioria dos participantes é do sexo feminino (86.7%), casada (80.0%), pouco escolarizada (entre um e quatro anos, 56.7%), vive integrada na família nuclear (80.0%) e apresenta uma idade média de 51 anos. Em termos profissionais há mais utentes em situação de desemprego (46.7%).

Tabela 1. Descrição sociodemográfica dos participantes

	N = 30	
	n	%
Sexo		
Masculino	4	13.3
Feminino	26	86.7
Idade		
M (DP)	50.90 (8.68)	
Min-Max	33 - 62	
Escolaridade		
≤ 1.º Ciclo do Ensino Básico	17	56.7
> 1.º Ciclo do Ensino Básico	13	43.3
2.º Ciclo do Ensino Básico	4	13.3
3.º Ciclo do Ensino Básico	4	13.3
Ensino Secundário	4	13.3
Ensino Superior	1	3.3
Estado civil		
Solteiro	0	0.0
Casado/união de facto	24	80.0
Separado/divorciado	4	13.3
Viúvo	2	6.7
Características do Agregado familiar		
Vive sozinho	1	3.3
Família nuclear	24	80.0
Família alargada	5	16.7
Situação profissional		
Empregado	8	26.7
Desempregado	14	46.7
Certificado de Incapacidade Temporária	3	10.0
Reformado	5	16.7

No que respeita à informação clínica dos participantes (cf. Tabela 2), o número de tratamentos anteriores totais tentados apresenta uma média de 1.67, sendo a média de tratamentos farmacológico tentados superior ($M = 1.27$, $DP = 0.94$) à dos tratamentos do foro psicológico ($M = 0.40$, $DP = 0.77$). O período médio de acompanhamento terapêutico é de aproximadamente 82 meses. Quanto à situação clínica atual, os participantes beneficiam na sua maioria de um tratamento com uma duração média de 29 meses, predominantemente de tipo farmacológico (76.7%). Na sua maioria encontram-se medicados com fármacos da classe dos SSRI (93.3%) e com BZD (83.3%). No que concerne à existência de história de familiares com o diagnóstico de perturbação depressiva, a maioria (53.3%) refere que possui pelo menos um familiar em primeiro grau, ocorrendo o inverso (27.7%) quando se questiona sobre os elementos da família alargada.

Tabela 2. Informação clínica dos participantes

	N = 30	
	n	%
N.º total de tratamentos anteriores tentados		
M (DP)	1.67 (1.37)	
Min-Max	0 - 6	
N.º de tratamentos farmacológicos prévios		
M (DP)	1.27 (0.94)	
Min-Max	0 - 4	
N.º de tratamentos psicoterapêuticos prévios		
M (DP)	0.40 (0.77)	
Min-Max	0 - 2	
Período acompanhamento terapêutico prévio (n.º meses)		
M (DP)	81.67 (63.34)	
Min-Max	1 - 193	
N.º internamentos		
M (DP)	0.27 (0.69)	
Min-Max	0 - 3	
Duração tratamento atual (n.º meses)		
M (DP)	28.80 (31.16)	
Min-Max	1 - 122	
Tipo tratamento atual		
Farmacológico	23	76.7
Farmacológico e Psicoterapêutico	7	23.3
Classe de fármacos		
SSRI	28	93.3
SNRI	2	6.7
BZD	25	83.3
AO	2	6.7
OF	9	30.0
N.º familiares 1º grau com história de perturbação depressiva (pais, irmãos)		
M (DP)	0.83 (1.09)	
Min-Max	0 - 5	
0	14	46.7
1	10	33.3
≥ 2	6	20.0
N.º familiares 2º grau com história de perturbação depressiva (avós, tios, primos)		
M (DP)	0.40 (1.07)	
Min-Max	0 - 4	
0	25	83.3
1	2	6.7
≥ 2	3	10.0

1.2.4 Medidas

1. **Questionário Sociodemográfico/ Clínico – (QSD/C):** questionário desenvolvido para o projeto com duas secções: uma relativa aos dados sociodemográficos, a preencher com o participante, e uma outra, referente aos dados clínicos, a preencher com recurso ao processo clínico. Relativamente à primeira secção, foram contempladas informações respeitantes ao sexo, idade, coabitação/convivência e situação profissional. No que concerne à informação clínica os aspetos contemplados foram o tipo, a duração e o número de tratamentos (tentados e atual), o número de internamentos/tentativas de suicídio e a existência ou não de familiares com história de perturbação depressiva. Tempo médio de consulta processual (total) 12 horas. Tempo médio de administração 5 minutos.
2. **Inventário de Depressão de Beck II – (BDI-II)** (*Beck Depression Inventory II, Beck, Steer & Brown, 1996*): constitui-se como um inventário de autorresposta que se destina à avaliação da sintomatologia depressiva, permitindo não só a quantificação de sintomas, como uma classificação a nível da severidade da mesma (Steer, Ball & Ranieri, 1999). Encontra-se validado para a população portuguesa (Martins, 2000; Martins, Coelho, Ramos & Barros, 2000; Coelho, Martins & Barros, 2002). Ao longo dos 21 itens, que correspondem a manifestações clínicas da depressão, os sujeitos terão de selecionar de entre as diferentes afirmações, aquela que melhor identifica o seu estado atual. Na versão portuguesa é sugerido como ponto de corte para a *depressão ligeira* o valor de 14 pontos. Tempo médio de administração 10 minutos.
3. **Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens – (TAS-20)** (*The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale, Bagby, Parker & Taylor, 1994 a, b*): é um instrumento de autorresposta que tem por objetivo avaliar a capacidade dos sujeitos em experienciar, atribuir significado e diferenciar as emoções. É composta por 20 itens e os sujeitos têm de se posicionar relativamente a uma escala de Likert de cinco pontos. Os resultados podem ser analisados em termos do *score* total (sendo que pontuações iguais ou superiores a 61, os sujeitos são classificados como Alexitímicos) ou dos três fatores: F1 – “*Dificuldade em Identificar Sentimentos*”; F2 – “*Dificuldade em Descrever Sentimentos*” e F3 – “*Pensamento Orientado para o Exterior*”. Encontra-se validada para a população portuguesa, com propriedades semelhantes à escala original

(Prazeres et al., 2000; Prazeres et al., 2008). Tempo médio de administração 15 minutos.

4. **Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM – (SCID-II)** (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders, First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamim, 1997; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Matos, Rijo, Castilho & Salvador, 1999*). A SCID-II é uma entrevista clínica semiestruturada que permite avaliar os sintomas para diagnóstico de perturbações da personalidade. É constituída por módulos correspondentes aos vários critérios de diagnóstico para cada uma das perturbações de personalidade do DSM-IV. Nomeadamente: a evitante, a dependente, a obsessivo-compulsiva, a paranóide, a esquizotípica, a esquizóide, a histriónica, a narcísica, a estado-limite, a antissocial e a perturbação de personalidade sem outra especificação, bem como a perturbação depressiva de personalidade e a perturbação passivo-agressiva de personalidade, incluídas no Anexo B do DSM-IV. Ao longo da entrevista, as respostas dos sujeitos permitem definir se se verifica, ou não, a presença do critério de avaliação e o grau de confiança relativamente à informação recolhida, pelo que a cada uma destas decisões o entrevistador, deverá optar pela utilização dos seguintes códigos 1, 2 ou 3. Tempo médio de administração 60 minutos.

1.2.5 Procedimento de recolha de dados

Todos os sujeitos tomaram conhecimento da existência da investigação através do seu Terapeuta de Referência. Após manifestarem interesse em obter mais informações foram contactados telefonicamente por um elemento do secretariado clínico para agendamento de uma entrevista. Uma vez explicitados os procedimentos do estudo, a entrega da informação ao participante e a obtenção de consentimento informado (livre e esclarecido) foi realizada uma seleção de 31 participantes. Para a sua participação ser elegível deveriam preencher os seguintes critérios: 1) o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente de acordo com o DSM-IV-TR (296.3) e CID 10 (F33), 2) serem maiores de 18 anos e 3) pontuar um *score* igual ou superior a 14 pontos na avaliação da sintomatologia depressiva, através do BDI-II.

Um dos participantes não foi integrado na amostra final dado que não se confirmou a presença do terceiro critério. Foram ainda considerados critérios de exclusão a existência de

comorbilidades como: doença neurológica; psicose ou bipolaridade, perturbação relacionada com substâncias ou risco agudo de suicídio.

Aos participantes foi ainda solicitado o preenchimento de uma Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens – (TAS-20) e a participação numa Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM-IV (SCID-II). Os dados sociodemográficos e clínicos foram recolhidos através de um questionário desenvolvido para a investigação.

2. Apresentação de Resultados

Este capítulo apresenta os resultados em três partes distintas: 2.1 – caracterização da amostra quanto à sintomatologia depressiva; 2.2 – caracterização da amostra quanto à personalidade, análise da sua relação com a sintomatologia depressiva e 2.3 – caracterização da amostra quanto à alexitimia e análise da relação desta com a sintomatologia depressiva bem como com as perturbações da personalidade. Em cada um dos subcapítulos supracitados são realizadas análises de associação entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas e da história clínica.

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao *software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 20, recorrendo a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. Para todos os procedimentos estatísticos, o valor mínimo de significância estabelecido foi de 0.05 exceto quando foi utilizada a correção de Bonferroni que passou a ser de 0.008.

Na análise descritiva foram tidos em consideração os objetivos do estudo e a natureza das variáveis a analisar. Neste sentido, para a caracterização da amostra recorreu-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão), no caso das variáveis contínuas, e a frequências (absolutas (n) e relativas (%)), no caso das variáveis categoriais.

Na estatística inferencial, dado o tamanho da amostra, foram privilegiados os procedimentos estatísticos de cariz não-paramétricos. Nas análises de associação foram utilizados os testes de Qui-quadrado (perante duas variáveis nominais; destaca-se que para as variáveis nominais dicotómicas se recorreu ao *Fisher's Exact Test* em tabelas 2x2 sempre que foi violado o pressuposto do número mínimo da frequência esperada por célula¹), e o

¹ Martins (2011) referencia que sempre que surja uma percentagem superior a 20% de células da tabela de contingência com frequência esperada inferior a 5, na presença de uma tabela 2X2, deve ser utilizado o *Fisher's Exact Test* uma vez que este teste ajusta os resultados na presença da violação deste pressuposto (p. 130).

coeficiente de correlação de Spearman (perante duas variáveis contínuas). Para análise das diferenças de amostras independentes foram utilizados os testes de Mann-Whitney (dois grupos independentes) e de Kruskal-Wallis (três grupos independentes).

2.1 Avaliação da sintomatologia depressiva (BDI-II)

Segundo o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II: Beck Depression Inventory II, Beck, Steer & Brown, 1996; versão portuguesa de Martins, 2000; Martins, Coelho, Ramos & Barros, 2000; Coelho, Martins & Barros, 2002) a maioria dos participantes (n = 24, 80.0%) foi classificada como tendo uma depressão severa (cf. Tabela 3).

Os valores globais do BDI-II permitem classificar os participantes em quatro categorias, nomeadamente: sintomatologia depressiva mínima, depressão ligeira, depressão moderada e depressão severa. Salienta-se que um dos critérios da constituição da presente amostra foi a existência do diagnóstico de perturbação depressiva recorrente de acordo com o DSM-IV-TR (296.3) e CID 10 (F33), pelo que são inexistentes participantes com sintomatologia depressiva mínima. Desta forma, e dada a representatividade da depressão ligeira e moderada na amostra esta variável foi transformada numa variável dicotómica: depressão ligeira/moderada e depressão severa.

Tabela 3. Sintomatologia depressiva (BDI-II): análise descritiva

	N = 30	
	n	%
Valores globais		
M (DP)	34.07 (9.06)	
Amplitude Teórica	0 - 63	
Min-Máx	15 - 51	
Gravidade dos sintomas		
Sintomatologia mínima	0	0.0
Depressão ligeira/moderada	6	20.0
Depressão ligeira	2	6.7
Depressão moderada	4	13.3
Depressão severa	24	80.0

A depressão severa, comparativamente com a depressão ligeira/moderada, apresenta médias superiores estatisticamente significativas quanto à sintomatologia depressiva global, $U = 0.10$, $p < .001$ (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Diferenças na sintomatologia depressiva em função da gravidade dos sintomas (BDI-II)

	Gravidade sintomatologia depressiva		U
	Ligeira/Moderada	Severa	
	(n = 6) M (DP)	(n = 24) M (DP)	
Sintomatologia depressiva Valor Global	20.83 (3.66)	37.37 (6.59)	0.10**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.1.1 Sintomatologia depressiva (BDI-II), variáveis sociodemográficas e informação clínica

Nas tabelas seguintes são expostos os resultados das análises efetuadas da sintomatologia depressiva (BDI-II) com as variáveis sociodemográficas e a informação clínica dos participantes, mais especificamente: as diferenças, pela utilização do teste de Mann-Whitney, na sintomatologia global em função do sexo e da escolaridade; as associações, pelo coeficiente de correlação de Spearman, da sintomatologia global com a idade; as associações, pela utilização dos testes de Qui-quadrado, da gravidade da sintomatologia depressiva (leve/moderada, elevada) com o sexo e com a escolaridade; as diferenças, pela utilização do teste de Mann-Whitney, em função da gravidade da sintomatologia depressiva relativamente à idade; as associações, pelo coeficiente de correlação de Spearman entre as a sintomatologia depressiva global e as variáveis da informação clínica; e, por fim, as diferenças nas variáveis da informação clínica em função da gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II), por recurso aos testes de Mann-Whitney.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva global em função do sexo ou da escolaridade (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Diferenças na sintomatologia depressiva (BDI-II) em função do sexo e escolaridade

	Sexo		<i>U</i>
	Masculino (n = 4) <i>M (DP)</i>	Feminino (n = 26) <i>M (DP)</i>	
Sintomatologia Depressiva			
Valor Global	31.00 (11.78)	34.54 (8.76)	44.50
	Escolaridade		<i>U</i>
	≤ 1.º ciclo EB (n = 17) <i>M (DP)</i>	> 1.º ciclo EB (n = 13) <i>M (DP)</i>	
Sintomatologia Depressiva			
Valor Global	35.82 (6.05)	31.77 (11.80)	89.00

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A associação entre a sintomatologia depressiva global e a idade não se revelou estatisticamente significativa, $r_{sp} = .16$, $p = .33$.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas da gravidade da sintomatologia depressiva (ligeira/moderada, severa) com o sexo (cf. Tabela 6).

Considerando-se a escolaridade, a totalidade dos participantes ($n = 6$, 100.0%) com uma escolaridade superior ao 1.º ciclo do ensino básico foi classificado como tendo uma depressão leve/moderada enquanto que a maioria dos participantes ($n = 17$, 70.8%) classificados como tendo uma depressão severa apresenta uma escolaridade igual ou inferior ao 1.º ciclo do ensino básico – associação que se revelou estatisticamente significativa, χ^2 Fisher's (1) = 9.81, $p = .003$.

Tabela 6. Associação da gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II) com o sexo e a escolaridade

	Sexo		χ^2 Fisher's(1)
	Masculino (n = 4) n (%)	Feminino (n = 26) n (%)	
Gravidade da sintomatologia depressiva			
Ligeira/Moderada (n = 6)	1 (16.7)	5 (83.3)	0.07
Severa (n = 24)	3 (12.5)	21 (87.5)	
	Escolaridade		χ^2 Fisher's(1)
	≤ 1.º ciclo EB (n = 17) n (%)	> 1.º ciclo EB (n = 13) n (%)	
Gravidade da sintomatologia depressiva			
Ligeira/Moderada (n = 6)	0 (0.0)	6 (100.0)	9.81**
Severa (n = 24)	17 (70.8)	7 (29.2)	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A depressão ligeira/moderada ($M = 45.33$, $DP = 9.22$) e a depressão severa ($M = 52.29$, $DP = 8.15$), de acordo com o BDI-II, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, $U = 40.50$, $p = .102$.

A relação entre a variável da sintomatologia depressiva e as variáveis da informação clínica foi analisada pela utilização do coeficiente de correlação de Spearman (cf. Tabela 7). Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Tabela 7. Associação entre a sintomatologia depressiva (BDI-II) e as variáveis da informação clínica

Informação clínica	Valor global sintomatologia depressiva	
Período de acompanhamento terapêutico prévio (meses)		.08
N.º de tratamentos farmacológicos prévios		.15
N.º de tratamentos psicoterapêuticos prévios		-.14
N.º total de tratamentos anteriores tentados		.00
N.º total de internamentos anteriores		.02

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Conforme se pode consultar na Tabela 8 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à informação clínica dos participantes em função da gravidade da sintomatologia depressiva, segundo o BDI-II.

Tabela 8. Diferenças nas variáveis da informação clínica em função da gravidade dos sintomas (BDI-II)

Informação clínica	Gravidade sintomatologia depressiva		U
	Ligeira/Moderada	Severa	
	(n = 6) M (DP)	(n = 24) M (DP)	
Período acompanhamento terapêutico prévio (meses)	71.17 (45.61)	84.29 (67.61)	62.50
N.º de tratamentos farmacológicos prévios	0.83 (0.98)	1.38 (0.92)	50.50
N.º de tratamentos psicoterapêuticos prévios	0.83 (0.98)	0.29 (0.69)	48.50
N.º total de tratamentos anteriores tentados	1.67 (1.37)	1.67 (1.40)	68.00
N.º total de internamentos anteriores	0.17 (0.41)	0.29 (0.75)	71.00

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.2 Avaliação da personalidade (SCID-II)

A existência (ou não) de uma perturbação de personalidade foi avaliada pela utilização da Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações da Personalidade do DSM (SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM Disorders, First, Gibbon, et al., 1997; versão portuguesa de Pinto Gouveia et al., 1999). No presente estudo 63.33% dos participantes, foram identificados com o diagnóstico de pelo menos uma perturbação de personalidade. Conforme pode ser consultado na Tabela 9 as perturbações de personalidade cuja identificação na presente amostra apresentaram uma maior frequência foram a paranóide (n = 7, 23.3%), a evitante (n = 6, 20.0%) e a depressiva (n = 5, 16.7%). Como se pode constatar pela observação da mesma Tabela existe uma maior frequência (43.3%) de sujeitos identificados com perturbação de personalidade a nível do *Cluster C*.

Tabela 9. Perturbação de personalidade (SCID-II): análise descritiva

	N = 30	
	n	%
Evitante	6	20.0
Dependente	0	0.0
Obsessivo-compulsiva	4	13.3
Passivo-agressiva	2	6.7
Depressiva	5	16.7
Paranóide	7	23.3
Esquizotípica	0	0.0
Esquizóide	0	0.0
Histriónica	0	0.0
Narcísica	1	3.3
Estado-Limite	2	6.7
Antissocial	0	0.0
SOE	0	0.0
<i>Cluster A</i>	7	23.3
<i>Cluster B</i>	3	10.0
<i>Cluster C</i>	10	43.3

Foram utilizados os testes de Qui-quadrado (mais especificamente o *Fisher's Exact Test*) para analisar a associação entre as diferentes perturbações de personalidade não tendo sido encontrados resultados estatisticamente significativos (cf. Tabela 10).

Tabela 10. Associações entre as perturbações de personalidade (SCID-II)²

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.Evitante	-	1.15	0.54	0.00	0.42	0.26	1.21
2.Obsessivo-compulsiva		-	2.49	0.92	0.01	0.16	0.33
3.Passivo-agressiva			-	1.71	0.85	0.07	6.47
4.Depressiva				-	1.83	0.21	1.71
5.Paranóide					-	0.32	0.65
6.Narcísica						-	0.07
7.Estado-limite							-

^{*} $p < .05$; ^{**} $p < .01$; ^{***} $p < .001$

2.2.1 Perturbações de personalidade, variáveis sociodemográficas e informação clínica

Foram analisadas as relações entre as perturbações de personalidade, o sexo, a idade, a escolaridade e a informação clínica. Mais especificamente: as associações das perturbações de personalidade com o sexo e a escolaridade, pela utilização dos testes de qui-quadrado, privilegiando o Fisher's Exact Test em tabelas 2x2 sempre que for violado o pressuposto do número mínimo da frequência esperada por célula; as diferenças, pela utilização dos testes de Mann-Whitney, em função das perturbações de personalidade, relativamente à idade, período acompanhamento terapêutico prévio (número meses), número de tratamentos farmacológicos prévios, número de tratamentos psicoterapêuticos prévios, número total de tratamentos anteriores tentados e número internamentos anteriores.

Foi investigada a possibilidade de existência de associações entre a presença (ou não) de perturbação de personalidade e as variáveis sociodemográficas sexo e escolaridade. Para tal recorreu-se ao procedimento estatístico do Qui-quadrado, particularmente ao *Fisher's Exact Test* (cf. Tabela 11). Em ambas as análises, quer relativamente ao sexo, quer à escolaridade, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos que revelassem a existência de uma relação com a presença (ou não) de patologia de personalidade (cf. Tabela 11).

² Apenas foram analisadas as perturbações de personalidade cuja frequência na presente amostra foi igual ou superior a 1.

Tabela 11. Associação das perturbações de personalidade (SCID-II) com o sexo e a escolaridade

	Sexo		χ^2 Fisher's (1)	Escolaridade		χ^2 Fisher's (1)
	Masculino (n = 4) n (%)	Feminino (n = 26) n (%)		\leq 1.º ciclo (n = 17) n (%)	$>$ 1º ciclo (n = 13) n (%)	
Pert. de personalidade						
Evitante						
Ausente (n = 24)	3 (12.5)	21 (87.5)	0.07	15 (62.5)	9 (37.5)	1.66
Presente (n = 6)	1 (16.7)	5 (83.3)		2 (33.3)	4 (66.7)	
Obsessivo-compulsiva						
Ausente (n = 26)	3 (11.5)	23 (88.5)	0.54	16 (61.5)	10 (38.5)	1.89
Presente (n = 4)	1 (25.0)	3 (75.0)		1 (25.0)	3 (75.0)	
Passivo-agressiva						
Ausente (n = 28)	4 (14.3)	24 (85.7)	0.33	16 (57.1)	12 (42.9)	0.04
Presente (n = 2)	0 (0.0)	2 (100.0)		1 (50.0)	1 (50.0)	
Depressiva						
Ausente (n = 25)	4 (16.0)	21 (84.0)	0.92	13 (52.0)	12 (48.0)	1.33
Presente (n = 5)	0 (0.0)	5 (100.0)		4 (80.0)	1 (20.0)	
Paranóide						
Ausente (n = 23)	3 (13.0)	20 (87.0)	0.01	11 (47.8)	12 (52.2)	3.14
Presente (n = 7)	1 (14.3)	6 (85.7)		6 (85.7)	1 (14.3)	
Narcísica						
Ausente (n = 29)	4 (13.8)	25 (86.2)	0.16	17 (58.6)	12 (41.4)	1.35
Presente (n = 1)	0 (0.0)	1 (100.0)		0 (0.0)	1 (100.0)	
Estado-Limite						
Ausente (n = 28)	4 (14.6)	24 (85.7)	0.33	16 (57.1)	12 (42.9)	0.04
Presente (n = 2)	0 (0.0)	2 (100.0)		1 (50.0)	1 (50.0)	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Foi ainda investigada a possibilidade de existência de diferenças entre os sujeitos com (ou sem) patologia de personalidade em função da idade, do período de acompanhamento terapêutico, do número de tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos prévios, bem como, do número total de tratamentos e de internamentos anteriores. Para tal recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney. Como se pode constatar pela observação da Tabela 12, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a existência (ou não) de patologia da personalidade e as variáveis da informação clínica dos participantes.

Tabela 12. Diferenças em função das perturbações de personalidade (SCID-II) no que se refere à idade e às informações clínicas

	Idade	Acom Terap. prévio (meses)	N.º trat. farm. prévios	N.º trat. psic prévios	N.º total trat. anteriores	N.º intern. anteriores
Perturbações de personalidade						
Evitante						
Ausente (n = 24)	51.42 (8.24)	84.25 (61.65)	1.25 (0.94)	0.33 (0.70)	1.58 (1.41)	0.21 (0.66)
M (DP)						
Presente (n = 6)	48.83 (10.89)	71.33 (75.00)	1.33 (1.03)	0.67 (1.03)	2.00 (1.27)	0.50 (0.84)
M (DP)						
U	61.00	65.50	68.50	61.00	55.00	57.00
Obsessivo-compulsiva						
Ausente (n = 26)	50.04 (8.91)	84.27 (63.95)	1.35 (0.98)	0.42(0.81)	1.77 (1.45)	0.27 (0.72)
M (DP)						
Presente (n = 4)	56.50 (4.36)	64.75 (65.38)	0.75 (0.50)	0.25 (0.50)	1.00 (0.00)	0.25 (0.50)
M (DP)						
U	27.00	46.00	33.5	50.50	36.00	48.00
Passivo-agressiva						
Ausente (n = 28)	50.79 (8.96)	85.36 (63.52)	1.25 (0.97)	0.43 (0.79)	1.68 (1.42)	0.29 (0.71)
M (DP)						
Presente (n = 2)	52.50 (3.54)	30.00 (41.01)	1.50 (0.71)	0.00 (0.00)	1.50 (.71)	0.00 (0.00)
M (DP)						
U	27.00	46.00	33.50	50.50	36.00	48.00
Depressiva						
Ausente (n = 25)	50.28 (9.31)	80.88 (62.33)	1.28 (1.02)	0.48 (0.82)	1.76 (1.48)	0.20 (0.50)
M (DP)						
Presente (n = 5)	54.00 (3.46)	85.60 (75.85)	1.20 (0.45)	0.00 (0.00)	1.20 (0.48)	0.60 (1.34)
M (DP)						
U	53.00	61.00	61.50	45.00	53.00	58.00
Paranóide						
Ausente (n = 23)	49.91 (9.21)	77.96 (62.70)	1.13 (0.87)	0.35 (0.71)	1.48 (1.12)	0.30 (0.77)
M (DP)						
Presente (n = 7)	54.14 (6.09)	93.86 (68.94)	1.71 (1.11)	0.57 (0.98)	2.29 (1.98)	0.14 (0.38)
M (DP)						
U	63.50	69.50	56.00	73.00	63.00	77.00
Narcísica						
Ausente (n = 29)	50.52 (8.58)	79.10 (62.86)	1.28 (0.96)	0.41 (0.78)	1.69 (1.39)	0.28 (0.70)
M (DP)						
Presente (n = 1)	49.91 (9.21)	156.00 (0.00)	1.00 (0.00)	0.00 (0.00)	1.00 (0.00)	0.00 (0.00)
M (DP)						
U	0.50	5.00	12.50	11.00	10.5	12.00
Estado-Limite						
Ausente (n = 28)	51.11 (8.76)	84.71 (63.70)	1.18 (0.91)	0.43 (0.79)	1.61 (1.40)	0.21 (0.63)
M (DP)						
Presente (n = 2)	48.00 (9.90)	39.00 (53.74)	2.50 (0.71)	0.00 (0.00)	2.50 (0.71)	1.00 (1.41)
M (DP)						
U	20.00	13.00	6.00	21.00	11.50	17.00

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.2.2 Perturbações de personalidade (SCID-II) e sintomatologia depressiva (BDI-II)

Passamos a descrever as análises realizadas entre as perturbações de personalidade (SCID-II) e a sintomatologia depressiva (BDI-II), discriminando-se: as diferenças na sintomatologia depressiva global (BDI-II) em função da presença (ou não) da perturbação de personalidade³, tendo sido utilizados os testes de Mann-Whitney; as associações entre a existência (ou não) de perturbação de personalidade e a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II), através do procedimento estatístico do Qui-quadrado, mais especificamente o *Fisher's Exact Test*.

Não foram diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia depressiva global (BDI-II) em função da presença (ou não) das perturbações de personalidade (cf. Tabela 13).

³ Apenas foram analisadas as perturbações de personalidade cuja frequência na presente amostra foi igual ou superior a 1.

Tabela 13. Diferenças em função das perturbações da personalidade (SCID-II) no que refere à sintomatologia depressiva (BDI-II)

		Valor global da sintomatologia depressiva segundo o BDI-II
Pert. Personalidade		
Evitante		
Ausente (n = 24)		34.29 (9.36)
M (DP)		
Presente (n = 6)		33.17 (8.47)
M (DP)		
<i>U</i>	71.50	
Obsessivo-compulsiva		
Ausente (n = 26)		33.69 (8.90)
M (DP)		
Presente (n = 4)		36.50 (11.09)
M (DP)		
<i>U</i>	41.00	
Passivo-agressiva		
Ausente (n = 28)		33.57 (8.85)
M (DP)		
Presente (n = 2)		41.00 (12.73)
M (DP)		
<i>U</i>	17.50	
Depressiva		
Ausente (n = 25)		33.76 (9.69)
M (DP)		
Presente (n = 5)		35.60 (5.23)
M (DP)		
<i>U</i>	55.50	
Paranóide		
Ausente (n = 23)		33.87 (9.70)
M (DP)		
Presente (n = 7)		34.71 (7.11)
M (DP)		
<i>U</i>	77.50	
Narcísica		
Ausente (n = 29)		33.69 (8.97)
M (DP)		
Presente (n = 1)		45.00 (0.00)
M (DP)		
<i>U</i>	3.00	
Estado-Limite		
Ausente (n = 28)		34.00 (9.35)
M (DP)		
Presente (n = 2)		35.00 (4.24)
M (DP)		
<i>U</i>	25.00	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Foram analisadas as associações entre a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II) e a existência (ou não) de perturbação de personalidade através do procedimento estatístico

do Qui-quadrado, mais especificamente o *Fisher's Exact Test* (cf. Tabela 14). Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Tabela 14. Associação das perturbações de personalidade (SCID-II) com a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)

	Gravidade sintomatologia depressiva		χ^2 Fisher's(1)
	Ligeira/Moderada (n = 6) n (%)	Severa (n = 24) n (%)	
Pert. Personalidade			
Evitante			
Ausente (n = 24)	5 (20.8)	19 (79.2)	0.05
Presente (n = 6)	1 (16.7)	5 (83.3)	
Obsessivo-compulsiva			
Ausente (n = 26)	5 (19.2)	21 (80.8)	0.07
Presente (n = 4)	1 (25.0)	3 (75.0)	
Passivo-agressiva			
Ausente (n = 28)	6 (21.4)	22 (78.6)	0.54
Presente (n = 2)	0 (0.0)	2 (100)	
Depressiva			
Ausente (n = 25)	6 (24.0)	19 (76.0)	1.50
Presente (n = 5)	0 (0.0)	5 (100.0)	
Paranóide			
Ausente (n = 23)	6 (26.1)	17 (73.9)	2.28
Presente (n = 7)	0 (0.0)	7 (100.0)	
Narcísica			
Ausente (n = 29)	6 (20.7)	23 (79.3)	0.26
Presente (n = 1)	0 (0.0)	1 (100.0)	
Estado-Limite			
Ausente (n = 28)	6 (21.4)	22 (78.6)	0.54
Presente (n = 2)	0 (0.0)	2 (100.0)	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3 Avaliação da Alexitimia (TAS-20)

A Escala de Alexitimia de Toronto 20 itens (TAS-20: The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale, Bagby, Parker & Taylor, 1994 a, b; versão portuguesa de Prazeres et al., 2000; Prazeres et al., 2008) permite ter acesso a cinco variáveis, nomeadamente: um valor global (um maior valor representa uma maior alexitimia); a gravidade do nível de alexitimia (baixa, *borderline* e elevada) e três fatores (“*dificuldade em identificar sentimentos*” – DIS, “*dificuldade em descrever sentimentos*” – DDS, “*pensamento orientado para o exterior*” – POE).

Os valores globais da TAS-20 possibilitam a classificação dos participantes em três categorias, nomeadamente alexitimia baixa, *borderline* e elevada. A maioria dos participantes (n = 24, 80.0%) foi classificada como tendo uma alexitimia elevada (cf. Tabela 15). Pelas características da distribuição da amostra esta foi transformada numa variável dicotómica: alexitimia baixa/*borderline* e alexitimia elevada.

Tabela 15. Alexitimia: análise descritivas

	N = 30	
	n	%
Valores globais		
M (DP)	70.07 (12.60)	
Amplitude Teórica	1 - 100	
Min-Máx	41 - 87	
Gravidade dos sintomas		
Baixa/ <i>Borderline</i>	6	20.0
Elevada	24	80.0
Fatores		
Dificuldade em Identificar Sentimentos (DIS)		
M (DP)	26.03 (6.95)	
Amplitude Teórica	1 - 35	
Min-Máx	10 - 35	
Dificuldade em Descrever Sentimentos (DDS)		
M (DP)	18.43 (4.96)	
Amplitude Teórica	1 - 25	
Min-Máx	8 - 25	
Pensamento Orientado para o Exterior (POE)		
M (DP)	25.60 (6.24)	
Amplitude Teórica	1 - 40	
Min-Máx	14 - 35	

As análises das relações entre os valores globais da alexitimia e os três fatores (DIS, DDS e POE) revelaram associações estatisticamente significativas (cf. Tabela 16). Um maior valor global da alexitimia está associado a maiores dificuldades em identificar, $r_{sp} = .82, p < .001$, e em descrever sentimentos, $r_{sp} = .67, p < .001$, bem como a um pensamento mais orientado para o exterior, $r_{sp} = .61, p < .001$. Ressalta-se que os 3 fatores (DIS, DDS e POE) não se encontram significativamente relacionados entre si.

Tabela 16. Alexitimia: associação entre valores globais e fatores

	1	2	3	4
1. Valores globais	-	.66***	.67***	.61***
2. DIS		-	.25	.06
3. DDS			-	.21
4. POE				-

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Foram analisadas as diferenças dos valores globais, da DIS, da DDS e do POE em função da gravidade da sintomatologia (cf. Tabela 17), tendo sido encontrados resultados estatisticamente significativos.

A alexitimia elevada, comparativamente com a alexitimia baixa/*borderline*, apresenta uma média dos valores globais mais elevada, $U = 0.10, p < .001$, uma maior dificuldade de

identificar, $U = 6.50$, $p < .001$ e descrever sentimentos, $U = 26.50$, $p = .018$, e um pensamento mais orientado para o exterior, $U = 26.00$, $p = .017$.

Tabela 17. Diferenças na alexitimia em função da gravidade alexitímica

Alexitimia	Alexitimia gravidade		U
	Baixa/ <i>Borderline</i> (n = 6) M (DP)	Elevada (n = 24) M (DP)	
Valor Global	49.83 (6.62)	75.13 (7.56)	0.10***
DIS	16.17 (4.79)	28.50 (4.91)	6.50**
DDS	14.00 (4.29)	19.54 (4.54)	26.50*
POE	19.67 (6.35)	27.08 (5.37)	26.00*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3.1 Alexitimia variáveis sociodemográficas e informação clínica

São apresentados os resultados das análises efetuadas da alexitimia com as variáveis sociodemográficas e da informação clínica dos participantes, mais especificamente: as diferenças, pela utilização do teste de Mann-Whitney, no valor global, DIS, DDS e POE em função do sexo e da escolaridade; as associações, pelo coeficiente de correlação de Spearman, entre as variáveis da alexitimia (valor global, DIS, DDS e POE) e a idade; as associações, pela utilização dos testes de Qui-quadrado, da gravidade da alexitimia (*baixa/borderline*, elevada) com o sexo e a escolaridade; as diferenças, pela utilização do teste de Mann-Whitney, em função da gravidade da alexitimia relativamente à idade; as associações, pelo coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis da alexitimia (sintomatologia global, DIS, DDS e POE) e as variáveis da informação clínica; e, por fim, as diferenças nas variáveis da informação clínica em função da gravidade da alexitimia, por recurso aos testes de Mann-Whitney.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no valor global da alexitimia, na DIS, DDS, e no POE em função do sexo (cf. Tabela 18). Quando realizadas as mesmas análises em função da escolaridade constatou-se que os participantes cuja escolaridade era inferior ao 1.º ciclo do ensino básico (comparativamente com os que possuíam escolaridade igual ou superior) apresentam valores globais da alexitimia superiores, $U = 47.50$, $p = .008$, e um pensamento mais orientado para o exterior, $U = 25.50$, $p < .001$.

Tabela 18. Diferenças na alexitimia - Valor global, DIS, DDS, POE - (TAS-20) em função do sexo e da escolaridade

	Sexo		U
	Masculino (n = 4) M (DP)	Feminino (n = 26) M (DP)	
Alexitimia			
Valor Global	65.75 (13.67)	70.73 (12.58)	37.50
DIS	27.75 (7.27)	25.77 (7.00)	41.50
DDS	16.75 (4.35)	18.69 (5.07)	38.00
POE	21.25 (4.11)	26.27 (6.30)	27.00
	Escolaridade		U
	≤ 1.º ciclo EB (n = 17) M (DP)	> 1.º ciclo EB (n = 13) M (DP)	
Alexitimia			
Valor Global	75.59 (8.43)	62.85 (13.75)	47.50**
DIS	27.65 (5.04)	23.92 (8.62)	90.50
DDS	18.88 (4.94)	17.85 (5.13)	97.00
POE	29.06 (4.97)	21.08 (4.70)	25.50***

*p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Analisadas as relações da sintomatologia global da alexitimia, da DIS, da DDS, e do POE com a idade (cf. Tabela 19) constatou-se que o pensamento mais orientado para o exterior está significativamente associado a uma idade mais elevada, $r_{sp} = .77, p = .045$.

Tabela 19. Associação entre a alexitimia - Valor global, DIS, DDS, POE - (TAS-20) e a idade

	Valores globais	Fatores		
		DIS	DDS	POE
Idade	-.06	-.02	-.35	.37*

*p < .05; ** p < .01; *** p < .001

A gravidade da alexitimia (baixa/*borderline*, elevada) não se encontra significativamente associada com o sexo (cf. Tabela 20). A associação da gravidade da alexitimia com a escolaridade revelou ser estatisticamente significativa, χ^2 Fisher's (1) = 9.81, $p = .003$ (cf. Tabela 20). A totalidade dos participantes com uma alexitimia baixa/*borderline* apresentou uma escolaridade superior ao 1.º ciclo do ensino básico, já a maioria dos participantes (n = 17, 70.8%) com alexitimia elevada apresentou uma escolaridade igual ou inferior ao 1.º ciclo do ensino básico.

Tabela 20. Associação da gravidade da alexitimia (TAS-20) com o sexo e a escolaridade

	Sexo		χ^2 Fisher's(1)
	Masculino (n = 4) n (%)	Feminino (n = 26) n (%)	
Gravidade Alexitímica			
Baixa/ <i>Borderline</i> (n=6)	1 (16.7)	5 (83.3)	0.07
Elevada (n=24)	3 (12.5)	21 (87.5)	
	Escolaridade		χ^2 Fisher's(1)
	\leq 1.º ciclo EB (n = 17) n (%)	> 1.º ciclo EB (n = 13) n (%)	
Gravidade Alexitímica			
Baixa/ <i>Borderline</i> (n=6)	0 (0.0)	6 (100.0)	9.81**
Elevada (n=24)	17 (70.8)	7 (29.2)	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A alexitimia baixa/*borderline* e a alexitimia severa não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto à idade (respetivamente: $M = 49.33$, $DP = 10.52$; $M = 51.29$, $DP = 8.38$), $U = 66.00$, $p = .755$.

Na análise das relações entre a alexitimia (valores globais, DIS, DDS, POE) e as variáveis da informação clínica destacou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre DIS e número de tratamentos psicoterapêuticos prévios, $r_{sp} = -.37$, $p = .048$ (cf. Tabela 21). Uma menor dificuldade em identificar sentimentos (DIS) está associada a um maior número de tratamentos psicoterapêuticos realizados anteriormente.

Tabela 21. Associação a alexitimia e a informação clínica

Informação Clínica	Valor Global	Alexitimia		
		Fatores		
		DIS	DDS	POE
Período Acompanhamento Terapêutico Prévios (n.º meses)	-.09	-.28	-.06	.23
N.º de tratamentos farmacológicos prévios	.03	.17	.00	-.22
N.º de tratamentos psicoterapêuticos prévios	-.14	-.37*	.15	-.03
N.º total de tratamentos anteriores tentados	-.11	-.07	.10	-.28
N.º total de internamentos anteriores	-.14	-.06	.30	-.31

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a gravidade da alexitimia e a informação clínica dos participantes (cf. Tabela 22).

Tabela 22. Diferenças nas variáveis da informação clínica em função da gravidade da alexitimia

Informação Clínica	Gravidade alexitimia		U
	Baixa/ <i>Borderline</i> (n = 6)	Elevada (n = 24)	
	M (DP)	M (DP)	
Período acompanhamento terapêutico prévio (n.º meses)	84.17 (57.51)	81.04 (65.86)	71.50
N.º de tratamentos farmacológicos prévios	1.00 (0.89)	1.33 (0.96)	61.00
N.º de tratamentos psicoterapêuticos prévios	0.83 (0.98)	0.29 (0.69)	48.50
N.º total de tratamentos anteriores tentados	1.83 (1.17)	1.63 (1.44)	58.50
N.º total de internamentos anteriores	0.17 (0.41)	0.29 (0.75)	71.00

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3.2 Alexitimia e sintomatologia depressiva (BDI-II)

Foram estudadas as relações entre a alexitimia e a sintomatologia depressiva (BDI-II), mais especificamente: as associações dos valores globais e fatores (DIS, DDS, POE) da alexitimia com os valores globais da sintomatologia depressiva segundo o BDI-II, pela utilização do coeficiente de correlação de Spearman; as diferenças ao nível dos valores globais, DIS, DDS, POE da alexitimia em função da gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II), pelo recurso aos testes de Mann-Whitney; as diferenças em função da gravidade da alexitimia relativamente à sintomatologia depressiva global (BDI-II) pelo recurso aos testes de Mann-Whitney; e por fim a associação entre a gravidade da alexitimia e a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II) por recurso aos testes de Qui-quadrado.

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a alexitimia (valor global, DIS, DDS, POE) e a sintomatologia depressiva global segundo o BDI-II (cf. Tabela 23). Valores mais elevados de alexitimia estão associados a valores mais elevados de sintomatologia depressiva global, $r_{sp} = .52$, $p = .003$. Uma maior dificuldade em identificar sentimentos mostrou-se associada a uma maior sintomatologia depressiva global, $r_{sp} = .42$, $p = 0.021$.

Tabela 23. Associação entre a alexitimia (TAS-20) e a sintomatologia depressiva (BDI-II)

	Alexitimia (TAS-20)			
	Valores globais	Fatores		
		DIS	DDS	POE
Sintomatologia depressiva (BDI-II)				
Valores globais	.52**	.42*	.35	.29

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Apresentam-se diferenças estatisticamente significativas entre a depressão ligeira/moderada e a depressão severa, tendo a depressão severa valores mais elevados da alexitimia em termos globais, $U = 2.00$, $p < .001$, maior dificuldade em identificar sentimentos, $U = 6.50$, $p = 0.001$, e um pensamento mais orientado para o exterior, $U = 24.00$, $p = .013$ (Cf. Tabela 24).

Tabela 24. Diferenças na alexitimia (TAS-20) em função da gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)

	Gravidade sintomatologia depressiva (BDI-II)		U
	Ligeira/Moderada (n = 6) M (DP)	Elevada (n = 24) M (DP)	
Alexitimia (TAS-20)			
Valores Globais	50.67 (8.02)	74.92 (7.97)	2.00***
Fator DIS	16.17 (4.79)	28.50 (4.91)	6.50**
Fator DDS	15.33 (5.09)	19.21 (4.72)	41.50
Fator POE	19.17 (6.15)	27.21 (5.23)	24.00*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Analisadas as diferenças em função da gravidade da alexitimia relativamente à sintomatologia depressiva global (BDI-II) constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 25). A alexitimia elevada, comparativamente com a alexitimia baixa/*borderline*, apresentou valores mais elevados na sintomatologia depressiva global, $U = 21.50$, $p = .009$.

Tabela 25. Diferenças na sintomatologia depressiva (BDI-II) em função da gravidade da alexitimia (TAS-20)

	Gravidade alexitímica (TAS-20)		U
	Baixa/ <i>Borderline</i> (n = 6) M (DP)	Elevada (n = 24) M (DP)	
Sintomatologia depressiva (BDI-II)			
Valores Globais	24.33 (10.65)	36.50 (6.92)	21.50**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A associação entre a gravidade da alexitimia e a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II) é estatisticamente significativa, χ^2 Fisher's (1) = 18.80, $p < 0.001$ (cf. Tabela 26). A maioria dos participantes com alexitimia baixa/*borderline* apresenta uma depressão ligeira/moderada (n = 5, 83.3%), enquanto a maioria dos participantes com uma alexitimia elevada apresenta uma depressão severa (n = 23, 95.8%).

Tabela 26. Associação entre a gravidade da alexitimia (TAS-20) e a gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)

	Gravidade da sintomatologia depressiva (BDI-II)		χ^2 Fisher's (1)
	Ligeira/Moderada (n = 6) n (%)	Severa (n = 24) n (%)	
Gravidade Alexitímica (TAS-20)			
Baixa/ <i>Borderline</i> (n = 6)	5 (83.3)	1 (16.7)	18.80***
Elevada (n=24)	1 (4.2)	23 (95.8)	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

2.3.3 *Alexitimia (TAS-20) e perturbações de personalidade (SCID-II)*

Serão apresentados os resultados das análises realizadas com as variáveis da alexitimia e com as perturbações de personalidade, mais especificamente foram analisadas: as diferenças da sintomatologia valor global, DIS, DDS e POE da alexitimia, em função da existência (ou não) das perturbações de personalidade pela utilização dos testes de Mann-Whitney; as associações, pela utilização dos testes de Qui-quadrado, entre a gravidade da alexitimia e a existência (ou não) das perturbações de personalidade.

Conforme pode ser consultado na Tabela 27, no grupo de sujeitos classificados com alexitimia elevada as perturbações de personalidade cuja identificação apresentaram uma maior frequência foram a paranóide (n = 7, 29.2%), a evitante (n = 5, 28.8%) e a depressiva (n = 5, 20.8%). Como se pode constatar pela observação da Tabela 27 existe um maior número de participantes que integram um diagnóstico de perturbação de personalidade a nível do *Cluster C* (n = 8, 33.33%) entre os sujeitos classificados com alexitimia elevada.

Tabela 27. Perturbação de personalidade (SCID-II) e Alexitimia Elevada

	N = 24	
	n	%
Evitante	5	28.8
Dependente	0	0.0
Obsessivo-compulsiva	3	12.5
Passivo-agressiva	2	8.3
Depressiva	5	20.8
Paranóide	7	29.2
Esquizotípica	0	0.0
Esquizóide	0	0.0
Histriónica	0	0.0
Narcísica	0	0.0
Estado-Limite	2	8.3
Antissocial	0	0.0
SOE	0	0.0
<i>Cluster A</i>	7	29.17
<i>Cluster B</i>	2	8.33
<i>Cluster C</i>	8	33.33

Conforme se pode consultar na Tabela 28 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia global, DIS, DDS e POE da alexitimia em função da existência (ou não) das perturbações de personalidade.

Tabela 28. Diferenças nos valores globais, DIS, DDS, POE da alexitimia (Tas-20) em função das perturbações de personalidade (SCID-II)

	Alexitimia			
	Valor global	Fator DIS	Fator DDS	Fator POE
Pert. de personalidade				
Evitante				
Ausente (n = 24)				
<i>M</i> (DP)	69.96 (13.14)	25.79 (6.57)	18.42 (4.95)	25.75 (6.40)
Presente (n = 6)				
<i>M</i> (DP)	70.50 (11.26)	27.00 (8.92)	18.50 (5.47)	25.00 (6.07)
<i>U</i>	71.50	54.00	71.00	64.50
Obsessivo-compulsiva				
Ausente (n = 26)				
<i>M</i> (DP)	70.31 (13.20)	25.96 (6.42)	18.73 (4.93)	25.62 (6.52)
Presente (n = 4)				
<i>M</i> (DP)	68.50 (8.89)	26.50 (11.09)	16.50 (5.45)	25.50 (4.65)
<i>U</i>	41.50	39.00	39.00	51.00
Passivo-agressiva				
Ausente (n = 28)				
<i>M</i> (DP)	70.11 (12.85)	25.61 (6.98)	18.46 (5.11)	26.04 (6.11)
Presente (n = 2)				
<i>M</i> (DP)	69.50 (12.02)	32.00 (2.83)	18.00 (2.83)	19.50 (6.36)
<i>U</i>	25.50	12.00	23.00	11.00
Depressiva				
Ausente (n = 25)				
<i>M</i> (DP)	69.00 (12.88)	25.08 (7.09)	18.32 (5.23)	25.60 (6.26)
Presente (n = 5)				
<i>M</i> (DP)	75.40 (10.64)	30.80 (3.70)	19.00 (3.74)	25.60 (6.88)
<i>U</i>	46.50	31.00	61.00	62.00
Paranóide				
Ausente (n = 23)				
<i>M</i> (DP)	68.26 (13.40)	25.00 (7.29)	18.48 (5.00)	24.78 (6.71)
Presente (n = 7)				
<i>M</i> (DP)	76.00 (7.46)	29.43 (4.54)	18.29 (5.22)	28.29 (3.45)
<i>U</i>	51.50	52.50	79.50	55.00
Narcísica				
Ausente (n = 29)				
<i>M</i> (DP)	70.48 (12.61)	26.17 (7.03)	18.62 (4.94)	25.69 (6.33)
Presente (n = 1)				
<i>M</i> (DP)	58.00 (0.00)	22.00 (0.00)	13.00 (0.00)	23.00 (0.00)
<i>U</i>	5.00	8.00	4.50	8.50
Estado-Limite				
Ausente (n = 28)				
<i>M</i> (DP)	70.21 (12.91)	25.71 (7.09)	18.29 (4.96)	26.21 (5.97)
Presente (n = 2)				
<i>M</i> (DP)	68.00 (9.90)	30.50 (0.71)	20.50 (6.36)	17.00 (2.83)
<i>U</i>	21.00	17.00	21.00	5.00

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A relação entre a gravidade da alexitimia e existência (ou não) de perturbação de personalidade não foi passível de ser analisada por ser violado o pressuposto relativo à frequência esperada para cada célula necessário aos testes de qui-quadrado (cf. Tabela 29).

Tabela 29. Associação das perturbações de personalidade (SCID-II) com a gravidade da sintomatologia alexitímica (TAS-20)

Perturbação de Personalidade	Gravidade sintomatologia alexitímica	
	Baixa/Borderline (n = 6) n (%)	Elevada (n = 24) n (%)
Evitante		
Ausente (n = 24)	5 (20.8)	19 (79.2)
Presente (n = 6)	1 (16.7)	5 (83.3)
Obsessivo-compulsiva		
Ausente (n = 26)	5 (19.2)	21 (80.8)
Presente (n = 4)	1 (25.0)	3 (75.0)
Passivo-agressiva		
Ausente (n = 28)	6 (21.4)	22 (78.6)
Presente (n = 2)	0 (0.0)	2 (100)
Depressiva		
Ausente (n = 25)	6 (24.0)	19 (76.0)
Presente (n = 5)	0 (0.0)	5 (100.0)
Paranóide		
Ausente (n = 23)	6 (26.1)	17 (73.9)
Presente (n = 7)	0 (0.0)	7 (100.0)
Narcísica		
Ausente (n = 29)	5 (17.2)	24 (82.8)
Presente (n = 1)	1 (100.0)	0 (0.0)
Estado-Limite		
Ausente (n = 28)	6 (21.4)	22 (78.6)
Presente (n = 2)	0 (0.0)	2 (100.0)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

3. Discussão de resultados

A discussão dos resultados terá como organizadores os objetivos e as hipóteses que orientaram o presente estudo.

Como objetivo geral pretendeu-se analisar a relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade *Cluster C*, numa amostra de pacientes com perturbação depressiva recorrente, tendo sido colocados os seguintes objetivos específicos e hipóteses:

1. Analisar a relação entre a alexitimia e a sintomatologia depressiva.
 - H1: Em pacientes com perturbação depressiva recorrente, valores superiores da sintomatologia depressiva estão associados valores superiores de alexitimia (considerando-se os valores globais bem como os valores dos factores DIS e DDS).
2. Analisar a relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade a nível do *Cluster C*.
 - H2: Em pacientes com perturbação depressiva recorrente, a maior prevalência de patologia de personalidade do *Cluster C* estará associada à alexitimia elevada.

No presente estudo, tal como no de Bamonti et al. (2010), observou-se, como esperado, uma forte e significativa correlação entre os valores globais da alexitimia e os três fatores que integram o construto, assim como uma elevada associação entre os valores globais e a severidade dos sintomas alexitímicos.

As associações relatadas não foram, contudo, encontradas noutros estudos internacionais (Bagby et al., 1994a; Prazeres et al., 2000; Bamonti et al., 2010). Prazeres et al. (2000) na validação do instrumento à população portuguesa, tanto na amostra comunitária (constituída por adultos) como na amostra de estudantes universitários, relatam uma relação, com elevada magnitude, entre DIS e DDS, o que, teoricamente, faz sentido, uma vez que capacidade de comunicar os sentimentos se encontra relacionada com a capacidade de os reconhecer em si próprio (Bagby et al., 1994a). No entanto, na presente investigação a relação encontrada entre estes dois fatores é de baixa magnitude.

Prazeres et al. (2000) relatam resultados diferentes para as duas amostras utilizadas, relativamente à força da associação entre DIS e POE. Se, por um lado, na amostra comunitária de adultos a magnitude da força é baixa, por outro lado, na amostra de estudantes universitários é inexistente. O nosso estudo replica os resultados obtidos na amostra de estudantes universitários. De acordo com os mesmos autores, esses resultados poderão ser indicativos de uma ausência de relação entre DIS e POE ou traduzirem uma diferença cultural no conceito de pensamento orientado para o exterior.

A relação encontrada por Prazeres et al. (2000) entre os factores DDS e POE é congruente com os pressupostos teóricos, dado que um estilo de pensamento orientado para o exterior, se caracteriza pela diminuída referência aos sentimentos do próprio indivíduo, aspeto implicado no fator DDS. Quando falamos na associação entre DDS e POE, do estudo de validação à população portuguesa, encontramos de novo magnitudes diferentes, sendo média na amostra comunitária e baixa na amostra de estudantes universitários. Mais uma vez os resultados por nós encontrados replicam os encontrados na população de estudantes universitários. Sendo a nossa uma amostra de cariz clínico, e sendo critério de inclusão a existência de um diagnóstico de perturbação depressiva recorrente, a diferença dos resultados encontrados pode advir dos aspetos partilhados entre a alexitimia e a sintomatologia depressiva, como a presença do afeto negativo (Marchesi et al., 2014; Saarijärvi et al., 2001), de anedonia (Loas et al., 1998), de apatia (Ready et al., 2016), a existência de uma supressão dos afetos e uma diminuição da capacidade de os verbalizar aos outros (Saarijärvi et al., 2001).

Ainda relativamente à relação entre os fatores, os resultados da presente investigação aproximam-se mais das associações encontradas por Bamonti et al. (2010), consideradas baixas entre DIS/ POE e entre DDS/ POE. No entanto, os autores, de forma igual ao estudo de validação portuguesa da TAS-20, reportam uma elevada associação entre DIS e DDS que não se confirmou no presente estudo. Em termos desenvolvimentais a identificação e a descrição dos sentimentos não são simultâneas, mas sequenciais. Sendo esta uma amostra com baixa escolarização, perturbação depressiva e alexitimia elevadas, a baixa literacia emocional poderá levar a que apesar de terem menor dificuldade em identificar sentimentos, a sua descrição uma vez que envolve maior complexidade, poderá não ser acessível.

Apesar de alguns estudos publicados (Hiirola et al., 2017; Mattila et al., 2006; Leweke et al., 2012) reportarem uma relação entre alexitimia e sexo masculino, na investigação por nós conduzida não foi estabelecida nenhuma relação diferenciada de acordo com o sexo. Tal ausência de relação poderá dever-se ao facto de a amostra ser maioritariamente constituída por mulheres ou por tais diferenças se prenderem mais com questões de magnitude do que de natureza caracteriológica, como argumentado por Mattila et al. (2010). De acordo com a perspectiva defendida por Taylor et al. (1999) e com os estudos de Bamonti et al. (2010) e de Celikel et al. (2010), não são identificadas diferenças entre os sexos, na análise entre alexitimia e depressão. Já Vanheule et al. (2007a) constataram que seriam as mulheres que estariam mais representadas no grupo com alexitimia elevada, e que tal facto poderá ser um aspeto específico da alexitimia na depressão, resultante de as mulheres tenderem a correlatar mais sintomas somáticos comparativamente aos homens. Li et al. (2015) referiram que na maioria dos estudos que investigam a relação entre alexitimia e a depressão, e que foram integrados na sua meta-análise, não são contempladas análises estatísticas de acordo com o sexo, constituindo este um aspeto que continua a carecer de maior investigação.

Ainda no que respeita à análise das variáveis sociodemográficas, o baixo nível de escolaridade associou-se a valores mais elevados de alexitimia e da sua gravidade. Tal relação encontra-se em conformidade com a relação estabelecida entre alexitimia e baixo nível educacional referida por Hiirola et al. (2017) e Mattila et al. (2006) em estudos de base populacional. Leweke et al. (2012), no âmbito de um amplo estudo acerca da prevalência da alexitimia nos diferentes grupos diagnósticos, constata que um nível mais elevado de educação se encontra significativamente associado a valores globais mais baixos de alexitimia, DIS, DDS e POE. A análise em função da gravidade da alexitimia permite confirmar tal relação, uma vez que níveis mais elevados de escolaridade foram associados, de forma significativa, a níveis menos severos de alexitimia. De Panfilis et al. (2015) constataram que o nível educacional se encontrava inversamente relacionado com os *valores globais da alexitimia* e do fator POE numa amostra de pacientes psiquiátricos. Os resultados do presente estudo confirmam, igualmente, a referida relação.

Embora os estudos longitudinais de base populacional acima mencionados (Hiirola et al. 2017; Mattila et al., 2006) reportem uma relação entre a presença de alexitimia e o aumento da idade, essencialmente caracterizada por um aumento de DIS ao longo do tempo, tal relação não foi confirmada neste estudo. De forma diferente, foi constatada uma relação entre o fator POE e o envelhecimento, tal como reportado por Moriguchi et al. (2007) e por

Leweke et al. (2012). As elevações a nível do POE com o avançar da idade poderão refletir uma diminuição do nível de abertura e interesse pela novidade por parte dos sujeitos (Moriguchi et al., 2007).

Apesar de diferentes observações clínicas (Lumley et al., 2007; McDougall, 1989; Krystal, 1988) darem nota da resistência dos pacientes alexitímicos a tratamentos terapêuticos, e sobretudo, da presença da alexitimia constituir um preditor de piores resultados terapêuticos (Günther et al., 2016; Terock et al., 2015; Ogrodniczuk et al., 2012), não foram observadas associações particulares entre a presença da alexitimia e um número aumentado de tratamentos prévios, de internamentos ou que refletissem um aumento do período de acompanhamento prévio na história clínica dos sujeitos da presente amostra, quando comparados os sujeitos com ou sem características alexitímicas.

Tal facto poderá estar condicionado: pela distribuição das três categorias da alexitimia na amostra, o número reduzido de participantes classificados com alexitimia baixa e *borderline* levou a que estes se agrupassem em apenas uma categoria o que implica uma perda de acuidade no processo de diferenciação; em segundo lugar a grande maioria dos participantes (em número superior aos apresentados em diferentes estudos acima mencionados) foi classificado como tendo uma alexitimia elevada o que poderá impedir a explicitação das diferenças que poderiam emergir numa amostra maior e com uma distribuição mais equilibrada.

Ainda no que respeita à análise da relação entre alexitimia e história clínica verificou-se que uma menor dificuldade em identificar sentimentos se encontra associada a um maior número de tratamentos psicoterapêuticos realizados anteriormente. Tal associação vai de encontro à perspetiva defendida por Cameron et al. (2014) de que as características alexitímicas relacionadas com os fatores DIS e DDS, têm maior possibilidade de mudança através de intervenção psicoterapêutica. De acordo com os autores as reduções a nível desses fatores podem ser compreendidas no contexto de melhorias significativas na capacidade de reconhecer os sentimentos (próprios e os dos outros) e na forma de os comunicar. Tais mudanças podem ocorrer de forma independente da melhoria sintomática. No mesmo sentido Ogrodniczuk et al. (2012), constataram que as mudanças nos níveis de alexitimia, ocorriam sobretudo através do fator DIS (0.94), e que se mantinham após a conclusão da psicoterapia, mesmo controlando os efeitos relativos a alterações na sintomatologia depressiva. Ogrodniczuk et al. (2013) encontraram, ainda, resultados que evidenciam um impacto

positivo a nível do fator DIS, independentemente do tipo de psicoterapia recebido (interpretativa / suporte).

Estudos de base populacional referem prevalências da alexitimia que variam entre 9.9% e 21.2% (Mattila et al., 2006; Tolmunen et al., 2011). Não encontramos estudos publicados realizados em Portugal que relatem a prevalência de sintomas alexitímicos em pacientes com diagnóstico de depressão⁴. A percentagem de sujeitos identificados com alexitimia elevada no presente estudo revelou ser superior ao relatado por diferentes estudos internacionais, realizados com populações com diagnóstico de depressão (Ertekin et al., 2015; Honkalampi et al., 2004; Kim et al., 2008; Leweke et al., 2012). Os valores médios do valor global da alexitimia e dos três fatores (DIS, DDS e POE) são igualmente superiores aos encontrados em diferentes estudos internacionais publicados realizados com amostras com diagnóstico de depressão (Quilty et al., 2017; Günther et al., 2016; Ogrodniczuk et al., 2013; Ogrodniczuk et al., 2012; Bamonti et al., 2010; Celikel et al., 2010; Honkalampi et al., 2001a; Saarijärvi et al., 2001).

Celikel et al. (2010) constataram que os pacientes alexitímicos apresentavam sintomas depressivos mais severos do que os não alexitímicos (independentemente da duração do episódio depressivo ou do facto de se tratar de um primeiro episódio ou de uma recorrência). Uma vez que a meta-análise de Li et al., (2015) e os trabalhos de Bamonti et al. (2010); de Celikel et al., (2010) e de Vanheule et al., (2007a) reportam uma associação entre a alexitimia e a sintomatologia depressiva, seria de inferir a existência de uma relação entre a alexitimia e a severidade depressiva.

Daí que tenhamos **analisado a relação entre a alexitimia e a sintomatologia depressiva (objetivo 1)**, colocando-se a hipótese de que, em pacientes com perturbação depressiva recorrente, a sintomatologia depressiva severa estaria associada com a alexitimia elevada (quer a nível dos valores globais, quer a nível dos factores DIS e DDS).

Focando os resultados relativos à sintomatologia depressiva, os valores encontrados no presente estudo são superiores aos relatados por Coelho et al. (2002) no estudo de validação do instrumento à população portuguesa. Tal diferença poderá prender-se com as características das duas amostras no que concerne à especificidade diagnóstica e ao grupo etário. O estudo de validação incide sobre uma amostra de adolescentes, onde 48%

⁴ Exceção feita ao trabalho realizado por Torres et al. (2011) que relatam uma prevalência de alexitimia de 62.5% na anorexia nervosa, em sujeitos com idades compreendidas entre os 13-34 anos.

apresentava algum tipo de diagnóstico de perturbação de humor. Já a amostra do presente estudo encontra-se restrita a sujeitos adultos com o diagnóstico clínico de perturbação depressiva recorrente de acordo com o DSM-IV-TR (296.3) e CID 10 (F33). A diferença etária observada entre as duas amostras será particularmente relevante dado que Steer et al. (1999) apontaram para a existência de uma correlação entre a idade e o relato de sintomas depressivos avaliados pelos valores globais da BDI-II. Os resultados encontrados por Campos e Gonçalves (2011), numa amostra de estudantes universitários, confirmam e reforçam igualmente a existência de relação entre a idade e o relato de sintomatologia depressiva.

Os valores por nós encontrados são, contudo, mais próximos dos valores dos estudos desenvolvidos em populações clínicas (Beck, et al., 1996; Steer et al., 1999), ainda que mais elevados se comparados com os resultados do estudo desenvolvido por Steer et al. (1999) com pacientes em ambulatório com o diagnóstico de perturbação depressiva (DSM-IV). Tal diferença poderá prender-se com dois aspetos: por um lado, os utentes da nossa amostra apresentam apenas uma categoria diagnóstica e a amostra de Steer et al. (1999) incluem diferentes grupos diagnósticos; por outro, a presente amostra é constituída maioritariamente por mulheres, que segundo Steer et al. (1999), pontuam cerca de mais quatro pontos comparativamente que os homens. Curiosamente, no presente estudo os elementos do sexo feminino pontuam igualmente mais 4 valores do que os elementos do sexo masculino, tal como referenciado por Steer et al. (1999), mas as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas.

Os resultados encontrados no presente estudo encontram-se de acordo com diferentes estudos que associam a alexitimia (particularmente, a nível dos valores globais da TAS-20) com a severidade depressiva e o relato de um maior número de sintomas (Quilty et al., 2017; Günther et al., 2016; Li et al., 2015; Bamonti et al., 2010; Celikel et al., 2010; Vanheule et al., 2007a; Honkalampi et al., 2004). São ainda confirmados pelos resultados da meta-análise realizada por Li et al. (2015), que relatam, tal como no presente estudo, uma associação elevada entre os valores globais da sintomatologia depressiva (avaliada através do BDI-II) e da alexitimia (avaliada através da TAS-20).

Quando analisada a relação entre os valores globais da sintomatologia depressiva e os fatores da alexitimia, constatou-se que uma sintomatologia depressiva mais elevada revelou estar associada à DIS, mas não à DDS e POE.

Os resultados publicados internacionalmente são dispares.

A associação entre a sintomatologia depressiva e o fator POE da alexitimia é relatada como positiva por Li et al. (2015) e como negativa por Quilty et al. (2017), dados que contrastam com a inexistência de associação por nós encontrada. Os resultados do presente estudo são consistentes com os resultados obtidos por Bamonti et al. (2010) e por Leweke et al. (2012) que defendem a inexistência de associação entre POE e depressão. A ressaltar que Günther et al. (2016) apesar de, na avaliação inicial, relatarem uma ausência de relação entre os valores globais da BDI-II e o POE, numa amostra de pacientes com perturbação depressiva *major* em situação aguda, na avaliação de *follow-up* o fator POE passou a estar associado à severidade depressiva. Tendo presente os dados incongruentes dos diferentes estudos e a alteração por si encontrada entre a avaliação inicial e o *follow-up*, Günther et al. (2016) chamam à atenção para a necessidade do estudo prospetivo deste fator para que seja possível conhecer melhor o seu papel no curso da sintomatologia depressiva.

Os resultados encontrados no presente estudo não confirmam a associação entre depressão e DDS referida na meta-análise de Li et al. (2015) bem como em outras publicações internacionais (Leweke et al., 2012; Leweke et al. 2009; Kim et al., 2008). Marchesi et al. (2000) ressaltam que será o fator DDS aquele que, dadas as suas características, terá uma maior relação com a sintomatologia depressiva.

A análise em função da gravidade da sintomatologia depressiva (ligeira/moderada, severa) permitiu constatar a existência de diferenças significativas quanto aos valores globais da alexitimia, e aos fatores DIS e POE. Tal relação encontra-se de acordo com o estudo de Bamonti et al. (2010) no qual maiores valores globais de alexitimia e de DIS foram associados a maior gravidade dos sintomas depressivos. Contudo, difere do mesmo relativamente às associações a nível dos factores DDS e POE, Bamonti et al. (2010) constataram que os pacientes com maior severidade depressiva apresentavam pontuações mais elevadas a nível dos factores DDS e mas não a nível do POE.

Alguns autores argumentam que a relação entre alexitimia e depressão deriva principalmente da presença do afeto negativo (Marchesi et al., 2014; Luca et al. 2013; Lumley et al., 2007), predominantemente através de DIS. Ready et al. (2016) investigaram, numa amostra comunitária, os aspetos compartilhados pela sintomatologia depressiva, a apatia e a alexitimia, através da análise de conteúdo dos itens que compõe cada fator. Constataram que em ambas as manifestações, alexitimia e depressão, existe uma dificuldade em identificar os sentimentos, confusão acerca da origem das emoções e uma dificuldade dos sujeitos em reconhecer o que se passa no seu interior. Os autores relatam ainda que os itens que integram

o fator DDS não apresentaram sobreposição com a depressão relacionando-se apenas com a apatia. A ausência de sobreposição poderá resultar do facto do fator DDS se referir, sobretudo, à externalização dos sentimentos através das palavras, e não à sua utilização para a elaboração e reflexão acerca dos estados emocionais internos, como mencionado por Di Schiena et al. (2011). Igualmente que o fator poderá relacionar-se mais com outras estratégias de regulação do afeto, como a partilha social das emoções (Di Schiena et al., 2011). De acordo com Günther et al. (2016) os fatores DIS e DDS são predominantemente negativos no seu valor afetivo e reportam-se, sobretudo, à descrição de défices e de problemas; já o fator POE remete, sobretudo, para a descrição de hábitos ou preferências. De acordo com os investigadores, os pacientes com sintomatologia depressiva podem apresentar elevações a nível dos referidos fatores (DIS e DDS) não apenas devido à presença de características alexitímicas, mas a viéses no julgamento da própria capacidade emocional, característica predominante da perturbação de humor. Argumentam ainda que o fator POE poderá estar menos sujeito a um viés de resposta negativo.

Apesar de várias investigações relatarem a existência de uma fraca, ou mesmo ausente, relação entre POE e depressão (Li et al., 2015), alguns autores defendem que este fator é determinante na conceptualização da alexitimia e poderá mesmo ser através dele que se constitui a resistência à mudança em intervenções terapêuticas. Ready et al. (2016) consideram que as características que melhor distinguem a singularidade da alexitimia prendem-se com o POE, com a confusão acerca das sensações corporais e com a dificuldade em “abrir-se aos outros”. Diferentes aportes têm relacionado a presença do fator POE em pacientes com sintomatologia depressiva com a preocupação com questões concretas e com a falta de capacidades introspectivas, sendo sobretudo este fator que se relaciona com a inibição psicomotora (Luca et al., 2013), na determinação do curso dos sintomas depressivos e da resistência ao tratamento (Günther et al., 2016), na predição da severidade depressiva no final do tratamento psicoterapêutico (Quilty et al., 2017), com a incapacidade de utilizar uma forma de pensamento experiencial (Di Schiena et al., 2011) e com a severidade da sintomatologia psicopatológica (*GSI*) (da Silva et al., 2016).

Relativamente à hipótese que considerava que em pacientes com perturbação depressiva recorrente a severidade da sintomatologia depressiva se associava a valores elevados globais de alexitimia, bem como a valores elevados de DIS e DDS, foi parcialmente confirmada. De acordo com os resultados dos dois instrumentos a severidade depressiva

associa-se com a presença da alexitimia em termos do *score* total e com o fator DIS, mas não com o fator DDS.

Apesar da alexitimia se constituir como um construto cuja análise fatorial apenas ganha sentido, quando os três fatores são interpretados de uma forma interdependente, continua a ser necessária investigação adicional, a fim de melhor compreender quais os aspetos compartilhados/sobreponíveis com a sintomatologia depressiva. O estudo da forma como a alexitimia e a depressão se associam nem sempre é contemplado, ou pelo menos relatado, em todas as investigações que avaliam os dois construtos.

Uma vez que van Rijsbergen et al. (2015) constataram que em sujeitos com perturbação depressiva recorrente existia uma maior prevalência de perturbações de personalidade a nível do *Cluster C* e que Honkalampi et al. (2001a), constataram que quer a presença de comorbilidade do diagnóstico de perturbação de personalidade do *Cluster C*, quer a severidade da depressão constituem variáveis importantes na explicação da estabilidade da alexitimia em pacientes com perturbação depressiva *major*, seria de esperar a existência de uma relação entre a alexitimia e a patologia da personalidade do *Cluster C*.

Nesse sentido, também, De Panfilis et al. (2015) descrevem uma relação entre alexitimia e personalidade, independentemente do nível de severidade psicopatológico, a nível das perturbações de personalidade evitante e dependente.

Nicolò et al., (2011; 2012) e Loas et al., (2015) estabeleceram uma associação particular entre alexitimia e perturbação de personalidade evitante, mesmo quando a presença de sintomatologia depressiva coexistente foi controlada.

A análise conjunta dos diferentes estudos supramencionados seria expectável a existência de uma relação entre a presença de características alexitímicas e as perturbações de personalidade evitante e dependente. Nesta sequência foi por nós analisada a **relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade a nível do *Cluster C* (objetivo 2)**, colocando-se a hipótese que em pacientes com perturbação depressiva recorrente, a alexitimia elevada estará associada a maior prevalência de patologia de personalidade do *Cluster C*.

A SCID-II foi recentemente utilizada por Brazão, Motta, Rijo e Pinto-Gouveia (2015) para avaliar a prevalência de perturbações de personalidade no contexto prisional; não foi por nós encontrada nenhuma investigação em Portugal sobre esta prevalência em amostras clínicas cujos dados tenham sido publicados.

A prevalência de perturbações de personalidade no presente estudo (63%) é superior à relatada por van Rijsbergen et al. (2015), numa amostra exclusivamente constituída por pacientes com o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente em remissão. O nosso trabalho, tal como o de van Rijsbergen et al. (2015) encontra um maior número de sujeitos com perturbação de personalidade do *Cluster C*, mas com uma prevalência superior (43%). Prevalência esta semelhante à descrita por De Panfilis et al. (2015).

A diferença dos resultados poderá estar relacionada com as características da amostra de van Rijsbergen et al. (2015), em que os participantes no estudo em causa apresentam uma perturbação depressiva recorrente em remissão – o mesmo não acontece na nossa amostra. Relativamente às duas amostras em comparação constata-se igualmente diferenças: sociodemográficas (idade); representatividade (em função do sexo) e na seleção dos instrumentos utilizados. Em ambos os estudos as perturbações de personalidade mais frequentes foram a evitante, a obsessivo-compulsiva e a paranóide.

No nosso trabalho, embora no grupo de sujeitos classificados com alexitimia elevada se tenha constatado um maior número de sujeitos identificados com perturbações de personalidade a nível do *Cluster C*, foram igualmente identificadas perturbações a nível dos *Clusters A e B*.

Apesar de não ter sido estabelecida uma relação específica entre a presença de alexitimia e a patologia da personalidade, o tipo de perturbações de personalidade identificadas (paranóide, evitante, depressiva e obsessiva-compulsiva), em nosso entender, não é casual e ausente de significado. Bilotta et al. (2015) defendem que a alexitimia pode desenvolver-se a partir de uma tendência a adotar de forma padronizada estratégias de evitamento, independentemente da presença de emoções negativas. Pacientes com um funcionamento alexitímico apresentam uma combinação de disfunções interpessoais e de distorções das relações, como o evitamento de conflitos, o estabelecimento de laços superficiais e uma diminuída regulação dos impulsos. De acordo com Loas et al. (2015) a presença da perturbação de personalidade evitante e de sintomatologia depressiva, são preditores independentes da variância da alexitimia. Tais resultados são indicativos da existência de uma relação consistente e estável da alexitimia com a depressão e com a perturbação de personalidade evitante. Pacientes alexitímicos com traços de personalidade evitante, tenderão a ter dificuldade em focalizar informação com conteúdo emocional (quer relativamente a si próprios, quer em relação aos outros), mesmo em situações em que o

sofrimento psicológico é considerado baixo, predominantemente devido aos aspetos cognitivos da alexitimia (De Panfilis et al., 2015). De acordo com De Rick & Vanheule (2007a) o medo de ser envergonhado e a antecipação excessiva da rejeição poderão contribuir para a tendência a manter relações interpessoais baseadas no desapego e para o isolamento encontrado nos pacientes alexitímicos.

As dificuldades a nível da regulação das emoções encontradas nos pacientes alexitímicos poderão traduzir-se em formas de expressão dos afetos de forma controlada e rígida, onde existe uma valorização predominante da lógica e do “intelecto”, característica predominante na perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva. De forma semelhante, a presença de um estilo cognitivo orientado para o exterior poderá associar-se a um tipo de pensamento associado ao concretismo, a racionalizações, a rumações e alguma supersticiosidade. A tendência a adaptar o comportamento de acordo com o que é normativo (frequente nos alexitímicos) poderá relacionar-se com uma tendência a controlar o ambiente envolvente, com a adoção de comportamentos de evitamento da novidade, com uma preocupação excessiva com regras e o seu cumprimento, com uma atenção dirigida sobretudo para o cumprimento de tarefas, excluindo aquelas que possuem um carácter lúdico e prazenteiro ou impliquem envolvimento social.

As dificuldades dos pacientes alexitímicos em compreender os sentimentos próprios e os dos outros, coloca-os numa posição em que as intenções e os desejos permanecem incompreensíveis, pelo que frequentemente experienciam sensações de perda e mesmo de perigo. Perante esta situação de estranheza, tendem a vivenciar sentimentos de incapacidade e de vulnerabilidade (Balta et al., 2016). A incapacidade de poder utilizar informação acerca do seu estado interno, associada às reconhecidas dificuldades relativas à empatia, nomeadamente na tomada de perspectiva (Grynberg et al., 2010; Hoffmann et al., 2016), poderão aumentar o sentimento de desconfiança face ao outro, presente na perturbação de personalidade paranóide. Hoffmann et al., (2016) referem os pacientes alexitímicos com maior severidade tendem a desligar-se da sua própria perspectiva emocional durante os julgamentos empáticos, com vista a evitar o conflito emocional. A tendência a serem cautelosos na livre expressão dos seus sentimentos aos outros e o receio de que este conhecimento acerca do seu estado emocional possa ser utilizado contra o próprio, presente na perturbação de personalidade paranóide, poderá relacionar-se com as dificuldades de comunicação que frequentemente os pacientes alexitímicos apresentam.

De acordo com Nicolò et al. (2011) existem investigações como as desenvolvidas por Vanheule et al. (2007 a,b,c) no âmbito da depressão *major*, que descrevem um subtipo de alexitimia resistente ao tratamento, cujos sujeitos apresentavam características depressivas estáveis semelhantes às descritas para a perturbação de personalidade depressiva.

De acordo com Vanheule et al. (2011) a experiência afetiva tende a ser vivenciada, pelos pacientes alexitímicos, como um intenso fardo que se carrega e que deriva de sensações vagas de inquietação. As dificuldades no acesso à mesma, tendem a despertar uma sensação de vazio e de inconsistência que de alguma forma poderá relacionar-se com os proeminentes sentimentos de vazio e de tristeza e com a sensação de preocupação constante descritos pelos pacientes com o diagnóstico de perturbação depressiva *major*. Igualmente, os doentes com alexitimia e com depressão *major* compartilham uma visão do mundo sem *nuances* ou matizes e uma diminuída capacidade de vivenciar emoções com uma tonalidade positiva (prazer e alegria) ou negativa (raiva e medo). As dificuldades em identificar, diferenciar e tolerar as emoções, assim como na atribuição de um significado (ligação entre a resposta afetiva e o evento desencadeador), encontradas nos pacientes alexitímicos poderão contribuir para a vivência de sentimentos de inadequação, inutilidade e baixa autoestima que caracterizam a perturbação de personalidade depressiva. As dificuldades a nível da representação mental dos afetos, a tendência a comunicar de forma não simbólica e a responder comportamentalmente ao sofrimento, características dos pacientes alexitímicos (Vanheule et al., 2011), poderão constituir um fator adicional na tendência dos sujeitos com perturbação depressiva a reconhecerem-se como culpados, críticos e autodepreciativos.

Honkalampi et al. (2001a) num estudo prospetivo, comparam duas amostras: uma com diagnóstico de perturbação depressiva *major* e a segunda com sujeitos, que para além deste diagnóstico, apresentavam a comorbilidade de perturbação de personalidade a nível do *Cluster C*. Estes autores constataram que quando ao diagnóstico de perturbação depressiva é associado o diagnóstico de perturbação de personalidade do *Cluster C*, as mulheres (comparativamente aos homens) apresentam uma maior representatividade. Os nossos resultados não revelaram qualquer relação entre o sexo e a presença de um diagnóstico de perturbação de personalidade, ou mais especificamente um diagnóstico de perturbação de personalidade a nível do *Cluster C*. Esta diferença poderá prender-se com as diferenças ao nível da constituição em termos de sexo e de dimensões das amostras dos dois estudos. O

número de participantes da nossa investigação é muito menor e os elementos do sexo feminino constituem a sua maioria.

Na presente investigação, uma amostra clínica com diagnóstico de perturbação depressiva recorrente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia global, na DIS, na DDS e no POE da alexitimia, em função da existência (ou não) das perturbações de personalidade. A relação entre a gravidade da alexitimia e existência (ou não) de perturbação de personalidade foi inviabilizada pelo reduzido tamanho amostral. Sem este problema, os resultados do presente estudo são corroborados por Nicolò et al. (2011; 2012) que apenas encontrou uma associação entre a alexitimia e a perturbação de personalidade evitante quando foi controlada estatisticamente a presença de perturbação depressiva.

Resultados opostos são relatados por Loas et al. (2015) e De Panfilis et al. (2015). Loas et al. (2015) descrevem a existência de uma relação entre alexitimia, sintomatologia depressiva e perturbação de personalidade evitante e acrescentam que, apesar terem encontrado resultados significativos entre a presença da alexitimia e diferentes perturbações de personalidade, a única associação que se manteve estável entre as duas avaliações realizadas (admissão, decorridos 3 meses) foi entre a alexitimia, a perturbação depressiva e a existência de perturbação de personalidade evitante. Será, contudo, de referir, que no estudo mencionado a avaliação da personalidade foi realizada apenas com o recurso ao SCID-II-SQ, não incluindo a globalidade da entrevista diagnóstica. De Panfilis et al. (2015) constataam uma relação particular entre as perturbações de personalidade evitante e dependente e as características alexitímicas, cuja força de associação se manteve independentemente do nível de severidade psicopatológico. Será, contudo, de mencionar, que ao contrário da presente investigação, o estudo de De Panfilis et al. (2015) inclui diferentes categorias diagnósticas e recorre a uma entrevista diagnóstica de natureza diferente, (SIDP-IV). Constatam-se, igualmente, diferenças sociodemográficas na composição (relativas à idade e à escolaridade; sendo que a presente amostra incide sobre sujeitos com idade média superior e com um grau de escolaridade mínima) e tamanho das duas amostras.

Na presente investigação não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia global, no DIS, no DDS e no POE da alexitimia em função da existência (ou não) das perturbações de personalidade. De Panfilis et al. (2015) constataram que apenas a perturbação evitante e dependente estavam relacionadas de forma independente

com os aspetos cognitivos da alexitimia (ou seja, com um pensamento mais orientado para o exterior).

Apesar de não ter sido possível analisar a relevância estatística da relação entre a gravidade da alexitimia e existência (ou não) de perturbação de personalidade, a maioria dos participantes que apresentaram o diagnóstico de perturbação de personalidade foram igualmente identificados como pertencendo ao grupo de sujeitos com alexitimia elevada.

A ausência de identificação de perturbações de personalidade dependente poderá relacionar - se, por um lado, com o reduzido tamanho amostral do presente estudo, por outro lado, pela forma como esta patologia de personalidade se poderá relacionar com a sintomatologia depressiva. De acordo com Nicolò et al. (2012) o receio de abandono permanente, característico da perturbação dependente, poderá surgir de forma primária e quando surgem alterações de humor os sujeitos perdem a motivação para explorar os estados internos, verificando-se uma diminuição da consciência emocional. Sendo esperado que a alexitimia se torne mais evidente durante os estados depressivos e que, assim, que estes sujeitos tenham a perceção de que se sentirem cuidados possam aceder e descrever livremente aos seus estados emocionais internos. Alternativamente, a alexitimia pode ser uma característica central desta perturbação de personalidade, impedindo os sujeitos de conhecer algumas emoções básicas, sobretudo de cariz prazenteiro. Em resultado da comorbilidade entre a alexitimia e a perturbação de personalidade dependente, os pacientes não conseguem comprometer-se com objetivos que visem a satisfação e gratificação e, portanto, experimentam sentimentos depressivos permanentes.

Independentemente de não ter sido estabelecida relação entre a presença de patologia da personalidade e a alexitimia, no presente estudo, de acordo com Honkalampi et al. (2001a), quer a presença de comorbilidade do diagnóstico de perturbação de personalidade do *Cluster C*, quer a severidade da depressão, constituem variáveis importantes na explicação da estabilidade da alexitimia em pacientes com perturbação depressiva *major*. Segundo os autores, a ausência de comorbilidade possibilitava uma recuperação da alexitimia cerca de duas vezes superior. Por outro lado, Grilo et al. (2010), num estudo prospetivo, ao longo de seis anos, sobre o curso da sintomatologia depressiva em pacientes com diagnóstico de perturbação depressiva *major*, concluíram que a presença de patologia de personalidade constitui um preditor robusto de aumento de recidiva após a remissão de um episódio depressivo. A presença de perturbação de personalidade modera de forma significativa o

tempo até à recaída, nos pacientes que remetiam de um episódio de depressão *major*, mesmo quando são tidos em conta outros fatores de prognóstico negativos.

Em síntese, a última hipótese do presente estudo também não foi confirmada. Embora na presente amostra tenha sido constatada a presença de perturbações de personalidade do *Cluster C*, particularmente a evitante e obsessivo-compulsiva, foram igualmente identificadas perturbações de personalidade de outros *Clusters*, nomeadamente a paranóide. Ou seja, em pacientes com perturbação depressiva recorrente, não foi possível analisar se a alexitimia elevada estaria associada a maior prevalência de patologia de personalidade do *Cluster C*, por ter sido violado o pressuposto relativo à frequência esperada para cada célula necessário aos testes de Qui-quadrado. Constatou-se, ainda, não existirem diferenças significativas entre a presença (ou ausência) de patologias da personalidade e a alexitimia.

4. Conclusões

No presente trabalho a severidade alexitímica associa-se com a severidade depressiva. Tratando-se de um estudo transversal, apenas é possível aferir a presença simultânea das duas manifestações clínicas, não sendo possível estabelecer qualquer relação de causalidade, ou seja, determinar se a presença da alexitimia poderá predispor ao surgimento de sintomatologia depressiva ou se o diagnóstico atual de perturbação depressiva recorrente poderá exacerbar as características alexitímicas.

De realçar as diferenças encontradas entre a severidade depressiva a nível do *score* total da TAS-20 e do fator DIS, e em função da gravidade alexitímica, emergirem diferenças a nível do fator POE.

Apesar de ter sido constatada a comorbilidade entre alexitimia e a patologia da personalidade, em sujeitos com o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente, não foi possível concretizar qualquer associação particular, quer a nível do *Cluster C*, quer de forma mais específica, com as perturbações de personalidade evitante e dependente.

Importa, contudo, ressaltar que a análise do historial terapêutico prévio revelou que os sujeitos alexitímicos que beneficiaram de um maior número de tratamentos psicoterapêuticos anteriores apresentavam uma menor dificuldade em identificar sentimentos. As aquisições na capacidade de reconhecer os sentimentos próprios e os dos outros poderão contribuir para o aumento da capacidade funcional dos sujeitos (quer em termos ocupacionais, quer em termos sociais) e de forma (in)direta para a melhoria sintomática da perturbação de humor.

5. Limitações e implicações para investigações futuras

O presente estudo comporta um conjunto de limitações, nomeadamente no que concerne (i) a características da amostra, (ii) à utilização de medidas de autorrelato e (iii) adoção de uma perspectiva categorial na análise das perturbações de personalidade.

O número reduzido e as características da escolaridade e sexo dos participantes impedem qualquer tentativa de generalização dos dados para uma população mais alargada, limitando uma compreensão mais abrangente da relação entre a alexitimia e as perturbações de personalidade numa amostra clínica com perturbação depressiva recorrente. A dimensão da amostra impediu, mesmo, a realização de análises estatísticas mais robustas. Apesar de se tratar de uma amostra homogénea, que integra apenas um único grupo diagnóstico, a presença de perturbações de ansiedade, que frequentemente se encontram em comorbilidade com a depressão, não constituiu um critério de exclusão.

Temos que considerar que a utilização de uma entrevista (SCID-II) implica um investimento elevado de tempo na sua realização e na sua cotação. Este procedimento exige também mais disponibilidade por parte dos participantes, pelo que o tamanho da amostra constituiu também uma limitação inerente ao método utilizado – a sua acuidade e a morosidade dificulta a recolha de dados de um número elevado de participantes. Não podemos, contudo, deixar considerar que seria pertinente em estudos futuros recorrer a uma maior amostra e procurar assegurar a representatividade de diferentes níveis de escolaridade.

Outra das limitações do presente estudo surge associada à utilização de medidas de autorrelato na avaliação da perceção individual da sintomatologia depressiva e da alexitimia, o que pode facilitar a introdução de enviesamentos. Seria importante, em futuras investigações, explorar a possibilidade de utilizar entrevistas ao nível do diagnóstico da perturbação depressiva e da alexitimia.

Embora a TAS-20 possa não contemplar alguns aspetos da alexitimia, nomeadamente os relativos à fantasia (Kooiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002); avalie predominantemente a alexitimia secundária (Marchesi et al., 2014) ou ainda se questione a sua adequabilidade como medida de autorrelato; dadas as dificuldades de autorreflexão características dos pacientes alexitímicos (Kooiman et al., 2002), constitui certamente um instrumento breve e que pode ser utilizado na prática clínica com vista ao reconhecimento da presença da manifestação. No entanto, vários autores (Taylor et al., 2016; Marchesi et al., 2014, Lumley et al., 2007)

advertem para a necessidade de o construto alexitimia ser mensurado de forma complementar, nomeadamente através da entrevista “Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)” – entrevista que ainda não se encontra validada para a população portuguesa. Contudo, é importante realizar uma análise de custos e benefícios associados a estas alterações, uma vez que a inserção destes procedimentos implicaria uma maior disponibilidade por parte dos participantes e a necessidade de maior investimento de tempo por parte do investigador.

A não adoção de uma perspetiva dimensional das perturbações de personalidade, preterida por uma visão mais categorial, poderá ter condicionado a ausência de relação entre alexitimia e a perturbação de personalidade. Continuam a ser fundamentais estudos que explorem quais os possíveis traços específicos de patologia da personalidade que se relacionam com a alexitimia ou que confirmem a ausência de relação entre os dois construtos.

Permanece, ainda, a necessidade de estudos que incidam sobre a análise fatorial da alexitimia e a severidade depressiva e que, sobretudo, possam esclarecer se após a remissão da perturbação de humor existe, ou não, a possibilidade de reversibilidade das características alexitímicas, bem como o impacto das mesmas na qualidade de vida dos sujeitos.

Por último, constata-se igualmente a necessidade de mais investigações, no contexto português, relativamente aos três instrumentos utilizados que incidam sobre amostras clínicas.

5. 1 Implicações para a prática clínica

Apesar de frequentemente ser referido que a alexitimia se relaciona sobretudo com a depressão através dos *componentes emocionais* (DIS e DDS), no presente estudo foi estabelecida uma relação entre o *componente cognitivo* do constructo (POE) e a gravidade depressiva, revelando uma tendência dos participantes a desvalorizar/minimizar a experiência emocional e a focar a sua atenção externamente (Li et al. 2015). De forma marcada, na presente amostra, os sujeitos com depressão apresentam um pensamento direcionado à realidade externa e que não contempla a experiência interna. Embora algumas investigações relatem que o “traço de personalidade/fator POE” possa não sofrer alterações decorrentes da presença de perturbações de humor, este poderá “exacerbar-se” ou manifestar-se de forma mais evidente, em formas depressivas mais severas, contribuindo para o curso dos sintomas depressivos e para a resistência à intervenção psicoterapêutica, por um lado, ou por outro lado, emergir como forma de reação ao sofrimento derivado da severidade depressiva, contribuindo para o prejuízo funcional dos sujeitos, quer em termos ocupacionais, quer sociais.

Apenas um estudo da presente amostra com um desenho de investigação prospetivo permitiria aferir sobre a estabilidade, ou não, das características alexitímicas encontradas nesta população. Tratando-se, ou não, de uma manifestação clínica estável temporalmente, o seu reconhecimento poderá acrescentar valor ao grau de compreensão sobre o funcionamento destes pacientes, particularmente na priorização e seleção de objetivos terapêuticos e na antecipação de possíveis dificuldades a nível da relação terapêutica. Sendo que a totalidade dos sujeitos estudados integra o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente, será plausível pensar que as elevações encontradas a nível do fator DIS possam ter contribuído para a manutenção e para a severidade dos sintomas depressivos. Ogrodniczuk et al. (2004) associam a presença de DIS à manutenção de sintomas depressivos residuais, podendo este fator ser mesmo preditivo de recidivas da sintomatologia.

Embora não tendo sido estabelecida uma relação entre a presença de alexitimia e de patologia da personalidade, ambas as manifestações estão presentes no grupo de sujeitos analisados de forma marcada, podendo contribuir, não só para a forma como a depressão é vivida, como podendo representar um fator de pior prognóstico, relativamente à remissão da sintomatologia depressiva.

Dado que a alexitimia constitui um construto cujos fatores integrantes se relacionam de forma interdependente, torna-se plausível que para que ocorram mudanças a nível de um dos fatores, sejam requeridas igualmente mudanças e/ou alterações nos restantes factores. Não será possível a alguém melhorar a sua capacidade de comunicar afetos (DDS) sem necessariamente se tornar capaz de reconhecer e diferenciar os sentimentos próprios e os dos outros (DIS). De forma semelhante, a capacidade aumentada de refletir e de discernir sobre os estados emocionais, próprios e dos outros, tendo a possibilidade de os poder, ou não, compartilhar (DIS e DDS), implica necessariamente a aquisição de um estilo cognitivo mais introspetivo, deixando a atenção de se centrar quase exclusivamente em eventos externos (POE) (Ogrodniczuk et al. 2012).

Tal como proposto por Krystal (1988) será importante na intervenção junto destes pacientes o recurso a estratégias psico-educativas, para aumentar a consciência e a tolerância do afeto e melhorar a sua capacidade a nível da fantasia e das imagens relacionadas com os afetos. Tais estratégias incluem focar a atenção no significado das sensações corporais e nas manifestações não-verbais das emoções. Igualmente importante será devolver aos pacientes a função sinalizadora do afeto e de como identificar, nomear e diferenciar os vários afetos.

6. Anexos

Anexo A - Parecer da Comissão de Ética



Centro Hospitalar do
Tâmega e Sousa, E.P.E.

Exmo. Senhor:
Dr. Orlando José Pereira Von Doellinger
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - CHTS

Sua Referência

Sua Comunicação de
18/01/2016

Nossa Referência
N.º
Proc.º

Data
14/03/2016

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização da pesquisa clínica / investigação clínica subordinada ao tema "A Relação entre a Alexitimia e as Perturbações de Personalidade na Perturbação Depressiva Recorrente"

Exmo. Senhor Dr.,

Acusamos a recepção do seu pedido para a realização da pesquisa clínica / investigação clínica subordinada ao tema "A Relação entre a Alexitimia e as Perturbações de Personalidade na Perturbação Depressiva Recorrente".

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

Do pedido importa referir:

- " Os investigadores assumem o esclarecimento adequado do projecto aos participantes. A comissão de ética, entende que o texto informativo a disponibilizar aos doentes / consentimento informado deve ser reformulado com recurso a linguagem adequada a população em geral e com recurso mínimo a termos técnicos."

Assim, nestas condições somos a informar que o seu pedido foi autorizado, a comissão considera não haver objecção ética à realização da presente investigação.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O vogal Executivo do Conselho de
Administração

(Jorge Luciano Monteiro, Enf.)

Anexo B - Autorizações para utilização de Instrumentos de Avaliação

07/02/2018

Gmail - Adaptação Portuguesa do BDI-II



Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

Adaptação Portuguesa do BDI-II

9 mensagens

Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

4 de dezembro de 2015 às 09:28

Para: "Prof. Doutor Rui Coelho" <rmnscoelho@mail.telepac.pt>

Ex.mº Professor Doutor Rui Coelho,

O meu nome é Rafaela Aroso sou licenciada em Psicologia e Membro Efetivo na Ordem dos Psicólogos. Encontro-me a frequentar o Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No sentido da conclusão do mesmo estou a elaborar o desenho de investigação da minha tese de dissertação que incidirá sobre uma amostra clínica de 60 pacientes com perturbação depressiva recorrente e onde serão avaliadas as temáticas da alexitimia e das perturbações de personalidade. Gostaria de saber se seria possível, e o que necessário, para poder incluir a adaptação portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) na minha investigação. Encontro-me à sua disposição para o esclarecimento de qualquer informação.

Atentamente,
Rafaela Aroso

Amadeu Quelhas Martins <aqmartins@ineb.up.pt>

4 de dezembro de 2015 às 12:07

Para: raroso@gmail.com

Cc: Rui Coelho <rmnscoelho@mail.telepac.pt>

Cara Rafaela,

Obrigado pelo seu interesse na utilização da versão Portuguesa do BDI-II.

A versão Portuguesa do BDI-II foi validada no âmbito do meu mestrado (orientado pelo Professor Rui Coelho). Desde então, as suas propriedades psicométricas continuaram a ser avaliadas em estudos pontuais subsequentes. Por essa razão, normalmente acordamos em ceder o BDI-II quando duas condições são cumulativamente cumpridas:

1. O inventário não deverá ser utilizado para fins comerciais.
2. As bases de dados resultantes das suas aplicações (em formato excel ou SPSS), constando a caracterização sociodemográfica e clínica (sendo esse o caso) dos respondentes deverão ser-nos enviadas no final do estudo. Obviamente, eventuais publicações posteriores que utilizem esses dados a incluirão como co-autora.

Caso concorde com estas condições, terei o maior prazer em lhe enviar o instrumento e a respectiva grelha de cotação.

Desde já disponível para qualquer esclarecimento,

Despeço-me com os melhores cumprimentos,

Amadeu Quelhas Martins, PhD

I3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (www.i3s.up.pt)

INEB - Instituto de Engenharia Biomédica (www.ineb.up.pt)

Rua do Campo Alegre, 823
4150-180 Porto, Portugal
Tel +351 22 0428132; Fax +351 226094567

07/02/2018

Gmail - Adaptação Portuguesa do BDI-II

[Citação ocultada]

Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>
Para: Amadeu Quelhas Martins <aqmartins@ineb.up.pt>
Cc: "Prof. Doutor Rui Coelho" <rmnscoelho@mail.telepac.pt>

4 de dezembro de 2015 às 18:03

Boa tarde Professor Amadeu,
Cumprirei com as condições estabelecidas para a utilização da escala.
Atentamente
Rafaela Aroso

[Citação ocultada]

Amadeu Quelhas Martins <aqmartins@ineb.up.pt>
Para: Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>
Cc: "Prof. Doutor Rui Coelho" <rmnscoelho@mail.telepac.pt>

5 de dezembro de 2015 às 13:30

Cara Rafaela,

Conforme combinado, envio em anexo a versão Portuguesa do BDI-II e a respectiva grelha de cotação. No cabeçalho da mesma encontra toda a informação psicométrica que irá necessitar para a cotação, incluindo pontos de corte e os itens constituintes de cada componente (somático, afectivo e cognitivo) avaliada.

Um abraço,

Amadeu.

From: Rafaela Aroso [mailto:raroso@gmail.com]
Sent: 4 de dezembro de 2015 18:03
To: Amadeu Quelhas Martins
Cc: Prof. Doutor Rui Coelho
Subject: RE: Adaptação Portuguesa do BDI-II

[Citação ocultada]

2 anexos

 **BDI-II Grelha.pdf**
124K

 **BDI-II Versão Portuguesa.pdf**
105K

Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>
Para: Amadeu Quelhas Martins <aqmartins@ineb.up.pt>
Cc: "Prof. Doutor Rui Coelho" <rmnscoelho@mail.telepac.pt>

7 de dezembro de 2015 às 09:43

Bom Professor Amadeu,

Agradeço desde já a autorização para a utilização do instrumento.
Aproveito ainda o momento para o questionar se existe algum artigo da sua autoria e do Prof. Rui Coelho que eu deva citar aquando da descrição do instrumento.

Atentamente,
Rafaela Aroso

[Citação ocultada]

Amadeu Quelhas Martins <aqmartins@ineb.up.pt>
Para: Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

7 de dezembro de 2015 às 10:46

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=2a3819c36c&jsver=SJphmIKlMaA_pt_PT.&view=pt&cat=Mestrado%2FDisserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado... 3/4



Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20)

10 mensagens

Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>
Para: ulfpnina@fpce.ul.pt

8 de dezembro de 2015 às 08:52

Ex.mª Professora Doutora Nina Prazeres,

O meu nome é Rafaela Aroso sou licenciada em Psicologia e Membro Efetivo na Ordem dos Psicólogos. Encontro-me a frequentar o Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No sentido da conclusão do mesmo estou a elaborar o desenho de investigação da minha tese de dissertação que incidirá sobre uma amostra clínica de 60 pacientes com perturbação depressiva recorrente e onde serão avaliadas as temáticas da alexitimia e das perturbações de personalidade. Gostaria de saber se seria possível, e o que necessário, para poder incluir a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20) na minha investigação.

Encontro-me à sua disposição para o esclarecimento de qualquer informação.

Atentamente,

Rafaela Aroso

Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres <ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt>
Para: Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

10 de dezembro de 2015 às 12:47

Cara Dra. Rafaela Aroso,

Tem a minha autorização para utilizar a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20) na sua investigação. Pode consultar os dados relativos à adaptação, bem como os procedimentos de cotação e interpretação, em:

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol II, 2ª ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

Com os meus melhores cumprimentos e votos de um bom trabalho,
Nina Prazeres

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=2a3819c36c&jsver=SJphmIKIMaA.pt_PT.&view=pt&cat=Mestrado%2FDisserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado... 1/4



Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

Adaptação portuguesa da SCID-II

5 mensagens

Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>
Para: drijo@fpce.uc.pt

3 de dezembro de 2015 às 09:10

Ex.mº Professor Daniel Rijo,

O meu nome é Rafaela Aroso sou licenciada em Psicologia e Membro Efetivo na Ordem dos Psicólogos. Encontro-me a frequentar o Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. No sentido da conclusão do mesmo estou a elaborar o desenho de investigação da minha tese de dissertação que incidirá sobre uma amostra clínica de 60 pacientes com perturbação depressiva recorrente e onde serão avaliadas as temáticas da alexitimia e das perturbações de personalidade. Gostaria de saber se seria possível, e o que necessário, para poder incluir a adaptação portuguesa da SCID-II na minha investigação. Encontro-me à sua disposição para o esclarecimento de qualquer informação.

Atentamente,
Rafaela Aroso**Daniel Rijo** <drijo@fpce.uc.pt>
Para: Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>

3 de dezembro de 2015 às 22:26

Cara Rafaela,

Mando em anexo os materiais referentes à SCID II. Nós temos (CINEICC, o centro de investigação a que pertence) autorização para uso em investigação. Creio que não haverá problema com isso. No entanto, estes materiais não devem ser utilizados em serviços clínicos a não ser para fins de investigação. Essa é a informação que tenho...

Bom trabalho e boa sorte na investigação.

Cumprimentos

Daniel Rijo

[Citação ocultada]

5 anexos

-  **SCID II Entrevista Capa.pdf**
17K
-  **SCID II ENTREVISTA rosto.pdf**
25K
-  **SCID II PQ.pdf**
81K
-  **SCID II QP Capa.pdf**
16K
-  **SCID II-ENTREVISTA.pdf**
244K

Rafaela Aroso <raroso@gmail.com>
Para: Orlando von Doellinger <ovondoellinger@gmail.com>

3 de dezembro de 2015 às 23:01

Anexo C - Modelo de Informação ao Participante



Informação ao participante

Estudo “*A Relação entre a Alexitimia e as Perturbações de Personalidade na Perturbação Depressiva Recorrente*”

Investigador responsável Prof. Doutor Orlando von Doellinger (255714084)

Este estudo, que inclui um investigador do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), e uma aluna do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), pretende avaliar a relação existente entre a Alexitimia e as Perturbações de Personalidade, em particular no que respeita às que compõem o Cluster C, nas Perturbações Depressivas recorrentes, bem como tentar averiguar se poderão, ou não, existir diferenças no que respeita ao género. Com este estudo pretende-se tentar caracterizar diferentes perfis de diagnóstico que possam auxiliar para a seleção de tratamentos mais personalizados, e dessa forma contribuir numa melhor da resposta ao tratamento da depressão.

A participação neste estudo envolve o preenchimento de três questionários que pretendem uma colheita de informação relativa a dados sócio-demográficos e clínicos e de avaliação da depressão, da alexitimia e da personalidade. Inclui ainda a realização de uma entrevista semi-estruturada.

A participação neste estudo não lhe acarretará incómodos acrescidos, pois decorrerá do normal e adequado acompanhamento na Consulta Externa de Psiquiatria. O estudo não implica exames complementares adicionais, além dos atrás enunciados. A sua participação é totalmente voluntária, pelo que dispõe de total liberdade em aceitar ou recusar participar, a qualquer momento, sem que isso comprometa a qualidade dos cuidados que lhe são prestados e a relação terapêutica que mantém com o seu clínico.

Disponha do tempo que julgue necessário para refletir, e inclusivamente, consultar a opinião de familiares e/ou amigos sobre este pedido de participação. Agradecemos que transmita a sua decisão ao Prof. Doutor Orlando von Doellinger.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Os investigadores responsáveis pelo projeto

Orlando von Doellinger (Assistente Hospitalar Graduado – CHTS; Professor Auxiliar Convidado da FMUP)

Rafaela Aroso (Aluna do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da FMUP)

Anexo D - Modelo de Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Consoante a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Seul 2008, Fortaleza 2013)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Relação entre a Alexitimia e as Perturbações de Personalidade na Perturbação Depressiva Recorrente

Confirmo que expliquei ao participante / seu representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações associadas à sua realização. Confirmo ainda que entreguei ao participante / seu representante legal, um documento informativo sobre o estudo.

O Investigador responsável

Nome: *Orlando José Pereira von Doellinger*

Assinatura:

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome |

BI/CC N° |

Participante / Representante legal

- Compreendi a explicação que me foi dada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que precisava, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de poder recusar livremente ou abandonar a qualquer momento a participação, sem que isso me possa trazer qualquer prejuízo na assistência prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo assim com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como o comprova este documento, do qual me foi entregue uma cópia.

Data |

Assinatura |

Nome (Representante legal) |

BI/CC N° |

Grau de parentesco |

Data |

Assinatura |

| N.º do Participante na Investigação: _____

Anexo E - Instrumentos de avaliação utilizados

A Relação Entre a Alexitimia e as Perturbações de Personalidade na Perturbação Depressiva Recorrente

N.º de Part. na Investigação _____

Data:

Informação ao Participante	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Consentimento Informado	<input type="checkbox"/>	___/___/___
Questionário Sócio-Demográfico / Clínico	<input type="checkbox"/>	___/___/___
BDI-II	<input type="checkbox"/>	___/___/___
TAS-20	<input type="checkbox"/>	___/___/___
SCID-II Entrevista	<input type="checkbox"/>	___/___/___

N.º de Part. na Investigação _____

Dados Sócio Demográficos (a preencher com o participante)

Sexo: M F

Idade: _____

Escolaridade: 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário E. Superior

Estado Civil: Solteiro Casado / U.F. Divorciado/S.F. Viúvo

Coabitação / Convivência: Sozinho Família Nuclear Família Alargada

Situação Profissional: Empregado Desempregado Cert. Incap. Temporária Reformado

Dados Clínicos (a preencher com recurso ao processo clínico)

Médico Assistente: _____

Diagnóstico: _____

Período de Acompanhamento Prévio: _____ (meses)

Número de Tratamentos Anteriores Tentados: Farmacológicos _____ Psicoterapêuticos _____

Número de Internamentos: _____

Duração do Tratamento Atual: _____ (meses)

Tipo de Tratamento Atual: Farmacoterapia Psicoterapia Ambos

Classe de Fármacos : (poderá ser seleccionada mais do que uma opção)

SSRI SNRI BZD AO OF

N.º de elementos familiares com história de perturbação depressiva: 1º Grau (pais, irmãos) _____ 2º Grau (avós, tios, primos) _____

Nome _____ Estado Civil _____ Idade _____ Sexo _____
Profissão _____ Escolaridade _____

Instruções: Este questionário possui 21 grupos de afirmações. Leia por favor cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um **a frase que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje**. Assinale o quadrado que antecede a frase que escolheu. Poderão haver várias frases no mesmo grupo que lhe pareçam adequadas, no entanto, **escolha apenas uma** em cada grupo.

<p>1. Tristeza</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me triste muitas vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me sempre triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou tão triste ou infeliz que já não aguento.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Já não espero que os meus problemas se resolvam.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer esperança no futuro; tudo só pode piorar.</p> <p>3. Fracassos Passados</p> <p><input type="checkbox"/> Não me considero um falhado.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracassei mais vezes do que deveria.</p> <p><input type="checkbox"/> Revendo o passado, o que noto é uma quantidade de fracassos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me completamente falhado como pessoa.</p> <p>4. Perda de Prazer</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho tanto prazer como antes com as coisas que eu gosto.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não gosto tanto das coisas como costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de Culpa</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto particularmente culpado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou devia ter feito.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me culpado durante o tempo todo.</p>	<p>6. Sentimentos de Punição</p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto que esteja a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que posso vir a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Espero vir a ser castigado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que estou a ser castigado.</p> <p>7. Auto-Depreciação</p> <p><input type="checkbox"/> Aquilo que acho de mim é o que sempre achei.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi confiança em mim próprio.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou desapontado comigo mesmo.</p> <p><input type="checkbox"/> Eu não gosto de mim.</p> <p>8. Auto-Criticismo</p> <p><input type="checkbox"/> Não me critico mais que o habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Critico-me mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Critico-me por todas as minhas falhas.</p> <p><input type="checkbox"/> Culpo-me de tudo o que de mal me acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou Desejos Suicidas</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer ideia de me matar.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho ideias de me matar mas não as levarei a cabo.</p> <p><input type="checkbox"/> Gostaria de me matar.</p> <p><input type="checkbox"/> Matar-me-ia se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p><input type="checkbox"/> Não choro mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Choro mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Choro por tudo e por nada.</p> <p><input type="checkbox"/> Apetece-me chorar, mas já não consigo.</p>
--	--

11. Agitação

- Não me sinto mais inquieto.
- Sinto-me mais inquieto que o habitual.
- Estou tão agitado que é difícil parar quieto.
- Estou tão agitado que tenho de me manter a fazer algo.

12. Perda de Interesse

- Não perdi o interesse nos outros ou nas minhas actividades.
- Estou menos interessado pelas coisas ou pelas outras pessoas.
- Perdi a maioria do interesse nas coisas e nas outras pessoas.
- É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja.

13. Indecisão

- Tomo decisões como sempre o fiz.
- Acho mais difícil tomar decisões do que o habitual.
- É muito mais difícil tomar decisões do que antigamente.
- Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão.

14. Sentimentos de Inutilidade

- Não me considero incapaz / inútil.
- Não me considero tão válido e útil como costumava.
- Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas.
- Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de Energia

- Tenho a mesma energia de sempre.
- Sinto-me com menos energia do que o habitual.
- Não me sinto com energia para muitas coisas.
- Não me sinto com energia para nada.

16. Alterações no Padrão de Sono

- Não notei qualquer mudança no meu sono.
- Durmo um pouco mais que o habitual.
- Durmo um pouco menos que o habitual.
- Durmo muito mais que o habitual.
- Durmo muito menos que o habitual.
- Durmo a maior parte do tempo durante o dia.
- Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal.
- Estou mais irritável do que o habitual.
- Estou muito mais irritável que o normal.
- Estou irritável o tempo todo.

18. Alterações no Apetite

- Não notei qualquer alteração no meu apetite.
- Tenho um pouco menos de apetite que o habitual.
- Tenho um pouco mais de apetite que o habitual.
- O meu apetite é muito menor que o normal.
- O meu apetite é muito maior que o normal.
- Perdi por completo o apetite.
- Anseio por comida o tempo todo.

19. Dificuldades de Concentração

- Concentro-me tão bem como antes.
- Não me consigo concentrar tão bem como antes.
- É difícil pensar em qualquer coisa por muito tempo.
- Acho que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- Não me sinto mais cansado que o habitual.
- Canso-me mais facilmente que o costume.
- Estou demasiado cansado para fazer uma série de coisas que costumava fazer.
- Estou demasiado cansado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse Sexual

- Não notei qualquer alteração no meu interesse sexual.
- Sinto-me menos interessado sexualmente que o habitual.
- Sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
- Perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.

TAS - 20

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ DATA: ____ / ____ / ____
 ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

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

Use a seguinte chave: 1. Discordo totalmente 2. Discordo em parte 3. Nem discordo nem concordo 4. Concordo em parte 5. Concordo totalmente	Pontuação Total: _____ F1-DIS: _____ F2-DDS: _____ F3-POE: _____
---	---

	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.

**ENTREVISTA
CLÍNICA
ESTRUTURADA
PARA AS
PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV**

SCID - II

**Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.
Lorna Smith Benjamin, Ph. D.**

**Versão Portuguesa Autorizada:
José Pinto Gouveia
Ana Paula Matos
Daniel Rijo
Paula Castilho
Maria do Céu Salvador**

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA AS PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV

SCID-II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Versão portuguesa autorizada:

José Pinto Gouveia, Ana Paula Matos, Daniel Rijo, Paula Castilho, Maria do Céu Salvador

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

Estudo: _____	Estudo N°.: _____	1
Sujeito: _____	BI N°.: _____	2
Entrevistador: _____	Entrevistador N°.: _____	3
Data da entrevista: _____		4
	Ano Mês Dia	
Fontes de informação:	ρ Sujeito	5
(assinalar as utilizadas)	ρ Família/amigos/colegas	6
	ρ Profissionais de saúde/processo hospitalar/relatório	7
	ρ Questionário de Personalidade da SCID-II	8

Editado e verificado por: _____ Data: _____

FOLHA DE COTAÇÃO SUMÁRIA

Qualidade geral e quantidade de informação:

1 = pobre, 2 = satisfatória, 3 = boa, 4 = excelente

9

Duração da entrevista (minutos) ___ ___ ___

10

Perturbação da Personalidade

Número de Itens cotados com "3"

(As caixas indicam o limiar necessário para o diagnóstico)

01 Evitante (pp. 3-5)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
02 Dependente (pp. 6-8)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
03 Obsessivo-Compulsiva (pp. 9-11)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
04 Passivo-Agressiva (pp. 12-13)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
05 Depressiva (pp. 14-15)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
06 Paranóide (pp. 16-17)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
07 Esquizotípica (pp. 18-21)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
08 Esquizóide (pp. 22-23)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18
09 Histriónica (pp. 24-25)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
10 Narcísica (pp. 26-29)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
11 Estado-Limite (pp. 30-33)	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
12 Anti-Social (pp. 34-41)	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
13 Sem Outra Especificação (SOE) (p.42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DO EIXO II (i.e., a Perturbação da Personalidade que é — ou deveria ser — o principal foco de atenção clínica).

Registe o número de código aqui (coluna à esquerda dos diagnósticos): ___ ___

24

Nota: Registe 99 se não existir Perturbação da Personalidade.

7. Referências Bibliográficas

- Atkinson, B., Lipton, D., Baughman, H., Schermer, J., Harris, J., & Vernon, P. (2015). How Do Emotional Restrictions Affect the Use of Humor? A Behavior Genetic Analysis of Alexithymia and Humor Styles. *Twin Research And Human Genetics*, 18(02), 138-141. <http://dx.doi.org/10.1017/thg.2014.89>
- Bagby, R., Quilty, L., Taylor, G., Grabe, H., Luminet, O., & Verissimo, R. et al. (2009). Are there subtypes of alexithymia?. *Personality And Individual Differences*, 47(5), 413-418. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.012>
- Bagby, R., Parker, J., & Taylor, G. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal Of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R., Taylor, G., & Parker, J. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal Of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
- Balta, G. T., Karachalios, T., Tsikrikas, T., & Angelopoulos, N. V. Are Alexithymia, Depression and Hostility Related?. (2016). *International Journal of New Technology and Research*, 2(2), 67-70.
- Bamonti, P., Heisel, M., Topciu, R., Franus, N., Talbot, N., & Duberstein, P. (2010). Association of Alexithymia and Depression Symptom Severity in Adults Aged 50 Years and Older. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 51-56. <http://dx.doi.org/10.1097/jgp.0b013e3181bd1bfe>
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. Beck Depression Inventory – Manual (2nd Ed). San Antonio, The Psychological Corporation, 1996.
- Bilotta, E., Giacomantonio, M., Leone, L., Mancini, F., & Coriale, G. (2015). Being alexithymic: Necessity or convenience. Negative emotionality × avoidant coping interactions and alexithymia. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 89(3), 261-275. <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12079>
- Bockting, C., Hollon, S., Jarrett, R., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.003>
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2015). The prevalence of personality disorders in portuguese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment. *Análise Psicológica*, 33(3), 279-290. <https://dx.doi.org/10.14417/ap.975>
- Cameron, K., Ogradniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in Alexithymia Following Psychological Intervention. *Harvard Review Of Psychiatry*, 22(3), 162-178. <http://dx.doi.org/10.1097/hrp.0000000000000036>
- Campos, R., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *European Journal Of Psychological Assessment*, 27(4), 258-264. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>
- Celikel, F., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B., & Cloninger, C. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 64-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.02.004>
- Chen, J., Xu, T., Jing, J., & Chan, R. (2011). Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 11(1). <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-11-33>
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17(4), 222-226. [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00663-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00663-6)

Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Lysaker, P., d'Angerio, S., & Conti, M. et al. (2013). Differences Between Axes Depend on Where You Set the Bar: Associations Among Symptoms, Interpersonal Relationship and Alexithymia With Number of Personality Disorder Criteria. *Journal Of Personality Disorders*, 27(3), 371-382. http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2012_26_043

American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.

Ertekin, E., Koyuncu, A., Ertekin, B., & Ozyildirim, I. (2015). Alexithymia in social anxiety disorder: is there a specific relationship or is it a feature of comorbid major depression?. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 16(2), 130-132. <http://dx.doi.org/10.5455/apd.153110>

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders, (SCID-I/P). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc. [portuguese version by Pinto Gouveia, J., Matos, A.P., Rijo, D., Castilho, P., & Salvador, M. C., 1999].

Freyberger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 28(1-4), 337-345. <http://dx.doi.org/10.1159/000287080>

Friborg, O., Martinsen, E., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K., & Rosenvinge, J. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal Of Affective Disorders*, 152-154, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>

Goerlich-Dobre, K., Bruce, L., Martens, S., Aleman, A., & Hooker, C. (2014). Distinct associations of insula and cingulate volume with the cognitive and affective dimensions of alexithymia. *Neuropsychologia*, 53, 284-292. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2013.12.006>

Goerlich-Dobre, K., Votinov, M., Habel, U., Pripfl, J., & Lamm, C. (2015). Neuroanatomical profiles of alexithymia dimensions and subtypes. *Human Brain Mapping*, 36(10), 3805-3818. <http://dx.doi.org/10.1002/hbm.22879>

Grabe, H., Spitzer, C., & Freyberger, H. (2004). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *American Journal Of Psychiatry*, 161(7), 1299-1301. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1299>

Grabe, H., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., & Franke, G. et al. (2008). Alexithymia and Outcome in Psychotherapy. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 77(3), 189-194. <http://dx.doi.org/10.1159/000119739>

Grilo, C., Stout, R., Markowitz, J., Sanislow, C., Ansell, E., & Skodol, A. et al. (2010). Personality Disorders Predict Relapse After Remission From an Episode of Major Depressive Disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1629-1635. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.08m04200gre>

Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality And Individual Differences*, 49(8), 845-850. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>

Günther, V., Rufer, M., Kersting, A., & Suslow, T. (2016). Predicting symptoms in major depression after inpatient treatment: the role of alexithymia. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 70(5), 392-398. <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2016.1146796>

Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and Depressive Symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression And Anxiety*, 32(7), 461-470. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22376>

Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x>

Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality And Individual Differences*, 50(4), 451-456. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.004>

Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R., & Joukamaa, M. et al. (2017). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *Journal Of Psychosomatic Research*, 95, 81-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.007>

Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 234-239. <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.23147>

Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Bermpohl, F., & Singer, T. (2016). Empathy in depression: Egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal Of Affective Disorders*, 199, 23-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.007>

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000a). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal Of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(99\)00083-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(99)00083-5)

Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000b). Is Alexithymia a Permanent Feature in Depressed Patients?. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 69(6), 303-308. <http://dx.doi.org/10.1159/000012412>

Honkalampi, K., Hintikka, J., Antikainen, R., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001a). Alexithymia in Patients with Major Depressive Disorder and Comorbid Cluster C Personality Disorders: A 6-Month Follow-Up Study. *Journal Of Personality Disorders*, 15(3), 245-254. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.15.3.245.19211>

Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., & Viinamäki, J. (2001b). Alexithymia and Depression: A Prospective Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.3.229>

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2004). Relationships Among Alexithymia, Adverse Childhood Experiences, Sociodemographic Variables, and Actual Mood Disorder: A 2-Year Clinical Follow-Up Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 45(3), 197-204. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.45.3.197>

Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2007). Long-Term Alexithymic Features Indicate Poor Recovery from Depression and Psychopathology. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 76(5), 312-314. <http://dx.doi.org/10.1159/000104709>

Honkalampi, K., Lehto, S., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Niskanen, L., Valkonen-Korhonen, M., & Viinamäki, H. (2011). Alexithymia and Tissue Inflammation. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 80(6), 359-364. <http://dx.doi.org/10.1159/000327583>

Honkalampi, K., Viinamäki, H., Niskanen, L., Koivumaa-Honkanen, H., Valkonen-Korhonen, M., & Elomaa, A. et al. (2014). Reduced Serum Adiponectin Levels in Alexithymia. *Neuroimmunomodulation*, 21(5), 234-239. <http://dx.doi.org/10.1159/000357051>

IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Izci, F., Zincir, S., Zincir, S., Bilici, R., Gica, S., & Koç, M. et al. (2015). Suicide attempt, suicidal ideation and hopelessness levels in major depressive patients with and without alexithymia. *Dusunen Adam: The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences*, 28(1), 27-33. <http://dx.doi.org/10.5350/dajpn2015280103>

Jørgensen, M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and Environmental Factors in Alexithymia: A Population-Based Study of 8,785 Danish Twin Pairs. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 76(6), 369-375. <http://dx.doi.org/10.1159/000107565>

- Joukamaa, M., Karlsson, H., Sohlman, B., & Lehtinen, V. (1996). Alexithymia and Psychological Distress among Frequent Attendance Patients in Health Care. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 65(4), 199-202. <http://dx.doi.org/10.1159/000289075>
- Joukamaa, M., Kokkonen, P., Veijola, J., Läksy, K., Karvonen, J., Jokelainen, J., & Järvelin, M. (2003). Social Situation of Expectant Mothers and Alexithymia 31 Years Later in Their Offspring: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 307-312. <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000030389.53353.bc>
- Joyce, A., Fujiwara, E., Cristall, M., Ruddy, C., & Ogrodniczuk, J. (2013). Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research*, 23(6), 690-704. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.803628>
- Karukivi, M. & Saarijärvi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World Journal Of Psychiatry*, 4(4), 91-102. <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.91>
- Kessler, R., & Bromet, E. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review Of Public Health*, 34(1), 119-138. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kim, J., Lee, S., Rim, H., Kim, H., Bae, G., & Chang, S. (2008). The Relationship between Alexithymia and General Symptoms of Patients with Depressive Disorders. *Psychiatry Investigation*, 5(3), 179--185. <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2008.5.3.179>
- Klein, D., Kotov, R., & Bufferd, S. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 7(1), 269-295. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540>
- Klein, D. N., Bufferd, S. J., Ro, E. & Clark, L. A. 2014. Depression and Comorbidity: Personality Disorder. In: Richards, C. S., & O'Hara, M. W. (Eds.), *The Oxford handbook of depression and comorbidity* (pp. 200-217). New York: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199797004.013.001>
- Kooiman, C., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. (2002). The assessment of alexithymia: A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of psychosomatic research*, 53(6), 1083-1089. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00348-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00348-3)
- Krystal H. (1983). Psychotherapy with Alexithymic Patients. In: Krakowski A.J.& Kimball C.P. (Eds), *Psychosomatic Medicine* (pp. 689-696). Boston, M.A.: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4496-4_75
- Krystal, H., & Krystal, J. H. (1988). *Integration and self healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126-150. <http://dx.doi.org/10.1080/07351699709534116>
- Krystal, H. (1998). Affect regulation and narcissism: Trauma, alexithymia, and psychosomatic illness in narcissistic patients. In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 299-325). Arlington, V.A.: American Psychiatric Association.
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015652>
- Leweke, F., Bausch, S., Leichsenring, F., Walter, B., & Stingl, M. (2009). Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 19(3), 323-331. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300902870554>
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is Alexithymia Associated with Specific Mental Disorders?. *Psychopathology*, 45(1), 22-28. <http://dx.doi.org/10.1159/000325170>

- Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.006>
- Loas, G., Dhee-Perot, P., Chaperot, C., Fremaux, D., Gayant, C., & Boyer, P. (1998). Anhedonia, Alexithymia and Locus of Control in Unipolar Major Depressive Disorders. *Psychopathology*, 31(4), 206-212. <http://dx.doi.org/10.1159/000029041>
- Loas, G., & Cormier, J. (2008). Alexithymie et personnalité dépendante: étude de la stabilité de l'association sur une période de trois mois dans un groupe de 184 sujets. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(5), 361-365. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.03.021>
- Loas, G., & Cormier, J. (2009). Personnalité dépendante et alexithymie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(2), 110-114. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.014>
- Loas, G., Baelde, O., & Verrier, A. (2015). Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: A dimensional analysis. *Psychiatry Research*, 225(3), 484-488. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.062>
- Luca, M., Luca, A., & Calandra, C. (2013). Psychomotor retardation and externally oriented thinking in major depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 759–766. <http://doi.org/10.2147/NDT.S44650>
- Luminet, O., Bagby, R., & Taylor, G. (2001). An Evaluation of the Absolute and Relative Stability of Alexithymia in Patients with Major Depression. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 70(5), 254-260. <http://dx.doi.org/10.1159/000056263>
- Lumley, M., & Norman, S. (1996). Alexithymia and Health Care Utilization. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 197-202. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199605000-00001>
- Lumley, M., Neely, L., & Burger, A. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal Of Personality Assessment*, 89(3), 230-246. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701629698>
- Lumley, M., Beyer, J. & Radcliffe, A. (2008). Alexithymia and physical health problems: A critique of potential pathways and a research agenda. In: Vingerhoets A, Nyklicek I, Denollet J, (Eds). *Emotion regulation: Conceptual and clinical issues* (pp. 43–68). New York: Springer.
- Lysaker, P., Olesek, K., Buck, K., Leonhardt, B., Vohs, J., & Ringer, J. et al. (2014). Metacognitive mastery moderates the relationship of alexithymia with cluster C personality disorder traits in adults with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 39(3), 558-561. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.007>
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. *Journal Of Psychosomatic Research*, 49(1), 43-49. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(00\)00084-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(00)00084-2)
- Marchesi, C., Bertoni, S., Cantoni, A., & Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*, 38(12), 1717-1722. <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291708003073>
- Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 972-978. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.008>
- Marchesi, C., Ossola, P., Scagnelli, F., Mellini, L., Tonna, M., Ardissino, D., & De Panfilis, C. (2015). The role of alexithymia in predicting incident depression in patients at first acute coronary syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 86-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.013>

- Martins, A.Q. (2000). As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/10115>
- Martins, A.Q.; Coelho, R.M.; Ramos, E. & Barros, H. Administração do BDI-II a Adolescentes Portugueses: Resultados Preliminares. (2000). *Revista Portuguesa Psicossomática*, 2 (1), 123-132.
- Martins, C.. 2011. *Manual de Análise de Dados com Recurso ao IBM SPSS*. ed. 0. Braga: Psiquilíbrios.
- Mattila, A., Salminen, J., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal Of Psychosomatic Research*, 61(5), 629-635. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>
- Mattila, A., Keefer, K., Taylor, G., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J., & Bagby, R. (2010). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. *Personality And Individual Differences*, 49(3), 216-221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.038>
- McCallum, M., Piper, W., Ogrodniczuk, J., & Joyce, A. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 76(2), 133-144. <http://dx.doi.org/10.1348/147608303765951177>
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 38(1-4), 81-90. <http://dx.doi.org/10.1159/000287617>
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: W.W. Norton & Company.
- McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2017). Prevalence and Demographic Correlates of Alexithymia: A Comparison Between Australian Psychiatric and Community Samples. *Journal Of Clinical Psychology*, 73(1), 76-87. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22314>
- Messina, A., Beadle, J. N., & Paradiso, S. (2014). Towards a classification of alexithymia: Primary secondary and organic. *Journal of Psychopathology / Giornale di Psicopatologia*, 20(1), 38-49. Recuperado de www.jpsychopathol.it/issues/2014/vol20-1/08-Messina.pdf
- Mori, E., Drago, A., De Ronchi, D., & Serretti, A. (2015). Alexithymia and personality in patients with anxiety disorders and major depression: effects on treatment outcome. *Journal of Psychopathology*, 21(1), 53-61. Recuperado de www.jpsychopathol.it/issues/2015/vol21-1/08Mori-ABS.html
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Biopsychosocial Medicine*, 1(1), 7. <http://dx.doi.org/10.1186/1751-0759-1-7>
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P., Dimaggio, G., Conti, L., & D'Angerio, S. et al. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 190(1), 37-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.046>
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P., Dimaggio, G., Conti, L., & D'Angerio, S. et al. (2012). Dependent personality disorders unlike avoidant personality disorders are not related to alexithymia after controlling for depression: A reply to Loas. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 327-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.02.027>
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2004). Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 150-161.

Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., & Abbass, A. (2009). Alexithymia and Treatment Preferences among Psychiatric Outpatients. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 78(6), 383-384. <http://dx.doi.org/10.1159/000235981>

Ogrodniczuk, J., Piper, W., & Joyce, A. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026>

Ogrodniczuk, J., Sochting, I., Piper, W., & Joyce, A. (2012). A naturalistic study of alexithymia among psychiatric outpatients treated in an integrated group therapy program. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 85(3), 278-291. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02032.x>

Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2013). Change in Alexithymia in Two Dynamically Informed Individual Psychotherapies. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 82(1), 61-63. <http://dx.doi.org/10.1159/000341180>

Organização Mundial De Saúde. CID-10: Classificação Internacional de Doenças. São Paulo: EDUSP, 1994, 1ª Ed.

Özsahin, A., Uzun, Ö., Cansever, A., & Gulcat, Z. (2003). The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression. *Depression And Anxiety*, 18(2), 62-66. <http://dx.doi.org/10.1002/da.10117>

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K., Sy, J., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 206-216. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.006>

De Panfilis, C., Salvatore, P., Marchesi, C., Cazzolla, R., Tonna, M., & Maggini, C. (2008). Parental Bonding and Personality Disorder: The Mediating Role of Alexithymia. *Journal Of Personality Disorders*, 22(5), 496-508. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.496>

De Panfilis, C., Ossola, P., Tonna, M., Catania, L., & Marchesi, C. (2015). Finding words for feelings: The relationship between personality disorders and alexithymia. *Personality And Individual Differences*, 74, 285-291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.050>

Parker, J., Bagby, R., & Taylor, G. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs?. *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 387-394. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-440x\(91\)90015-5](http://dx.doi.org/10.1016/0010-440x(91)90015-5)

Parker, J., Keefer, K., Taylor, G., & Bagby, R. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385-396. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014262>

Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal Of Psychosomatic Research*, 71(4), 256-263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.02.016>

Prazeres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109-121.

Prazeres, N., Parker, D. A., & Taylor G, J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 9(1), 9-21.

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. II, 2ª Ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

- Probst, T., Sattel, H., Henningsen, P., Gündel, H., & Lahmann, C. (2017). Alexithymia as a Moderator of Treatment Outcomes in a Randomized Controlled Trial on Brief Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy for Patients with Multisomatoform Disorder. *Psychotherapy And Psychosomatics*, *86*(1), 57-59. <http://dx.doi.org/10.1159/000448287>
- Quilty, L., Taylor, G., McBride, C., & Bagby, R. (2017). Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, *254*, 75-79. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.047>
- Ready, R., Mather, M., Santorelli, G., & Santospago, B. (2016). Apathy, alexithymia, and depressive symptoms: Points of convergence and divergence. *Psychiatry Research*, *244*, 306-311. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.046>
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality And Individual Differences*, *43*(1), 119-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.013>
- van Rijsbergen, G., Kok, G., Elgersma, H., Hollon, S., & Bockting, C. (2015). Personality and cognitive vulnerability in remitted recurrently depressed patients. *Journal Of Affective Disorders*, *173*, 97-104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.042>
- Rutten, E., Bachrach, N., van Balkom, A., Braeken, J., Ouwens, M., & Bekker, M. (2015). Anxiety, depression and autonomy-connectedness: The mediating role of alexithymia and assertiveness. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, *89*(4), 385-401. <http://dx.doi.org/10.1111/papt.12083>
- Saarijärvi, S., Salminen, J., & Toikka, T. (2001). Alexithymia and depression. *Journal Of Psychosomatic Research*, *51*(6), 729-733. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00257-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00257-4)
- Saarijärvi, S., Salminen, J., & Toikka, T. (2006). Temporal Stability of Alexithymia Over a Five-Year Period in Outpatients with Major Depression. *Psychotherapy And Psychosomatics*, *75*(2), 107-112. <http://dx.doi.org/10.1159/000090895>
- Di Schiena, R., Luminet, O., & Philippot, P. (2011). Adaptive and maladaptive rumination in alexithymia and their relation with depressive symptoms. *Personality And Individual Differences*, *50*(1), 10-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.037>
- da Silva, A., Vasco, A., & Watson, J. (2016). Alexithymia and Emotional Processing: A Mediation Model. *Journal Of Clinical Psychology*, *73*(9), 1196-1205. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22422>
- Skodol, A., Grilo, C., Keyes, K., Geier, T., Grant, B., & Hasin, D. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *American Journal Of Psychiatry*, *168*(3), 257-264. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050695>
- Steer, R. Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A. (1999). Dimensions of the Beck depression inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal Of Clinical Psychology*, *55*(1), 117-128. [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199901\)55:1](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199901)55:1)
- Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F., & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal Of Psychosomatic Research*, *65*(2), 173-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.01.010>
- Tacon, A. (2001). Alexithymia: A challenge for mental health nursing practice. *Australian And New Zealand Journal Of Mental Health Nursing*, *10*(4), 229-235. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2001.00215.x>
- Taylor, G., & Bagby, R. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy And Psychosomatics*, *73*(2), 68-77. <http://dx.doi.org/10.1159/000075537>

- Taylor, G., & Bagby, R. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research. *Journal Of The American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99-133. <http://dx.doi.org/10.1177/0003065112474066>
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1999). *Disorders of affect regulation*. Cambridge [u.a.]: Cambridge University Press.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (2016). What's in the name 'alexithymia'? A commentary on "Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy.". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 1006-1020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.025>
- Terock, J., Janowitz, D., Spitzer, C., Miertsch, M., Freyberger, H., & Grabe, H. (2015). Alexithymia and self-directedness as predictors of psychopathology and psychotherapeutic treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 34-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.007>
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., & Polusny, M. (2011). Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology Of Violence*, 1(2), 121-135. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022469>
- Thorberg, F., Young, R., Sullivan, K., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3), 187-193. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.09.010>
- Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S., Hintikka, J., Honkalampi, K., & Kauhanen, J. (2011). Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 52(5), 536-541. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.007>
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182-189. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000300006>
- Vanheule, S., Desmet, M., Verhaeghe, P., & Bogaerts, S. (2007a). Alexithymic Depression: Evidence for a Depression Subtype?. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 76(5), 315-316. <http://dx.doi.org/10.1159/000104710>
- Vanheule, S., Desmet, M., Rosseel, Y., Verhaeghe, P., & Meganck, R. (2007b). Relationship Patterns in Alexithymia: A Study Using the Core Conflictual Relationship Theme Method. *Psychopathology*, 40(1), 14-21. <http://dx.doi.org/10.1159/000096385>
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007c). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal Of Clinical Psychology*, 63(1), 109-117. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20324>
- Vanheule, S., Verhaeghe, P., & Desmet, M. (2011). In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 84(1), 84-97. <http://dx.doi.org/10.1348/147608310x520139>
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Boonyanaruthee, V., Pinyopornpanish, M., & Intaprasert, S. (2015). The influence of comorbid personality disorders on recovery from depression. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 11, 725-732. <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s80636>