

AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA EM USUÁRIOS DE DROGAS:  
EM CENTRO DE TRATAMENTO NA CIDADE DO RIO DE  
JANEIRO

*Nelson Caldas*

**Orientador: Francisco Inácio Bastos**

**Co-orientador: Roberto Airthon Marques Piedade**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz  
– ENSP/FIOCRUZ – como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Rio de Janeiro  
Setembro de 1999

Caldas, Nelson do Rosário

Avaliação da alexitimia em usuários de drogas em Centro de Tratamento na Cidade do Rio de Janeiro/  
Nelson do Rosário Caldas. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

xiv 117f

- 1 - Alexitimia
- 2 - Usuários de drogas internados
- 3 - TAS-20
- 4 - Avaliação psicométrica
- 5 - DAST-28
- 6 - AUDIT

I. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. II Título.



## Dedicatória

Aos internos entrevistados, que tão gentilmente concordaram em participar do protocolo desta pesquisa e pacientemente responderam as entrevistas e questionários.

Espero que, de alguma forma, os resultados desta investigação possam recompensá-los, servindo de contribuição para o alívio de seus padecimentos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio financeiro (sob a forma de bolsa) e pelo fornecimento de recursos técnico-científicos e materiais sem os quais essa pesquisa não teria sido possível.

Minha gratidão à Escola Nacional de Saúde Pública, exemplo de instituição de ensino e pesquisa, onde nos sentimos livres para pensar e ao mesmo tempo aprendemos a disciplina na utilização da metodologia, fundamentais para as atividades científicas. Não poderia deixar de particularizar o empenho de alguns mestres: Dra. Rosalina Koiffmam e Dra. Gina Torres, da disciplina de Conceitos Básicos de Epidemiologia; Dr. Anastácio Morgado, da disciplina de Epidemiologia Psiquiátrica e Dra. Maria do Carmo Leal, pelo apoio e incentivo enquanto coordenadora do mestrado.

À equipe do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos, em especial Deise, pela compreensão e cordialidade no trabalho de campo.

À equipe da Unidade para Tratamento para Alcoolistas do Hospital Phillippe Pinel, especialmente Dra. Verônica e Luciana, pela colaboração fundamental no estudo-piloto.

Ao Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade, pelo apoio e disponibilidade inicial.

À equipe da Unidade de Dependência de Drogas (UDED), especialmente à Dra. Maria Lúcia O. S. Formigoni, pela cordialidade e possibilidade de intercâmbio nas fases preliminares deste estudo.

À equipe do Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do Hospital Clementino Fraga Filho, da UFRJ, pelo incentivo e liberação de carga horária.

À Sandra Fortes, exemplo de profissional e colega, que me iniciou no tema da alexitimia e que generosamente forneceu-nos os dados de sua dissertação para reanálise.

Aos meus orientadores: Dr. Francisco Inácio Bastos, pela valorosa presença e estímulos constantes, e Prof. Dr. Roberto Airthon Piedade, por sua inestimável contribuição nas análises psicométricas.

Aos meus interlocutores: Anna Simões, Fernando Telles, Elvira Maciel, Harry Roitmam, pelas sugestões e críticas recebidas ao longo da elaboração desta dissertação.

Aos meus amigos: Luiz Carlos Marques, Carlos Leal, Carlos Henrique Cardoso, Riva Fontes e Angeli Martins, Edmé Brandi de Mello e Jefferson Melges, pelo carinho de sempre.

Aos meus queridos pais e familiares, especialmente minha tia Salomé, pelo apoio incondicional.

Aos meus colegas do Mestrado, companheiros de caminhada, pessoas muito especiais que ainda acreditam num Brasil melhor.

## RESUMO

A dissertação examina a hipótese de que existam alterações nos padrões de comunicação e expressão afetiva em determinados grupos populacionais, como os pacientes “somatizadores” e os usuários habituais de drogas. Tais alterações, descritas inicialmente por Sifneos sob a denominação de alexitimia, estariam associadas a uma resistência às práticas psicoterápicas tradicionais e a um pior prognóstico caso estas técnicas sejam utilizadas. O autor, através de revisão da literatura, discute o conceito de alexitimia, sua eventual utilização na compreensão da gênese e evolução dos quadros de abuso/dependência de substâncias psicoativas e as perspectivas de sua avaliação sistemática e mensuração.

A partir de dois estudos-piloto e pesquisa de campo com amostras de dependentes de drogas e álcool, internados em Centros de Tratamento, foram avaliadas a aplicabilidade, a confiabilidade e a capacidade psicométrica do *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20) –, instrumento internacionalmente utilizado para a avaliação da alexitimia, validado em nosso meio em amostra de universitários. O estudo utilizou também: entrevista breve estruturada (seguindo critérios da DSM-IV) e instrumentos para a avaliação da gravidade da dependência a drogas – o *Drug Abuse Scale Teste 28* (DAST) e álcool – *The Alcohol Use Identification Test (AUDIT)*. Estes instrumentos demonstraram boa aplicabilidade e confiabilidade quanto ao diagnóstico das formas graves de abuso.

Através de análise de componentes principais do TAS-20 (tendo como população de referência a supracitada de universitários), seis itens do TAS-20 foram retidos. Foi possível assim aperfeiçoar a capacidade psicométrica do TAS-20 quanto à análise de itens, com melhor discriminação dos três fatores constitutivos da alexitimia. Procedeu-se, então, ao cálculo de “ponte de corte”, (re)estimando-se a prevalência da alexitimia naquela população. As amostras de dependentes de drogas e álcool estudadas demonstraram valores superiores nos escores globais médios e maior prevalência da alexitimia em relação aos universitários. Os resultados da pesquisa de campo com internos do CREDEQ demonstram, apesar da boa confiabilidade global do TAS-20, capacidade restrita de discriminação entre os fatores constitutivos do construto da alexitimia, diferentemente da amostra de universitários.

Novas análises são necessárias para refinar a capacidade psicométrica do TAS-20, permitindo a adequada discriminação entre usuários de drogas alexitímicos e não-alexitímicos, assim como a reavaliação da elevada prevalência da alexitimia nesta população. Os resultados falam a favor da utilização preliminar do TAS-20 na triagem de usuários habituais de drogas, a serem submetidos a modalidades diversas de tratamento e prevenção.

## ABSTRACT

The dissertation address the hypothesis of alterations in the communication and affective expression patterns of specific populations, including “psychosomatic” patients and drug misusers. Such alterations, first described by Sifneos under the concept of alexythimia, are putatively associated with a greater difficulty to adhere to traditional psychotherapeutic techniques and with a poor prognosis. The author, after a revision of the available literature, discusses the concept of alexythimia, highlighting the uses of such concept toward a better understanding of the genesis and evolution of misuse/dependence of psychoactive drugs, either illicit or licit. He discusses also the prospects of a comprehensive empirical evaluation of alexythimia, using quantitative methods.

Data come from two pilot studies and a convenience sample, all of them recruited among drug and/or alcohol misusers, inpatients of drug/alcohol treatment centers. The applicability, reliability and psychometric capacity of the *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20) – scale most cited in the literature – were (re)assessed, comprising a re-evaluation of a former validation study, carried out among college students. The study protocol comprises also: a brief interview schedule (using DSM-IV criteria), and two additional scales aiming the evaluation of drug misuse/dependence – *Drug Abuse Scale Teste 28* (DAST) and alcohol misuse/dependence – *The Alcohol Use Identification Test (AUDIT)*. Both scales shown to be reliable in the assessment of serious forms of drug and alcohol misuse.

A principal component analysis of TAS-20 was carried out (taking as the reference population the aforementioned college students sample), leading to the suppression of six items. Through such suppression, the capacity of the scale to discriminate items improved, with a better assessment of the three basic constituents of the alexythimia construct. A redefinition of the cut-off and a reevaluation of the prevalence of alexythimia in the college students sample were accomplished.

The drug and alcohol misusers under evaluation shown higher mean global score values and higher levels of alexythimia vis-à-vis the college students. Despite a good global reliability of TAS-20 among drug/alcohol misusers, these latter presented only a moderate capacity to discriminate among the different constituent factors of alexythimia, differently from what was observed among the college students.

New analyses must further improve the psychometric capacity of TAS-20, making possible a comprehensive discrimination of alexythimic and non-alexythimic drug/alcohol misusers and a reassessment of the high prevalence levels of alexythimia usually found in this population. The preliminary results favor the tentative use of TAS-20 in the screening of

drug/alcohol misusers that will be submitted to different therapeutic procedures and preventive strategies.

## SUMÁRIO

	Pag.
Dedicatória.....	iv
Agradecimentos .....	v
Resumo.....	vii
Abstract .....	viii
Sumário.....	x
Listas de quadros e tabelas.....	xii
Capítulo 1 - Introdução.....	15
Capítulo 2 - O abuso de drogas como resposta afetiva.....	22
Capítulo 3 - O construto da alexitimia.....	31
Capítulo 4 - Alexitimia e investigação empírica.....	50
4.1 - Alexitimia e o TAS-20.....	52
4.2 - Alexitimia em usuários de drogas.....	54
Capítulo 5 - Pacientes e métodos.....	59
Capítulo 6 - Resultados.....	62
6.1 - Dados sócio-demográficos.....	62
6.2 - Tempo de internação, drogas de preferência e formas de utilização.....	63
6.3 - Avaliação diagnóstica de dependência de drogas e álcool de acordo com os critérios da DSM IV.....	65
6.4 - Avaliação da capacidade de discriminação dos instrumentos frente à entrevista psiquiátrica breve estruturada.....	65
6.5 - Avaliação da gravidade da dependência de drogas na amostra de internos a partir do questionário AUDIT.....	65
6.6 - Avaliação da gravidade da dependência de derivados etílicos na amostra de internos a partir do questionário DAST.....	66
6.7 - Avaliação da alexitimia pelo TAS-20.....	67
6.7.1 - Estudo da confiabilidade do TAS-20 em amostra de universitários	67
6.7.2 - Resultados da análise fatorial da variabilidade dos itens do TAS-20 preenchido pela amostra de universitários.....	68
6.7.3 - Estimativa de prevalência de alexitimia na amostra de universitários	73
6.7.4 - Estudos-piloto comparativos da confiabilidade do TAS-20	

e da prevalência de alexitimia entre dependentes de drogas e álcool e da amostra padrão.....	74
6.7.5 - Prevalência de alexitimia em usuários de drogas e álcool no CREDEQ	75
6.7.6 - Variáveis sócio-demográficas e padrão de consumo de álcool e drogas entre alexitímicos e não alexitímicos.....	76
6.7.7 - Análise fatorial dos itens do TAS-20 na amostra do CREDEQ.....	76
Capítulo 7 - Discussão.....	79
Capítulo 8 - Considerações Finais.....	86
Referências Bibliográficas.....	88
ANEXOS.....	98
ANEXO 1	
Trabalhos sobre a avaliação empírica da alexitimia.....	99
ANEXO 2	
Glossário de instrumentos utilizados nos trabalhos empíricos sobre a alexitimia.....	103
ANEXO 3	
Consentimento pós-informação.....	118
ANEXO 4	
Entrevista breve estruturada para abuso e dependência de substâncias.....	120
ANEXO 5	
<i>TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)</i> .....	122
ANEXO 6	
<i>THE ALCOHOL ABUSE SCALE TEST (AUDIT)</i> .....	124
ANEXO 7	
DRUG ABUSE SCALE TEST 28 (DAST).....	126

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

### QUADROS:

Quadro 1 - Estudos teóricos e empíricos sobre a alexitimia.....	37
Quadro 2 - Prevalência de alexitimia em populações específicas.....	38
Quadro 3 - Prevalência da alexitimia em transtornos compulsivos.....	38
Quadro 4 - Estudos sobre a alexitimia em dependentes de álcool e drogas.....	56

### TABELAS:

Tabela 1 - Características sócio-demográficas relativas à faixa etária e sexo, da amostra de internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) - Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	62
Tabela 2 - Características sócio-demográficas relativas à escolaridade e estado civil da amostra de internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) - Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	63
Tabela 3 - Características relativas ao tempo de internação dos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) - Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	63
Tabela 4 - Drogas preferencialmente utilizadas nos últimos seis meses anteriores à internação pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) - Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	64
Tabela 5 - Vias de administração das drogas utilizadas nos últimos seis meses anteriores à internação pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	64
Tabela 6 - Resultados obtidos a partir da soma dos escores no preenchimento do questionário AUDIT pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	66

Tabela 7 - Resultados obtidos a partir da soma dos escores no preenchimento do questionário DAST pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	67
Tabela 8 - Resultados da reanálise da confiabilidade do TAS-20 em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro- Brasil – 1995 (Fortes, 1995).....	68
Tabela 9 - Matriz fatorial com rotação ortogonal (varimax) dos 20 itens do TAS-20 em amostra de 124 universitários brasileiros - Rio de Janeiro - Brasil - 1995 (Fortes, 1995)..	69
Tabela 10 - Resultados da reanálise da confiabilidade do TAS-20 após a retirada de seis itens em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995).....	71
Tabela 11 - Matriz fatorial com rotação ortogonal (varimax) após a retirada de seis itens em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995).	72
Tabela 12 - Resultados da prevalência de alexitimia (com a retirada de seis itens) em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995).....	74
Tabela 13 - Estudo-piloto: diferença entre escore global e prevalência de alexitimia entre amostras de dois diferentes serviços (CREDEQ e UTA – Instituto Phillippe Pinel) – Rio de Janeiro- Brasil – 1998, quando comparados com amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995).....	75
Tabela 14 - Resultados da prevalência de alexitimia mediante a utilização do TAS-20 (com a retirada de seis itens) na amostra de internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	76
Tabela 15 - Matriz fatorial com rotação ortogonal (varimax) dos 14 itens retidos no TAS-20, em internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	77

Tabela 16 - Rotação ortogonal (varimax) dos 14 itens retidos no TAS-20 em matriz bifatorial, em internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez./1998.....	78
--	----

## Capítulo I

### INTRODUÇÃO

O problema do uso abusivo de substâncias psicoativas é relevante, em termos de saúde pública, sob vários aspectos.

Em recente relatório elaborado após encontro de toxicologistas, cientistas forenses e especialistas em controle de drogas de vários países, foi debatido o tema: “Mortes Relacionadas ao Abuso de Drogas”. No evento, organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS / WHO) e realizado em Genebra, as mortes relacionadas às drogas e ao álcool foram consideradas as conseqüências mais trágicas para a saúde, em relação ao abuso de substâncias psicoativas. Os casos fatais relacionados às drogas, de acordo com a Interpol, passaram de 4.000, em 1988, para mais de 15.000, em 1992 (World Health Organization, 1993).

O Comitê recomenda o uso da terminologia “mortes relacionadas ao abuso de drogas” ao invés de “mortes relacionadas às drogas” e “morte por abuso de drogas” por seu caráter mais genérico. Essas situações envolvem seu consumo crônico, a intoxicação aguda e o envenenamento (acidentes fatais, suicídios e homicídios). Esse grupo de especialistas define mortes relacionadas ao abuso de drogas, como as conseqüências fatais do abuso (uso não médico, uso indevido) de substâncias internacionalmente controladas e uso não médico de substâncias com efeitos psicoativos.

A terminologia “intoxicação aguda” é utilizada pelo Comitê indiscriminadamente, não só para um uso supostamente intencional (“*overdose*”) como na utilização excessiva por uso inapropriado (acidental), pela difícil distinção na prática entre as duas modalidades de utilização das drogas. Na Europa, tal modalidade representou a grande maioria (70-90%) das mortes entre usuários de drogas. Para o uso letal de várias drogas simultaneamente, os relatores utilizaram-se da terminologia “poli-substâncias” para denominar a influência de adulterantes e aditivos que teriam ação sinérgica com uma droga principal, aumentando sua potência ou desenvolvendo reações alérgicas graves que ocasionariam as mortes.

Entre as mortes por acidentes, mencionam esses especialistas, são ressaltadas sobretudo aquelas relacionadas ao trânsito, em que os motoristas encontravam-se sob efeito de drogas. Nesta categoria foram incluídos também os homicídios relacionados às drogas, principalmente resultantes das psicoses anfetamínicas. Ainda segundo o relatório, haveria

mortes por envenenamento decorrentes, por exemplo, de ruptura de pacotes contendo drogas trazidos dentro do corpo de indivíduos, principalmente no tráfico de substâncias ilícitas; ingestão de drogas por crianças em ambientes onde familiares são usuários e aquelas por intoxicação crônica, que se dariam pelo uso excessivo e continuado, ocasionando danos tóxicos a determinados órgãos. O Comitê estabelece ainda uma diferenciação entre as mortes por uso crônico abusivo de substâncias, do suicida, que as utiliza apenas para praticar o ato.

Por último, são referidas as doenças relacionadas ao uso de drogas, principalmente as infecciosas, determinadas pela via de transmissão, dentre as quais se destacam a AIDS, as hepatites (B e C) e as endocardites bacterianas. Nos programas de tratamento na Europa e EUA registram-se de 1 a 2% de casos fatais entre usuários de drogas injetáveis.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde publicados na revista *Veja*, estima-se que 10 a 15, em cada grupo de cem pessoas, desenvolvam algum tipo de dependência de substâncias, o que envolveria cerca de 13 milhões de pessoas. (Veja,1999)

Em estudo multicêntrico realizado em três cidades brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre), o alcoolismo foi considerado o maior problema de saúde mental entre os homens, com uma prevalência de 15% nas amostras estudadas (Almeida Filho e col.,1992, *apud* Pinsky & Laranjeira,1998). Entre as internações hospitalares por drogas, o álcool respondeu por 90% deste total, principalmente entre os maiores de 30 anos, no ano de 1994. (Carlini-Cotrim, 1997)

No Estado de São Paulo, dentre os 290 casos de suicídio analisados por exames toxicológicos, 36,2% apresentaram resultados positivos para dosagens de álcool > 0,4g/l. (Cotrim et al., 1998) Estes dados podem estar subestimados, segundo os autores, pelo fato de representarem menos da metade do total de 700 casos de suicídio ocorridos nesse Estado, no ano de 1994.

No Brasil, se considerarmos outro aspecto do uso de drogas, quando por via injetável, principalmente da cocaína, a situação parece dramática. Esta via de administração, desde que utilizada de forma compartilhada, teve sua participação ampliada como categoria de exposição ao vírus da AIDS (HIV) de 2,9% no período de 1984-86, para 25,1% em 1992, entre adultos (maiores de quinze anos). (Bastos et al., 1995) Os autores acrescentam, ainda, que o início dos primeiros sintomas da AIDS ocorre habitualmente na faixa etária situada entre os 30 e 45 anos, onde os indivíduos encontram-se em plena capacidade produtiva. Pelo grande intervalo de tempo entre a infecção e as primeiras manifestações da AIDS, presumem que a infecção tenha ocorrido na adolescência.

Apesar da gravidade do panorama da morbi-mortalidade tanto no Brasil quanto no mundo em relação às drogas, encontramos, paradoxalmente, uma flagrante desinformação e

preconceito generalizado em relação aos usuários de drogas. Tal preocupação foi incluída em recente painel integrado por especialistas na área de drogas realizado em Boston, em 1998. Organizado pela *Join Together*, entidade americana de combate ao uso de drogas e violência armada, o evento discutiu recomendações para Tratamento e Recuperação na Adição. Foi ressaltada na publicação resultante do evento a necessidade do preparo dos médicos e equipes de saúde, no sentido de reconhecerem os problemas dos pacientes usuários de drogas e as dificuldades de intervenção adequada:

*os médicos em serviços de atenção primária, enfermeiras e assistentes sociais estão na linha de frente dos sistemas de saúde. Estão em posição única de reconhecer, diagnosticar e intervir nos casos de uso de drogas – freqüentemente, em condições de atuarem mais precocemente que outros profissionais. (op. cit., p.12)*

Peteet et al. (1998) enfatizam a magnitude da problemática do despreparo das equipes de saúde em lidar com a população de usuários de drogas. Estimam os autores que os EUA percam anualmente cerca de 100.000 vidas relacionadas ao abuso do álcool e outras drogas, com um custo anual aproximado para o governo americano de cerca de 136 bilhões de dólares. Destes, 25% apresentaram critérios diagnósticos definidores de “transtorno por uso de substâncias”, e somente à metade destes casos foram oferecidos intervenções breves, aconselhamento ou referência para serviços de auto-ajuda ou tratamento.

Os participantes do encontro enfatizaram, sobretudo, a necessidade de mudanças na ênfase dada às diferentes políticas relativas à dependência de substâncias, baseadas nas concepções mais recentes a esse respeito. A dependência de substâncias é definida como uma doença a ser tratada a longo prazo: “uma doença crônica, primária e sujeita a recidivas e tratável como tantas outras como a hipertensão, a diabetes ou as artrites”. (*op. cit.*, p. 3) Portanto, dentro desta perspectiva, é compreensível que enquanto alguns usuários permaneçam abstinentes durante algum tempo, outros encontrem dificuldades em evitar a recaída. No referido encontro foi ressaltada a necessidade de entendimento, por parte de toda a sociedade, dessa concepção, para que qualquer serviço de saúde possa se integrar à política atual de drogas, onde o alvo principal consistiria na quebra dos diversos preconceitos em relação aos usuários de drogas.

A *American Psychiatric Association* (APA), em guia prático para tratamento de pacientes com dependência de álcool e drogas (1995), elaborado por especialistas da APA reunidos em Washington, reconhece a dificuldade dos tratamentos clínicos tradicionalmente

oferecidos em alterar favoravelmente, a curto prazo, o prognóstico dos usuários de drogas e álcool, seja na promoção da abstinência como na prevenção da recaída. Chama a atenção para a necessidade do desenvolvimento de ampla rede de apoio social e de favorecimento da promoção do auto-cuidado em saúde. Estabelece como objetivos centrais do tratamento:

*...a noção de tratamento a longo prazo que inclui a redução no uso de drogas dos efeitos do abuso destas substâncias, a abstinência, redução no número de recaídas e a reabilitação. (APA 1995, p. 13)*

O mesmo guia caracteriza os usuários de drogas como portadores de problemas psicológicos graves que afetam seus relacionamentos psicossociais nas escolas, nos ambientes de trabalho, acarretando problemas legais e relativos ao auto-cuidado. Os usuários de drogas apresentam dificuldades psicológicas marcantes que dificultam sua reinserção social. É importante ressaltar a ênfase conferida aos especialistas da APA ao tratamento, seja qual for seu resultado, já que, mesmo que não se consiga uma abstinência completa, a redução na frequência e na gravidade da utilização de drogas ocasionam sempre uma redução nas seqüelas deste consumo. Estabelece, dentro dessas perspectivas, que o tratamento psicológico deve se voltar para os seguintes aspectos: [*“para a melhoria dos relacionamentos interpessoais, seja na redução da impulsividade, desenvolvimento de habilidades sociais e profissionais, e obtenção e manutenção de trabalho, de forma a maximizar as chances dos indivíduos ficarem livres das drogas.”*] (Ibid)

No Ambulatório de Saúde Mental do Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, nosso desafio tem sido justamente o de encontrar parâmetros técnica e eticamente fundamentados para intervenções psicologicamente orientadas, de forma a promover uma melhor qualidade de vida entre os usuários de drogas. Temos como objetivo primordial proporcionar-lhes alívio emocional e auxiliá-los no sentido de uma maior adesão ao tratamento desenvolvido no âmbito de outras especialidades médicas e cirúrgicas. No entanto, as entrevistas e as sessões psicoterápicas individuais ou grupais com usuários de drogas tendem a ser monótonas, pouco participativas e as discussões em grupo pouco elaboradas. Os temas em geral se centram, quase que exclusivamente, em queixas somáticas e sensações difusas de mal-estar. Mesmo entre os pacientes mais assíduos e após longos períodos de abstinência, as queixas permanecem inalteradas e, com frequência, associadas a sintomas de ansiedade, labilidade de humor, irritabilidade, além de dificuldade de concentração e atenção. A evolução no tempo parece alterar pouco tal padrão sintomatológico. Tais manifestações sintomatológicas oscilam tanto na qualidade como na

intensidade das mesmas, o que faz com que seja muitas vezes difícil ministrar psicofármacos específicos ou em posologia regular, por um maior período de tempo. O que nos chama atenção nesses indivíduos, também com relativa frequência, é a premência com que demandam a resolução de seus problemas cotidianos, da mesma forma com que tentam livrar-se de determinado mal-estar, por eles descrito como inominável. À dificuldade de comunicação e expressão de sentimentos, se soma a escassa disponibilidade desses pacientes em permanecer em determinado local ou executar determinada tarefa, por período de tempo mais prolongado. A incapacidade de ouvir e ser ouvido, de refletirem sobre si mesmos ou sobre determinado assunto, assemelha-se às características observadas nos pacientes “somatizadores” • por nós estudados em outro momento, no âmbito da mesma instituição. (Proença et al.,1997)

As semelhanças entre somatizadores e usuários de drogas em seu padrão cognitivo-afetivo vem sendo descritas na literatura há décadas. (Nemiah,1970; Krystal,1968) As características descritas com maior frequência em ambos os grupos de pacientes foram: maior tendência a apresentarem queixas somáticas do que psicológicas; dificuldade em descrever sentimentos e discriminá-los adequadamente; escassa capacidade de elaboração verbal; tendência à não associação entre as queixas apresentadas a eventos traumáticos por eles vivenciados – muitas vezes evidentes para o observador externo – e a “resistência” ♦ psicológica às técnicas psicoterápicas.

Nemiah e Krystal ressaltam o estilo de comunicação peculiar entre somatizadores e usuários de drogas, onde as manifestações somáticas seriam utilizadas com maior frequência do que a linguagem psicológica, acarretando graves problemas nas suas relações interpessoais. Os somatizadores e usuários de drogas, segundo essas observações, teriam maior tendência a buscar alívio de forma não habitual ao lidarem com determinado mal-estar, incapaz de ser traduzido verbalmente ou moderado em sua intensidade afetiva por intervenções psicológicas.

A busca de medicamentos representaria diferentes estratégias de encontrar alívio químico (lícito ou ilícito) para suas aflições e angústias, onde a sobrecarga de tensão

---

• Utilizamos aqui a conceituação atual proposta por Lipowsky (1988) para somatização: levando em conta que os somatizadores, verdadeiramente, experimentam e comunicam primeiramente as queixas somáticas, suas características associadas e não as psicológicas. A definição atual não atribui as queixas somáticas a estresse emocional. É o observador externo que o faz. O autor enfatiza que justamente tais interpretações não aliviam as queixas somáticas e ainda, frequentemente, interferem negativamente na relação médico-paciente.

♦ Tomamos por resistência a definição de Laplanche & Pontalis (1968): “dá-se o nome de resistência a tudo o que, nos atos e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. (p. 595)

emocional poderia ser atenuada e capaz de ser tolerada e melhor elaborada ao nível psicológico.

A dificuldade na comunicação e expressão verbal de afetos explicaria a resistência de ambos os grupos de pacientes na adesão às diversas modalidades terapêuticas oferecidas, inclusive as psicoterápicas? Nos somatizadores atendidos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho propomos, em estudo anterior, metodologia específica para as sessões de psicoterapia de grupo que levasse em conta tais características. (Leal et. al., 1998)

A alexitimia parece hoje perpassar um amplo espectro de diferentes categorias diagnósticas psiquiátricas, além das anteriormente classificadas como afecções psicossomáticas, permitindo o desenvolvimento de linhas de pesquisa comuns com os transtornos alimentares (bulimia e anorexia), o jogo patológico, os transtornos depressivos, os transtornos do pânico, a fobia social e tantas outras, como veremos a seguir. Tais entidades psiquiátricas teriam em comum a dificuldade manifestada pelos pacientes, tanto em expressar (em todos os sentidos, inclusive o verbal) e discriminar sentimentos como em comunicá-los adequadamente. Além disso, o construto da alexitimia, que será abordado com maior profundidade nos próximos capítulos, pode ser avaliado empiricamente pela ampla disponibilidade de instrumentos de avaliação, com adequada confiabilidade. A *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Bagby et. al,1994), por exemplo, vem sendo amplamente utilizado internacionalmente e foi validado em nosso meio. (Fortes, 1995)

A conceituação da alexitimia será objeto do capítulo subsequente. A complexidade do tema “uso de drogas”, exige no entanto que, de início, definamos o campo conceitual mais amplo em que estamos trabalhando. As terminologias relacionadas ao uso de drogas englobam uma complexa gama de situações clínicas e concepções diversas. Como uma primeira aproximação ao campo do uso de substâncias psicoativas, utilizaremos a definição do *Manual Diagnóstico e Estatístico da APA*, em sua quarta versão (*DSM IV*), onde a dependência de substâncias é vista como:

*um grupo de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua a se utilizar da substância apesar dos significativos problemas a ela relacionados. (APA,1994, p.176)*

Destacamos três importantes conceitos contidos na definição proposta pela APA, que apontariam aspectos afetivos envolvidos na gênese do uso abusivo de drogas: a ambivalência (utilização da droga, apesar dos problemas relacionados ao uso da substância); a compulsão (o comportamento de busca ativa e incontrolável da droga) e seu caráter repetitivo (de certa forma ritualístico).

A hipótese a ser estudada com maior detalhe na presente dissertação seria, portanto, a da possível semelhança entre somatizadores e usuários de drogas no que concerne à dificuldade em lidar com afetos e como conceituá-la e, se possível, avaliá-la de forma

sistemática. O objetivo precípua da presente dissertação seria a avaliação empírica dessas dificuldades. Examinar tal relação nos pareceu atraente por vários motivos. O construto da *alexitimia*, conceito oriundo das pesquisas psicossomáticas, vem sendo objeto de amplas investigações científicas na área da utilização de drogas, em vários centros de pesquisa em diversas partes do mundo: Finn et al., 1987; Haviland et al., 1988; Rybakowsky et al., 1988; Taylor et al., 1990; Fukunish et al., 1992; Hendry et al., 1992; Bagby et al., 1994; Bagby et al., 1994; Lumley, 1994; Haviland et al., 1994; Loas et al., 1995; Mann et al., 1995; Lumley & Roby, 1995; Ziótkowski et al., 1995.

## Capítulo II

### O ABUSO DE DROGAS COMO RESPOSTA AFETIVA

O uso de substâncias com atividades sobre o psiquismo, sem finalidades terapêuticas, é descrito pelo senso comum através de certos termos como: ficar “ligado”, “na boa”, “ficar mais animado”, evidenciando a percepção do uso de psicoativos como uma tentativa, bem ou mal sucedida, de encontrar alívio para os sofrimentos cotidianos.

A compreensão dos transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas vem sendo objeto de análise de diferentes referenciais teóricos (psicanálise, neurociências, psicologia do comportamento, sociologia etc.), permitindo o aprofundamento do debate teórico e epistemológico relacionado ao tema. Estas formulações refletem-se tanto na clínica como nas diferentes estratégias preventivas empregadas no campo do abuso de drogas.

Daremos ênfase aqui às concepções que influenciaram a clínica do usuário de drogas\*, apenas como uma opção metodológica, já que consideramos a impossibilidade do estudo do indivíduo usuário de drogas destacado de seu meio e de sua cultura. Além disso, as influências mútuas indivíduo – meio social – droga, por sua importância e complexidade, merecem estudos mais aprofundados e específicos que ultrapassam os limites da presente dissertação.

Podemos considerar as contribuições de Sigmund Freud como uma das que mais influenciaram os conceitos e as práticas no campo das psicoterapias em relação aos usuários de drogas, do presente século.

Apesar de Freud (1989 [1884;1885;1887]) ter escrito importantes trabalhos especificamente relacionados à cocaína, seu interesse neste período, que podemos denominar como pré-psicanalítico, restringiu-se às propriedades farmacológicas desta substância e seu uso terapêutico como anestésico, para alívio dos sintomas na supressão da heroína (em usuários habituais deste produto), no combate ao sono, à fome e à fadiga. Nos trabalhos psicanalíticos subseqüentes, muitos dos conceitos por ele desenvolvidos, ainda que não

---

\* Utilizaremos aqui o termo droga como sinônimo de substâncias psicoativas ilícitas (maconha, cocaína) e ocasionalmente de aquisição lícita, mas uso recreativo/ não terapêutico (por exemplo: bebidas alcoólicas, medicamentos psicotrópicos e solventes orgânicos).

voltados especificamente para o tema, têm sido utilizados na compreensão da questão da dependência de drogas e seu manejo técnico na clínica.

Um conceito que se tornou emblemático para os psicanalistas foi a associação do uso compulsivo das drogas com o ato masturbatório. Em carta a Fliess, Freud (1989 [1897]) considera a masturbação como “o grande hábito, o vício primário” da qual as outras dependências seriam derivadas ou equivalentes.

Freud (1989 [1897]) chama também a atenção para o fato de que a simples supressão do hábito masturbatório ou do consumo da substância narcótica não alcançará êxito terapêutico se o médico não pesquisar a fonte de onde se origina a necessidade imperativa de masturbar-se ou consumir drogas. Tais atos compulsivos foram considerados por Freud, nesta ocasião, como substitutos diretos ou indiretos da satisfação sexual.

Em *Mal Estar na Civilização*, Freud (1989 [1930]) inclui a utilização de drogas como uma das estratégias de sobrevivência em face do sofrimento inerente à vida. Assim como o prazer pela arte e as fantasias, a necessidade de intoxicação constituiria prazer substituto, frente aos obstáculos que se impõem, entre a satisfação de nossos instintos e os limites impostos pela cultura. Enfatiza Freud o efeito químico das drogas como o mais grosseiro e o mais eficaz destes recursos, pelo bloqueio que exercem nas sensações desagradáveis:

*Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também, um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse ‘amortecedor de preocupações’, é possível em qualquer ocasião afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina seu perigo e sua capacidade de causar danos. (p. 69)*

Em vários outros trabalhos, Freud acentua o caráter desinibidor do álcool, alterando os mecanismos de defesas do ego, favorecendo sintomas maníacos e psicóticos.

Nos *Chistes e Sua Relação com o Inconsciente*, Freud (1989 [1905]) aponta para o caráter desinibidor do álcool, dissolvendo as defesas egóicas e as críticas impostas pela censura interna, da mesma forma que nos estados maníacos, tornando o prazer mais acessível:

*uma disposição eufórica, produzida endogenamente ou por via tóxica, reduz as forças inibidoras, entre as quais o senso crítico, permitindo no indivíduo, o*

*retorno de fontes de prazer sobre as quais anteriormente pesava a supressão.*  
(p.149) .

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1989 [1917]) é categórico ao sugerir a relação do alcoolismo com alterações afetivas, já que tal substância favoreceria estados maníacos:

*a embriaguez patológica, que é da mesma classe dos estados afetivos, pode (na medida em que é exaltação) ser explicada da mesma maneira. Aqui, provavelmente, ocorre uma supressão produzida por toxinas que provocam menor dispêndio de energia com a repressão.* (p. 287)

Freud (1989 [1911]) alude ao papel do álcool nos delírios alcoólicos de ciúmes como desinibidor, desfazendo o trabalho da sublimação. A libido sexual é liberada e o alcoolista suspeita de sua própria mulher, de quem experimenta ciúmes em relação a todos os homens, aos quais ele mesmo se sente inconscientemente tentado a amar.

Freud (1989 [1917]) compara as alucinações tóxicas, tais como o delírio provocado pelo álcool, com a psicose de desejo da “amênciã”, onde ocorreria uma reação de perda de algo que a realidade afirma, mas que o ego tende a negar por achá-la insuportável. Portanto, o ego romperia a relação com a realidade, retirando o investimento libidinal das percepções, comprometendo o teste de realidade. O autor sugere:

*as alucinações tóxicas, como, por exemplo, o delírio de ciúmes do alcóolico, devem ser compreendidas de maneira análoga. Aqui, a perda irreparável imposta pela realidade seria precisamente a do álcool. Quando ele é fornecido, cessam as alucinações.* (p. 265)

Nas “Contribuições à Psicologia do Amor”, Freud (1989 [1910]) compara a relação do amante e seu objeto sexual com o alcoolista: “Os grandes amantes do álcool descrevem sua atitude em relação ao vinho como a da mais perfeita harmonia, como um modelo do casamento feliz.” (p.171)

Os autores psicanalíticos que se seguiram, confirmaram, grosso modo, tais concepções na clínica e acrescentaram nuances à hipótese da associação entre conflitos psíquicos (prazer-desprazer; desejo-realidade) e a utilização compulsiva das drogas, bem como das manifestações de sentimentos de culpa subjacentes, onde o indivíduo permaneceria sempre preso a um comportamento descrito como primitivo.

Abraham (1926) enfatizou o caráter desinibidor do álcool favorecendo atividades sexuais, inclusive o que considerava como perversões sexuais, e o favorecimento de atos agressivos cometidos sob embriaguez.

Radó (1933), por sua vez, valorizou o caráter euforizante da droga como forma de conduzir o usuário de um estado de depressão a um estágio de euforia primitivo. A este estado de depressão anterior, sujeito à alteração pelo efeito da droga, o autor denominou “farmacotimia”. Na euforia desencadeada momentaneamente pela droga, o ego readquire seu estado narcísico original, o que se relacionaria com a realização mágica de desejos e com a onipotência. Mas, como tal satisfação seria provisória, o indivíduo procuraria a droga incessantemente.

Glover (1932) focalizou a agressividade e o sadismo como fundamentais na gênese do comportamento aditivo. Mas, ao contrário da maioria dos psicanalistas da época, não privilegiou nos usuários de drogas apenas a fixação oral. Constatou, nos dependentes de drogas que avaliou, um caráter psicologicamente mais polimorfo e uma constelação psicodinâmica peculiar, além de sugerir uma fixação situada entre estágios primitivos da mente (esquizo-paranóide e o estado obsessivo-neurótico, este último mais avançado). A maior contribuição de Glover para o entendimento da psicodinâmica dos usuários de drogas foi perceber a utilização de substâncias psicoativas como uma estratégia defensiva contra a tendência à regressão a estágios psicológicos anteriores, valorizando, portanto, antes os aspectos progressivos do que os regressivos na gênese da dependência de drogas. Sua ênfase na utilização da droga como recurso defensivo contra a regressão, o situa numa posição mais próxima às tendências atuais da psicanálise em relação ao tema.

Fenichel (1945) via o alcoolismo como expressão de mecanismos de defesa mal utilizados, empregados para resolver conflitos neuróticos primitivos, frente a um objeto predominantemente ambivalente em relação ao sujeito.

Para Ballint (1968) o comportamento aditivo representaria uma forma de aliviar o sofrimento decorrente do que denominou “falha básica”, oriunda das condições inadequadas de maternagem, deixando o indivíduo desprovido de instâncias psíquicas que propiciariam seu pleno desenvolvimento psicológico.

Outros autores basearam suas concepções acerca do fenômeno da dependência de drogas nas noções de “ego, id e superego” (Freud, 1989 [1923]). Os conflitos psíquicos anteriormente centrados na oposição desejo-realidade teriam como sede o próprio ego e seriam determinados por fatores genéticos, constitucionais ou secundários à forma com que o indivíduo se insere no meio social (desde condições intrínsecas de maternagem e apoio social até aquelas oriundas da natureza de seus relacionamentos interpessoais). Falhas nesse período

acarretariam problemas na maturidade do ego, comprometendo sua capacidade em lidar adequadamente com os estímulos provenientes da realidade e dos próprios impulsos internos. O próprio Freud (1989 [1920]) reconheceu o ego como um “escudo protetor” contra estímulos externos e contra a instabilidade e o caos de nossa vida emocional interna.

Hartman (1968), dentro dessa linha de raciocínio, trouxe grande contribuição para o entendimento do comportamento aditivo através da sua concepção de função adaptativa do ego. Este teria a função, desenvolvida a partir do aprendizado e do desenvolvimento psicológico, de regular suas relações com o meio e de obter soluções que contemplem, ao mesmo tempo, a realidade externa e as demandas dos sistemas psíquicos, o que o tornaria imprescindível à auto-preservação do homem. As falhas na estrutura egóica, por exemplo, comprometeriam importantes capacidades do indivíduo, adquiridas ao longo do desenvolvimento psicológico, na obtenção de alívio diante de diferentes sobrecargas afetivas.

Autores como Melanie Klein, René Spitz, Heinz Kohut e David Winnicott conferiram grande importância à influência dos estágios precoces do psiquismo sobre o desenvolvimento humano e da constituição dos afetos na estruturação mental. O meio em que a criança se desenvolve e a qualidade de seus primeiros relacionamentos interpessoais, compensariam a imaturidade emocional da criança, até que suas funções psíquicas estivessem desenvolvidas. Problemas ocorridos nesse período comprometeriam importantes funções mentais relacionadas ao equilíbrio emocional. O comportamento compulsivo de busca constante da utilização abusiva de drogas não representaria necessariamente um sintoma, um substituto de algo reprimido, mas a expressão de um mundo interno psicologicamente desordenado.

As contribuições teóricas da psicanálise são bastante extensas e relevantes. O problema de tais abordagens é que elas são limitadas em sua aplicabilidade à clínica dos usuários de drogas. O caráter de inconstância emocional do paciente impede, muitas vezes, a frequência regular do analisando em sessões de maior duração. E pela busca de alívio imediato para seus sintomas, desfavorecem a indicação de tratamento psicanaliticamente orientado nesses casos. A técnica psicanalítica, como sabemos, exige do paciente tolerância à frustração, além de requerer duração relativamente longa no tratamento, para que o indivíduo possa obter algum benefício terapêutico. Na clínica, por uma razão ou outra, constatamos que muitos dos usuários de drogas se mostram praticamente inacessíveis às intervenções psicológicas.

Os frequentes problemas afetivos entre os usuários de drogas vêm chamando a atenção de vários autores, pela constatação das dificuldades que eles encontram diante de suas próprias emoções e de raramente encontrarem elaborações psicológicas satisfatórias para eles mesmos e o ambiente psicossocial em que se encontram.

Recentes formulações psicanalíticas, a partir de pesquisas sobre o desenvolvimento psicológico infantil, reafirmaram a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento das estruturas psíquicas. Mas os afetos<sup>♦</sup>, aqui, teriam uma denominação mais abrangente, englobando o nível mental (psicológico), o biológico e sua expressão comportamental. Alterações somáticas em qualquer parte do organismo poderiam acarretar sobrecargas tensionais e ocasionar desequilíbrio psíquico e maior mobilização afetiva. A incapacidade do indivíduo de suportar tais demandas acarretariam falhas nos mecanismos auto-regulatórios do eu, que englobariam deficiências no auto-cuidado, no desenvolvimento da noção de “si mesmo” e da auto-estima em relação ao meio social.

As drogas, para seus usuários, teriam a finalidade de proporcionar alívio de sobrecargas emocionais, tendendo a ocupar um papel cada vez mais imprescindível em suas vidas, determinando, pelo menos por um período, um equilíbrio afetivo. A estabilidade ambiental, a hospitalização, as comunidades terapêuticas, os ambientes grupais favoráveis, também poderiam funcionar como facilitadores desse equilíbrio, propiciando a abstinência e a reestruturação vital (Gerard & Kornetsky,1955; Weider & Kaplan,1969).

Emde (1983), estudando os afetos primitivos da mente, anteriores à capacidade de representação, estabelece a noção de ‘núcleo afetivo do eu’:

*Por causa da organização biológica do eu, nosso núcleo afetivo garantiria a continuidade de nossas experiências ao longo do desenvolvimento, apesar das inúmeras mudanças que sofreremos; isso também possibilitaria que entendêssemos uns aos outros como seres humanos. (p.165)*

Considerando o núcleo afetivo do eu como um processo em desenvolvimento, Emde estabeleceu três diferentes princípios que determinariam o amadurecimento do mesmo:

- **O princípio da auto-regulação:** baseado em concepção atual que rege os sistemas vivos, onde o desenvolvimento individual manteria uma determinada integridade mesmo em resposta às alterações ambientais e ao longo do desenvolvimento. O desenvolvimento teria um objetivo pré-determinado e o organismo teria múltiplas maneiras de reagir a estímulos para alcançá-lo;

---

<sup>♦</sup> Os afetos podem ser aqui definidos como uma representação não simbólica a partir da vivência corporal experimentada pelo indivíduo gerando informações que podem servir como um mecanismo de regulação central, para os diferentes aspectos do comportamento (Taylor,1993).

- **O princípio da adaptabilidade:** os seres humanos viriam ao mundo pré-adaptados para participar das interações sociais. Nossos organismos nos assegurariam a capacidade para iniciar, manter e finalizar as interações com os outros.
- **O princípio da monitorização afetiva:** as funções psicológicas somente seriam desencadeadas por determinada matriz social em que o indivíduo estivesse inserido. Com isso, os dois princípios da auto-regulação afetiva do eu, anteriormente referidos, só seriam ativados pela interação social;

A partir dessas considerações, Emde sugere que alterações nesses processos comprometeriam a estruturação do núcleo afetivo do indivíduo e, portanto, a capacidade de estabelecer respostas afetivas adequadas, não somente a estímulos afetivos externos (realidade) quanto a internos (corporais).

Para Krystal (1978), a resposta emocional dependeria da capacidade de elaboração afetiva em dois diferentes níveis de desenvolvimento do indivíduo. Ao nível corporal, envolveria a “dessomatização”, onde a dor física, as manifestações de prazer e a saciedade ou qualquer sobrecarga fisiológica de estímulos seriam gradualmente toleradas pelo sujeito (pelas experiências prévias de satisfação, mediadas pela cultura onde o indivíduo está inserido).

O segundo nível de elaboração afetiva se daria na progressiva tradução verbal do mal-estar somático, proporcionando ao indivíduo a capacidade de elaborar símbolos e obter alívio de suas tensões afetivas corporais através do recurso da intelectualização. Tal elaboração envolveria a capacidade do indivíduo em discriminar as manifestações somáticas provenientes de conflitos psicológicos como das sobrecargas fisiológicas. A dificuldade de verbalizar seus afetos, de encontrar palavras adequadas para expressar seus sentimentos foi observada por Krystal (1968) em pacientes submetidos a traumas psicológicos e usuários de drogas, características semelhantes às descritas por Sifneos e Nemiah (1970; *Apud* Sifneos, 1973) em pacientes psicossomáticos. Sifneos e Nemiah (1970) cunharam o termo “*alexitimia*” para descrever tais características observadas destes pacientes. Os somatizadores e usuários de drogas teriam também, por sua dificuldade de verbalização, uma escassa capacidade de elaboração simbólica e uma tendência a valorizar excessivamente as sobrecargas somáticas.

Nos usuários abusivos de substâncias psicoativas tais dificuldades ficam patentes quando são estão submetidos à terapia psicodinâmica. Ainda quando seus conflitos psíquicos são evidenciados, tal esclarecimento nem sempre é capaz de alterar a tríade clássica da dependência: a compulsão, a ambivalência e o caráter repetitivo, de certa forma ritualístico, desses fenômenos.

MacDougall (1984) utilizou o termo “desafetado” para descrever a pobreza da vida emocional desses pacientes sob tratamento analítico. Percebeu-os como excessivamente pragmáticos, pouco imaginativos, excessivamente centrados na realidade externa e carentes de expressões emocionais mais elaboradas.

Considerando a busca da droga como uma estratégia de sobrevivência, os autores divergem quanto à motivação para o seu uso. Não dispomos hoje de um consenso a respeito do que foi considerado como hipótese psicofarmacológica, ou seja, a de que as drogas sejam utilizadas como medicamentos auto-administrados.

Na hipótese que pensa a drogadição como uma modalidade de auto-medicação, a droga seria utilizada como “psicofármaco pelos próprios usuários” pelas dificuldades destes em obterem alívio emocional através das estratégias psicossociais habituais. A escolha de uma determinada modalidade de droga seria ocasionada por motivações psicológicas, simbolicamente determinadas, levando ao seu uso compulsivo (Glover, 1932; Radó, 1933) ou pela associação entre os efeitos da interação entre motivações psicológicas do indivíduo e o efeito químico da droga no organismo (do indivíduo) (Khantzian, 1974, 1985; McLellan et al., 1983; Radó, 1933; Rounsaville et al., 1982; Wurmser, 1974; Wiessman et al., 1976). Chegou-se inclusive a associar o consumo de determinadas drogas a determinados sintomas psicopatológicos (McLellan et al., 1983), o que, no entanto, não foi confirmado por outros autores, como, por exemplo, no estudo de Robbins et al. (1974; *apud* Morgado, 1985) com veteranos do Vietnã. Os autores relataram uma redução drástica no consumo de drogas após o retorno destes ao país de origem, com o término da guerra, e a substituição espontânea de determinados produtos por outros.

Khantzian (1974) chama atenção para um importante aspecto nesta questão, quando categorias conceituais diversas são utilizadas para falar sobre o tema e adverte:

*Muitas das discussões teóricas sobre a natureza da dependência de drogas giram em torno dos aspectos simbólicos e dinâmicos versus ação psicofarmacológica das drogas. Alguns investigadores minimizam a ação narcótica farmacológica das drogas e maximizam seus fatores psicodinâmicos, enquanto outros subestimam os fatores individuais, psicodinâmicos e psicopatológicos e vêem a dependência de substância como um fenômeno exclusivamente químico. (p. 60)*

A teoria da auto-medicação, se limitada a uma perspectiva exclusivamente psicofarmacológica, nos parece pouco convincente pelo fato de que nem sempre as

substâncias psicoativas têm ação farmacológica imediata, como muitos usuários referem. O efeito psíquico desejado é referido antes mesmo de qualquer ação farmacológica efetiva ter sido possível. Além disso, as pesquisas nem sempre demonstraram correspondência significativa entre o alívio dos sintomas psicopatológicos e os efeitos psicofarmacológicos conhecidos, atribuíveis à droga de escolha. (Morgado,1983)

Khantzian (1978) e Khantzian & Mack (1983) chegam a especular que o sofrimento experimentado pela droga seria mais suportável do que ter de vivenciar sentimentos ameaçadores inexplicáveis. O consumo da droga e suas complicações dariam ao indivíduo a sensação de que pelo menos têm uma história. Experimentar o sentimento de fragmentação de si mesmo seria muito mais intolerável do que estar embriagado ou drogado.

Para Khantzian (1985), os problemas dos usuários de drogas estariam concentrados na incapacidade psicológica da auto-contenção, na incapacidade de verbalizar sentimentos e na incapacidade de fantasiar. À incapacidade de auto-contenção, Khantzian designa “porosidade psíquica”, descrevendo a característica de baixa tolerância afetiva dos usuário de drogas decorrente de uma estrutura psíquica frágil, onde os conteúdos afetivos seriam mais facilmente “extravasados”, favorecendo comportamentos e atitudes fora de controle, muitas vezes de intensidade desproporcional aos eventos tidos como desencadeadores.

Dodes (1990) sugere, da mesma forma, que a sensação de reassuramento do autocontrole perdido seria crucial nesses casos, mais do que o efeito propriamente psicofarmacológico a ser atingido pela utilização das drogas:

*As fases intermitentes de abstinência e recaída seriam formas do indivíduo tentar buscar continuamente um controle perdido (ou nunca inteiramente alcançado). ( p. 401)*

Como vimos, segundo as concepções psicanalíticas relacionadas ao uso abusivo de substâncias, o consumo aditivo de drogas ora resultaria da tentativa de resolução de graves conflitos intrapsíquicos, ora funcionando como defesa contra impulsos e afetos inconscientes de grande magnitude. Assim, o uso da droga, além de seu significado simbólico, agiria também como “medicamento”, de forma a aplacar a angústia subjacente ou mesmo bloquear o surgimento de afetos indesejáveis.

Na hipótese defendida na presente dissertação, privilegiaremos o papel da *alexitimia* na gênese da dependência de substâncias psicoativas como fator afetivo que poderia favorecer o uso abusivo de drogas, assim como agravá-la, tornando seu curso mais crônico.

### Capítulo III

#### O CONSTRUTO DA ALEXITIMIA

A alexitimia pode ser definida a partir das observações clínicas de Nemiah e Sifneos (1970). Estes autores descreveram um conjunto de pacientes que apresentavam em comum – vocabulário muito limitado para falar de suas emoções, incapacidade de descrever e comunicar nuances dos afetos, freqüentemente, sem conseguir utilizar palavras para expressá-los de forma satisfatória. Semelhantes características foram descritas anteriormente por Marty e de M'Uzan (1963), acerca de pacientes psicossomáticos, as quais receberam dos autores a denominação de “pensamento operatório”. Marty e de M'Uzan ressaltaram o modo peculiar de pensar de tais indivíduos, que conferem maior importância aos relatos dos fatos da vida cotidiana do que à própria subjetividade:

*O sujeito parece constantemente preso ao nível de seus gestos; seu modo de pensar encontra-se voltado de forma contínua para a descrição dos fatos e para o “utilitarismo” dos objetos; eles se mantêm aderidos à realidade atual e se são capazes de projetar-se num futuro ou de rever o passado, transformam essas experiências em material do presente, onde tudo é dominado pela sucessão dos fatos. (p. 348)*

Marty e de M'Uzan enfatizaram a tendência excessiva à “adaptabilidade à realidade” nesses casos, não de uma forma criativa, mas como uma duplicação da realidade; “onde a palavra nada mais faz que repetir o que a mão faz” (*op. cit.*, p. 349). Mas, apesar desses dois autores franceses apontarem para um determinado padrão anômalo neste pensamento de caráter operatório, rejeitaram a hipótese de que tal forma de pensar seja primitiva ou qualitativamente inferior. O que caracteriza este tipo de pensamento é justamente a aparente ausência ou escassez de indicadores de subjetividade, mesmo quando ele é tecnicamente fecundo, dentro do domínio da abstração pura, falta-lhe por exemplo a referência a um objeto interior vivo, a ele relacionado. Marty e de M'Uzan diferenciam qualitativamente o pensamento operatório do pensamento obsessivo. O pensamento operatório, ao contrário do

pensamento obsessivo, é desprovido de símbolos: “não resiste `a elaboração fantasmática, como, por exemplo, o processo secundário, durante a elaboração dos sonhos”. (*op. cit.*, p.353)

Sifneos (1973) propôs o termo *alexithymia*, do grego *a*=sem, *lexis*= palavra, *thymos*=afeto, literalmente: “sem palavras para o afeto”, para designar o ponto mais relevante do construto, que seria para ele, a dificuldade de comunicação e expressão afetiva. (p. 276)

A formalização do construto deu-se a partir da junção de quatro características fundamentais: dificuldade de identificar e descrever sentimentos; dificuldade em distinguir sentimentos de emoções corporais; diminuição da vida imaginativa e do pensamento simbólico e estilo cognitivo predominantemente direcionado para a realidade externa, em detrimento da própria subjetividade.

As dificuldades no estudo da alexitimia residem no fato de que esta se define através de várias e por vezes contrastantes conceituações. O alexitímico teria uma alteração global na capacidade de expressão verbal dos afetos, com uma maior tendência para a descrição de sensações somáticas ou queixas de mal-estar no corpo do que de “se expressarem” através de queixas psicológicas. Diferentes aspectos do fenômeno afetivo estão envolvidos diretamente no construto da alexitimia: a capacidade de reconhecer e comunicar sentimentos; a capacidade de estabelecer diferenças entre as sensações físicas das manifestações somáticas dos afetos e a capacidade de utilização e comunicação de linguagem simbólica.

A complexidade fenomenológica da alexitimia leva também a dificuldades em sua avaliação empírica. Cada indivíduo alexitímico possuiria uma apresentação particular e heterogênea de cada um dos aspectos relacionados ao fenômeno alexitímico, tornando problemática a comparabilidade e generabilidade dos achados resultantes dos trabalhos empíricos realizados. Por exemplo, um indivíduo poderia ter uma maior dificuldade em descrever seus sentimentos e outro tendência a deter-se basicamente nos fatos concretos da vida cotidiana, se questionado quanto às possíveis repercussões das situações traumáticas em sua subjetividade. Tais indivíduos poderiam ser categorizados como alexitímicos, embora manifestassem diferentes aspectos do fenômeno.

Com a finalidade de aprimorar as formas de avaliação, novos instrumentos foram sendo criados, a partir da utilização de recursos estatísticos em estudos de cunho epidemiológico. E, como observaremos em nossa revisão, progressivamente as teorias acerca da alexitimia foram incorporando aspectos de vários campos do saber (neurobiologia, filosofia, sociologia).

Os trabalhos revistos sobre o tema, publicados neste período, se mostraram de difícil comparabilidade entre si, já que têm diferentes pressupostos e metodologias de avaliação. Optamos por realizar uma revisão dos trabalhos sobre o construto da alexitimia apontando

algumas dessas diferentes abordagens, analisando posteriormente o desenvolvimento dos diferentes métodos de avaliação empírica.

Podemos destacar três abordagens conceituais centrais da alexitimia.

Inicialmente, vemos a alexitimia enquanto denominação imprecisa de fenômeno observado na clínica, particularmente oriunda da prática psicanalítica, a partir das observações de diferentes psicanalistas em diversos contextos sócio-culturais, ao descreverem determinadas características de indivíduos, principalmente somatizadores. Em geral, o conceito sobre esta perspectiva dizia respeito a pacientes que não respondiam às psicoterapias psicodinâmicas tradicionais. A interpretação dos conflitos psíquicos não necessariamente se fazia acompanhar da diminuição das queixas apresentadas (principalmente somatizações) e, em alguns casos, ocorria mesmo o agravamento destas.

Nemiah (1973) atribuiu inicialmente tal fenômeno a deficiências estruturais presentes nos pacientes psicossomáticos. Ao invés de utilizar-se do mecanismo psicológico da repressão, Nemiah preferiu lançar mão do mecanismo da negação para explicar tal deficiência. Para este autor, o mecanismo da repressão seria característico do paciente neurótico e não explicaria o fenômeno alexitímico:

*...o paciente histérico, poderia, por exemplo, como resultado da repressão, exibir uma ausência de afeto e fantasia tão grave quanto os pacientes psicossomáticos, mas no histérico isso estaria limitado estritamente à área do conflito; o paciente em outras áreas demonstraria uma ampla vida de fantasias e sentimentos... Da mesma maneira, o caráter obsessivo demonstraria manifestações da repressão (ou mais estritamente, o isolamento), uma dificuldade de expressão emocional extensa e profunda como os pacientes psicossomáticos, mas, diferentemente destes últimos, os obsessivos demonstraram uma vida interior rica em termos de conteúdo simbólico e de fantasias (op. cit., p.108).*

O autor sugere uma hipótese neurofisiológica subjacente a suas observações, embora sem identificá-la, para explicar a dificuldade encontrada nos pacientes psicossomáticos de serem mobilizados por intervenções psicológicas. Haveria, para o autor, uma barreira onde os estímulos afetivos estariam limitados em sua própria origem. A hipótese da negação como mecanismo predominante nos pacientes psicossomáticos explicaria, para o autor, a fraca resposta emocional nas entrevistas realizadas com esses pacientes, a ausência de riqueza simbólica e do colorido ou imaginação em suas associações. A dificuldade desses pacientes

em modificarem o padrão repetitivo de suas queixas somáticas através de intervenções de natureza psicológica, não raro, despertariam nos terapeutas sensações de frustração e mal-estar. Há uma tendência, para Nemiah, desses pacientes em não lograrem relacionar fatores estressantes e vivências penosas aos sintomas somáticos apresentados, apesar destas relações parecerem evidentes ao entrevistador.

Sifneos (1973) vai mais além, ao sugerir que tal dificuldade resultaria de uma combinação de deficiências neurofisiológicas e psicológicas. O autor enfatizou a necessidade da investigação científica para avaliar os fenômenos envolvidos na alexitimia: “se constituiriam, de fato, novos achados clínicos ou achados já observados e explicados pelos conhecimentos teóricos psicodinâmicos” (p. 256). Sifneos estabeleceu, como base metodológica necessária para os estudos posteriores no âmbito da psicossomática, a utilização da metodologia científica, não só na tentativa de elucidar o fato clínico, mas fazendo com que este fosse objeto de investigação científica sistemática. O referido autor inaugurou a pesquisa empírica no campo da alexitimia com a elaboração de um questionário de 17 itens, dos quais 8 tinham relação com fatores definidores do construto da alexitimia.

Em estudo pioneiro, Sifneos (1973) comparou 25 pacientes psicossomáticos (portadores de retocolite ulcerativa, asma, úlcera péptica e artrite reumatóide) com 25 pacientes sem queixas somáticas preponderantes, utilizados como controle (pacientes limítrofes, deprimidos, histéricos e alcoolistas). Sifneos encontrou pontuação cerca de 50% maior, nos pacientes psicossomáticos, em relação ao grupo controle. (*op. cit.*, p. 261)

A utilização de dados empíricos indicadores de aspectos subjetivos, a partir de critérios de definição e operacionalização prévios, revolucionou o campo da psicossomática, permitindo o desenvolvimento de instrumentos com a finalidade de avaliar cientificamente as teorias propostas.

Podemos considerar os debates travados no âmbito da 11<sup>a</sup> Conferência Européia de Pesquisa em Psicossomática realizada em Heidelberg, na Alemanha, em 1976, como um segundo momento importante para a estruturação da alexitimia enquanto construto. Em primeiro lugar, pelo estabelecimento de consenso mínimo, em que pesem as discordâncias explicitadas entre os participantes da Conferência sobre os critérios definidores da alexitimia, a partir das proposições de Sifneos, anteriormente mencionadas. Tal fato permitiu uma melhor comparabilidade entre diferentes pesquisas e a estruturação de estudos de confiabilidade e validação de instrumentos de investigação.

Assim, o construto da alexitimia tornou-se, a partir deste consenso, testável, embora o conhecimento acerca de sua natureza conceitual ainda fosse insuficiente ou incompleto.

No desdobramento de trabalhos resultantes da Conferência de Heidelberg, constatam-se as preocupações dos autores envolvidos na investigação sobre a natureza do fenômeno alexitímico sob várias vertentes:

Sifneos et al. (1977) privilegiaram os componentes psicológicos e neurofisiológicos ligados à alexitimia, enfatizando a necessidade de definição e diferenciação terminológica entre o que se denomina afetos, emoções e sentimentos. Os afetos seriam definidos como “um estado particular e individual de ser que teriam tanto aspectos psicológicos como biológicos”. As emoções seriam utilizadas para descrever “as manifestações biológicas dos afetos” (comportamentos mediados pelo sistema límbico via hipotálamo, com efeito direto sobre os sistemas endócrino e autônomo), responsáveis pela adaptação do indivíduo no mundo externo. Já os sentimentos seriam “os componentes psicológicos dos afetos” e se manifestariam através das fantasias e dos pensamentos. (p. 50)

Taylor (1977) aponta para a relevância do estudo da alexitimia a propósito da reação de desconforto e monotonia que os pacientes somatizadores alexitímicos introduzem na relação médico-paciente. A repetição das queixas somáticas e a resistência ao esclarecimento médico por parte desses pacientes, aliadas aos resultados repetidamente negativos dos exames, favoreceriam iatrogenias, piores prognósticos, além de maior tendência à cronificação da sintomatologia e/ou afecções subjacentes. (p. 44)

Nemiah (1977) reafirma em seus questionamentos os aspectos cognitivo-afetivos envolvidos na gênese da alexitimia, que seriam decorrentes da expressão de conflitos intrapsíquicos ou, alternativamente, de aspectos neurofisiológicos ou neuroantômicos. (p. 204)

Cremerius (1977) critica a metodologia empregada para a avaliação da alexitimia. O contexto e a maneira como os pacientes alexitímicos foram entrevistados limitariam a capacidade expressiva e subjetiva do indivíduo. A escolha de pacientes de estratos sócio-culturais mais baixos, que possivelmente não compreendiam o que lhes estava sendo perguntado daria lugar a resultados questionáveis. A alexitimia para este autor poderia ser um artefato de observação.

Vogt et al. (1977) apontam dificuldades em demonstrar diferenças e estabelecer comparações entre aspectos subjetivos dos entrevistados. Questionam a diferença entre neuróticos e alexitímicos quanto à qualidade da vida imaginativa como elemento definidor do construto da alexitimia.

Heiberg & Heiberg (1977) examinam a possibilidade da alexitimia constituir um traço herdado ou adquirido, através do exame da sua ocorrência em irmãos gêmeos.

MacLean (1977) estuda a hipótese de uma base neuroanatômica da alexitimia, a partir de um papel específico de diferentes estruturas filogenéticas presentes no cérebro humano.

Características do lobo pré-frontal e do neocórtex confeririam ao indivíduo maior ou menor capacidade de elaboração simbólica, por sua maior diferenciação em relação aos primatas. A hipótese neurofisiológica é reforçada pela constatação de semelhanças na capacidade de expressão verbal de afetos entre pacientes submetidos a comissurotomia (secção da comissura inter-hemisférica) e alexitímicos.

A Conferência de Heidelberg (1976) e seus desdobramentos deram origem, a partir do modelo de avaliação proposto por Sifneos, a diversas publicações, tanto de trabalhos teóricos como de pesquisas em várias partes do mundo.

Dada a grande quantidade de publicações e objetivando uma visão mais global dos trabalhos empíricos, elaboramos quadros que poderão ser observados a seguir, e que demonstram áreas de investigação de trabalhos relacionados à alexitimia.

QUADRO 1 - Estudos teóricos e empíricos sobre a alexitimia:

<i>TIPO DE ESTUDO</i>	<i>AUTORES</i>
A ALEXITIMIA COMO FATOR PREDITOR DE DOENÇAS DIVERSAS	Greenberg, 1983; Kauhanen, 1994; Weinryb et al., 1994; Bach & Bach, 1995; Nordby e et al., 1995
DIFERENÇAS DE VERBALIZAÇÃO ENTRE NEURÓTICOS E SOMATIZADORES	Vogt et. al., 1977; von Rad & Lolas,1977; Lolas et al., 1981;Taylor & Doody, 1982; Demers & Desrosier, 1983; Demers & Desrosier, 1985; Volhardt et. al., 1986; Legoreta et al., 1988; Mcdonald et al.,1990; Fukunish et al., 1996; Troisi et al., 1996; Lane et. al., 1996
DIFERENÇAS NA EXPRESSÃO VERBAL DE AFETOS ENTRE PACIENTES NORMAIS E COMISSUROTOMIZADOS	Buchanan et al., 1980; Cole & Bakan, 1985; TenHouten et al.,1985; Dewaraja & Sasaki, 1990; Shipko, 1982; TenHouten et al.,1985; TenHouten et al., 1986; Zeitlin et al., 1989
ESTUDO GENÉTICO ENTRE GÊMEOS UNIVITELINOS	Buzov, 1985; Noklebye & Heiberg, 1978
MODIFICAÇÕES TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS EM PACIENTES ALEXITÍMICOS	Krystal,1979; Lesser,1981; Mcdougall, 1982; Sifneos, 1983; Freyberger, 1985; Hill, 1988; Henry et al., 1992
CONFIABILIDADE E VALIDADE DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA	Apfel & Sifneos, 1978; Fava & Osti, 1980; Kleiger & Kinsman, 1980; Blanchard et al., 1981; Zept et al.,1981; von Rad & Lolas, 1982; Demers-Desrosiers,1982; Cohen et al., 1983; Demers-Desrosiers, 1983; Demers, 1985; Cole & Bakan, 1985; Cohen et al.al., 1985; Paulson, 1985; Taylor et al., 1985; Järnivem, 1986; Krystal et al., 1986; Taylor et al., 1988; Morrison 1989; Parker et al., 1991; Bourke et al., 1992; Weinryb et al., 1992; Bagby et al., 1994; Gianini, 1995; Loas et al., 1995; Montreuil et al., 1995; Montreuil & Pedonielli, 1995; Taylor et al., 1995; Vingherhoets et al., 1995; Wise et al., 1995
ESTUDOS TEÓRICOS DIVERSOS	Lesser, 1981; Paulson, 1985; Lesser et al., 1983; Taylor, 1984; Martin, 1985; Stoudemire 1991; Taylor et al., 1991; Taylor, 1992; Lesser, 1995; Kauhanen et al., 1993; Kirmayer, 1993; Kirmayer, 1994; Sifneos, 1996; Lumley, 1996; Nemiah, 1996;

QUADRO 2 - Prevalência de alexitimia em populações específicas:

<i>POPULAÇÃO</i>	<i>AUTORES</i>
PACIENTES COM DOR CRÔNICA	Mendelson, 1982; Sriram et al., 1987; Briam et al., 1995
PACIENTES SUBMETIDOS A ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Shipko et al., 1983; Martin & Pihl, 1985; Krystal et al., 1986; Krystal, 1986; Zeitlin et al., 1993
PORTADORES DE DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA	Feiguine et al., 1980; Kleiger & Jones, 1980; Dirks et al., 1981; Feiguine et al., 1982; Covino et al., 1983
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	Nakagawa et al., 1978; Taylor et al., 1981; Järniven, 1985; Weinryb, 1994; Porcelli et al., 1995
SOMATIZADORES (SEM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DETECTÁVEL)	Flannery, 1978; Shippko, 1982; Bach et al., 1986; Bach & Bach, 1995; Wise & Mann, 1995; Bach et al., 1996
PACIENTES PSICOSSOMÁTICOS DIVERSOS	Greenberg et al., 1983; Feiguine et al., 1988; Järniven, 1985; Smith, 1993

QUADRO 3 - Prevalência da alexitimia em transtornos compulsivos:

<i>MODALIDADE DO TRANSTORNO</i>	<i>AUTORES</i>
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DROGAS, TABAGISMO E JOGO PATOLÓGICO	Finn et al., 1987; Rybakowsky et al., 1988; Haviland et al., 1988; Taylor et al., 1990; Fukunishet al., 1992; Hendry et al., 1992; Bagby et al., 1993; Babby et al., 1994; Haviland et al., 1994; Loas et al., 1995; Lumley, 1994; Lumley & Roby, 1995; Mann et al. 1995; Ziókowski et al., 1995
ANOREXIA E BULIMIA	Bourke et al., 1992; Schmidt & Treasure, 1993; Jimmerson et al. 1994., Gorot et al., 1995; Rästam et al., 1997 Gillbert et al., 1997

Outros estudos vêm demonstrando a prevalência relativamente elevada da alexitimia em pacientes psiquiátricos, incluindo depressivos (Buzov, 1985); portadores de transtorno do pânico e fobia social (Cox et al., 1995); obsessivo-compulsivos (Zeitlin et al., 1993); esquizofrênicos (Stanghelini & Ricca, 1995); usuários de ambulatório de saúde mental (Feiguine et al., 1988); pacientes submetidos a internações psiquiátricas (O'Neill & Bornstein, 1986). Foi também investigada a presença de alexitimia em usuários de hospital geral (Fukunish et al., 1996); em pacientes que apresentavam baixa imunidade e neoplasia (Toradello, 1994) e em pacientes suicidas (Taiminen et al., 1996). Lumley et al. (1996)

avaliou a presença de alexitimia em pacientes que utilizaram serviços primários de saúde e Taylor et al. (1985) realizaram estudos na população geral.

Para uma visão mais geral que inclui os autores e instrumentos utilizados na sua aferição, elaboramos uma planilha e glossário de instrumentos (vide anexos).

A avaliação e mensuração do construto da alexitimia, devido à sua complexidade e por sua natureza multidimensional em sua origem, exigem técnicas bastante sofisticadas para a validação dos possíveis instrumentos, o que, ainda hoje, constitui obstáculo para as pesquisas que se propõem à sua verificação empírica. Os inúmeros trabalhos aqui revistos, publicados desde a emergência de sua definição, confirmam a alexitimia enquanto fato ou fenômeno clínico, mas não se viram a salvo de controvérsias em torno das metodologias utilizadas, que dificultaram a avaliação de seus resultados. A insuficiência de tais estudos pode ser explicada pela diversidade das técnicas de investigação empregadas. Em geral, estes estudos são estritamente clínicos, desenvolvidos em amostras reduzidas e não aleatórias, com restrita possibilidade de generalização. Quando envolveram amostras maiores, como nos estudos em populações sob tratamento, seus resultados estavam sujeitos a vícios metodológicos diversos, impossibilitando avaliações mais acuradas. Além disso, os métodos empregados em tais estudos, em sua ampla maioria seccionais, foram incapazes de verificar hipóteses que envolviam a direcionalidade das associações, o que exige recurso à avaliação da dimensão temporal.

Um outro aspecto relevante diz respeito às diferentes modalidades de instrumentos utilizados na avaliação da alexitimia, resultantes, de um modo geral, de adaptações de questionários empregados na avaliação de outras entidades nosológicas. Como veremos a seguir, apesar de guardarem relações estreitas com a alexitimia, esses instrumentos não diziam respeito originalmente a este construto. Na ausência de um “padrão ouro” que permitisse definir a alexitimia enquanto construto, alguns autores utilizaram instrumentos mais estreitamente vinculados a determinados aspectos da alexitimia e não a outros. O problema é que alguns desses instrumentos foram estruturados tomando como base diferentes referenciais teóricos como, por exemplo, escalas de auto-avaliação elaboradas a partir de testes projetivos baseados em conceitos psicanalíticos e entrevistas semi-estruturadas, a partir da conceituação da fenomenologia. Além disso, tais procedimentos favoreceram a proliferação de diferentes instrumentos em uma mesma pesquisa, tornando ainda mais complexa sua análise e a comparabilidade entre os resultados das diferentes pesquisas. Alguns trabalhos chegaram a lançar mão de mais de dez instrumentos na avaliação de uma única amostra, na tentativa de avaliação e validação da alexitimia (vide planilha e glossário de instrumentos, em anexos).

Lesser & Lesser (1983) chamam a atenção para erros metodológicos dessa natureza, encontrados com frequência nesses trabalhos, quando diferentes conceitos são utilizados na comparação de um mesmo fenômeno, um para explicá-lo e um segundo para avaliá-lo ou validá-lo:

*...a descrição psicanalítica de caráter patológico depende do uso de conceitos metapsicológicos empiricamente não verificáveis, enquanto a alexitimia representa um construto fenomenológico derivado da clínica. (op. cit., p. 1306)*

Lesser & Lesser (1981) denominam “falácia conceitual” a procedimentos que fazem com que fenômenos entendidos em termos metapsicológicos sejam utilizados em apoio à validação de observações. A alexitimia, até aquele momento, deveria ser encarada apenas como um fenômeno observado na clínica. Os autores questionam a utilização dos resultados oriundos dessas pesquisas como verdades inquestionáveis, já que tais estudos não proporcionam subsídios para uma utilização consistente do construto para fins diagnósticos. Criticam ainda a utilização indiscriminada do conceito de alexitima, sem que tais pesquisas tenham demonstrado algo relevante sobre sua natureza. O fenômeno alexitímico poderia ser proveniente de traço inerente a pacientes psicossomáticos ou estar presente em várias entidades e situações clínicas distintas, decorrentes do sofrimento imposto por essas doenças, como consequência de situações de privação social ou traço cultural característico de determinados segmentos populacionais (como nas culturas orientais), onde o corpo é naturalmente utilizado como forma de expressão afetiva.

Por outro lado, podemos dizer que a história do desenvolvimento do conceito da alexitimia testemunha o esforço dos pesquisadores no aperfeiçoamento de métodos e instrumentos de pesquisa na área psicodinâmica, incorporando cada vez mais a metodologia científica no âmbito das investigações em psicossomática. Apesar das dificuldades e obstáculos presentes na avaliação e validação da alexitimia enquanto construto, não resta dúvida de que o vasto conhecimento acumulado contribuiu para um refinamento e uma maior precisão do conceito. Por exemplo, foram evidenciadas variações nos escores da alexitimia de acordo com o momento da internação hospitalar dos pacientes e isso contribuiu para a diferenciação entre alexitimia primária e secundária (Freyberger, 1977). A primária, oriunda de possível traço estrutural da personalidade, seria adquirida através do desenvolvimento psicológico e das interações entre o indivíduo e seu meio social. A secundária, fruto de mecanismos de defesa frente a traumas, em pacientes submetidos a estresses pós-traumáticos (Krystal, 1986) ou que vivenciaram situações estressantes, como a internação hospitalar e

transplante de órgãos (Freyberger,1977). Mas, se tais achados contrariaram a hipótese inicial de um defeito cerebral estrutural na gênese da alexitimia, trouxeram grande contribuição à clínica, forneceram parâmetros de avaliação da carga de sofrimento psíquico vivenciada pelo indivíduo e de sua modificação em resposta aos diversos tratamentos efetuados, inclusive os psicoterápicos.

Na medida em que o conceito da alexitimia foi deixando de ser um atributo específico dos somatizadores, a alexitimia passou a ser detectada em outras categorias psiquiátricas, revelando-se bastante útil em vários aspectos da prática clínica, principalmente nas avaliações iniciais de candidatos à psicoterapia, já que supostamente os alexitímicos seriam mais resistentes às intervenções psicodinâmicas e apresentariam maior tendência à cronificação quando submetidos a estes tratamentos. Nos somatizadores alexitímicos, a detecção precoce poderia funcionar como estratégia preventiva, minimizando a tendência de que estes pacientes sejam mal examinados e estejam sujeitos a iatrogenias (Flannery,1977; Sifneos, 1977; Taylor, 1977).

Os autores divergem quanto à indicação de psicoterapia dinâmica para pacientes alexitímicos. Sifneos (1983) adverte que, apesar dos resultados desfavoráveis das psicoterapias para pacientes clinicamente doentes de uma maneira geral e para os pacientes psicossomáticos em particular, poucas pesquisas, até então, tinham sido desenvolvidas para investigar os reais motivos de tais insucessos. Sifneos propõe o aperfeiçoamento de técnicas diversas e a avaliação criteriosa de seus resultados e critica a utilização indiscriminada da técnica psicanalítica:

*Há uma tendência generalizada entre muitos psiquiatras a tomar a psicoterapia analiticamente orientada como efetiva para todas as modalidades de doenças, sem que se tenha feito um esforço de investigar a natureza de tais dificuldades psicológicas, nem das psicoterapias mais indicadas para cada problemática emocional específica. ... A simples crença de que os conflitos emocionais não estejam sendo expressos verbalmente faz com que se conclua que pacientes com transtornos psicossomáticos deveriam ter atendimento psicoterápico psicanaliticamente orientado, a longo prazo, ou mesmo invariavelmente pela psicanálise. (op. cit., p. 66-67)*

Sifneos propõe abordagens distintas, se, por exemplo, no indivíduo predominam características alexitímicas primárias ou secundárias, segundo a classificação proposta por Freyberger (1977). Para as alexitimias primárias, seriam indicadas: terapia de apoio, terapias

educativas, terapias comportamentais, meditação. Para os alexitímicos secundários, Sifneos sugere proceder a modificações técnicas nas psicoterapias de orientação analítica. Ainda assim, estas psicoterapias reformuladas estariam sujeitas a elevado índice de abandono e poderiam agravar os sintomas apresentados, já que os alexitímicos ao invés de estarem sujeitos a mobilizações psicológicas, tenderiam a desenvolver maior resposta autonômica e piora sintomatológica. (*op. cit.*)

Krystal (1979) e McDougall (1982) sugerem o desenvolvimento de modificações das técnicas psicanalíticas no atendimento desses casos, a partir da suposição de que nos alexitímicos haveria um aumento generalizado de tensão emocional e maior dificuldade de elaboração mental. Enfatizam a habilidade do terapeuta em estimular no paciente o desenvolvimento do que denominam capacidade de “auto-contenção”, para que a sobrecarga de estímulos afetivos (internos ou externos) seja suportada mais adequadamente.

Krystal (1979) acentua a necessidade da capacidade de auto-contenção afetiva como objetivo primordial da tarefa terapêutica, possibilitando ao indivíduo tomar maior consciência das sobrecargas afetivas (fisiológicas ou psicológicas), sem que elas necessariamente ocasionem descontroles físicos ou mentais. A tal processo de favorecimento da linguagem verbal em detrimento da linguagem somática o autor denomina “dessomatização dos afetos”, conceito descrito no capítulo anterior. (p. 24) Mas aqui, tal conceituação fundamenta a técnica na qual o terapeuta atua no sentido de aperfeiçoar a capacidade do indivíduo em traduzir o desconforto somático como algo passível de ser verbalizado ou, pelo menos, não interpretado invariavelmente pelo paciente como patológico. Esta função, similar à função da maternagem, implicaria desenvolver ou restaurar um dos processos mais cruciais no desenvolvimento psicológico da criança em seus aspectos cognitivos-afetivos:

*A criança identifica a mãe pelos aspectos afetivos de seu comportamento e, continuamente, tende a diferenciar-se dela, através da linguagem e da “dessomatização” das emoções, utilizando tais atributos posteriormente sinais adaptativos para si mesma. A conclusão deste processo seria o desenvolvimento da tolerância afetiva. ( op. cit., p. 24) .*

McDougall (1982) relaciona a resistência à mobilização psicológica presente nesses pacientes, à ausência da referência somática como expressão psíquica dos afetos em suas comunicações. Em suas observações, eles não estabeleceriam associações de determinado mal-estar somático a um dado evento traumático. Para a autora, essa característica se refletiria na falta de investimento libidinal no corpo: “Como se a dor psíquica fosse ejetada

completamente da consciência psíquica”. (p. 83) A autora compara tal mecanismo psicológico defensivo ao mecanismo de “cisão” do ego, presente nos estados psicóticos, onde o acesso à realidade é bloqueado permanentemente pela retirada do investimento libidinal dos objetos externos. Processo semelhante aconteceria com a vivência corporal nos alexitímicos. A libido deixaria de investir o corpo. Enquanto a cisão presente nos psicóticos diria respeito à relação do indivíduo com a realidade externa, nos alexitímicos, a cisão se daria na relação mente-corpo. O corpo sem o investimento da libido perderia sua qualidade afetiva. Assim como o paciente psicótico desenvolveria um comportamento esquizóide, na ausência de investimento libidinal na realidade, o alexitímico seria “desafetado”, em relação ao próprio corpo. (op. cit., p. 88). O corpo, desvitalizado, perderia sua vinculação com a mente, como se ambos pertencessem a indivíduos diferentes.

McDougall (1982) concorda com outros autores (Sifneos, 1977; Krystal, 1978) ao supor que fatores traumáticos na infância estariam envolvidos na gênese da alexitimia, principalmente no âmbito da relação mãe-bebê. A autora também não descarta uma eventual etiologia neurobiológica, embora enfatize o aspecto do constante ataque do alexitímico ao afeto e seus representantes e vínculos ideativos, bem como a aparente “ejeção” do psíquico, no sentido de explicar a pobreza dos sonhos e da vida de fantasia nesses indivíduos (op. cit., p.89).

Swiller (1988) propõe a combinação de terapia individual e grupal, de forma a sensibilizar o paciente através do confronto com outros, visando a uma melhor percepção das maneiras de lidar com os afetos.

O terceiro e mais recente momento na evolução do construto da alexitímia tem-se caracterizado pela busca de outros modelos conceituais com vista a uma melhor compreensão da gênese da alexitimia. O modelo explicativo da alexitimia como expressão exclusiva de conflitos intra-psíquicos tornou-se inoperante na prática clínica, já que as intervenções psicoterápicas baseadas em tais suposições nem sempre se mostraram apropriadas no sentido de alterar o padrão alexitímico dos indivíduos.

Embora não seja objeto da presente dissertação o estudo das relações mente-corpo, faz-se aqui necessário resumir brevemente alguns dos pressupostos que vêm influenciando os autores na reformulação do construto da alexitimia.

Podemos afirmar que a formulação inicial do conceito de alexitimia por Sifneos (1972; *apud*, Sifneos, 1983) sofreu a influência do modelo cartesiano da mente, definido por Priest (1991) como a teoria da relação corpo-mente em que:

*...dois e somente dois tipos de substâncias existem, objetos mentais (almas) e objetos físicos (corpos). A alma é puramente mental, não material, substância espacialmente não extensa. Um objeto seria uma substância puramente material, não mental, substância espacialmente extensa. Segue-se assim, que nenhuma mente seria um objeto físico e nenhum objeto físico seria mental.*  
(p.1)

Ao longo da história da filosofia no Ocidente, encontramos várias modalidades de dualismos, de acordo com a natureza da relação mente-corpo que lhes serve de referência. Reconhecemos três diferentes modalidades de dualismos que mais influenciaram o modelo biomédico nos últimos séculos, utilizando as definições de Priest pela sua clareza e didatismo:

Interacionismo psico-físico ou, simplesmente interacionismo: teoria que Descartes, Popper e Eccles sustentam, na qual “eventos mentais causam eventos físicos e eventos físicos causam eventos mentais” (*op. cit.*, p. 3). Tal concepção vem influenciando fortemente a medicina, a biologia e a psicologia nos últimos séculos. Assim, tanto a mente poderia influenciar o corpo, como fator de risco para doenças (modelo empregado pela psicanálise e pela psicossomática) quanto o corpo poderia influenciar a mente (provindo daí os fundamentos da psiquiatria biológica e da psicofarmacologia). A limitação conceitual de tais interações, seu excessivo reducionismo em ambos os sentidos e a natureza mesma de tal interação vem sendo colocados em questão.

O epifenomenalismo: teoria em que “existiriam apenas causas físicas para eventos mentais, mas não causas mentais para eventos físicos” (*op. cit.*, p. 4). A mente, portanto seria um epifenômeno do cérebro. As funções mentais seriam produzidas pelo cérebro, ainda que não redutíveis a ele.

O dualismo de propriedades: teoria segundo a qual “os eventos mentais representariam propriedades de eventos físicos e os objetos físicos representariam propriedades de eventos mentais. Assim, poderiam ocorrer, simultaneamente “objetos físicos e objetos mentais e um dualismo de suas propriedades” (*op. cit.*, p. 5). A noção de “instinto” (pulsão) para Freud (1915) se encaixa nesta vertente:

*...um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam de dentro do organismo e alcançam a mente...(p.130)*

O terceiro momento no desenvolvimento do construto da alexitimia foi marcante pela influência dos avanços das descobertas da biologia e das neurociências. A partir do conhecimento mais aprofundado da neurofisiologia cerebral, algumas reformulações no âmbito das relações corpo-mente permitiram, por exemplo, que a mente pudesse ser concebida como uma qualidade complexa da matéria, abrindo caminho para o ressurgimento do materialismo nas relações mente-corpo.

Wallace (1988) caracteriza o materialismo, uma das correntes monistas da relação mente-corpo, como a teoria que nega a existência independente de estado mental (imaterial), e qualquer modalidade de interação mente-corpo. É importante ressaltar que monismo não significa necessariamente reducionismo psicofísico, poderíamos compreendê-lo a partir das interações complexas da matéria.

Para Edelman (1992), por exemplo, é o grau de complexidade da organização cerebral ao longo do desenvolvimento e não a natureza de sua composição química, que explicaria os processos mentais.

Taylor (1992), através da descrição de recentes pesquisas no campo das neurociências, incluída aí a descoberta de mais de 50 novos neuropeptídios, admite a possibilidade do modelo monista para a relação mente-corpo. O organismo é visto com uma complexa gama de interações bidirecionais e auto-regulatórias entre o cérebro e os vários subsistemas do corpo, além das regulações ambientais. A perspectiva de utilizar uma única substância (a matéria) para explicar a gênese dos fenômenos mentais torna-se menos remota. E trabalhando no modelo monista, o mental não influenciaria o corpo, o mental estaria no, e seria o próprio corpo, num todo indissociável, modificando inteiramente a noção anterior de psicogênese enquanto causa das doenças.

Desenvolvimentos posteriores formalizaram através de pesquisas neurobiológicas o conceito da auto-regulação afetiva a partir da noção biológica de “funcionamento autônomo do organismo” que poderia ser definido como: “um mecanismo geral e universal, encontrado tanto ao nível biológico quanto cognitivo-comportamental” (Emde et al.,1983, *apud* Taylor 1997, p.13). Taylor (1997) utiliza tal concepção para falar dos afetos, a partir da designação genérica proposta por Sifneos (1977) para os mesmos. Nos afetos, para este autor, estariam incluídas tanto manifestações somáticas quanto psicológicas. Mas, para Taylor, os afetos não teriam expressões diferenciadas, seriam indissociáveis em seus aspectos somáticos e psicológicos e regulados por três diferentes subsistemas inter-relacionados. Os três subsistemas constituiriam um sistema complexo, onde qualquer ação interna (orgânica) ou externa (realidade) interferiria na “auto-regulação do afeto”:

- *Neurofisiológico: (a partir de processos neurofisiológicos e ativações neuroendócrinas);*
- *Expressivo-comportamental ou motor (através da expressão facial, alteração na postura e na voz etc.);*
- *Cognitivo-comportamental (pela consciência e pela capacidade de relatar estados subjetivos de sentimentos).*

A auto-regulação afetiva envolveria interação e reciprocidade entre os vários subsistemas propostos (neurofisiológico, expressivo-motor e comportamental). A auto-regulação significaria interação complexa entre funções organizacionais e motivadoras que incluiriam o meio ambiente. Por causa da interação entre os subsistemas afetivos, várias funções fisiológicas poderiam ser desreguladas, dando origem a sintomas somáticos e, em alguns casos, lesão na estrutura corporal.

A importância de tal concepção para a clínica é que a estimulação de um destes subsistemas supostamente determinaria uma resposta nos outros dois, já que todos os três estariam envolvidos na regulação das emoções. Medicamentos, intervenções físicas, ou psicológicas e estimulações ambientis seriam capazes de determinar uma nova regulação afetiva. Poderíamos entender a alexitimia, dentro desta perspectiva, como uma complexa desregulação afetiva em um ou mais desses sistemas em inter-relação permanente.

Aqui, como o próprio Taylor (1992) admite, a alexitimia sai do âmbito da psicanálise para algo ainda novo e complexo, mas com uma perspectiva de enriquecimento da compreensão dos fenômenos alexitímicos e sua abertura para a clínica:

*Enquanto os conflitos são ainda vistos como afetando uma pessoa saudável, a ênfase agora é na deficiência psíquica, na dificuldade cognitiva da pessoa de processar e regular as emoções. (p. 276)*

Podemos dizer que a desregulação afetiva poderia estar associada a vários transtornos encontrados na clínica psiquiátrica e na psicossomática: hipocondria e somatização; comportamentos compulsivos tais como: transtornos alimentares, abuso de drogas, jogo patológico, transtornos fóbicos etc. No caso dos usuários de drogas, pelas substanciais dificuldades destes de verbalizarem e expressarem seus sentimentos adequadamente, uma sobrecarga afetiva ocasionaria uma desregulação na homeostase afetiva e uma tentativa de nova regulação, de acordo com os subsistemas disponíveis. Na impossibilidade de verbalização, o indivíduo teria duas opções: uma resposta biológica, que poderia ser elicitada por qualquer elemento que a desencadeasse, desde a utilização de elementos físicos (calor, frio) químicos (psicofármacos, drogas), ou elementos do comportamento, como: exercícios físicos, massagens, explosões de agressividade e atividades sexuais. A utilização da droga não teria aqui o sentido da auto-medicação em seu aspecto reducionista causa-efeito, mas de uma resposta biológica

ativada por sistemas neurofisiológicos, com vista a uma auto-regulação através de substâncias químicas. Tal explicação justificaria, em parte, a ineficácia de uma única abordagem terapêutica como a psicofarmacológica em detrimento de outras, substituindo uma determinada droga sujeita a um padrão de uso compulsivo por outra de características farmacológica semelhantes. Todos os sistemas deveriam ser ativados para que pudessem ocorrer uma auto-regulação.

A abordagem da auto-regulação afetiva sugere uma homeostase complexa como alvo prioritário das intervenções e não propriamente a relação indivíduo-droga, como é proposto tradicionalmente nas formulações convencionais. A partir da combinação da concepção da auto-regulação com as sugestões de Krystal acerca das modificações nas intervenções psicoterápicas para alexitímicos, a estimulação pelo terapeuta da capacidade do indivíduo do progressivo reconhecimento, discriminação e expressão afetiva seria capaz de promover homeostase afetiva. Mas, aqui, torna-se necessário ressaltar que, por expressão afetiva, não nos referimos mais à expressão verbal simplesmente, e sim a uma dinâmica global que, interferindo na desregulação afetiva, permite ao indivíduo formas de promover uma auto-regulação e maior contenção de seus afetos.

Outras importantes contribuições teóricas para o entendimento dos afetos e que vêm tendo aplicações significativas na clínica foram as formulações de Lane & Schwartz (1987). Aliando as contribuições da psicanálise, principalmente as da Escola do ego, que privilegiaram a importância da relação mãe-bebê para o desenvolvimento psicológico da criança e as de Piaget, com suas contribuições sobre os aspectos cognitivos-evolutivos da criança, os autores fundamentaram o que denominaram “perspectiva cognitivo-desenvolvimental” (*op. cit.*, p. 136). Para Lane & Schwartz, nós experimentamos afetivamente sem que sintamos desconforto apenas aquilo que conhecemos. A partir das novas experiências, ampliamos o espectro de nosso mundo afetivo:

*...os afetos são precedidos por uma estimulação cognitiva desencadeada pelo contato com o meio ambiente, que por sua vez levaria a uma ativação da vida afetiva do indivíduo. Não significa dizer que a experiência emocional seja neste sentido observador-dependente. Muito pelo contrário, nosso foco é a estrutura da experiência, uma vez que a resposta afetiva foi ativada. De acordo com a nossa tese central, o que é experimentado como emoção é consequência de estímulos ambientais decorrentes de transformações cognitivas durante o desenvolvimento que, por outro lado, determinam a estrutura afetiva do que experimentamos. Por isso, a experiência emocional é observador-dependente, no sentido de que é a estrutura organizacional dos processos cognitivos que determina a estrutura da experiência emocional (*op. cit.*, p. 134)”.*

Dentro dessa linha de raciocínio, os indivíduos difeririam entre si de acordo com o nível cognitivo-afetivo que foram capazes de desenvolver ao longo dos anos, o que se reflete na qualidade da representação verbal utilizada para descrever o conteúdo do que é percebido.

Baseando-se nas contribuições de Piaget, Lane & Schwartz estabeleceram níveis de desenvolvimento cognitivo-afetivo:

- Aquisições na órbita da representação (partindo do nível mais primitivo de reflexos, passando para a utilização de respostas somáticas, até a utilização verbal da linguagem metafórica).

- Utilização dos afetos como informação (do predomínio do externo como referência para o interno, ao subjetivo, para orientação e adaptação frente ao mundo).

- Auto-diferenciação frente ao outro (do reconhecimento mínimo ou simbiótico, ao reconhecimento de diferenças, e, posteriormente, ao estabelecimento de separação plena frente aos demais indivíduos).

- Empatia (partindo da empatia reflexiva, passando para a imitação de atitudes e de gestos do outro, até a habilidade de imaginar-se a si próprio em diferentes contextos).

Dentro dessa concepção, os alexitímicos estariam em um nível hierárquico mais primitivo, onde as experiências afetivas seriam pouco diferenciadas, devido à sua dificuldade em representar e estabelecer símbolos. O mal-estar somático tenderia a se perpetuar, já que haveria pouca chance de sua elaboração pela experiência. De modo contrário, indivíduos com maior complexidade cognitiva na descrição de si mesmos teriam menos chances de apresentar desequilíbrios afetivos. Tal abordagem permite-nos identificar, dentro de uma perspectiva evolutiva, o nível de desenvolvimento afetivo em que o indivíduo se encontra e que abordagem seria mais adequada ao entendermos suas dificuldades, de forma a promover uma situação de equilíbrio dinâmico adequada a cada indivíduo. Para a plena utilização desta perspectiva, tanto na clínica quanto na pesquisa, necessitaríamos de instrumentos empíricos que pudessem servir de auxílio na identificação dos níveis “hierárquicos cognitivos-afetivos” em que se encontra o indivíduo.

Apesar de ainda não dispormos de material suficiente na literatura acerca da eficácia da aplicação clínica dos modelos teóricos da auto-regulação afetiva e da perspectiva cognitivo-afetiva, citados anteriormente, eles trazem perspectivas promissoras, por ampliar o espectro de nossa compreensão e de nossas possibilidades terapêuticas.

É importante frisar que, neste momento, estamos nos referindo a outra categoria conceitual, quando nos referirmos à alexitimia. Estamos nos referindo a algo que se desprende da psicanálise e da psicossomática e, portanto, do modelo dualista da mente, para um lugar impreciso, complexo, um não-lugar, talvez mais próximo da realidade dos afetos.

Resta-nos, no momento, reconstituir o caminho trilhado por Sifneos, Taylor, Krystal e tantos outros e contribuir para a investigação científica da alexitimia em nosso meio.

## Capítulo IV

### ALEXITIMIA E INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Anteriormente nos referimos às dificuldades da investigação empírica da alexitimia pela natureza multidimensional de seu construto e pela complexidade da avaliação dos afetos, sujeitos a importantes controvérsias teórico-metodológicas. Tais empecilhos, no entanto, não impediram a elaboração de inúmeros trabalhos empíricos, tendo eles contato com a disponibilidade de diversos instrumentos e das modernas técnicas de avaliação envolvendo análises estatísticas multivariadas.

O problema por nós detectado nos trabalhos revistos, referem-se basicamente à sua não comparabilidade, devido à heterogeneidade de seus desenhos metodológicos, das populações sob estudo, dos instrumentos utilizados e, principalmente, devido à ausência de um padrão definidor – um padrão ouro – com relação ao construto da alexitimia.

Em nossa revisão sobre as pesquisas empíricas relativas à alexitimia nos deteremos nos métodos e instrumentos empregados em sua avaliação, particularmente na *Toronto Alexithymia Scale* (TAS), que será melhor descrita no próximo capítulo, instrumento utilizado em nosso próprio estudo empírico.

Inicialmente, foram utilizados na avaliação empírica da alexitimia, o método da avaliação direta do entrevistador, estabelecendo determinado escore global a partir de critérios previamente padronizados em resposta a questionários semi-estruturados. Podemos citar, neste sentido, o *Beth Israel Questionnaire* (BIQ) (Sifneos,1977), primeiro instrumento utilizado na avaliação empírica da alexitimia. Embora tal método venha sendo utilizado amplamente até hoje, vem recebendo críticas pela dificuldade em estabelecer critérios uniformes e pela instabilidade dos resultados. Os aspectos subjetivos envolvidos na avaliação, apesar dos treinamentos de padronização efetuados, tornavam os resultados sujeitos a vícios de observação e por fatores de confusão praticamente incontroláveis. Além disso, estas avaliações demonstraram baixa estabilidade em relação aos resultados obtidos, quando aplicadas repetidamente em diferentes períodos de tempo (Lolas et al., 1981; Järvinen et al.,1987).

Uma segunda estratégia utilizada na avaliação da alexitimia foi desenvolvida a partir de questionários de auto-preenchimento, e da adaptação de instrumentos já validados e utilizados em outras áreas, de forma a evitar os problemas mencionados anteriormente ou a criação de instrumentos específicos para avaliação da alexitimia.

Como exemplo dessa estratégia na avaliação da alexitimia, temos a composição de instrumentos estruturados a partir de algumas escalas do “*Minnesota Multiphasic Inventory*” (MMPI) com escalas de avaliação da alexitimia dando origem ao *MMPI-Alexitimia Scale* (MMPI-AS), compreendendo duas diferentes versões – com o BIQ, (Kleiger & Kinsman, 1980) e a *Schalling-Sifneos Scale* (SSPS) (Shipko & Noviello, 1984). Vários estudos posteriores demonstraram baixa correlação do MMPI-AS com outros instrumentos, seja com o BIQ (Demers-Desrosiers et al., 1983; Krystal et al., 1986; Paulson, 1985), seja com outros instrumentos de auto-avaliação (Bagby et al., 1988; Bagby et al., 1991; Parker et al., 1995). Os autores chamaram a atenção para o fato de que tais resultados eram previsíveis, já que na composição dos novos instrumentos foram utilizadas partes de diferentes instrumentos que não guardavam relação direta com a alexitimia.

A partir dessas observações, Taylor et al. (1985) desenvolveram um instrumento de auto-preenchimento específico para alexitimia, a *Toronto Alexithymia Scale (TAS)*. O TAS se mostrou o instrumento cuja aplicação apresentou a melhor validade e confiabilidade na avaliação da alexitimia

Outros métodos utilizados nessa avaliação foram os métodos projetivos, que levavam em consideração os aspectos psicológicos primitivos da personalidade do paciente. Os pesquisadores estabeleceram critérios quantitativos, a partir da análise do registro do conteúdo afetivo da expressão verbal do indivíduo. Estes testes eram aplicados tanto em ambientes onde o indivíduo respondia isoladamente quanto em situações em que permanecia em contato direto com o entrevistador. Alguns desses questionários e testes resultaram de adaptações de testes já consagrados, como na utilização de cartas do Teste de Apercepção Temática (TAT) e pranchas do Rorschach. Outros testes são de natureza experimental, onde o indivíduo é convidado a responder a estímulos a partir de fotografias, filmes ou a utilizar sua capacidade simbólica para interpretar figuras mitológicas e finalizar histórias inacabadas. A avaliação desses testes era realizada a partir de padronização, do material transcrito pelo indivíduo, avaliando-se a quantidade de palavras ou os termos lingüísticos utilizados para denominar afetos. Destacamos, dentre estes, o método de produção verbal de afetos (Von Rad & Lolas; 1985; *Apud* Taylor, 1997).

Acreditamos ser desnecessário pormenorizar cada um desses testes e questionários já que, embora os métodos projetivos expressem importantes aspectos da alexitimia (a

capacidade de simbolização e elaboração dos afetos), apresentam extrema dificuldade quanto à sua verificação empírica e comparabilidade entre seus resultados e os de outros métodos de avaliação do mesmo construto. Os estudos demonstraram baixa correlação entre esses índices e o BIQ, o TAS e o TAS 20 (Taylor & Doody, 1985, *apud* Taylor, 1997).

#### **4.1 - Alexitimia e o TAS-20:**

A alexitimia, como temos observado, enquanto fenômeno afetivo está frequentemente sujeito a instabilidades em sua apresentação, seja como fato clínico, seja como objeto de investigação científica. Portanto, poderemos considerar o construto da alexitimia como controverso sob ambos os aspectos. A dificuldade de “sustentação” da alexitimia enquanto fenômeno observável único e homogêneo tornou necessária a utilização de diferentes métodos e instrumentos de avaliação, calcados em diferentes referenciais teóricos.

Os esforços no aprimoramento dos métodos de observação da alexitimia traduziram-se no desenvolvimento, aperfeiçoamento e validação da *Toronto Alexithymia Scale* (TAS). O TAS foi concebido justamente como um instrumento amparado na definição de alexitimia e que, ao mesmo tempo, permitisse, através de recursos estatísticos, submetê-lo à verificação de sua consistência.

Taylor et al. (1985), após extensa revisão da literatura, definiram cinco áreas que refletiriam o domínio do construto da alexitimia: dificuldade em descrever sentimentos; dificuldade em distinguir sentimentos das manifestações somáticas dos afetos; falta de introspecção; conformismo social, empobrecimento da vida de fantasia e ausência do relato de sonhos. A partir dessas cinco áreas temáticas formularam um questionário inicial composto de 41 itens elaborados a partir de três diferentes instrumentos anteriores. Através de análise fatorial, 26 itens foram preservados por discriminarem os seguintes fatores: dificuldade em distinguir sentimentos das manifestações somáticas dos afetos; dificuldade em descrever sentimentos; empobrecimento da vida de fantasia; ausência do relato de sonhos e pensamento predominantemente orientado para os fatos concretos da vida cotidiana.

Como podemos observar na planilha que sumariza os trabalhos relativos ao tema da alexitimia (vide anexos), o TAS foi amplamente utilizado tanto em populações clínicas como naquelas mais próximas da “população geral”, demonstrando boa confiabilidade teste-reteste e consistência interna em análises multifatoriais. (Bagby et al.;1993; *Apud* Taylor,1997). O TAS demonstrou adequada validade externa, apresentando correlação positiva com instrumentos que avaliavam características semelhantes à alexitimia e negativa com instrumentos que se relacionavam com características opostas à alexitimia, como a capacidade

de expressão psicológica (*psychological mindedness*) e com um instrumento que avalia a necessidade de compreensão e expressão de afetos, o *NEO Five Factor Inventory* (NEO-5) (Bagby et al.,1995).

O TAS foi concebido inicialmente como um instrumento multidimensional, com atribuição de escore de 0 a 5 em cada um de seus 26 itens. Fornece valor global para avaliação de gravidade sob a forma de valores contínuos, resultantes das somas de seus escores. Permite também, através da definição de pontos de corte, que seus resultados sejam passíveis de análise categórica, principalmente no estudo comparativo entre diferentes populações (Taylor et al.,1988).

A maioria dos trabalhos empíricos revistos utilizou a análise categórica, tendo como ponto de corte aquele estabelecido por Taylor (1988). Muitos desses trabalhos, no entanto, utilizaram-se do ponto de corte proposto por Taylor indiscriminadamente, para populações com características diversas. Seus resultados, desta forma, são pouco confiáveis do ponto de vista de uma análise mais acurada, uma vez que não foram consideradas as variáveis sócio-demográficas e culturais que poderiam distorcer os resultados obtidos e levar a interpretações errôneas. Montreuil & Pedinelli (1996) advertem para o erro encontrado com frequência nesses trabalhos, pela transposição de um ponto de corte definido de um determinado instrumento numa cultura ou contexto para situações diversas. Enfatizam que, se as prevalências forem diferentes, encontraremos valores distintos quanto à sensibilidade e à especificidade do referido instrumento.

Da mesma forma, a utilização de escore total, sem levar em conta a heterogeneidade dos fatores constituintes da alexitimia, pode encobrir erros de avaliação, já que determinadas variáveis sócio-demográficas podem estar mascaradas por determinado fator relacionado à alexitimia, com maior ou menor peso em relação aos demais fatores. Kirmayer & Robbins (1993) defendem que a avaliação TAS, por englobar distintos conceitos, deve levar em conta, separadamente, seus distintos fatores.

Embora o TAS tenha demonstrado propriedades psicométricas superiores aos outros instrumentos utilizados para mensurar a alexitimia, com melhor confiabilidade interna e validade externa, foram observados alguns problemas intrínsecos ao instrumento em sua estrutura fatorial. Bagby et al. (1994) e Taylor et al. (1992), autores do TAS, resolveram reexaminar os domínios constitutivos do instrumento, repetindo os mesmos procedimentos que resultaram em sua estruturação. Acrescentaram 17 item aos 26 já existentes e elaboraram um questionário nos mesmos moldes do TAS, num total de 43 itens. Através da análise fatorial, apenas 23 itens (TAS-R) foram retidos, sendo eliminados aqueles relacionados à “vida imaginativa” por sua baixa confiabilidade e inter-relação com os demais. Após uma

segunda revisão, apenas vinte itens que demonstraram boa consistência interna (alfa de Cronbach =0.81) e boa confiabilidade teste-reteste após três semanas de intervalo ( $r=0.77$ ) foram mantidos. Apenas três fatores se mostraram congruentes com o construto da alexitimia:

- dificuldade em distinguir entre os sentimentos e as expressões somáticas dos afetos: perguntas: 1,3,6,7,9,13,14;

- dificuldade em descrever e comunicar sentimentos: perguntas 2,4,11,12,17;

- pensamento orientado predominantemente para os fatos concretos da vida cotidiana: perguntas 5,8,10,15,16,18,19,20.

Algumas perguntas foram invertidas em seu sentido: 4,5,10,18,19 para melhorar a confiabilidade, sendo mantida a estrutura em escala Likert de cinco pontos, variando da concordância absoluta à discordância absoluta.

Os autores examinaram a validade convergente e divergente em populações de universitários e pacientes ambulatoriais na comparação do TAS-20 com instrumentos que se correlacionavam com ele, positiva e negativamente, sendo os resultados favoráveis (Bagby et al.,1994 *apud* Taylor, 1997).

O ponto de corte para o TAS-20 obtido através do estudo comparativo entre populações de referência, situa-se entre de 51 a 61 pontos.

Taylor (1997) adverte que o TAS-20 não deve ser utilizado como único instrumento na avaliação na alexitimia. Tal instrumento serve como auxílio ao clínico como elemento de triagem e no contexto da avaliação por meio de outras fontes, incluindo a observação clínica, as informações de familiares e amigos, além da avaliação de outros instrumentos.

## **4.2 - Alexitimia em usuários de drogas e álcool:**

Ao abordarmos a relação da alexitimia com o uso abusivo de drogas, é necessário enfatizar antes que a alexitimia não se restringe aos transtornos psicossomáticos, como inicialmente proposto na formalização de seu construto (Nem todos os pacientes somatizadores podem ser considerados como alexitímicos, nem todos os alexitímicos são necessariamente somatizadores). A relevância maior do estudo da alexitimia é justamente a constatação de escores elevados em outras categorias psiquiátricas.

Por sua característica peculiar de “exacerbação compensatória das queixas somáticas”, a alexitimia embora não seja considerada fator diretamente relacionado a qualquer transtorno, seja clínico ou psiquiátrico, independente da patologia apresentada, tende a agravar o prognóstico dos pacientes em geral e fazer com que experimentem um curso mais crônico. Os alexitímicos requerem maior atenção das equipes de saúde e parecem cooperar menos com os tratamentos oferecidos de um modo geral (Wise,1995).

QUADRO 4 - Estudos sobre a alexitimia em dependentes de álcool e drogas:

AUTOR	AMOSTRA (NÚMERO)	SEXO	TIPO	TEMPO DE ABSTINÊNCIA	SUBST. UTILIZADA	ALEXITIMIA (PREVALÊNCIA PONTUAL)	INSTRUMENTO UTILIZADO
RYBAKOWSKY ET AL. 1988	100	M	INT.	S/INF	ÁLCOOL	78,0%	SSPS
HAVILAND ET AL. 1988	125	M	INT.	1-21 DIAS	ÁLCOOL E DROGAS	50,4%	TAS
TAYLOR ET AL. 1990	44	M	INT.	1-7 DIAS	ÁLCOOL	50,0%	TAS
HENDRYX ET AL. 1992	130	M	INT.	< 30 DIAS	ÁLCOOL	51,0%	TAS
HAVILAND ET AL. 1994	204		INT.	1-7 DIAS	ÁLCOOL E DROGAS	41,7%	TAS- 20
ZIÓTKOWSKY ET AL. 1995	60	M	AMB.	1-108 MESES	ÁLCOOL	48,0%	SSPS
LOAS ET AL. 1995	47	MF	INT.	1-7 DIAS	ÁLCOOL	66,0%	TAS
KELLER ET. 1995	93	M F	AMB	1-7 DIAS	DROGAS	39,0%	TAS

No quadro 4, podemos observar pesquisas empíricas que mensuram a alexitimia em dependentes de álcool e drogas. Verifica-se a heterogeneidade entre as amostras de pacientes utilizadas nos estudos no que tange ao número de pacientes, ao tempo de abstinência, à substância de abuso, além dos diferentes instrumentos utilizados para mensuração da alexitimia.

As diferentes prevalências encontradas nesses trabalhos provavelmente podem ser explicadas pelos diferentes instrumentos utilizados. No SSPS encontramos maiores discrepâncias entre os resultados, em decorrência fundamentalmente da baixa confiabilidade de tal instrumento, como observamos anteriormente. Com o TAS e o TAS-20, a frequência da alexitimia entre dependentes de álcool e drogas tende a se situar em torno de 50%, exceções feitas aos trabalhos de Loas et al. (1995) e ao de Keller (1995).

Embora a maioria dos trabalhos revisados apresentem limitações em sua comparabilidade e generabilidade, alguns achados merecem considerações mais detidas.

Rybakowsky et al. (1988) e Taylor et al. (1990) compararam em suas análises pacientes dependentes de drogas alexitímicos e não alexitímicos. Verificaram não haver diferença no padrão de gravidade da dependência entre estes grupos. Tais achados, que merecem confirmação em estudos longitudinais, apontam para uma não interferência da alexitimia na gravidade da dependência anterior à internação. Rybakowsky observou que os dependentes de drogas alexitímicos eram em média de faixa etária mais jovens e tinham menor tempo de duração do uso da substância anterior à internação. A alexitimia poderia aqui ser correlacionada à busca de tratamento, da mesma forma que nos somatizadores, atua na tendência à procura de ajuda médica e medicamentos. A exacerbação dos sintomas somáticos diminuiria a capacidade de tolerância ao mal-estar somático, muito frequente entre usuários de drogas. Taylor detectou maior ansiedade e depressão entre os alexitímicos em geral, o que favoreceria, na hipótese da auto-medicação, a utilização de drogas para o alívio da sobrecarga de tensão emocional. Embora não esteja demonstrada qualquer relação consistente entre a alexitimia e depressão, autores como Haviland et al. (1994) sugerem que a alexitimia predisporia à depressão pelo enfraquecimento das defesas psicológicas.

Ziótkowsky et al. (1995), em estudo prospectivo, demonstraram que a duração do período de abstinência entre os dependentes de drogas não-alexitímicos é maior, quando comparada aos alexitímicos, considerando grupos com tempo de doença prévia similar. Tal estudo corrobora a idéia da alexitimia como um fator, que, independentemente da gravidade da doença de base, tende a agravá-la ou tornar seu curso mais crônico.

Hendryx et al. (1992), Haviland et al. (1994) e Pinard (1996) enfatizam a relativa estabilidade na mensuração do TAS-20 em pacientes internados para tratamento de dependência de drogas, apesar de sua discreta diminuição a partir da primeira semana de internação. Os níveis dos escores, no entanto, permaneceram sempre mais elevados quando comparados com a população geral. O estresse da internação e os sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, comuns na fase inicial de abstinência de substâncias, foram associados por esses autores à maior pontuação para a alexitimia inicial nos momentos iniciais de internação.

Os trabalhos revistos sugerem que a alexitimia, embora não se relacione à gravidade dos quadros quando no início do tratamento para dependentes de drogas, tende a agravar seu prognóstico, diminuindo o período subsequente de abstinência. Estudos longitudinais permitirão esclarecer se os alexitímicos teriam maior risco para dependência ou não. Keller et al. (1995), em estudo prospectivo, comparou usuários de cocaína alexitímicos e não alexitímicos. Conclui que os usuários de cocaína alexitímicos têm maior adesão ao tratamento se forem submetidos a tratamento mais prolongado e de apoio, reduzindo os diferenciais de prognóstico frente aos não alexitímicos. Tal característica parece corresponder ao padrão cognitivo deficitário nos alexitímicos e

que exige técnicas específicas de conscientização e discriminação dos afetos das sensações corporais, como Krystal (1979) sugere. Tais achados sugerem a utilidade da mensuração prévia da alexitimia em dependentes de drogas nos programas de tratamento, o que permitiria ao clínico um recurso auxiliar na avaliação da gravidade dos casos, do prognóstico e da necessidade de medidas terapêuticas adicionais.

## Capítulo V

### PACIENTES E MÉTODOS

O estudo trabalhou com uma amostra de conveniência composta de 54 pacientes internados para tratamento no Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ), clínica situada na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro.

Em dois dias diferentes (18 de novembro e 2 de dezembro de 1998), o autor examinou todos os pacientes internados para tratamento de dependência de álcool e substâncias psicoativas, com uma permanência na instituição por prazo não inferior a 1 semana.

A abstinência total de álcool e drogas durante a internação fazia parte da orientação terapêutica da clínica, cuja infração implicava o desligamento imediato do programa de tratamento. O tempo não inferior a 1 semana de internação como critério de inclusão em nosso protocolo objetivou minimizar possíveis distorções nas respostas aos questionários, baixa acuidade das informações nas entrevistas e, conseqüentemente, dos resultados obtidos pela interferência de alterações físicas e psicológicas presentes no início da internação, decorrentes do processo de desintoxicação e da síndrome de abstinência.

Optamos por eliminar de nosso estudo pacientes portadores de transtornos cognitivos graves, o que impossibilitaria o auto-preenchimento dos questionários, bem como os de nível de escolaridade inferior a cinco anos completos, pela baixa confiabilidade de suas respostas, tanto nas entrevistas como nos instrumentos auto-administráveis constantes em nosso protocolo, o que foi verificado em nosso estudo piloto. Foram excluídos de nossa amostra, pelos motivos supracitados, dois pacientes com nível de escolaridade inferior a cinco anos e um portador de deficiência visual grave.

Após autorização da direção da clínica e breve explanação ao conjunto dos pacientes acerca dos objetivos e procedimentos de nossa pesquisa, todos foram convidados a participar de nosso estudo. Em seguida, receberam material de nosso protocolo e solicitamos a todos que assinassem o termo de consentimento pós-informação (vide anexo), sendo reassegurado aos participantes o sigilo quanto aos dados de identificação e à disponibilidade para maiores esclarecimentos durante e após a aplicação do evento, conforme determinam as normas para pesquisas em seres humanos, vigentes em nosso país. Um paciente recusou-se a participar da pesquisa sem declarar o motivo.

Dos 50 pacientes remanescentes, todos preencheram o TAS-20 (Bagby et al., 1994) (vide anexo), questionário de auto-preenchimento com 20 questões em escala Likert de cinco pontos, variando de “grande discordância” à “grande concordância”. A escala é confiável, tendo sido traduzida e validada em nosso meio por Fortes (1995).

Após o preenchimento do TAS-20, todos preencheram o *Drug Abuse Screening Test* (DAST) (vide anexo), instrumento utilizado na triagem clínica e avaliação inicial da gravidade do uso abusivo de substâncias psicoativas (que não o álcool) e no acompanhamento de pacientes em programas de tratamento. Desenvolvido por Skinner (*apud* Staley & El-Guebaley, 1990), o DAST é um questionário de 28 itens, que tanto pode ser utilizado como entrevista estruturada como questionário de auto-preenchimento. Foi traduzido pelo autor, tendo sido realizado estudo preliminar de confiabilidade no formato de questionário de auto-preenchimento. Segundo Staley & El-Guebaly (1990), o DAST demonstrou boa consistência interna e boa correlação entre itens. O ponto de corte definido para estes autores situou-se entre 5/6 e 10/11, critério dimensional de abuso ou dependência de drogas, respectivamente.

O terceiro instrumento a ser utilizado foi o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (vide anexo), desenvolvido pela *World Health Organization* (WHO, 1992) para identificar pessoas em que o consumo de bebidas alcoólicas tem sido intenso e ou prejudicial à saúde. O AUDIT foi concebido para ser utilizado, tanto no formato entrevista breve estruturada ou instrumento de auto-preenchimento, a ser incorporado em protocolo de saúde em geral, como no prontuário clínico do paciente. O instrumento é composto de 10 itens e utiliza escala Likert de 4 pontos, variando de 0 (“não presente”) a 4 (“grave”). O escore total é obtido a partir da soma dos escores de cada item. Dois pontos de corte são admitidos a partir dos estudos de validação, de acordo com a proposta dos estudos:

*um escore de 8 ou mais determina alta sensibilidade, enquanto um escore de 10 ou mais resulta em alta especificidade. (...) Em geral, escores elevados nos três primeiros itens na ausência de escores elevados nos outros itens sugerem uso abusivo. Escores elevados nos itens 4 a 6 se correlacionam à dependência ao álcool e escores elevados nos itens remanescentes uso nocivo”. (id., p.11)*

A presente tradução do AUDIT e o estudo preliminar de sua confiabilidade foram realizados pelo autor do presente trabalho para o formato de questionário de auto-preenchimento.

O objetivo da utilização, tanto do DAST quanto do AUDIT, foi o de fornecer estimativas de gravidade para a dependência de drogas e álcool. Diferentemente do TAS-20, no qual utilizamos ponto de corte definido a partir de uma amostra de universitários brasileiros (Fortes, 1995), não exposta a nenhum único fator de risco em particular, o mesmo não pode ser feito em relação ao DAST e AUDIT, já que não dispomos de estudos de tais instrumentos utilizados em nosso meio.

Todos os pacientes foram entrevistados pelo autor da presente dissertação e submetidos a um questionário elaborado pelo mesmo, visando à obtenção de dados sócio-demográficos básicos.

Seguiu-se ao questionário entrevista psiquiátrica breve estruturada, baseada nos critérios diagnósticos da DSM IV, definidores dos transtornos por utilização de substâncias psicoativas. Elaborada por Severinghaus & Kinney (*apud* Kinney, 1997) para triagem diagnóstica e utilizada em serviços de saúde, foi traduzida pelo autor da presente dissertação (vide anexo).

Para estruturação do nosso banco de dados utilizamos o programa *Fox Pro 2.5 for Window* (1989).

A análise estatística foi feita utilizando o *SSPS 8.0 for Windows* com a elaboração de tabelas de contingência e testes de associação. Utilizamos testes do qui quadrado e teste exato de Fisher para variáveis categóricas e testes t de médias para variáveis contínuas. Devido ao tamanho reduzido da amostra, as análises estatísticas de associação entre os resultados das escalas e variáveis sócio-demográficas foram unicamente univariadas. O nível de significância dos testes estatísticos empregados foi de 5%.

O programa *Statistic for Windows 4.3* foi utilizado para o estudo inicial da confiabilidade interna do TAS-20, cálculo do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach e cálculo do nível de corte para estudo posterior da prevalência da alexitimia na amostra de universitários (reanálise). Utilizamos o mesmo programa para proceder à análise fatorial do conglomerado de itens que mais influenciaram os resultados em ambas as amostras, a partir da elaboração de matriz ortogonal (varimax). A confiabilidade do TAS-20 em usuários de drogas e álcool foi testada previamente em dois estudos-piloto descritos na seção de resultados, realizados no próprio CREDEQ, onde predominam pacientes usuários abusivos de drogas (que não o álcool) e na Unidade para Tratamento de Alcoolistas (UTA) do Hospital Phillippe Pinel, Ministério da Saúde.

## Capítulo VI

### RESULTADOS:

Os resultados desse estudo se baseiam em respostas obtidas através de questionário por nós elaborado, voltados para informações sócio-demográficas básicas e relativas ao tipo e padrão da droga preferencialmente utilizada; em entrevista breve estruturada específica para a área de abuso e dependência de drogas e em três instrumentos de auto-preenchimento. Neste capítulo estarão também incluídos os resultados da análise psicométrica do TAS-20 e estimativa de prevalência de alexitimia na amostra sob estudo.

#### 6.1 - Dados sócio-demográficos:

Dos 50 internos avaliados, observamos uma porcentagem maior em nossa amostra de indivíduos do sexo masculino (80%). A idade média dos internos foi de 33,7 anos e o tempo médio de escolaridade de oito anos. A maior parte da amostra constitui-se de indivíduos sem parceiros no momento da entrevista: solteiros (46%), separados (12%) e divorciados (4%). A tabela 1 e 2 apresentam algumas dessas características sócio-demográficas.

TABELA 1 - Características sócio-demográficas relativas à faixa etária e sexo, da amostra de internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	N (%)	MÉDIA (DESVIO PADRÃO)
IDADE MÉDIA EM ANOS		33,7 ± 9,4
SEXO:		
feminino	10 (20%)	
masculino	40 (80%)	

TABELA 2 - Características sócio-demográficas relativas à escolaridade e estado civil da amostra de internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

* ESCOLARIDADE EM ANOS: (média/desvio padrão)	8 ± 2,9
---	---------

ESTADO CIVIL:

Solteiros (não vivem com parceiros)	23 (46%)
Casados	11 (22%)
Solteiros (vivem com parceiros)	8 (16%)
Separados	6 (12%)
Divorciados	2 (4%)

\*O tempo mínimo de escolaridade para inclusão em nosso estudo era de cinco anos, pela natureza de auto-preenchimento dos questionários utilizados, conforme descrito na seção anterior.

**6.2 – Tempo de internação, drogas de preferência e formas de utilização:**

A maior parte dos entrevistados (78%) estavam internados no CREDEQ há mais de 1 semana: período compreendido entre 1 a 4 semanas (72%) e superior a 4 semanas (6%). A tabela 3 discrimina os entrevistados pelo tempo de internação no CREDEQ.

TABELA 3 - Características relativas ao tempo de internação dos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

TEMPO DE INTERNAÇÃO (EM SEMANAS)	N (%)
* 1 semana	11 (22%)
1-4 semanas	36 (72%)
>4 semanas	3 (6%)
TOTAL	50 (100%)

\* A permanência por menos de 1 semana constituía critério de exclusão

No total, a utilização da cocaína e derivados etílicos isoladamente ou combinados representam 70% do motivo de internação na clínica na amostra sob estudo. A tabela 4 pormenoriza o tipo de droga preferencialmente consumida pelos pacientes internados.

TABELA 4 – Drogas preferencialmente utilizadas nos últimos seis meses anteriores à internação pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

DROGA DE ESCOLHA:	N (%)
cocaína (pó)	13 (26%)
álcool	12 (24%)
cocaína e álcool	10 (20%)

crack	3 (6%)
maconha	1 (2%)
psicofármacos	1 (2%)
*mais de duas substâncias (que não a cocaína e o álcool)	10 (20%)
TOTAL	50 (100%)

\*Inclui outras combinações que não cocaína e álcool

A forma mais freqüente de utilização das drogas consumidas em nossa amostra é a oral (32%), que dada a não relevância dos psicofármacos, se refere basicamente ao consumo de álcool etílico e às combinações com a cocaína e demais substâncias. As vias de administração estão descritas na tabela 5.

TABELA 5 – Vias de administração das drogas utilizadas nos últimos seis meses anteriores à internação pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

FORMA DE UTILIZAÇÃO	N (%)
Inalada/aspirada	18 (36%)
oral	16 (32%)
* várias vias simultâneas	14 (28%)
Injeção intradérmica	0 (0%)
Injeção intravenosa	1 (2%)
Fumada	1 (2%)
TOTAL	50 (100%)

\* sem via preferencial de utilização da droga

### 6.3 – Avaliação diagnóstica de dependência de drogas e álcool de acordo com os critérios da DSM IV:

Mediante entrevista breve estruturada, o autor diagnosticou dependência de substâncias psicoativas na totalidade dos avaliados, de acordo com os critérios da DSM IV. As escalas que precederam ao exame (DAST e AUDIT) serviram em nosso estudo como instrumentos de mensuração dimensional de gravidade dos transtornos por dependência álcool e drogas.

### 6.4 - Avaliação da capacidade de discriminação dos instrumentos frente à entrevista psiquiátrica breve estruturada:

Houve concordância absoluta significativa entre o diagnóstico de gravidade da dependência realizado pelo autor mediante entrevista psiquiátrica e as avaliações pelas escalas utilizadas para abuso de álcool e dependência de drogas. Enquanto o examinador encontrou critérios diagnósticos para dependência de drogas em todos os avaliados, o DAST apontou escores sugestivos de dependência de drogas em 94% dos casos e o AUDIT escores sugestivos de dependência do álcool em 30% da amostra.

#### 6.5 - Avaliação da gravidade da dependência de derivados etílicos a partir do questionário AUDIT:

Nossa amostra parece demonstrar escores sugestivos de gravidade (30%), superiores aos encontrados por outros autores, embora em diferentes contextos. A título de ilustração, mencionamos os resultados de Guevara-Amal et al. (1995). Em estudo multicêntrico em hospitais gerais, estes autores encontraram escores para o AUDIT que variam entre 0 e 35, sugestivos de dependência de derivados etílicos em 23,4% dos pacientes internados.

TABELA 6 – Resultados obtidos a partir da soma dos escores no preenchimento do questionário AUDIT pelos internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

Nº DE CASOS: 50	
Nº DE ITENS: 10	
Escore total médio	24,56
d.padrão	± 11,35
variância	126,28
escore mínimo	0
escore máximo	40
coeficiente $\alpha$ de cronbach	0,90
casos sugestivo de uso nocivo do álcool – itens 1,23 > 9	32 (64%)
casos sugestivo de dependência do álcool – itens 4,5,6 > 9	15 (30%)

#### 6.6 - Avaliação de gravidade da dependência de drogas pelo DAST:

Embora não existam estudos em nosso meio que permitam estabelecer comparações com nossos resultados, nossos escores totais médios relativos ao DAST (18,94) aproximam-se dos valores encontrados por Taylor et al. (1990) (18,50), em instituição com propósitos semelhantes, embora em contexto diverso (Canadá): pacientes internados e dependentes de álcool e drogas de ambos os sexos.

TABELA 7 – Resultados obtidos a partir da soma dos escores no preenchimento do questionário DAST pelos pacientes internados no Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

Nº. DE CASOS: 50	
Nº. DE ITENS: 28	
escore total médio	18,94
d.padrão	± 5,05
variância	25,57
escore mínimo	2
escore máximo	26
coeficiente $\alpha$ de Cronbach do instrumento	0,84
casos sugestivos de ausência de padrão dependência de drogas (não álcool) escores < 5	3 (6%)
casos sugestivos de dependência de drogas (não álcool) escores >11	47 (94%)

## 6.7 - Avaliação da alexitimia pelo TAS-20:

### 6.7.1 - Estudo da confiabilidade do TAS-20 em amostra de universitários:

Verificamos a confiabilidade do TAS-20 a partir dos dados gentilmente cedidos pela Prof.<sup>a</sup> Sandra Fortes, referentes a 124 universitários. Os principais resultados desta análise encontram-se sumarizados na tabela 8.

TABELA 8 - Resultados da reanálise da confiabilidade do TAS-20 em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995):

Nº DE CASOS: 124	
Nº DE ITENS: 20	
escore total médio	45,45
d.padrão	± 9,95
variância	99,11
escore total mínimo	26
escore total: máximo	70
correlação média entre itens	0,11
coeficiente $\alpha$ de cronbach	0,71

A média e o desvio padrão dos escores totais encontrados no questionário da referida amostra:  $45,45 \pm 9,95$  para o TAS-20 situam-se dentro dos limites dos valores encontrados por Bagby et al. (1994):  $52,14 \pm 10,40$ , para homens e  $48,4 \pm 11,48$ , para mulheres. Embora o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach relativo amostra de Fortes (1995), segundo nossa reanálise, tenha sido adequado ( $> 0,70$ ), foi inferior ao encontrado por Bagby et al. (0,81). Já a média da correlação entre os itens, de 0,11, se mostrou inferior ao valor mínimo estabelecido por estes autores, para servir de parâmetro de confiabilidade para esta escala ( $>20$ ).

#### 6.7.2 - Resultados da análise fatorial variabilidade dos itens do TAS-20 preenchido pela amostra de universitários (Fortes,1995) :

Outra estratégia muito utilizada pelos autores por nós revistos para a avaliação da alexitimia é tributária da análise dos conglomerados de itens que mais influenciam na variabilidade dos resultados obtidos na amostra,

através da soma dos escores dos itens encontrados no TAS-20. A alexitimia, como construto multidimensional, pode englobar diferentes aspectos do fenômeno afetivo que podem se tornar mais ou menos evidentes a partir da aplicação deste método. Os resultados obtidos através desta reanálise dos itens respondidos pela amostra de universitários será utilizada por nós como padrão de comparação. Nossos achados podem ser observados na tabela 9.

TABELA 9 - Matriz fatorial com rotação ortogonal (varimax) dos 20 itens do TAS-20 em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995)

	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3
$\alpha$ de Cronbach	0,81	0,59	0,59
ITEM01	<b>,7244*</b>	-,1154	-,1172
ITEM02	,5653*	-,0291	,2410*
ITEM03	,4162*	-,0912	-,1876
ITEM04	,4992*	,0553	,1979
ITEM05	-,0863	,3001*	-,2415
ITEM06	<b>,5607*</b>	,1104	-,1707
ITEM07	<b>,5993*</b>	,0797	,0849
ITEM08	,1064	,4517*	,1282
ITEM9	<b>,7143*</b>	-,0628	-,0038
ITEM10	-,0658	<b>,6887*</b>	,0411
ITEM11	<b>,6511*</b>	-,1054	,3555*
ITEM12	,4344*	-,2606	,3613*
ITEM13	<b>,7210*</b>	-,0314	-,0180
ITEM14	<b>,5816*</b>	,3226*	-,1652
ITEM15	-,2020	,3733*	<b>,6726*</b>
ITEM16	-,2151	,2558*	<b>,5958*</b>
ITEM017	,3841*	-,0873	<b>,6402*</b>
ITEM18	-,0659	<b>,6116*</b>	,0931
ITEM19	,0472	<b>,6654*</b>	-,1683
ITEM20	,0365	,4207*	,1740
%PERC. #	,2093	,1103	,0914

Eigenvalue	4,1869	2,2067	1,8280
------------	--------	--------	--------

*Negrito indica variabilidade igual ou superior a 50%*

*\* Indica variabilidade igual ou superior a 20%*

*#%PERC. Indica percentual de variabilidade de cada fator em relação ao escore total.*

Observamos três conglomerados de itens com *Eigenvalues* superiores à unidade.

O Fator 1, responsável por cerca de 20% de variância do total, é representado pelos itens 1,2,3,4,6,7,9,11,12,13 e 14, não discriminam entre si dois aspectos relacionados ao construto da alexitimia: a dificuldade em distinguir entre sentimentos das expressões somáticas dos afetos e a dificuldade em descrever e comunicar sentimentos.

O Fator 2, responsável por cerca de 11% da variância total, é representado pelos itens 5, 8,10, 14,15, 16,18,19 e 20, que correspondem basicamente à característica do alexitímico de se voltar antes para os aspectos concretos da vida cotidiana que à própria subjetividade. Apenas um item (14) relaciona-se à característica alexitímica da dificuldade em descrever e comunicar sentimentos.

O Fator 3, responsável por 9% da variância total, é representado pelos itens 2,11,12,15, 16 e 17, e parece se relacionar à dificuldade do alexitímico em distinguir sentimentos de sensações corporais. Apenas dois itens (15 e 16) relacionam-se à tendência do alexitímico em se voltar mais para os aspectos concretos da vida cotidiana.

Procedemos à testagem estatística para avaliar a estrutura fatorial do TAS-20 na referida amostra com apenas dois fatores. Os resultados se mostraram semelhantes aos anteriores, ou seja, observa-se uma indiscriminação de dois aspectos relacionados à alexitimia: a dificuldade em distinguir entre sentimentos das manifestações somáticas dos afetos, da dificuldade em descrever e comunicar sentimentos.

Embora a confiabilidade geral da escala tenha se mostrado razoável, a média da correlação entre os itens (0,11) foi menor que o valor mínimo admitido pelos autores da escala (>0,20). Efetuamos a seguir, na tentativa de aumentar a confiabilidade da escala, a retirada, numa segunda análise, de seis itens do questionário original (5,10,15,16,18,19) que se relacionavam de maneira insuficiente com o conjunto dos itens. Os itens suprimidos numa segunda análise foram os seguintes:

5 - Eu prefiro analisar os problemas do que apenas descrevê-los.

10 - É essencial estar em contato com as emoções.

15 - Eu prefiro conversar com as pessoas sobre suas atividades do dia-a-dia do que sobre seus sentimentos.

16 - Eu prefiro assistir a divertimentos leves do que a dramas psicológicos.

18 - Eu consigo me sentir próximo de alguém mesmo em momentos de silêncio.

19 - Eu acho que examinar meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.

Convém ressaltar que a maioria dos itens de baixa confiabilidade retirados incluem-se dentro do terceiro fator constitutivo do TAS-20, que busca avaliar a tendência do alexitímico a se voltar antes para os aspectos mais concretos da vida cotidiana do que para sua própria subjetividade. Apenas dois itens (8 e 20) permaneceram como representantes deste fator. Na tabela 10 apresentamos as alterações na confiabilidade do TAS-20 a partir da retirada destes seis itens.

TABELA 10 - Resultados da análise da confiabilidade do TAS-20 após a retirada de seis itens em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995)

Nº DE CASOS: 124	
Nº DE ITENS: 14	
Escore total médio	32,91
D.padrão	9,46
Variância	98,31
Escore total: mínimo	15
Escore total: máximo	57
Correlação média entre itens:	0,21
Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	0,79

Encontramos o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach (0,79), bem mais próximo aos encontrados por Babgy et al. (1994), (0,81), e uma correlação média entre os itens superior a 0,20.

A estrutura fatorial de 14 itens demonstrou a presença de três fatores de *Eigenvalues* superiores à unidade (vide tabela 11), dois fatores responsáveis por 20% de variância, cada um, e um terceiro fator, representando aproximadamente 10% do total de 50% de variabilidade total da amostra.

TABELA 11 - Matriz fatorial com rotação ortogonal (varimax) após a retirada de seis itens do TAS-20 20 em amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995)

	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3
$\alpha$ de Cronbach	0,51	0,71	0,36
ITEM01	<b>,672943 *</b>	,313949*	,062076
ITEM02	,115704	<b>,692370 *</b>	,197983
ITEM03	,271213*	,165250	<b>,582647 *</b>
ITEM04	-,002007	<b>,672179 *</b>	,367182*
ITEM06	<b>,714320 *</b>	,055864	-,132116
ITEM07	,535975 *	,300939*	,126091
ITEM08	,274488*	-,098996	-,061634

ITEM09	<b>,641957 *</b>	,351513*	,073721
ITEM11	,330690*	<b>,674465 *</b>	-,010171
ITEM12	,220723*	<b>,579872 *</b>	-,467605*
ITEM13	<b>,541751 *</b>	,441429*	,157071
ITEM14	<b>,676348 *</b>	,060445	,187465
ITEM17	,046670	<b>,676745 *</b>	-,138596
ITEM20	-,048952	-,011798	<b>,718414 *</b>
EIGENV.	4,18704	1,34878	1,30830
%PERC. #	,195598	,195137	,098131

*Negrito indica variabilidade superior a 50%.*

*\*Indica variabilidade superior a 20%*

# %Perc. indica percentual de variância de cada fator no total de 40%.

O Fator 1, representado pelos fatores 1,6,7,9,13 e 14, relaciona-se à dificuldade em distinguir sentimentos das expressões somáticas dos afetos.

O Fator 2, representado pelos itens 2,4,11,12 e 17, refere-se à dificuldade em descrever e comunicar sentimentos.

O Fator 3, representado por dois itens apenas (3 e 20), não discrimina nenhum aspecto relacionado ao construto da alexitimia em particular. O item 3 relaciona-se à dificuldade em distinguir sentimentos das sensações corporais e o item 20 diz respeito à característica do alexitímico de se voltar antes para os aspectos mais concretos da vida cotidiana do que da própria subjetividade. Tais achados parecem sugerir em nossa amostra a tendência para uma estrutura bifatorial para o TAS-20.

Desta forma, os 6 itens foram excluídos das análises subsequentes do TAS-20 com o intuito de melhorar a confiabilidade da escala para esta amostra.

### 6.7.3 - Estimativa da prevalência da alexitimia na amostra de universitários:

Na ausência de um padrão clínico diagnóstico claramente definidor da alexitimia e pela dificuldade na sua avaliação conforme observamos ao longo da presente dissertação, optamos por utilizar procedimentos estatísticos descritos brevemente na seção de métodos e detalhados a seguir, através do estabelecimento de nível ou ponto de corte para o instrumento (TAS-20). Assim, não poderemos falar propriamente em prevalência, mas em estimativa, determinada probabilidade de que indivíduos alexitímicos se situem dentro de determinado intervalo ou faixa dimensional, calculada a partir da soma dos escores obtidos na amostra tomada como padrão (universitários). Poderemos nos referir com maior propriedade a

determinada estimativa da frequência da alexitimia na amostra em estudo, segundo o TAS-20, mas, com vistas à simplificação terminológica, utilizaremos doravante o termo prevalência (mantidas as ressalvas assinaladas).

Além disso, como temos observado, a complexidade na avaliação da alexitimia não permite que um único instrumento de avaliação seja capaz de mensurá-la, no nosso caso, o TAS-20. Como temos observado na literatura, os autores se utilizam de vários instrumentos relacionados, positiva ou negativamente, com o construto na alexitimia com vistas à sua avaliação.

O critério estatístico para o cálculo do nível de corte baseia-se no cálculo do erro padrão da escala (**EP**) através de uma relação que inclui o coeficiente de confiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach) e o desvio padrão da escala ( $\sigma$ ) (Piedade, 1986). Através do cálculo do erro padrão da escala (de acordo com a fórmula a seguir), acrescido à soma da média dos escores totais de cada indivíduo, admite-se um intervalo dimensional para inclusão de um indivíduo na categoria de alexitímico ou de não alexitímico:

$EP = \pm 2 \times \sigma \sqrt{1 - \alpha}$
--

De acordo com os dados da tabela 12, teremos então:

$$EP = \pm 2 \times 9,46 \times 0,45$$

$$EP = \pm 8,51$$

Portanto, nosso ponto de corte situa-se entre os escores contidos no intervalo de 32,91  $\pm$  8,51. Sujeitos que apresentarem escores totais no TAS-20 superiores a 41,52 terão uma probabilidade de 95% de serem considerados alexitímicos por esta escala. Escores inferiores a 24,4 serão considerados, com a mesma probabilidade, não alexitímicos. Em nosso estudo, consideraremos, como vários autores (Taylor, 1990; Haviland, 1994; Loas, 1995), não alexitímicos todos aqueles que apresentarem escores totais inferiores a 41,52. Na tabela 12 encontramos os resultados da prevalência de alexitimia em estudantes universitários, a partir da reanálise da amostra de Fortes.

TABELA 12 - Resultados da prevalência de alexitimia em amostra de 124 universitários com a utilização do TAS-20 (com a retirada de seis itens brasileiros) – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995)

Nº DE CASOS: 124	
Nº DE ITENS: 14	
Escore total médio	32,91

D.padrão	± 9,46
Variância	98,31
Ponto de corte	24,00 - 41,52
Alexitímicos	31 (22,58%)
Não alexitímicos	93 (77,42 %)

Nossos achados quanto à prevalência da alexitimia na amostra de universitários do Rio de Janeiro são algo superiores àqueles encontrados na literatura para a população geral em pesquisas realizadas por autores de outros países. As prevalências referidas na população geral e em amostra de universitários situam-se entre 10 e 15 % (Rybakosky et al., 1988; Parker et al.; 1989).

6.7.4 – Estudos-piloto comparativos da confiabilidade do TAS-20 e da prevalência de alexitimia entre dependentes de drogas e álcool e a amostra padrão:

A confiabilidade do TAS-20 em usuários de drogas e álcool foi testada previamente em dois estudos-piloto realizados no próprio CREDEQ, onde predominam pacientes usuários abusivos de drogas (que não o álcool) e na Unidade para Tratamento de Alcoolistas (UTA) do Hospital Phillipe Pinel, Ministério da Saúde, onde predominam dependentes de derivados etílicos. Os resultados encontram-se na tabela 13.

TABELA 13 – Estudo-piloto: diferença entre escore global e prevalência de alexitimia entre amostras de dois diferentes serviços CREDEQ e UTA - Instituto Phillipe Pinel – Rio de Janeiro – Brasil – 1998, quando comparados com amostra de 124 universitários brasileiros – Rio de Janeiro – Brasil – 1995 (Fortes, 1995)

AMOSTRA	UNIVERSITÁRIOS		
	(APUD FORTES)	CREDEQ (COCÍNA)	PINEL (UTA) (ÁLCOOL)
NÚMERO	124	45	24
ESCORE MÉDIO DE ALEXITIMIA	32,91	46,88	43,00
DESVIO PADRÃO	± 9,46	±1 0,01	± 12,87
α de CRONBACH	0,79	0,73	0,81
CORRELAÇÃO ENTRE IITENS	0,21	0,17	0,25
PREVALÊNCIA DE ALEXITIMIA *	22,58 % #	69,56 % #	60,00 % #

\* Ponto de corte calculado a partir da amostra padrão – alexitímicos escores >41,52

# As diferenças entre a prevalência de alexitimia da população padrão foram estatisticamente significativas quando comparadas com o CREDEQ ( $p < 0,001$ ) e o PINEL ( $p < 0,05$ ). As diferenças entre as prevalências entre o PINEL e o CREDEQ não foram significativas do

Observamos valores médios superiores entre usuários de drogas e álcool quando comparados à amostra tomada como padrão. Podemos verificar, também, uma frequência significativamente maior de alexitimia entre dependentes de drogas e álcool frente à amostra padrão. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas na frequência de alexitimia observadas nas amostras referentes a dependentes de drogas e álcool entre si.

#### 6.7.5 – Prevalência da alexitimia em usuários de drogas e álcool no CREDEQ:

Encontramos escores globais médios superiores não somente em relação à amostra de universitários, quanto nas amostra dos estudo-piloto (CREDEQ e AUDIT). Nosso resultados se encontram na tabela 14.

TABELA 14 - Resultados da prevalência de alexitimia mediante a utilização do TAS-20 em (com a retirada de seis itens) na amostra de internados no Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

Nº DE CASOS: 50	
Nº DE ITENS: 14	
Escore total médio	49
D.padrão	± 8,64
Coefficiente $\alpha$ de Cronbach	0,66
Variância	74,81
Ponto de corte	24,40 - 41,58
Alexitímicos	40 ( 80,00%)
Não alexitímicos	10 ( 20,00%)

#### 6.7.6 – Variáveis sócio-demográficas e padrão de consumo de álcool e drogas entre alexitímicos e não alexitímicos:

As análises estatísticas não demonstraram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre pacientes (CREDEQ-RJ) definidos como alexitímicos e não alexitímicos, utilizando-se os testes referidos na seção de métodos.

6.7.7 - Análise fatorial dos itens do TAS-20 na amostra do CREDEQ (com a retirada de seis itens):

Como podemos observar na tabela 15, os conglomerados de itens dos três fatores não só foram diferentes daqueles encontrados na amostra padrão como não discriminaram nenhum fator em particular dentre os três constitutivos do construto da alexitimia. Além disso, os percentuais de variância em relação ao total dos escores foi inferior a 20%, mínimo aceito pelos autores para tal instrumento.

TABELA 15 - Matriz fatorial com rotação ortogonal (varimax) dos 14 itens retidos no TAS-20 em internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. /1998

	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3
$\alpha$ de Cronbach	0,66	0,61	0,52
ITEM1	<b>,654732*</b>	,045828	,304777*
ITEM2	<b>,781870*</b>	-,112115	-,007928
ITEM3	,244788*	,187056	,017338
ITEM4	,164057	,433377*	,038977
ITEM6	,093016	<b>,749522*</b>	,058415
ITEM7	,075131	-,063360	<b>,749731*</b>
ITEM8	,005519	<b>,665241*</b>	-,230951
ITEM9	<b>,662900*</b>	,359416*	-,172467
ITEM11	,407070*	,334554*	,429652*
ITEM12	,370590*	-,158433	<b>,620701*</b>
ITEM13	,058719	<b>,542702*</b>	,101798
ITEM14	-,079849	<b>,505067*</b>	,556903
ITEM17	<b>,674538*</b>	,130300	-,036390
ITEM20	-,143333	,056658	<b>,421765</b>

% VAR. *	,169215	,148702	,129496
----------	---------	---------	---------

*Negrito indica percentual de variabilidade superior a 50%*

*\* Indica percentual de variabilidade superior a 20%*

*% VAR. Indica percentual de variância de cada fator no total de 44% da variabilidade total.*

Optamos, então, por testar uma estrutura de apenas dois fatores. Os resultados encontram-se na tabela 16. A estrutura bifatorial, além de praticamente não alterar o percentual da variabilidade entre cada fator e o total dos escores obtidos na amostra, não evidenciou qualquer um dos três aspectos relacionados ao construto da alexitimia em particular. Além disso, o percentual de variabilidade dos fatores permanece inferior aos 20%, mínimo aceito pelos autores do instrumento.

TABELA 16 - Rotação ortogonal (varimax) dos 14 itens retidos no TAS-20 em matriz bifatorial, em internos do Centro de Recuperação para Dependentes Químicos (CREDEQ) – Rio de Janeiro, Brasil dez. / 1998.

	FATOR 1	FATOR 2
$\alpha$ de Cronbach	0,62	0,57
ITEM1	,248700*	<b>,667645*</b>
ITEM2	,157400	<b>,605187*</b>
ITEM3	,257357*	,149479
ITEM4	,460979	,044656
ITEM6	<b>,733648*</b>	-,070748
ITEM7	-,069402	<b>,537519*</b>
ITEM8	<b>,638495*</b>	-,296271
ITEM9	<b>,568756*</b>	,302926
ITEM11	,431350	,492446
ITEM12	-,053621	<b>,700203*</b>
ITEM13	<b>,525531*</b>	-,020646
ITEM14	,422345	,167950
ITEM17	,350756	,450250
ITEM20	-,014519	,142083
# % PERC.	,171879	,163868

*Negrito indica variabilidade superior a 50%.*

*\*Indica variabilidade superior a 20%.*

*# Indica percentual de variabilidade do fator em relação ao total de 34% na amostra.*

Tais resultados, em relação à análise de itens, não nos permitiriam pela baixa confiabilidade em relação à variabilidade dos resultados, proceder à análise da correlação entre os itens integrantes de cada fator e as variáveis sócio-demográficas.

## Capítulo VII

### DISCUSSÃO:

Focalizaremos nossa discussão em dois aspectos que nos parecem relevantes em relação à questão da alexitimia, explicitados ao longo da presente dissertação: um de natureza conceitual, que diz respeito ao próprio construto da alexitimia em si, e outro que se refere aos obstáculos à sua verificação e mensuração no âmbito de estudos empíricos e eventuais aplicações à clínica e à prevenção.

É necessário que, desde já, ressaltemos que ambos os aspectos não são específicos da alexitimia enquanto construto, mas dizem respeito aos aspectos epistemológicos relacionados aos fenômenos mentais em geral. Quando falamos dos afetos e suas expressões, estamos nos referindo a algo que diz respeito a todas as manifestações da esfera psíquica, sejam elas consideradas normais ou patológicas. O problema da ausência de padrão definidor do normal é inerente à própria psicologia, pela complexidade do mundo subjetivo. Não é por acaso que as classificações psiquiátricas são constantemente reformuladas e a busca de correlatos biológicos tem sido uma característica permanente na história da Psiquiatria. Desde visões reducionistas, que atribuem determinados aspectos do psiquismo à sua expressão mais biológica, como na frenologia (Spurzheim & Gall, *apud* Colp, R. Jr., 1989) a perspectivas mais complexas, que entendem o marcador/indicador biológico como uma ferramenta de um processo mais complexo e com múltiplas determinações.

Diferentemente de outras áreas da medicina, pouco temos de concreto que nos possa afiançar, com relativa segurança, a validade de determinada formulação diagnóstica. O exame clínico, a capacidade do examinador de avaliar utilizando seus próprios sentidos como instrumento, ainda que incorrendo em erros de avaliações, continuam sendo fundamentais como padrões definidores para a área da saúde mental.

O estudo da alexitimia vem permitindo, apesar de sua indefinição em relação à sua verdadeira natureza e composição, que os fenômenos afetivos possam ser estudados com maior profundidade e através da aplicação de métodos científicos, tornando-os acessíveis à verificação empírica. Podemos dizer que a história do desenvolvimento da alexitimia coincide com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas de avaliação e

mensuração dos fenômenos mentais ou, ao menos de sua expressão. Através do constante aperfeiçoamento e reavaliação das técnicas e instrumentos utilizados, vem-se colocando em questão muitos dos conceitos e práticas psicológicas vigentes, tradicionalmente aceitas pelo meio acadêmico e refratárias a estas novas proposições. Na melhor perspectiva, isso vem dando lugar a um diálogo, mutuamente construtivo, na pior, dando origem a reducionismos de parte à parte, do biologismo ao psicologismo. Podemos citar como exemplos de reducionismos certas vertentes da sociobiologia e a aplicação indiscriminada da teoria da evolução à dinâmica social e às representações individuais e grupais, como na recente polêmica sobre as avaliações de quociente intelectual (QI) entre afro-americanos.

Por outro lado, a avaliação multi-axial de pacientes usuários de drogas e a adaptação de protocolos de diferentes níveis de aderência e levados a cabo por equipes multiprofissionais têm resultado em experiências bastante bem-sucedidas, como na proposta de intervenção breve, desenvolvida pela Universidade de Toronto e aplicada no Brasil por Formigoni e colaboradores (Formigoni et al., 1992).

Como resultado de trabalhos empíricos no âmbito da avaliação da alexitimia e *follow-up* clínico de pacientes, como aqueles estudados por Formigoni et al. (1992), é que as manifestações somáticas dos afetos e a escassa resposta dos alexitímicos às técnicas que privilegiam o mental propriamente dito tornaram-se evidentes e apontaram para a necessidade de repensar o modelo dualista da mente, há muito dominante, e seus desdobramentos na clínica. A possibilidade de pensar o fenômeno afetivo como dotado de especificidade e irreduzível a qualquer esfera, seja psicológica, seja somática, abre caminho para novas concepções e, portanto, novas abordagens na psicologia e na medicina. Podemos dizer que o modelo dualista aplicado à medicina e à psicologia favoreceu proposições inadequadas ou imparciais na medida em que o corpo e a mente, na maioria das vezes, são tratados como categorias dissociadas. Um exemplo suplementar é o fornecido pelos transtornos depressivos, onde ao indivíduo são prescritos psicotrópicos sem a preocupação pelo profissional de pesquisar os possíveis fatores psicológicos associados a esses distúrbios. Ao mesmo tempo, aqueles que defendiam formulações que pretendiam uma integração mente-corpo não dispunham dos avanços na biologia como respaldo às suas assertivas ou dos métodos sofisticados de pesquisa e análise de que dispomos atualmente. Influenciados pelo desenvolvimento da estatística, da informática e das neurociências, hoje, as complexas conceituações dos fenômenos no campo mente-corpo, se baseiam em resultados objetivos de pesquisas, fundamentadas por metodologia científica e não exclusivamente tributárias do raciocínio metafísico e/ou

especulativo.

A alexitimia, ao deixar de ser uma característica presente unicamente verificada nos pacientes somatizadores e uma vez evidenciada em outras categorias clínicas, sublinha na prática assistencial a falência do modelo cartesiano convencional das relações mente-corpo aplicadas à medicina e à psicologia. As respostas em geral são ineficazes quando práticas terapêuticas tradicionais são oferecidas a esse grupo de pacientes que têm em comum uma forma peculiar de expressão afetiva. Observamos, também, a referência constante ao incômodo que tais pacientes despertam nas equipes de saúde, na medida em que tendem a não responder adequadamente ao que se espera como resultado terapêutico. Parece mais difícil admitirmos a impropriedade das nossas técnicas e de seus pressupostos, do que simplesmente atribuir a esses pacientes um mau prognóstico ou considerá-los como “fora de possibilidades terapêuticas”, como habitualmente observamos.

A importância de refletir sobre a alexitimia em dependentes de substâncias psicoativas é justamente a de “resgatá-los” de uma posição marginal, trazendo-os de volta ao espectro das opções terapêuticas, dentro de uma nova perspectiva que se associa aos transtornos relacionados à capacidade de auto-regulação afetiva, como apontamos anteriormente.

A possibilidade de desenvolvimento de instrumentos com adequada confiabilidade nos parece relevante, tendo em vista o fato de que a detecção precoce da alexitimia pode selecionar sujeitos, por definição, mais sensíveis a determinadas técnicas terapêuticas do que a outras. Tal perspectiva pode favorecer uma maior efetividade no âmbito dos projetos e programas desenvolvidos na área da dependência às drogas psicoativas.

Nossa contribuição foi justamente a de estudar a aplicabilidade em nosso meio de um instrumento já amplamente utilizado internacionalmente e validado, em uma amostra de universitários, no contexto dos dependentes de drogas.

De início, algumas limitações se impuseram ao nosso estudo, inerentes aos obstáculos referentes à natureza mesma de uma dissertação, além de outros especificamente referentes à alexitimia enquanto construto.

Nos deparamos, como primeiro obstáculo na análise preliminar da confiabilidade do instrumento que escolhemos para avaliação da alexitimia, o TAS-20, com a indisponibilidade de amostras provenientes de populações “homogêneas”. No nosso caso, dispúnhamos apenas de uma amostra de universitários do curso de graduação de medicina que fez parte do estudo anterior de Fortes (1995). No entanto, diferentemente

do Canadá, em nossa realidade a população de universitários não representa de forma alguma a população brasileira, pelos importantes desníveis sócio-demográficos existentes em nosso meio.

Nossos resultados, por isso, são limitados em seu poder de comparabilidade com a amostra padrão, seja por pertencerem a contextos sócio-demográficos díspares, seja por seu reduzido número e pela não aleatoriedade de sua seleção. Todos os pacientes internados, com algumas exceções referidas na seção de métodos, foram incluídos em nossa amostra. O CREDEQ, clínica onde foram entrevistados nossos casos, recebe internos de todo o Estado do Rio de Janeiro que pertencem a diferentes estratos sócio-econômicos. Existem claramente heterogeneidades sócio-demográficas em nossa amostra.

Outra limitação de nosso estudo, já ressaltada anteriormente, diz respeito ao próprio construto da alexitimia, que exige para sua verificação empírica o recurso a diferentes instrumentos para validá-lo, o que não foi possível fazer inteiramente dadas as limitações de tempo impostas a uma dissertação de mestrado. Portanto, nossa contribuição restringir-se-á às propriedades psicométricas do TAS-20 em usuários de drogas internados no CREDEQ e à descrição de algumas características sócio-demográficas e comportamentais básicas.

Procedemos à reanálise da confiabilidade geral e da estrutura de itens da escala aplicada à amostra de Fortes, referente a universitários.

O TAS-20 demonstrou na amostra de universitários boa confiabilidade geral (de Cronbach: 0,71), muito embora tenha apresentado uma baixa correlação inter-itens (0,11) e seis itens com escassa correlação com os escores totais (0,20). Optamos, na nossa reanálise, por eliminar estes itens, de forma a aperfeiçoar a confiabilidade do instrumento uma vez aplicado na referida amostra. Quatro desses itens faziam parte da tendência do alexitímico em voltar-se antes para os fatos concretos da vida cotidiana do que para a própria subjetividade. Tal estrutura aponta para uma tendência bifatorial em relação à alexitimia nessa amostra, o que já vem sendo assinalada na literatura (Loas et al., 1995).

A retirada de seis itens, como observamos na seção de resultados, melhorou a confiabilidade interna do instrumento, elevando o coeficiente de Cronbach para 0,79; passando a correlação inter-itens a ser superior a 0,20, além de melhor discriminar os fatores constitutivos da alexitimia. Mantivemos por essa razões a estrutura de 14 itens para as análises posteriores, tanto para análise dimensional, através da comparação das amostras em seus escores médios globais, como no estabelecimento de nível de corte para a análise categórica.

Em seguida, testamos a confiabilidade do instrumento em usuários de drogas e álcool em dois estudos-piloto. O TAS-20 demonstrou, em ambas as amostras, boa confiabilidade global, evidenciada por coeficientes (de Cronbach) superiores a 0,70 e correlações inter-itens de aproximadamente 0,20.

Encontramos valores médios superiores nos escores totais e maiores prevalências da alexitimia em ambas as amostras quando comparadas à amostra padrão (universitários), diferenças estas estatisticamente significativas.

Nossa amostra foi constituída de cinquenta pacientes internados que responderam a três escalas de auto-avaliação: o TAS-20, o DAST e o AUDIT, além de um breve questionário para o levantamento de dados sócio-demográficos e entrevista psiquiátrica breve estruturada. Tais dados sócio-demográficos obtidos não parecem se diferenciar do perfil da clientela internada em nosso meio. Apesar da escassez de dados referentes à população internada por dependência em nosso contexto, nossos dados diferem muito pouco daqueles obtidos por outros autores (Cotrim, 1997; Pinsky et al. 1996).

Mediante o instrumento DAST, utilizado para avaliar o padrão de gravidade de utilização de drogas (não álcool), encontramos um escore total sugestivo de dependência de drogas (não álcool) em 94% dos internos.

Com o AUDIT, utilizado para avaliar a gravidade da dependência de derivados etílicos, apontou escores sugestivos de dependência em 30% e de uso nocivo em 64% de nossa amostra.

Os resultados de ambas as escalas foram confirmados pela entrevista psiquiátrica.

Ambos os instrumentos demonstraram boa aceitação por parte dos pacientes, adequada confiabilidade interna (de Cronbach superiores a 0,80) e validade externa com excelente concordância com os resultados da entrevista psiquiátrica. Para este estudo empregamos pontos de corte utilizados em estudos realizados em outros contextos, como referido em seção anterior. Para reassegurarmos da capacidade dos instrumentos em avaliar a gravidade da dependência, deveríamos aplicar ambos os instrumentos em população geral como padrão de comparação, o que não foi possível pelos nossos limites de tempo. Os resultados fornecem-nos dados preliminares para pesquisas futuras de correlações entre a gravidade da dependência de drogas em valores dimensionais e escores de alexitimia. Serviram também, pelo pioneirismo da utilização das duas escalas em nosso meio, para demonstrar a aplicabilidade de ambos os instrumentos no contexto de usuários de drogas brasileiros, apontando para a necessidade de estudos posteriores na população geral, com vistas à sua utilização como elemento integrante em protocolos de triagem.

Os usuários de drogas alexítimicos não divergiam de forma estatisticamente significativa dos não alexítimicos de nossa amostra quanto às variáveis sócio-demográficas, tipo da droga ou padrão de uso. Tais resultados podem ser decorrentes do tamanho reduzido de nossa amostra como também, pela própria característica subjetiva da alexitimia, do fato de que variáveis relativas à subjetividade e psicodinâmica dos sujeitos (não pesquisadas) sejam aquelas essenciais na determinação da alexitimia.

Em relação à alexitimia entre dependentes de drogas psicoativas, encontramos não só maior prevalência na análise categórica, como níveis mais elevados em seus escores globais médios, na análise dimensional, em relação à amostra de universitários. Tal tendência já havia sido evidenciada nos estudos-piloto realizados previamente e descritos no capítulo anterior. Em nossa amostra, encontramos uma prevalência aparentemente superior àquela encontrada em nossos estudos-piloto. Tal diferença pode ser considerada pouco significativa, tendo em vista os amplos intervalos de confiança, em consequência do pequeno tamanho das amostras por nós avaliadas.

Quando procuramos comparar tais resultados com aqueles obtidos em outros contextos, nos vemos limitados por dispormos de apenas dois estudos que avaliam a alexitimia em usuários de drogas com a utilização do TAS-20 (Haviland, 1994; Pinard et al., 1996). Somente no primeiro deles a amostra é constituída de pacientes internados e somente nesta amostra foi calculada a prevalência de 48%. As prevalências com a utilização do TAS, instrumento do qual o TAS-20 foi derivado, variaram em torno de 50%, como mencionamos anteriormente.

Dado o reduzido tamanho da nossa amostra, não nos foi possível aprofundar a análise de itens pela fraca discriminação entre os fatores.

Embora não tenhamos encontrado em nossa amostra correlações estatisticamente significativas entre alexitimia e gravidade nos escores do AUDIT e do DAST, podemos considerar nossa amostra, como as entrevistas comprovaram, constituída de pacientes portadores de dependência de drogas em graus extremos de gravidade. Estudos posteriores em ambiente ambulatorial poderiam ser úteis, para melhor avaliar a prevalência da alexitimia em outros contextos, já que, como foi sugerido pela literatura acerca do estresse e sintomas depressivos associados ao momento da internação, favoreceria escores mais elevados de alexitimia (Haviland et al., 1998).

Merecem considerações as hipóteses levantadas por Finn et al. (1987) acerca da alexitimia como fator de risco para a gravidade da dependência de drogas e a de Ziótkowsky et al. (1995) sobre a possibilidade de dependentes de drogas alexítimicos permanecerem menos tempo abstinentes se comparados aos não alexítimicos.

Poderemos considerar a alexitimia como uma característica, seja ela traço ou estrutura de personalidade, que tanto pode estar associada a transtornos clínicos diversos como na somatização, na anorexia-bulimia, no jogo patológico, no pânico e outras entidades, onde encontramos escores elevados nas escalas que a avaliam, como tornar suas apresentações clínicas mais graves e sua evolução mais crônica.

O estudo de Keller et al. (1995) demonstrou a utilidade do TAS-20 para discriminar indivíduos que obtiveram melhor adesão ao tratamento quando efetuado mais a longo prazo, ao contrário dos não alexitímicos, onde as intervenções breves se mostraram mais adequadas. Embora tais estudos mereçam reavaliações posteriores em outros contextos, são promissores, pela sua importância em saúde pública, em termos de um aprimoramento da relação custo-benefício e da efetividade das práticas assistenciais e das estratégias preventivas na área da dependência de substâncias psicoativas.

É fundamental que não utilizemos instrumentos e escalas sem a preocupação de validá-las de antemão e proceder sempre ao exame psicométrico de sua estrutura na população ou amostra em estudo, para que possamos dispor de instrumentos adequados ao contexto brasileiro e à clientela específica com que lidamos.

Nesse sentido, nos ressentimos em nosso meio da prática excessivamente freqüente da transposição pura e simples de instrumentos de avaliação desenvolvidos em outros contextos sócio-culturais.

## Capítulo VIII

### CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ao finalizar a presente dissertação temos que sublinhar algumas questões que permanecem em aberto e tecer alguns comentários que nos pareceram relevantes ao longo de sua elaboração.

Chama-nos a atenção a relevância do próprio construto da alexitimia, em seus vinte anos de evolução, e seu constante desenvolvimento, amparado na clínica e em sucessivas (re)avaliações empíricas, gerando interessantes contribuições no complexo campo da conceituação e avaliação dos fenômenos afetivos.

Muito embora pouco se possa afirmar acerca da essência da alexitimia, as peculiaridades do afeto nos alexitímicos são freqüentemente evidenciadas no âmbito da prática clínica. Sua detecção em tempo hábil e manejo adequado podem modificar favoravelmente o prognóstico e mesmo o curso de certos transtornos até então considerados intratáveis.

No caso dos dependentes de substâncias psicoativas, o construto da alexitimia abre um leque de possibilidades, tanto no âmbito das práticas terapêuticas quanto no campo da saúde pública. Na medida em que possibilita discriminar características de indivíduos, sugere possíveis reformulações de práticas. Muitos dos transtornos atribuídos aos dependentes de drogas, como a depressão, a ansiedade e as alterações cognitivas, são, no mais das vezes, evidenciados somente em situações mais agudas. Ao contrário destes, a alexitimia tende a se manter mesmo em indivíduos abstinentes ou em situação de relativo equilíbrio psicológico.

Nosso desafio é, através do aperfeiçoamento permanente de instrumentos de avaliação, tornar a alexitimia objeto de pesquisas que possam contribuir não só para o progresso da ciência nesse campo, mas também para o desenvolvimento de novas práticas e técnicas de intervenção mais apropriadas e efetivas. Neste sentido, impõe-se a aplicação do TAS-20 e outras escalas em usuários de drogas em regime ambulatorial e na comunidade, de forma a se avaliar o peso relativo das variáveis individuais, contextuais, micro e macro-sociais na determinação da alexitimia

Não poderíamos deixar de mencionar dois instrumentos que em nossa amostra

pesquisada demonstraram boa confiabilidade e validade externa: o DAST e o AUDIT. Por sua fácil aplicabilidade e aceitabilidade, merecem estudos na população que demanda os serviços de saúde como parte de protocolos de triagem, além da utilização de ambos como indicadores de gravidade do consumo de álcool e drogas e na avaliação de programas voltados para esta clientela.

Talvez o mais relevante aspecto da presente dissertação seja o exercício da utilização de um instrumento de pesquisa como uma ferramenta passível de ser avaliada cautelosa e ajustadamente, e não como um objeto acabado, fim em si mesmo.

Esperamos que outros estudos, ao darem continuidade a essa linha de trabalho, possam refinar não só a avaliação do construto da alexitimia nessa população como servir de base a uma terapêutica efetivamente guiada por critérios consistentes e possa dar lugar a programas preventivos em sintonia mais fina com as demandas e as características dessa população.

A gravidade dos danos associados ao consumo abusivo de drogas e álcool, como as overdoses, tentativas de suicídio, acidentes frequentes, além das diversas patologias infecciosas como o HIV/AIDS e as hepatites virais, tornam tais esforços necessários, urgentes e socialmente úteis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

A luta contra o vício (1999,24 de fevereiro) *Veja*, p.99

ABRAHAN, K.(1926) - The psychological relations between sexuality and alcoholism. *International Journal Psychoanalysis* 7:2-10

ALMEIDA, F.e col. (1992) *apud*. PINSKY, I.& LARANJEIRA., R.(1998) O fenômeno do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo: uma revisão da literatura. *Revista ABP-APAL* 20 (4) p.162

---

id. p.14

APFEL, J.R. & SIFNEOS, E.P Alexithymia: concept and measurement. *Psychoterapy Psychossomatics* 32: 180-190

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. P.174 Washington: Ed. APA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – WORK GROUP ON SUBSTANCE ABUSE DISORDERS (1995). Practice guideline for treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Suplement to American Journal of Psychiatry* 152(11):11p.13

---

id.p.14

BACH, M. & BACH,D. (1995) Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy Psychomatics* 64: 43-48

BACH, M. et al. (1996) Indedependency of alexithymia and somatization - a fator analytic study. *Psychossomatics* 37(5)451-458

BAGBY, R.M et al.(1994) The twenty-item toronto alexithymia scale I – item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychossomatic Research*. 38(1)23-32

BAGBY, R.M. et al.(1994) The twenty-item toronto alexithymia scale II – convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychossomatic Research*. 38(1)33-40

BALLINT, M.(1993) A área da falha básica in: *A falha básica - Aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda p.16-20

BASTOS, F.I. et. al.(1968) - A epidemia de aids no Brasil. In: *Os muitos brasis - saúde e população na década de 80* - São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec - Abrasco

- BUCHANAN et al. (1980) A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics* 34:248-255
- BUZOV, I.(1985) Alexithymia: comparison with a patient's concept of his disease and its relationship with depression. *Psychotherapy Psychosomatics* 44:34-35
- CARLINI, C. B. *Drogas – mitos e verdades De olho na ciência* São Paulo: Ed. Ática, 1997 p. 41
- COHEN, K. et al. (1985) Alexithymia: the development of a valid and reliable projective measure (the objectively scored archetypal 9 test). *The Journal of Nervous and Mental Disease* (173)10:621-627
- COLE, G. & Bakan (1983) Alexithymia, hemisphericity, and conjugate lateral eye movements. *Psychotherapy Psychosomatics* 44: 139-143
- COTRIM, C.B (1997) *De Olho na Ciência - Drogas, Mitos e Verdades* São Paulo: Ed. Ática p.42
- COTRIM, C.B.(1998) Ocorrências de suicídios sob efeito do álcool: um estudo na região metropolitana de São Paulo. *Revista ABP- APAL* 20(4)p.147
- COX, J.B.et al (1995) Alexithymia in panic disorders and social phobia. *Comprehensive Psychiatry* (36)3:195-198
- CREMERIUS, J. (1977) Some reflections about the conception of "psychosomatic patient" in the french school. *Psychotherapy Psychosomatics* 28: 236-244
- DEMERS-DESROSIERS, A.L (1982) Empirical journey into the measure of symbolic function as a dimension of alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics* 44:65-71
- DEMERS-DESROSIERS, A.L et al. (1983) The measure of symbolic function in alexithymic pain patients *Psychotherapy Psychosomatics* 39:65-76
- DIRKS, J.F et al.(1981) Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma. *Psychotherapy Psychosomatics* 36:63-71
- DODES, M.L. (1990) Addiction, helplessness, and narcissistic rage. *Psychoanalytic Quarterly* LIX p.401
- EDELMAN, M. G. (1992) A matéria do espírito. In: *Biologia da Consciência*. Lisboa: Instituto Piaget p.53
- EMDE, N.R.(1983) The prerepresentational self and its affective core. *Psychoanalytic Study Child* 38:165-192
- FAVA, A.F. et al.(1976) Toward a self-rating scale of alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics* 34:34-39
- FEIGUINE, R. J et al. (1988) Distribution of alexithymic characteristics within an adult outpatient population. *Psychotherapy Psychosomatics* 50: 61-67

- FEIGUINE, R. J. et al.(1982) Alexithymic asthmatics: age and alexithymia across the life span. *Psychotherapy Psychosomatics* 37:185-188
- FENICHEL, O.(1945) Perversions and impulsive neurosis. In *The Psychoanalytical Theory of Neurosis*. Nova York: Ed. W.W.Norton p.375-386
- FINN, R.P et al.(1987) Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychotherapy Psychosomatics* 47:18-21
- FLANNERY, G. J (1978) Alexithymia: the association with unexplained physical distresses. *Psychotherapy Psychosomatics* 30:193-197.
- FORMIGONI, O.S.M.L. (1992) *A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira*. São Paulo: Ed.Contexto p.119-141
- FORTES, S.L (1995) Alexitimia e aspectos sócio-educacionais.-um estudo de fatores ligados à verbalização da emoção - Dissertação de Mestrado - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
- FREUD, S (1989;[1884;1885;1887]) In: BYCK, B (1989) Freud e a cocaína. Rio de Janeiro: Espaço e tempo p. 105- 124
- \_\_\_\_\_ (1989; [1897]) Carta a Fliess de 22 de dezembro de 1897 In: *A Correspondência Completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess – 1887-1904* Masson, M. J. Rio de Janeiro: Ed.Imago Ltda. P.288 –289
- \_\_\_\_\_ (1989; [1923]) O ego e o id in: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* vol. XVIII Rio de Janeiro: Ed: Imago Ltda.
- \_\_\_\_\_ (1989;[1930]) Mal estar na civilização vol. XXI p.69
- \_\_\_\_\_ (1989; [1905])- Os chistes e sua relação com o inconsciente vol.VIII p.149
- \_\_\_\_\_ (1989; [1905]) -Três Ensaios sobre a sexualidade- vol.VII p.177-212
- \_\_\_\_\_ (1989; [1917]) - Luto e melancolia vol. XIV p.287
- \_\_\_\_\_ (1989; [1910]) - Sobre a tendência universal à depressão na esfera do amor (contribuições à psicologia do amor) vol. XI p.171
- \_\_\_\_\_ (1989; [1911]) – Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (demência paranóide) vol. XII p.87
- \_\_\_\_\_ (1989; [1917]) – Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos vol.XIV p.266
- FREYBERGER, H. et al.(1985) Pshychotherapeutic interventions in alexithymic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 44:72-81
- FREYBERGER, H. (1977) Supportive pshychotherapeutic techyniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatics* 28:337-42

- FUKUNISHI, I. et al.(1996) Alexithymia and depression in families with alcoholics. *Psychopatology* 25:326-330
- GERARD, D.& KORNETSKY, C.(1955) Adolescent opiate addiction: a study of control and addict subjects history. *Psychiahiatric Quartely* 29:457-486
- GIANINI, A.J (1995) Suggestions for studies of substance abusers 'responses to nonverbal facial cues. *Perceptual and Motor Skills* 81: 881-882
- GLOVER ,E. (1932) On the etiology of drug addiction. In: *On The Early Development of Mind*. Nova York: International Universities Press.
- GREENBERG, P. C. (1983) Do alexithymic traits predicts illness? *The Journal of Nervous and Mental Disease* (171)5: 276-275
- GROOT et al. (1995) Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* (36)1:53-60
- HARTMAN, H. (1968) Algumas funções integradoras do ego In: *Psicologia do Ego e o Problema da Adaptação*. Rio de Janeiro: Ed. Biblioteca Universal Popular S.A. p.69-71
- HAVILAND, G.M. et al. (1988) Validation of the toronto alexithymia scale with substance abusers. *Psychotherapy Psicossomatic* 50:81-87
- HAVILAND, G.M. et al. (1994) Alexithymia in woman and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry* 35(2):124-128
- HEIBERG,A. & HEIBERG,A. (1977) Alexithymia - an inherited trait? *Psychotherapy Psychossomatics*.28: 221-225
- HENDRYX, S.M. et al.(1992) An application of item response theory to alexithymia assessment among abstinent alcoholics. *Journal of Personality Assesment* 58(3):506-515
- HENRY, P.J (1992) Shared neuroendocrine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. *Psychossomatic Medicine* 54: 407-415
- HILL,S.I. (1996) Alexithymia: treatment utilizing combine individual and group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy* (38)1;47-61
- JÄRNIVEN, L.K. (1987) Concept of alexithymia 2- the consistence of alexithymia *Psychotherapy Psychossomatics* 47: 113-120
- \_\_\_\_\_ Concept of alexithymia 1- the prevalence of alexithymia in psychossomatics patients. *Psychotherapy Psychossomatics* 44: 132-138
- JOINT TOGETHER (1998) - treatment for addiction – Recommendations from a Join together policy panel on treatment and recovery Boston, *JOIN TOGETHER* january p.3

- KELLER S., D et al. (1995) Alexithymia in cocaine abusers. *The American Journal on Addictions* 4(3):234-244
- KAUHANEN, J. (1994) Alexitymia may influence the diagnosis of coronary heart disease *Psychossomatic Medicine* 56:236-244
- KHANTZIAN, J.E. & MACK, J.E.(1983) Self-preservation and care of the self - Ego instincts reconsidered. *International Review Psychoanalysis* 38:209-232
- KHANTZIAN, J.E.(1974) Opiate addiction: a critique of theory an some implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy* 28:59-74
- \_\_\_\_\_ (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142(11):1259-1264
- \_\_\_\_\_ (1978) The ego, the self and opiate addiction: theoretical and treatment consideration. *International Review of Psychoanalysis* 5:189-198
- KIRMAYER, L.J & ROBBINS, M.J (1993) Cognitvie and social correlates of the toronto alexithymia scale. *Psychossomatics* 34: 41-52
- KLEIGER, H. J & KINSMAN, R.(1980) The development of an MMPI alexithymic scale.*Psychotherapy Psychossomatics* 34:17-24
- KIEIGER, H.J & JONES, F.N (1980) Characteristics of alexitimic patients in a chronic respiratory illness population *The Journal of Nervous and Mental Disease* (168) : 465-469
- KOHUT, H.(1972) Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalysis Study Child* 27:360-400
- KRYSTAL, H. (1968) Massive psychic trauma New York, International Press *apud* SIFNEOS,E.P (1996) Alexithymia: past and present . *American Journal Pschiatryc* 153:7, july supl.
- \_\_\_\_\_ (1979) Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* vol. Xxxiii 1:17-31
- \_\_\_\_\_ (1978) Trauma and Affects. *Psychoanaysis Stud Child* 33:81-116
- KRYSTAL, J.H. et al.(1986) Assessment of alexithymia in politraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of reliable measure. *Psychossomatic Medicine* 48(1/2) 84-94
- LAPLANCHE, J.& PONTALIS,B.J.(1986) *Vocabulário de psicanálise* Rio de Janeiro: Ed. Martins Fontes.. 595-598
- LANE,R.D. & SCHWARTZ, E.G. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its appliction to psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 144: (2) 133-143

- LANE, R.D. et al (1996) Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia *Psychosomatic Medicine* 58: 203-210
- LEAL, C et al.(1998) Metodologia de pesquisa em grupoterapia de pacientes com queixas difusas. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática* (2)1:17-23
- LESSER, I.R. (1981) A review of the alexithymic concept. *Psychosomatic Medicine* (43) 6 december 531-543
- \_\_\_\_\_ (1983) Alexithymia: examining the development of a psychological of a psychological concept. *American Journal Psychiatry* 140:10 1305-1308
- \_\_\_\_\_ (1985) A critique of contributions to the alexithymic symposium *Psychotherapy Psychosomatic* 44:82-88.
- LOAS, G. et al. (1995) Étude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'Encéphale* XXII:35-40
- LOLAS, F et al (1981) Situational influences on verbal affective expression of psychosomatic and psychoneurotic patients *The Journal of Nervous and Mental Disease* (169) 10: 619-623
- LUMLEY, M.A. & NORMANS. Alexithymia in health care utilization. *Psychotherapy Psychosomatics* 58: 197-202
- LUMLEY, M.A et al (1996) Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychotherapy Psychosomatics* 58:211-216
- LUMLEY, M.A & ROBY, J.K. (1995) Alexithymia and pathological gambling. *Psychotherapy Psychosomatics* 63:201-206
- LUMLEY, M.A (1994) Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence and smoking cessating. *Psychotherapy Psychosomatics* 61:156-152
- LIPOWSKY, Z.J.(1988) Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*.145:1358-1368
- MACLEAN D.,P (1977) The triune brain in conflit. *Psychotherapy Psychosomatics* 28:207-220
- MANN, L. et al.(1995) Alexithymia, affect recognition, and five factors of personality in substance abusers. *Perceptual and Motor Skills* 81:35-40
- MARTIN, B.J. & PIHL, O.R The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical and considerations *Psychotherapy Psychosomatics* 43:169-176
- MARTY, P.& de M'UZAN, DAVID, C.(1963) La pensée opeeratoire. *Rev. Française de Psychoanalyse* 27: 348-356

- McDONALD, W. P. (1990): The expression and perception of facial emotion in alexithymia: a pilot study *Psychotherapy Psychomatics* 54: 201-207
- McDOUGALL, J.(1982) Alexithymia: psychoanalytic viewpoint *Psychotherapy Psychossomatics* 38 81:90
- \_\_\_\_\_.(1984) The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. *Psychoanalysis Quartely* LIII:386-409
- MONTREUIL,M & PEDINELLI, J.L(1995) Caractéristiques du traitement visuel parallèle chez des sujets sains alexithymiques *L'Éncephale* xxi: 589-95
- MORGADO, A . F. (1983) Dependência de drogas: descrição de uma pesquisa empírica e revisão de alguns aspectos relevantes para a sua prevenção. *Tese de doutoramento*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP p.116
- MORRISON,S.L & PIHL, O.R. Psychometrics of the schalling and toronto alexithymia scale. *Psychoterapy Psychossomatics* 51: 83-90
- NAKAGAWA, T. & al (1979) Alexithymic feature in digestive disease. *Psychoterapy Psychossomatics* 32:191- 203
- NEMIAH, J.C (1970) The psychological management and treatment of patients with psychossomatic disorders *apud* NEMIAH, J. C. (1973) Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and Research Methodology *Psychoter. Psychossom.* 22: 106-111
- \_\_\_\_\_(1973) Psychology and psychossomatic: reflections on theory and research methodology *Psychoterapy Psychossomatics* 22:106-111
- \_\_\_\_\_(1977) Alexithymia : theoretical considerations *Psychoterapy Psychossomatics* 28:199-206
- NEMIAH & SIFNEOS (1970; *apud* SIFNEOS, P. E. 1973) The prevalence of "alexithymic: characteristics in psychossomaatic patients. *Psychotherapy Psychossomatics* 22:255-262
- NORBY et al. (1995) A double-bind study of psychossocial fators in 40-year-old woman with essential hypertension. *Psychoterapy Psicossomatics* 63:142-150
- O'NEILL et al. (1996) Dependency and alexithymia in psychiatric impatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 184 5:302-306
- PARKER, J.D.A et al. (1991) Problems with Measuring Alexithymia *Psicossomatics* (32)2: 196-202
- PETEET, R. J. et al. (1998) A stage of change aproach to addiction in medical setting. *General Hospital Psychiatry* (20) 267-233

- PIEDADE, A. M. R. (1986) *Discinesia tardia: estudo epidemiológico em pacientes hospitalizados* – Tese de doutorado – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro p.73
- PINARD,L. et al. (1996) Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance. *The American Journal on Addictions* 5 (1):234-244
- PORCELLI, P et. al. (1995) Alexithymia in inflammatory study bowel disease. *Psychotherapy Psychosomatics* 64:49-53
- PROENÇA, A. M. et. al. (1997) O paciente somatizante no hospital geral In: *Cadernos do Ipub*. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria- UFRJ 6:125-133
- PRIEST,S. (1991) Dualism in: *Theories of the mind* Penguin Books London p. 1-33
- RADÓ, S.(1933) The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanalytical Quarterly* 2:1-23
- RÄSTAM, M. et al. (1997) Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20 item toronto alexithymia scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95: 385-388
- ROBBINS,L.N et. al. (1974) *apud* MORGADO, A . F. (1985) O incansável adiamento do conceito de dependência, inclusive de drogas *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria* p.94
- ROUNSAVILLE , J. B. et al.(1982) Heterogeneity of psychiatry diagnosis in treated opiate addicts. *Archive General Psychiatry* 39:161-166
- ROUNSAVILLE, J.B. et al.(1982) Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. *Archives.General Psychiatry* 39:151-156
- RYBAKOWSKY, R. et al.(1988) High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 21:133-136
- SEVERINGHAUS, J. & KINNEY, J (1996) Medical Management In: KinNEY, J. *Clinical Manual of Substance Abuse* p.104
- SHIPKO, S. (1982) Alexithymia and somatization *Psychotherapy Psychosomatics* 37:193-201
- \_\_\_\_\_ (1982) Further reflections on Psychosomatic theory- alexithymia and interhemisphere specialization. *Psychoterapy Psychosomatics* 37: 83-86
- SHIPKO, S. et al.(1983) Toward a teological model of alexithymia: alexithymia and post - traumatic stress disorder. *Psychotherapy Psychosomatics* 39:122-126
- SIFNEOS, P. E. (1996) Alexithymia: past and present. *American Journal Psychiatry* (153)7: 137: 141
- SIFNEOS, P. E. et al. (1979) Psychoterapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 33:122-126

- SIFNEOS, P.E. et al. (1977) The phenomenon of alexithymia, *Psychotherapy Psychosomatics* 28:47-57
- SIFNEOS, P. E. (1973) The prevalence of "alexithymic: characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 22:255-262
- SIRIRAM et al. (1987) Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder *Psychotherapy Psychosomatics* 47: 11-17
- SPURZHEIEM, J. & COMBE, G. *apud* COLP, R. Jr. In: *Psychiatry: past and future*. Comprehensive Textbook of Psychiatry/v KAPLAN, I. H.& SADOK, J.B Baltimore: Willams & Wilkins p.2136-2137
- STALEY, D & EL-GUEBALY, N. (1990) Psychometric proprieties of the drug abuse screening test in a psychiatric patient population *Addictive Behavior* 15: 257-264
- STANGHELINI, G. & RICCA, V. (1995) Alexithymia and schizofrenias. *Psychopathology* 28: 263-272
- STOUDEMIRE, A. Somatothymia I and II *Psychosomatics* (32) 4: 365-381
- SWILLER,I.H. (1988) Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal Group Psychotherapy* 38 (1) 47-59
- TAIMINEM, T.,J. (1996) Alexithymia in suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93:195-198
- TAYLOR, G.J (1992) Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *Journal of American Academy of Psychoanalysis* 20(2)251-275
- TAYLOR, G.J. et al.(1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy Psychosomatics* 44:191-199
- TAYLOR, .G.J. & DOODY, K. (1985) Verbal measures of alexithymia: what do they measure. *Psychotherapy Psychosomatics* 43:32-37
- TAYLOR, .G.J. et al.(1988) Recommendations for clinical practice and future research: *Psychiatric Clinics of North America* (11):3 351-365
- TAYLOR, G.J et al. (1991) The alexithymia construct. *Psychosomatics* (32)2: 153-164
- TAYLOR, G.J et al. (1993) Clinical application of a dysregulation model of illness and disease: a case of spasmodic torcicollis. *International Journal of Psychoanalysis* 74:595
- TAYLOR, G.J. (1977) Alexithymia and counter-transference *Psychoterapy Psychosomatics* 28: 141-147
- TAYLOR, G.J. et al (1981) Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal Psychiatry* 26:470-474

- TAYLOR, G.J. et al.(1990) A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal Psychiatry* 147(9):1228-1230
- TENHOUTEN W.D et al. Alexithymia and split brain -lexical level content analysis. *Psychotherapy Psychosomatics* 43 202-208
- TENHOUTEN W.D et al. Alexithymia and split brain global-level content analysis of fantasy and symbolization. *Psychotherapy Psychosomatics* 43 89:89-94
- TORADELLO, O. et al. (1994) Alexithymia, Immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot-study *Psychotherapy Psychosomatics* 61:199-204
- TROISI et al. (1996) Nonverbal behavior and alexithymic traits in normal subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 184:561-565
- VOGT et al. (1977) Differences in phantasy life of psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 28:98-105:
- VOLHARDT et al.(1986) et al. Verbal expression of affect in rheumatoid arthritis patients. *Acta Psychiatrica. Scandinavia.* 74: 73-79
- von RAD, M. & Lolas, .F (1985; *apud* TAYLOR, .G.J. & DOODY, K. 1985) Verbal measures of alexithymia: what do they measure. *Psychotherapy Psychosomatics* 43:32-37
- WALLACE , R. E. (1988) Mind-body – monistic dual interactionism. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176 (1):1-41
- WEINRYB, M.R. et al (1994) Relation between components of alexithymic as measured with psychodynamic ratings and subjective lack of well-being. *Psychotherapy Psychosomatics* 61: 100-108
- WISE, N.T. et al (1995) The stability of alexithymia in depressed patients *Psychotherapy Psychosomatics* 28:173-176
- WEISSMAN, M.M. et al.(1976) Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in community. *American Journal Psychiatry* 133(12):1434-1438
- WIEDER, H. & KAPLAN E.H. (1969) Drug use in adolescents - Psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanalysis Stud Child* 24:399-431
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993) – PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE Deaths related to drug abuse – Report on a WHO consultation. Geneva WHO p. 1-7
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) – PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care . Geneva WHO, p.14

- WURMSER, L.(1974) Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of American Psychoanalytical Association* 22:820-846
- ZIETLIN, S. B. (1993) Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? *American Journal Psychiatry* 150:4 661-663
- ZIÓTKOWSKI, M. et al.(1995) Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychoterapy Psychossomatics* 34:17-24

## **ANEXOS**

TRABALHOS SOBRE A AVALIAÇÃO EMPÍRICA DA ALEXITIMIA

ANO	AUTOR	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	ALEXITIMIA X ¶	sexo	INSTRUMENTOS UTILIZADOS * **
1973	Sifneos	<i>Psychot. Psychoss.22:255-262</i>	Prevalência em pac. psicossomáticos	M/F	<b>BIQ</b>
1976	Fava & Pavan	<i>Psychot. Psychoss.39:100-105</i>	Doença inflamatória intestinal	M/F	BIQ
1977	Vogt. et al.	<i>Psychot. Psychoss. 28:98-105</i>	Diferenças de verbalização (neuróticos/ psicossomáticos)	M/F	RORSCHACH (SFR)
1977	Sifneos et al.	<i>Psychot. Psychoss. 28:47-57</i>	Prevalência em pac. psicossomáticos	M/F	BIQ
1977	von Rad et al.	<i>Psychot. Psychoss.28:83-97</i>	Diferença verbalização ( neuróticos/ psicossomáticos)	M/F	RORSCHACH; TAT( CARD 3BM); ENTREVISTA PSICANALÍTICA; HISTÓRIA ABERTA (GT)
1977	Heiberg & Heiberg	<i>Psychot.Psychoss.28: 221-225</i>	Patrimônio genético em gêmeos	M/F	BIQ
1977	von Rad & Lolas	<i>Psychot. Psychoss.28:83-97</i>	Diferença verbalização (neuróticos/ psicossomáticos)	M/F	RORSCHACH; TAT; ENTREVISTA PSICANALÍTICA
1978	Noklebye & Heiberg	<i>Psychot. Psychoss.30:205-210</i>	Patrimônio genético em gêmeos	M/F	BIQ
1980	Kleiger & Kinsman	<i>Psychot. Psychoss.34:17-24</i>	Desenvolvimento de escala (MMPI -AS)	M/F	<b>MMPI-AS</b> ;BIQ; MMPI
1980	Fava et al.	<i>Psychot. Psychoss.34: 34-39</i>	Desenvolvimento de escala (SSPS)	M/F	<b>SSPS</b>
1980	Kleiger & Jones	<i>J.N.Mental.Dis.168 (8):465-470</i>	Doença respiratória crônica	M/F	BIQ; SSPS; RIOS
1981	Blanchard et al.	<i>Psychot. Psychoss.35: 64-71</i>	Validação de escala (SSPS)	M/F	<b>SSPS</b> ; BDI; STAI; RAS; BRIQUET; PSYCHOSSOMATIC QUESTIONNAIRE
1981	Lolas et al.	<i>J.N.Mental.Dis.169 (10):619-22</i>	Diferença verbalização (neuróticos/ psicossomáticos)	M/F	ENTREVISTA PSICANALÍTICA;ANÁLISE DE CONTEÚDO (G.G)
1981	Dirks et al.	<i>Psychot. Psychoss.36:63-71</i>	Asma brônquica	M/F	MMPI; MMPI-AS
1981	Taylor et al.	<i>Can. J. Psych. 26:470-476</i>	Doença inflamatória intestinal	M/F	BIQ; SSPS; MMPI; STAI; SSPS; TAT(TAREFA VERBAL); RORSCHACH-R; ZPI
1982	von Rad & Lolas	<i>Psychot. Psychoss. 38:91-102</i>	Evidências empíricas da alexitimia	M/F	TESTE MONÓLOGO
1982	Mendelson	<i>Psychot. Psychoss.37: 154-64</i>	Dor crônica	M/F	EPI; STAI; ZS-RDI; IBQ; MMPI; HOST.
1982	Feiguine et al.	<i>Psychot. Psychoss.37:185-188</i>	Asma brônquica	M/F	MMPI-AS
1982	Desrosiers	<i>Psychot. Psychoss.38: 103-20</i>	Desenvolvimento de teste (AT9)	M/F	BIQ; <b>AT9</b>
1982	Shipko	<i>Psychot. Psychoss 37:193-201</i>	Somatização	M/F	SSPS
1982	Taylor & Doody	<i>Psychot. Psychoss 38:121-127</i>	Psicopatologia /expressão verbal	M/F	PSS; ZDI; TAT (TAREFA VERBAL); STAI
1983	Shipko et al.	<i>Psychot.Psychoss.39:122-126</i>	Transtorno pós-traumático	M	SSPS; PTSI; DSMIII
1983	Covino et al.	<i>Psychot.Psychoss.39:10-22</i>	Depressão/ doença respiratória	M/F	MMPI; MMPI AS
1983	Desrosiers et al.	<i>Psychot.Psychoss.39:65-76</i>	Validação de instrumento (SAT9)	M/F	MMPI AS; BIQ; AT9; PAT9; <b>SAT9</b>

1983	Smith	<i>Am. J. Psych. 140(1): 99-101</i>	Prevalência em serviço de psiquiatria de ligação	M/F	BIQ
1983	Cohen et al.	<i>Psychot. Psychoss.39:77-88</i>	Desenvolvimento de instrumento (SAT 9)	M/F	<b>SAT9</b> ; PAT9
1983	Greenberg et al.	<i>J.N.Mental.Dis. 171(5):276-279</i>	Predição de doenças	M	MMPI; DSMIII
1985	Taylor et al.	<i>Psychot. Psychoss.44:191-199</i>	Desenvolvimento de escala (TAS)	M/F	<b>TAS</b> ; SSPS; .M.SOCIAL DIS; .SOCIOEC.INDEX
1985	Jarvinem	<i>Psychot. Psychoss.44:132-138</i>	Prevalência em pac. psicossomáticos	M/F	BIQ; TAT; RORSCHACH
1985	Cole & Bakan	<i>Psychot.Psychoss. 44:139-143</i>	Desenvolvimento de teste (CLEMS)	M/F	SSMS; <b>CLEMS</b>
1985	TenHouten et al.	<i>Psychot. Psychoss.44:113-121</i>	Comissurotomia	M/F	ANÁLISE DE CONTEÚDO (GG)
1985	TenHouten et al.	<i>Psychot. Psychoss.44:1-5</i>	Comissurotomia	M/F	BIQ; ANÁLISE DE CONTEÚDO (GG)
1985	Buzov	<i>Psychot. Psychoss.44:34-35</i>	Depressão	M/F	BIQ
1985	Cohen et al.	<i>J.N.Mental.Dis.173(10):621-27</i>	Validação de escala (SAT9)	M	<b>SAT 9</b> ; AT9; WAIS; CIARK VOC.
1985	Taylor & Doody	<i>Psychot. Psychosom.43:32-37</i>	Medida de verbalização	M/F	TAT-R; ANÁLISE DE CONTEÚDO (GG)
1985	Paulson	<i>Psychot. Psychoss. 44:57-64</i>	Validação de escalas (MMPI-AS e SSPS )	M/F	<b>MMPI-AS</b> ; <b>SSPS</b> ; BIQ
1985	Demers-Desrosier	<i>Psychot. Psychoss. 44:65-71</i>	Função simbólica	M/F	SAT9; BIQ; MMPI
1985	Oxman et al.	<i>Am.J.Psych.142(10):1150-55</i>	Afeto/ pensamento	M/F	DSMIII; HAMILTON; ANÁLISE DE CONTEÚDO(GG)
1985	TenHouten et al.	<i>Psychot. Psychoss.43:202-208</i>	Comissurotomia	M/F	BIQ;ANÁLISE DE CONTEÚDO
1985	TenHouten et al.	<i>Psychot.Psychoss.44:89-94</i>	Comissurotomia	M/F	ANÁLISE DE CONTEÚDO
1985	Freyberg et al.	<i>Psychot. Psychoss.44: 72-81</i>	Psicoterapia	M/F	BDI; TAI; FPI
1986	Krystal et al.	<i>Psychoss.Med.48:(1/2): 84-94</i>	Transtorno pós-traumático	M	MMPI- AS; BIQ; APQR; SADS
1986	Volhardt et al.	<i>Acta.Psych.Scand. 74:73-79</i>	Verbalização de afeto em artríticos	M/F	TAT
1986	TenHouten et al.	<i>Am.J.Psych.143 (3):312-316</i>	Comissurotomia	M/F	SSPS; ANÁLISE DE CONTEÚDO
1987	Finn et al.	<i>Psychot. Psychoss.47:18-21</i>	<b>Alcoolismo</b>	M	SSPS; MAST; DSMIII
1987	Jarvinen et al.	<i>Psychot. Psychoss 47:113-120</i>	Validade (estabilidade) de construto	M/F	BIQ; BIHQ; ENTREVISTA ESTRUTURADA; LAZARE; RORSCHACH
1987	TenHouten et al.	<i>Psychot. Psychoss.47:1-10</i>	Comissurotomia	M/F	BIQ; EEG; ANÁLISE DE CONTEÚDO
1987	Sriram et al.	<i>Psychot. Psychoss.47:11-17</i>	Dor psicogênica	M/F	TAS ; BIQ; TAT
1988	Haviland et al.	<i>Psychoth. Psychoss.49:37-40</i>	<b>Alcoolismo</b>	M	TAS ; SSPS; BDI
1988	Rybakowsky et al.	<i>Drug and Alch. Dep 21:133-136</i>	<b>Alcoolismo</b>	M	SSPS MAST; CAGE
1988	Haviland et al.	<i>Psychot .Psychoss 50:81-87</i>	<b>Dependência de drogas</b>	M	BDI
1988	Legoretta et al.	<i>Psychot. Psychoss.50:88-94</i>	<b>Obesidade</b>	M/F	SSPS; APRQ; SAT-9
1988	Feiguine et al.	<i>Psychot. Psychoss.50:61-67</i>	Prevalência em pac.ambulatoriais	M/F	MMPI-AS
1989	Morrison	<i>Psychot.Psychoss.51:83-90</i>	Validação de escala (TAS)	M/F	<b>TAS</b> ; SSPS
1989	Zeitlin et al.	<i>Am.J.Psych.146(11):1434-439</i>	Comunicação inter-hemisférica	M	TAS ; EHI; SILS PSDS
1990	Taylor et al.	<i>Am. J .Psch .147:1228-1230</i>	<b>Dependência de drogas</b>	M	TAS; MAST; .MACANDREW;DRUG.SCREEN; BDI; ESS; RSS; MMPI; MAS;

1990	McDonald et al.	<i>Psychoss. Med.</i> 52:199-210	Expressão de emoção facial	M/F	SSPS
1990	Dewaraja & Sasaki	<i>Psychot. Psychoss.</i> 54:201-207	Comunicação inter-hemisférica	M/F	MMPI-AS; SSPS-R
1990	Kreitler et al.	<i>Soc. Sci. Med</i> 10:177-1185	Adesão em programa preventivo de câncer de mama	F	BACK QUEST.; ER.; F.SCALE; SOC.DES.; EPIB; LOCUSC.;SFTP;AT.QUEST.; SELF.CONC.; PSIC.TEND.
1991	Parker et al.	<i>Psychoss.</i> 32(2):196-202	Confiabilidade de escala (SSPSr)	M/F	SSPS-R
1992	Fukunish et al.	<i>Psychop.</i> 25:326-330	<b>Depressão em família de alcoólicos</b>	M/F	TAS ; ZDI; FES
1992	Hendryx et al.	<i>J. Pers. Assess.</i> 58 (3): 506-515	<b>Alcoolismo</b>	M	TAS; DSM IIIR
1992	Henry et. al	<i>Psychoss. Med.</i> 54:407-415	Padrão neuroendócrino/transtorno pós-traumático em <b>alcoólicos</b>	M/F	TAS; DSMIIR; HAMILTON
1992	Weinryb et al	<i>Acta. Psych. Scand.</i> 85:153-162	Validação de escala ( KAPP)	M/F	KSP; BIQ; SSPS; DSMIII
1992	Bourke et al.	<i>Brith. J. Psych.</i> 161:240-243	<b>Anorexia nervosa</b>	F	TAS; DSMIIR; CCEI; RS
1993	Zeitlin et al.	<i>Am. J. Psych.</i> 150:466-663	Transtorno pós-traumático	M/F	TAS; SCID(DSMIIR)
1993	Kirmayer & Robbins	<i>Psychoss.</i> 34:41-52	Alterações cognitivas/ fatores sociais	M/F	TAS; CES-D; SCL-90-R; IBQ; ILLNESS.SC; PBC; SIQ; ; IWS; P.SCAL
1993	Kauhanen et al.	<i>Comp. Psych.</i> 34(5):330-335	Fatores sociais	M	TAS
1993	Schmidt & Treasure	<i>Comp. Psych.</i> 34(1): 54-58	<b>Anorexia-bulimia</b>	F	TAS; DSMIIR; BITE; BSQ; HAMILTON
1993	Zietlin et al.	<i>Am. J. Psch.</i> 150(4):658-660	Transt. Pânico/ Tanst.obs-compulsivo	M/F	TAS; DSMIIR; ASI
1994	Lumley	<i>Psychoth. Psychoss.</i> 61:156-62	<b>Depressão / tabagismo</b>	M/F	TAS; BDI; PANAS; STAI; FTQ
1994	Jimerson et al.	<i>Psychoss. Med.</i> 56:90-93	<b>Bulimia</b>	F	TAS; BIQ; SSPS-R; DSMIIR; HAMILTON; BID; EAT; STAI
1994	Weinryb et al.	<i>Psychot. Psychoss.</i> 100:108	Percepção de bem estar	M/F	KAPP; WBP; AGF(DSMIIR)
1994	Kauhanen et al.	<i>Psychoss. Med.</i> 56:237-244	Doença cardíaca coronariana	M	TAS; ROSE QUEST
1994	Todarello et al.	<i>Psychot.Psychoss.</i> 61:199-204	Imunidade / neoplasia cervical	M/F	SSPS-R
1994	Haviland et al.	<i>Compreh.Psych.</i> 35 2 124-128	<b>Dependência de drogas/ internados</b>	M	TAS-20; BDII; STAI-S; DSMIIR
1994	Bagby, R.M et al.	<i>J. Psyc. Res.</i> 38(1) 23-32	Validação de escala (TAS 20)	M/F	SDI
1994	Bagby, R.M et al.	<i>J. Psyc. Res.</i> 38(1) 33-40	Validação de construto de escala TAS 20		PMS; NCS; NEO-5; BIQ
1995	Lumley et al.	<i>Psychoth.Psychoss.</i> 63: 201-06	<b>Jogo patológico</b>	M/F	TAS; SOGS; IC; BDI
1995	Loas et al.	<i>L'Enceph.</i> XXII:35-40	<b>Alcoolismo</b>	M/F	BIQ;RDC;DSMIIR
1995	Ziotkowski et al.	<i>Psychot.Psychoss.</i> 63:169-173	<b>Alcoolismo</b>	M	TAS; DSM IIIR
1995	Wise & Mann	<i>Comp. Psych.</i> 36(6):407-410	Somatização em ambulatório psiquiátrico	M/F	TAS; DSMIIR; BIQ; SSA;
1995	Stanghellini & Ricca	<i>Psychopath.</i> 28:263-272	Esquizofrenia	M/F	TAS ; DSMIIR; SADS-L; SAPS; SANS; FBF
1995	Keller et al.	<i>A. J. Addiction</i> 4(3)234-244	Dependência de drogas (cocaína)		DSMIIR; TAS;BDI;HAM-D;ASI

1995	Loas et al.	<i>L'Encéf. XXI:117-122</i>	Validação de escala (TAS 20, versão francesa)	M/F	<b>TAS 20</b>
1995	Wise et al.	<i>Psychopath. 28:173-176</i>	Estabilidade de escala (TAS 20) em deprimidos	M/F	<b>TAS ; DSMIIR; NEO; NEO-R; SIQ; SSA</b>
1995	Montreuil & Pedinielli	<i>L'Encéph.XXI:589-595</i>	Validação do teste visual paralelo (TVSP)	M/F	<b>TAS;TSVP</b>
1995	Bach & Bach	<i>Psychot. Psychoss.64:43-48</i>	Valor preditivo em somatizadores	M/F	<b>TAS; DSMIIR (SCID); WHITELEY; SCL-90</b>
1995	Vingherhoets et al.	<i>Psychot. Psychoss.64:32-42</i>	Rede nomológica (validade de construto)	F	<b>AAS; WCC; PSY</b>
1995	Porcelli et al.	<i>Psychot. Psychoss. 64:49-53</i>	Doença inflamatória intestinal	M/F	<b>TAS 20</b>
1995	Cox et al.	<i>Compreh.Psych.36(3):195-198</i>	Transtorno pânico e fobia social	M/F	<b>TAS 20; DSMIIR (SCID); ASI; PAQ; BAI; SCL-90</b>
1995	Groot & Olmsted.	<i>Compreh.Psych.36 (1):53-60</i>	Depressão / bulimia	F	<b>TAS; DSMIIR ;EDE; EATING.DI; BDI</b>
1995	Keller et al.	<i>A . J. Addiction (4)3:5-1</i>	<b>Dependência de drogas (cocaína)</b>	M/F	<b>TAS; DSMIIR;BDI; ASI</b>
1995	Nordby et al.	<i>Psychot. Psychoss.63:142-150</i>	Fatores psicossomáticos /hipertensão arterial	F	<b>BUSS. PERS; MMPI; FTYPE A; JH TEST</b>
1995	Mann et al.	<i>Percept. M. Skills 81:35-40</i>	<b>Dependência de drogas/ afeto</b>	M/F	<b>TAS; NEO-5</b>
1996	Lane et al.	<i>Psychoss. Med. 58: 203-210</i>	Expressão verbal e não verbal	M/F	<b>TAS 20;LEAS;PAT;TMAS</b>
1996	Bach et al.	<i>Psychoss. 37(5):451-459</i>	Somatização	M/F	<b>TAS 20; DSMIIR( CHECLIST)</b>
1996	O'neill & Brontein	<i>J.N.Mental.Dis. 184:302-306</i>	Dependência/pacientes psiquiátricos internados	M/F	<b>MMPIAS; MMPI; RORSCHACH</b>
1996	Troisi et al.	<i>J.N.Mental.Dis 184(9):561-566</i>	Comunicação não verbal	M/F	<b>TAS; DSMIIR(SCID); STAI-S;BDI</b>
1996	Fukunish et al.	<i>Psychot. Psychoss.65:82-85</i>	Validade em hospital psiquiátrico	M/F	<b>TAS; DSMIIR(SCID); BIQ; MMPI</b>
1996	Taiminen et al.	<i>Acta. Psych. Scand. 93:195-98</i>	Tentativa de suicídio	M/F	<b>TAS20; SLS; ISS; HAMILTON</b>
1996	Lumley et al.	<i>Psychoss. Med .58 :211-216</i>	Fatores familiares	M/F	<b>TAS 20; SAT9; FAD; PANAS</b>
1996	Lumley et al.	<i>Psychoss. Med. 58:197-202</i>	Utilização de serviço de saúde	M/F	<b>TAS 20; PILL; BDI</b>
1996	Pinard et al.	<i>Am. J. Addiction winter.(5):5-10</i>	<b>Dependência de drogas</b>	M/F	<b>TAS 20; DSMIIR; SADQ; BDI;HSCL-58; GSI; PSDI</b>
1997	Gillberg et al.	<i>Acta. Psych. Scan. 95:385-388</i>	<b>Anorexia nervosa</b>	M/F	<b>TAS 20; DSMIIR(SCID); WAIS-R</b>

\* Negrito indica instrumento objeto de desenvolvimento ou validação.

\*\* Vide glossário de instrumentos das abreviaturas a partir constantes na tabela.

¶ Negrito destaca pesquisas cujo objeto são as dependências de drogas e álcool, os transtornos alimentares e o jogo patológico. Evidenciam situações clínicas onde fica evidente falhas nos mecanismos de auto-controle do indivíduo, como nos referimos anteriormente.

## GLOSSÁRIO DOS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS CITADOS NOS TRABALHOS DE AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA:

AAA (AMSTERDAM ALEXITHYMIA SCALE) - Bermond, dados não publicados (*apud* Vingerhoets et al.,1995). Questionário auto-aplicável de 20 itens para avaliação da alexitimia, em escala Likert de cinco pontos.

AGF (GLOBAL LEVEL OF FUNCTIONING) - Escala que corresponde à avaliação global de funcionamento do indivíduo, correspondendo ao eixo V da DSMIII. Pontuação atribuída exclusivamente ao funcionamento psicológico, social e ocupacional, não se inclui prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas ou ambientais.

ANÁLISE CONTEÚDO (G.G) - MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DE GOTTSCHALK & GLESER - Toma-se como base de análise as primeiras 1000 palavras faladas pelo paciente em ambiente diádico (durante a entrevista psicanalítica) ou em ambiente monádico (sem interferência de examinadores). Proposto por Gottschalk & Gleser (1979; *apud* Lolas et al.,1981) Elabora a partir da constatação das diferenças encontradas nas respostas afetivas dos pacientes psicossomáticos em relação ao ambiente e à relação com o entrevistador.

ANALOGUE-S (100-mm VISUAL ANALOGUE SCALE) Luria (1973; *apud* Wise et al., 1995) Avalia alterações do humor. Não há menção dos autores às características do instrumento.

APRQ (ALEXITHYMIA PROVOKED RESPONSE QUESTIONNAIRE) - Krystal (1986), Entrevista estruturada composta por 17 itens que podem ser codificados como zero para uma resposta alexitímica e 1 para uma resposta não alexitímica. As respostas são consideradas alexitímicas pelo autor quando: descrevem ação, mas não afeto; contêm detalhes descritivos de situações; descrevem sensações físicas, mais do que afeto; são parte de uma resposta automática estereotipada.

ASI (ANXIETY SENSIVITY INDEX) - Reiss et al. (1986; *apud* Zeitlin ,1993) Questionário auto-aplicável de 16 itens que avalia medo e ansiedade. Cada item pode receber pontuação de 1 a 4 com escore total de 64.

ASSERT. QUEST. (ASSERTIVNESS QUESTIONNAIRE) - Questionário que avalia a assertividade do indivíduo em 6 dimensões diferentes além de incluir uma escala para a qualidade da relação social estabelecida. (*apud* Demers-Desrosiers, 1985)

AT.QUEST.- Questionário elaborado por Kreitler et al.(1990) Avalia atitude em relação á saúde vinculando desde a orientação cognitiva até o auto-cuidado.

AT9 - Teste adaptado por Desrosiers (1982). Desenvolvido a partir do teste elaborado por Durand (1969) para medição de função simbólica. Consiste em avaliar a habilidade do indivíduo para ligar 9 elementos simbólicos numa história que também é convertida num desenho. Foi utilizado inicialmente como um teste projetivo, o PAT9 (Demers-Derosiers, 1982). Trabalhos posteriores levaram à padronização dos escores posteriores do PAT9 e à elaboração do SAT9 ( Cohen et al.,1983)

BACK. QUEST. (BACKGROUND QUESTIONNAIRE) - Construído por Kreitler et al. (1990) a partir do Social Competence Index Ziegler & Glick (1965; *apud* Kreitler et al.,1990) Utilizado para a obtenção de informações sócio-demográficas.

BAI (BECK ANXIETY INVENTORY) - Beck et al. (1988; *apud* Cox et al. 1995) Teste auto-administrável para avaliação da ansiedade. O autor não descreve suas características.

BDI (BECK DEPRESSION INVENTORY) - Beck et al. (1961; *apud* Blanchard et al, 1981) Questionário de auto-avaliação com 21 itens para depressão, com escores variando entre: 0-9, normal; 10-15, depressão leve; 20-29, depressão moderada a grave e 30-63, depressão grave.

BIQ - (Beth Psychossomatic Questionnaire - Instrumento mais utilizado para avaliação da alexitimia. Elaborado por Sifneos (1973), a partir de quesstionário de 17 perguntas que eram formuladas pelo entrevistador para a mensuração da vida imaginativa e da comunicação afetiva do indivíduo. Das 17, Sifneos selecionou oito questões chaves para a avaliação da alexitimia. Escore de 6 ou mais foram considerados como sugestivo de alexítimia. (Kleiger & Kinsman, 1980) Com este ponto de corte, foram encontradas prevalência de 30 a 50% de

alexitimia em pacientes psicossomáticos. O formato não estruturado da entrevista, embora permita certa maleabilidade quanto à avaliação do indivíduo, prejudica sua confiabilidade, já que diferenças relativas ao ambiente onde tem lugar a entrevista, ao treinamento e à formação dos entrevistadores influenciam os resultados da avaliação. (Taylor et al., 1981)

BITE (BULIMIC INVESTIGATORY TEST) - Elaborado por Henderson. (1987; *apud* Schmidt et al., 1993) Instrumento de 33 itens, auto-administrável que avalia sintomatologia bulímica.

BRIQUET (BRIQUET'S SYNDROME QUESTIONNAIRE) - Arena & Blanchard (dados não publicados. (1979; *apud* Blanchard et al., 1981) Os autores não mencionam as características do instrumento.

BSQ (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE) - Cooper. (1987; *apud* Schmidt et al., 1993) Questionário de 34 itens destinado a medir o nível de preocupação com a forma do corpo em pacientes com transtornos alimentares.

BUSS. PERS. (BUSS-DURKEE PERSONALITY INVENTORY) - Escala de avaliação de irritabilidade, originalmente desenvolvida para medição da hostilidade Buss. (1957; *apud* Nordby et al., 1995) e acrescida de 10 itens que tem evidenciado diferenças entre hipertensos e normotensos.

CCEI (CROWN-CRISP EXPERIMENTAL INDEX) - Instrumento estruturado por Crown & Crisp. (1979; *apud* Bourk et al. 1992) Avalia sintomatologia psiconeurótica.

CES-D (CENTER FOR EPIDEMIOLOGIC STUDIES-DEPRESSION SCALE) Desenvolvido por Radolf. (1977; *apud* Kirmayer & Robbins, 1993) Escala de 20 itens de auto-avaliação que caracterizam clinicamente a depressão.

CLARK VOC. (CLARK VOCABULARY SCALE) - Equivalente ao teste de inteligência de adultos - Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). Idealizado por Paiticuh. (1977; *apud* Cohen et al., 1985) Teste de múltipla escolha onde os indivíduos são instruídos a escolherem uma entre quatro frases que se relacionam às situações afetivas propostas.

CLEMS TEST (CONJUGATE LATERAL EYE MOVEMENTS SCORE TESTE) - Baseia-se na suposição de que a direção predominante do movimento conjugado dos olhos coincidiria com o hemisfério dominante do indivíduo de Bogan. (1969; *apud* Cole & Bakan, 1985) O domínio do movimento à direita em alexitímicos seria indicativo de deficiência do hemisfério direito. No teste, o indivíduo é colocado face a face com o examinador, numa câmara, formulam-se perguntas e o primeiro movimento do olhar é codificado. O teste é quantificado pela proporção entre movimentos esquerdos e o total de movimentos realizados.

EAT (EATING ATTITUDES TEST) Apfel & Sifneos. (1979; *apud* Jimerson et al., 1994) Utilizado para avaliar padrão alimentar de bulímicos. Os autores não fornecem maiores esclarecimentos acerca das características do instrumento.

EATING D. (EATING DISORDERS INVENTORY) - Garner et al. (1983; *apud* Groot et al., 1995) Inventário de 64 itens com oito subescalas que avaliam distúrbios alimentares, preocupação com o peso corporal e perturbações do pensamento associadas a esses transtornos.

EDI (EDIMBURGH HANDEDNESS INVENTORY) - Elaborado por Oldfield. (1969; *apud* Zeitlin, 1989) Avalia a preferência manual, indicativo grosseiro da dominância cerebral.

ENTREVISTA PSICANALÍTICA - Na pesquisa de von Rad, (1977) não há menção de padronização da entrevista. Esta se daria após a aplicação do Rorschach, do TAT e história aberta (vide glossário). Cada examinador avaliava o mesmo número de pacientes de cada grupo (neuróticos e psicossomáticos). Combinou-se previamente que cada um conduziria sua entrevista de acordo com seu próprio estilo, prestando atenção a dois pontos: conduzir a entrevista concentrando-se nas queixas formuladas pelos pacientes e esclarecê-las o melhor possível e investigar a experiência do indivíduo em relação ao surgimento dos sintomas.

ENTREVISTA PSICANALÍTICA - Na pesquisa de Lolas et al. (1981) não há menção de padronização de entrevista. A análise de seu conteúdo é desenvolvida de acordo com o método de Gottschalk e Gleser.

EPI-B (FORM B OF EYSENCK PERSONALITY INVENTORY) - Elaborado por Eysenck & Eysenck. (1964; *apud* Mendelson, 1982) Avalia neuroticismo e extroversão, considerados

dois aspectos fundamentais na estrutura da personalidade, que seria a capacidade de externalizar os conflitos psíquicos.

ER (EMOTIONAL RESPONSES) - Escala proposta por Kreidler et al. (1990), para verificação de 39 adjetivos relativos a respostas emocionais que incluem: ansiedade, depressão, hostilidade, problemas sociais, amor, medo, prazer, vigor etc.

F.SCALE - Escala proposta por Adorno (1950; *apud* Kreidler et al.,1990) para avaliação da capacidade do indivíduo de se submeter à autoridade, aos rígidos protocolos e regulamentos nos programas de câncer, além do desejo de esclarecimento em relação à sua doença.

FAD (MACMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE) - Epstein et al.. (1983; *apud* Lumley et al., 1996) Escala de 60 itens que avalia como as famílias se relacionam e interagem entre si. Composta por 12 itens relativos à patologia familiar geral e 48 relativos a disfunções familiares específicas.

FES (FAMILY ENVIRONMENTAL SCALE) - Questionário desenvolvido por Moos e Moos. (1986; *apud* Fukunishi, 1992) Avalia a influência psicológica do ambiente familiar.

FPI (FREIBURG PERSONALITY INVENTORY) Freyberg et al. (1985) Avalia 9 dimensões da personalidade em escala bipolar: psicossomática, depressão, neuroticismo etc. Não há qualquer outra especificação ou referência adicional dos autores sobre esta escala.

FTQ (FAGERSTROM TOLERANCE QUESTIONNAIRE) Fagerstrom. (1978; *apud* Lumley et al., 1994) Avalia dependência ao cigarro de tabaco através das respostas a 8 itens sobre o padrão e intensidade do hábito de fumar, com escore variando de 0 a 11.

GT - GIESSEN TEST - Analisa entrevista transcrita a partir de 12 variáveis que se referem à relação paciente-terapeuta. Descrita por Overbeck. (1977; *apud* Von Rad, 1977) Von Rad (1977) sugeriu que alexitímicos e psicossomáticos exibem em ambiente de entrevista menor produção verbal, pausas maiores, além de solicitarem maiores intervenções do terapeuta quando comparados aos pacientes neuróticos.

HAMILTON (HAMILTON RATING FOR DEPRESSION) - Escala de 17 itens para avaliação da depressão.

HISTÓRIA ABERTA - No experimento de von Rad (1977) o pesquisador lia pausadamente duas vezes, para o entrevistado uma história referente a uma situação familiar onde está implícita uma situação de relacionamento mãe-bebê que envolve perda do objeto parental. O personagem principal deve ter o mesmo sexo do paciente. O paciente é estimulado a desenvolver a história utilizando um ou dois personagens. A análise é feita conjuntamente com o TAT (card 3BM). A unidade de investigação é constituída pelas primeiras 1000 palavras, correspondendo aos 10 minutos iniciais de entrevista. Utiliza-se do método de análise de vocabulário, que consiste no número total de palavras, variação de palavras de conotações afetivas, adjetivos, advérbios e verbos ativos e passivos.

HOSTILITY (HOSTILITY AND DIRECTION OF HOSTILITY QUESTIONNAIRE) - Avalia uma ampla gama de manifestações de agressão, hostilidade e punição. Desenvolvido a partir das teorias de Fould sobre personalidade sadia e personalidade doente, encarando a doença como um gradiente de incapacidade para manter relacionamento interpessoal. (Fould, 1960; *apud* Mendelson, 1982)

IBQ (ILLNESS BEHAVIOR QUESTIONNAIRE) - Pilowsky. (1983; *apud* Kirmayer & Robbins, 1993) Composto de 62 itens e utilizado para avaliar sete fatores relacionados ao comportamento de preocupação com doença: hipocondria geral, convicção de doença, percepção psicológica e percepção somática de doença, inibição afetiva, transtorno afetivo, negação de problemas e irritabilidade.

IC (ILLNESS CHECKLIST) - Lumley & Roby (1995) Questionário auto-aplicável acerca de 28 sinais, sintomas e síndromes (artrite, cefaléia, dor lombar, diabetes, bruxismo, câncer, etc.). Fornece informações sobre a história de saúde do sujeito.

ISS (INTENT SCORE SCALE) - Questionário de 12 itens que avalia as circunstâncias referentes a tentativas de suicídio e estado mental referido naquele momento. (Taiminen et al., 1996)

IWS (ILLNESS WORRY SCALE) - Robbins & Kirmayer, 1986. (*apud* Kirmayer & Robbins, 1993). Desenvolvida a partir da BIQ, é uma escala de 9 itens.

JH.TEST (JOHN HENRY TEST) - Nordby et al. (1995) - Teste baseado na observação de que uma predisposição comportamental marcada por excessiva adaptação psicossocial denominada “Síndrome de John Henry” parece associado à hipertensão, particularmente entre minorias étnicas.

KAPP - Instrumento utilizado por Weinryb et al. (1992; *apud* Weinrub 1994) Os autores focalizaram aspectos psicodinâmicos relativos à alexitimia como regressão a serviço do ego e traços alexitímicos.

KSP (KAROLINSKA SCALES OF PERSONALITY) - Proposto por Klinteberg et al. (1991; *apud* Weinryb & Rossel,1992). Compõe-se de várias escalas baseadas em aspectos biológicos da personalidade que avaliam nas várias dimensões: impulsividade, retraimento social, hostilidade e agressividade.

LAZARE (1970) - Teste descrito por Jarvinen (1987) para avaliação da personalidade. Não há menção do autor sobre as características do teste.

LEAS (LEVELS OF EMOTIONAL AWARENESS SCALE ) Lane et al. (1990; *apud* Lane et al., 1996). Instrumento projetivo que induz o indivíduo a descrever como seriam suas reações e as dos outros a partir de 20 situações propostas.

LOCUS C. (LOCUS CONTROL SCALE) - ROTTER. (1966; *apud* Kreidler et al., 1990)

M.SOCIAL.DIS. (CROWNE AND MARLOWE SOCIABILITY DESIRABILITY INVENTORY) - Desenvolvida por Crowne & Marlowe. (1960; *apud* Taylor et al., 1985). Avalia o conformismo social. Não há menção dos autores sobre suas características.

MAST (MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST) - Teste de auto-avaliação Seltzer. (1971; *apud* Finn et al., 1987) Detecta transtornos relacionados ao alcoolismo.

MCANDREW - Teste utilizado por Taylor et al. (1990) para avaliar problemas relativos ao álcool. Os autores não descrevem qualquer característica ou fornecem referência adicional em relação ao mesmo.

MMPI - (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY) - Compõe-se de 556 escolhas binárias (verdadeiro vs. falso), relacionadas a vários aspectos do humor, comportamento, auto-avaliação e preferências pessoais Good & Brantner, 1974 (*apud* Kleiger & Kinsman,1980).

MMPI-AS (MMPI ALEXITHYMIA SCALE DERIVATION) - Três diferentes escalas derivam do MMPI. Duas do grupo de Denver e uma terceira de Shipko e colaboradores,na Califórnia. A escala de Denver foi desenvolvida por Kleiger e Kinsman (1980). Consiste em 22 itens (verdadeiro vs. falso) selecionados do MMPI. Essas questões não se relacionam diretamente à alexitimia. Foram escolhidas em virtude de sua associação com os escores do BIQ. A partir de estudo de concordância foram desenvolvidas duas escalas: uma de 22 itens, com escore de 14, equivalente ao escore 6 do BIPQ, e uma de 20 itens. Shipko & Noviello (1984) desenvolveram a MMPI-AS a partir do SSPS, não do BIQ. A escala contém 20 itens. Um escore de 17 pontos se relaciona- com o critério de Sifneos para alexitimia no SSPS.

NEO 5-FI (NEO 5 FATOR INVENTORY) E NEO 5-R (NEO PERSONALITY INVENTORY REVISED). Wise et al. (1995).- Avaliam a personalidade em 5 dimensões: neuroticismo, extroversão, abertura, concordância e capacidade de auto-avaliação.

PANAS (POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE) - Watson et al. (1988; *apud* Lumley et al.,1994). Compõe-se de escalas de avaliação para afetos “negativos” e “positivos” através das palavras empregadas pelo indivíduo.

PAQ (PANIC ATTACK QUESTIONNAIRE) - Norton et al. (1986; *apud* Cox et al, 1995). Os autores não mencionam as características do questionário.

PAT (PERCEPTION OF AFFECT TASK) - Lane (1996). Instrumento de 140 itens. Solicita-se ao indivíduo que identifique emoções classificadas em 35 subitens. São utilizadas palavras denotando estados emocionais diferentes tais como: felicidade, tristeza, raiva, surpresa, desgosto e palavras de conotações afetivas neutras.

PBC (PRIVATE BODY-CONSCIOUSNESS SCALE) - Escala descrita por Miller & Buss (1981; *apud* Kirmayer & Robbins, 1993) Avalia tanto a auto-imagem corporal do indivíduo como a percepção da imagem corporal do sujeito no âmbito das relações sociais.

PILL (PENNEBAKER INVENTORY OF LIMBIC LANGUIDNESS) - Pennebaker. (1988; *apud* Lumley, 1996) Inventário de sintomas de 54 itens destinado à avaliação de sintomas somáticos. A frequência é codificada através de escores de 1 a 5, totalizando um escore global do indivíduo em relação à somatização.

PSC (PRIVATE AUTO CONSCIOUSNESS SCALE) - Escala de 10 itens desenvolvida por Fenigstein & Buss. (1975; (*apud* Kirmayer & Robbins, 1993) Destinada a avaliar a capacidade do indivíduo de ter consciência de si mesmo e capacidade de introspecção.

PSDS (POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SCALE) - Proposta por Friedman et al. (1986; *apud* Ziehl, 1989) Inventário auto-administrável de 15 itens com pontuação que varia de 15 (nenhum sintoma) a 60 (muitos sintomas). Avalia a gravidade do estresse pós-traumático

PSYCHOSS. (PSYCHOSSOMATIC CHECKLIST) - Cox et al. (1975; *apud* Blanchard et al., 1981) Embora não haja referência explícita por parte dos autores, parece relacionar-se com instrumento descrito por Apfel & Sifneos (1978).

PSYCOSS.TEND. - Questionário elaborado por Kreidler et al. (1990) que avalia tendências psicossomáticas distribuídas em 61 itens. Os indivíduos respondem de acordo a intensidade e frequência dos sintomas.

PTSI (LONG BEACH POSTTRAUMATIC SYMPTOM INDEX) - Questionário de auto-avaliação descrito por Shipko et al. (1983) contendo 13 itens e que avalia a presença e a gravidade de sintomas decorrentes de transtorno pós-traumático. As questões refletem os itens definidores de diagnóstico, segundo a DSMIII. Os escores variam de 0 a 42, e um escore mínimo de 16 é requerido para o diagnóstico.

RAS (RATHUS ASSERTIVENESS SCALE) - Rathus. (1973; *apud* Blanchard et al., 1981) Avalia “assertividade”. Embora não haja menção explícita da escala, nem a utilização do conceito de assertividade, subentende-se a avaliação do pragmatismo e conformismo social associado aos alexitímicos na ocasião.

RIOS (RESPIRATORY ILLNESS OPINION SURVEY) - Descrita por Kinsman et al. (1976; *apud* Kleiger & Jones, 1980 ) Composta por 76 itens, onde cada um é expressão de uma

atitude em relação a “estar doente”, ao fato de se encontrarem tratamento e sua relação com seus médicos. O paciente responde sim ou não, segundo uma escala que varia em cinco pontos.

RORSCHACH - No experimento de von Rad (1970), não há menção à forma como foi padronizada sua avaliação. Sabe-se apenas que foi utilizado conjuntamente com o teste de Giessen, o TAT (card 3BM), uma história aberta e uma entrevista psicanalítica. O objetivo do uso concomitante dos diferentes testes é avaliar a produção de fantasia no indivíduo em vários níveis: sozinho, na sua relação com o examinador, com o terapeuta, além de estímulos variados: acústicos, visuais, concretos e abstratos.

RORSCHACH (SFR) - Desenvolvido a partir das observações feitas por Rorschach (1921; *apud* Vogt et al., 1977). A avaliação do teste é feita pela padronização de cinco categorias de respostas: movimento humano, proporção de respostas a cores em relação a não respostas, número de respostas originais, número total de respostas e variabilidade do conteúdo, a denominada “síndrome da fantasia de Rorschach“. Recebe um índice global a partir de escore previamente determinado a partir das respostas a cada uma das cinco categorias.

RORSCHACH R - Método de atribuição de escore ao teste de Rorschach proposto por Rapaport, (1968; *apud* Taylor, 1981) Não há menção explícita do autor da forma de padronização referida utilizada em seu experimento.

ROSE QUESTIONNAIRE - Rose et al., (1982; *apud* Kauhanen et al.,1994) Questionário destinado a avaliar sintomas típicos de doença cardíaca coronariana.

RS ( RESTRAINT SCALE ) - Instrumento elaborado por Polivy et al. (1988; *apud* Bourk et al., 1992) para identificar restrição dietética crônica em transtornos alimentares.

SADS - (SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA) - Endicott & Spitzer, (1978; *apud* Krystal, 1986) Sem menção pelo autor.

SAPS (SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS) e SANS (SCALE FOR THE ASSESSMENT NEGATIVE SYMPTOMS) - Andreasen (1986; *apud* Stanghellini & Rica, 1995) Utilizadas na avaliação dos sintomas positivos e negativos, respectivamente, em pacientes esquizofrênicos.

SAT9 - Desenvolvida por Cohen et al. (1983; *apud* Demers-Desrosiers et al.,1983) Elaborado com o intuito de padronizar a AT9, que avalia função simbólica e em sua versão projetiva , o PAT9, em estudos populacionais. Os autores sugerem um escore de 65 pontos como ponto de corte.

SCL-90-R (SYMPTON CHECK LIST-90) - Descrita por Derogatis (1973; *apud* Kirmayer & Robbins 1993) Consiste na avaliação de 12 sintomas somáticos como dores, mialgias, sensação ou frio. Desenvolvida com o objetivo de medir o estresse subjetivo através da percepção de disfunção corporal.

SELF. CONC. (SELF CONCEPT MEASURE) - Desenvolvida por Kreitler & Kreitler (1987; *apud* Kreitler et al., 1990) Baseada em respostas a pergunta: “Quem sou eu?”. Codifica-se 20 respostas distribuídas, onde são avaliadas a auto-imagem do indivíduo e a imagem dele mesmo em relação aos outros.

SFIPI (SHORT FORM IMAGINAL PROCESS INVENTORY) - Huba et al. (1981; *apud* Kreitler et al.,1990) Avalia a presença de devaneios positivos relacionados a emoções prazerosas e desprazerosas, assim como atenção e distraibilidade.

SILS (SHIPLEY INSTITUTE OF LIVING SCALES) - Descrita por Dalton et al. (1987; *apud* Zeitlin, 1989) Instrumento auto-administrável para avaliação da inteligência.

SIQ (SYMPTOM INTERPRETATION QUESTIONNAIRE) - Robbins & Kirmayer (1991; *apud* Wise & Mann, 1995) Inventário de atribuição de 13 sintomas somáticos comuns como: cefaléia, fadiga, sudorese, náusea, insônia. Cada sintoma pode ser avaliado como sendo decorrente de doença, tendo origem psicológica ou situado no âmbito da normalidade do indivíduo.

SLS (SUICIDE LETHALITY SCALE) - Desenvolvida por Plutchik et al. (1988; *apud* Taiminem et al., 1996) Questionário de três itens em escala Likert de cinco pontos que avalia a presença e gravidade de ideação de morte ou tentativa de suicídio.

SOC. DES. - Conjunto de escalas que constam do experimento de Krietler et al. (1990). Relacionam conformismo social e ansiedade como medidas indiretas da repressão. Embora

sem maior detalhamento pelos autores presume-se que tais sintomas sejam expressões de atitudes altamente defensivas e de baixa ansiedade, relacionando-se indiretamente com alexitimia.

SOCIEC.INDEX (BISHEN'S SOCIOECONOMIC INDEX) - Desenvolvida por Bishen & McRoberts (1976; *apud* Taylor et al.,1985) Taylor não menciona as características de tal escala, apenas indica seu emprego para padronizar fatores econômicos envolvidos em seu experimento, onde questiona a influência de tais fatores na avaliação e validação da alexitimia pelo TAS.

SOGS (SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN) - Lesieur & Blume, (1987; *apud* Lumley & Roby, 1995) Questionário de 20 itens que avalia problemas com o jogo compulsivo, através de suas crenças em relação ao seu padrão de jogo; as reações de familiares aos jogos; interferência no trabalho e vida social pelo jogo e recursos mobilizados para o jogo.

SPSS (SPITZER PSYCHIATRIC SCHEDULE) - Instrumento elaborado por Spitzer (1970; *apud* Taylor, 1981) Avalia aspectos psicopatológicos e o funcionamento global do indivíduo.

SSA (SOMATOSENSORY AMPLIFICATION SCALE) - Barsky et al. (1980; *apud* Wise & Mann, 1995) Escala de 10 itens que avalia a tendência individual de amplificar ("dar um caráter mais grave") aos sintomas viscerais comuns. Correlaciona-se à hipocondria , ansiedade e depressão.

SADS-L (SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA - LIFETIME VERSION)- Endicott (1978; *apud* Stanghellini & Ricca, 1995) Utilizada para o diagnóstico de esquizofrenia e depressão.

SSPS (SHALLING- SIFNEOS PERSONALITY SCALE) - Primeira escala de auto-avaliação para a alexitimia proposta por Sifneos (1970; *apud* Blanchard,1981) Compõe-se de 20 perguntas dirigidas explicitamente ao sujeito, para que ele próprio quantifique suas características alexitímicas. Um escore menor que 50 é considerado como sugestivo de alexitimia.

SSPS-R - Revisão da escala SSPS, envolvendo substituições e revisões de itens. Os 4 pontos da escala de Likert foram substituídos por escores dicotômicos.

STAI (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY) - Speilberger et al. (1970; *apud* Blanchard et al., 1981) Avaliam traços e estado de ansiedade.

TAS (TORONTO ALEXITHYMIA SCALE) - Elaborada por Taylor et al. (1985) como uma escala de auto-avaliação. A partir da seleção de cinco áreas que refletem o domínio do construto da alexitimia: dificuldade de descrever sentimentos; dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais; falta de introspeção; conformidade social e empobrecimento da vida de fantasia; incapacidade de recordação dos sonhos. Os autores desenvolveram um questionário de 41 itens, metade deles afirmando e metade negando as questões-chave de modo a controlar a sugestionabilidade nas respostas. Dos 41 itens, 8 foram tirados do SSPS, 4 do Eating Disorder Inventory Garner et al. (1983; *apud* Taylor et al., 1985) e 4 do Need For Cognition Scale Cacioppo & Petty (1982; *apud* Taylor et al., 1985) Cada item é codificado em função do grau de concordância ou discordância, variando de: (1) total discordância a (5) total concordância. Através de análise fatorial os autores encontraram um total de 26 itens de auto-avaliação que se mostraram associados significativamente com a alexitimia.

TAS 20 - (TORONTO ALEXITHYMIA SCALE REVISED) - Taylor (1992; *apud* Loas, 1996) Compõe-se de 20 itens, dos quais 14 são comuns ao TAS, com escores para cada pergunta variando de 0 a 5, num total global de 20 a 100.

TAT (TAREFA VERBAL) - O entrevistado é estimulado a exprimir seus desejos e fantasias a partir de frases propostas.

TAT (THEMATIC APPERCEPTION TEST) card 3BM - Utilização de cartas selecionadas do TAT para avaliar o emprego de palavras para denominar afetos que estariam diminuídos nos pacientes psicossomáticos, assim como número total de palavras utilizadas, sentenças incompletas, menor uso menos freqüente de adjetivos, advérbios e pronome “eu”, em relação aos neuróticos. A unidade de análise seria as primeiras 1000 palavras pronunciadas nos primeiros dez minutos de entrevista.

TESTE MONÓLOGO - Elaborado por Gottschalk-Gleser (1969; *apud* von Rad & Lolas, 1982) Assemelha-se a um teste projetivo, no qual o entrevistador solicita ao indivíduo que fale durante 5 minutos sobre qualquer assunto interessante ou dramático de sua vida, abstendo-se de qualquer comentário.

TMAS (TAYLOR MANIFEST ANXIETY SCALE) - Bendig (1956; *apud* Lane et al., 1996) Avalia 20 características de ansiedade e estresse em formato verdadeiro-falso.

TSVP (TEST DE SAISE VISUELLE PARALLÈLE) - Montruil & Pedinielli (1994). Parte do princípio que o que o indivíduo processe paralelamente informações analíticas (hemisfério esquerdo) e afetivas (hemisfério direito). Consiste em fornecer ao indivíduo estímulos sensoriais diferentes como figuras geométricas e que estimulem respostas afetivas. Em seguida são realizadas perguntas de forma a avaliar ambas as capacidades hemisféricas. Não constitui uma medida direta da alexitimia mas uma forma de avaliar uma de suas hipóteses etiológicas. Baseia-se na hipótese neuropsicológica da alexitimia relacionada à especialização hemisférica e na falha na comunicação inter-hemisférica para explicar a dificuldade de expressão verbal.

WBP (SUBJETIVE SENSE OF WELL-BEING) - Questionário de auto-preenchimento elaborado por Weinryb et al. (1994) que inclui: dor, falta de iniciativa e envolvimento social, apetite, sono, humor, ansiedade, apetite sexual, preocupações e interesses

WCC (WAYS OF COPING CHECKLIST) - Aldwin et al. (1980; *apud* Vingerhoets et al., 1995) Avalia sete estilos de cooperação: planos e ações racionais; culpa; distanciamento; fantasias e cooperação; expressão de emoções e busca de apoio social; otimismo e desejos.

WI (WHITELEY INDEX) - Pilowsky (1967; *apud* in Bach & Bach, 1995) Questionário auto-administrável de 14 itens que avalia sintomas hipocondríacos.

ZDI (ZUNG SELF-RATING DEPRESSION INVENTORY) - Escala de auto-avaliação de 20 itens para mensuração de depressão proposta por Zung (1965; *apud* Taylor, 1981).

## **PROJETO 'TAS':**

Trata-se do estudo da presença de alexitimia em usuários de drogas e alcoólicos. A alexitimia é um vocábulo grego que literalmente significa “sem palavras para o afeto”. O conceito foi inicialmente utilizado para relacionar a dificuldade na expressão de sentimentos em pacientes psicossomáticos: asmáticos, ulcerosos, portadores de alergia e doenças da motilidade intestinal. Posteriormente tal conceito foi sendo aplicado em usuários de álcool e drogas, perturbações alimentares, jogo patológico etc. A alexitimia explicaria a dificuldade no controle dos impulsos e comportamento compulsivo além de interferir nos relacionamentos interpessoais, inclusive na relação médico-paciente.

Acreditando no alcoolismo e no abuso de drogas como uma doenças estruturais, os objetivos deste estudo seriam: verificar a presença destas características em população de abstinentes de álcool e/ou drogas. Sua aplicação na saúde pública estaria na prevenção do alcoolismo e do abuso de drogas e avaliar a possibilidade de intervir antes da instalação da doença, já que segundo nosso ponto de vista a alexitimia seria anterior a um comportamento explícito do uso abusivo do alcoolismo e drogas.

## **CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA :**

**A) Objetivo do estudo:** Avaliar a presença da dificuldade de expressão afetiva em usuários de álcool e drogas. A coordenação deste projeto ficará a cargo do Dr. Nelson Caldas, médico, com especialização em psiquiatria e mestrando da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

**B) Procedimentos:**

Se eu concordar em participar deste estudo:

1- Responderei aos questionários acerca de dados sócio-demográficos, padrões de utilização prévia de álcool e drogas, comportamentos de risco envolvidos no uso, além de outros problemas de saúde.

2- Serei entrevistado pelo Dr. Nelson por cerca de 20 minutos.

3- Responderei a questionários nos moldes de auto-preenchimento de 20 itens de duração máxima de quinze minutos.

**C) Confidencialidade:**

Será mantido o anonimato segundo os preceitos do CREDEQ, apenas serão solicitados como dados identificatórios o primeiro nome e a última letra do último sobrenome; cada um receberá um número de registro no projeto para a obtenção de orientações e informações suplementares. Os dados (sem qualquer identificação) serão mantidos arquivados em local seguro, ao qual só terão acesso os responsáveis direto pelo projeto. Minha identidade pessoal não será mencionada em qualquer hipótese. Os dados a serem publicados serão referentes ao conjunto de pessoas do estudo, de forma a não permitir a identificação de qualquer um dos participantes

**D) Dúvidas:**

Em caso de dúvidas ou comentários adicionais acerca deste projeto poderei me comunicar diretamente com o Dr. Nelson Caldas.

**E) Consentimento:**

A participação neste estudo é absolutamente voluntária. Eu poderei abandonar este estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal.

Contarei com o apoio do coordenador do projeto independente de minha participação ou não nele, no sentido de obter orientação quanto a aconselhamento e eventual tratamento médico durante o decorrer do projeto.

Eu li este formulário e recebi as explicações necessárias:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DATA (LOCAL/ DIA/ MÊS/ANO)**

\_\_\_\_\_

**RUBRICA DO ENTREVISTADO**

\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO ENTREVISTADOR**

**NOME:**

**REGISTRO:**

**DATA:**

**ENTREVISTA BREVE ESTRUTURADA PARA DIAGNÓSTICO DE ABUSO E  
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS SEGUNDO CRITÉRIOS DA DSMIV:**

**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS:**

A - O PACIENTE TEM EXPERIMENTADO OS SEGUINTE SINTOMAS: SIM (S) NÃO (N)

- 1 - FALTADO DE FORMA SISTEMÁTICA A COMPROMISSOS IMPORTANTES DEVIDO AO USO DA SUBSTÂNCIA?
- 2 - USO RECORRENTE EM SITUAÇÕES COMUMENTE PERIGOSAS FISICAMENTE?
- 3 - PROBLEMAS LEGAIS RECORRENTES DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS?
- 4 - USO CONTINUADO APESAR DOS PROBLEMAS RECORRENTES AGRAVADO PELO USO DE SUBSTÂNCIAS?

B - ESSES SINTOMAS OCORRERAM NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

C - O PACIENTE NÃO ENCONTRA CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

(UM DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE ABUSO É QUANDO SOMENTE UM DE A OU TANTO B OU C SÃO SIM)

DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS: SIM(S) NÃO (N)

A- O PACIENTE TEM EXPERIMENTADO OS SEGUINTE SINTOMAS:

- 1- TOLERÂNCIA (NECESSIDADE DE MAIOR QUANTIDADE PARA FICAR INTOXICADO OU MENOR EFEITO COM A MESMA QUANTIDADE) ?
- 2- ABSTINÊNCIA (CARACTERÍSTICA DA INTERRUPÇÃO ASSOCIADA COM O TIPO DA DROGA?
- 3- UTILIZAÇÃO DA DROGA POR PERÍODO MAIOR DO QUE O PRETENDIDO?
- 4- DESEJO OU ESFORÇOS SEM SUCESSO DE INTERROMPER SEU USO?
- 5- TEMPO CONSIDERÁVEL GASTO EM OBTER A DROGA OU RECUPERAR-SE DE SEUS EFEITOS?

- 6- IMPEDIMENTO DE ATIVIDADES SOCIAIS, TRABALHO OU RECREATIVAS POR CAUSA DE SEU USO?
- 7- USO CONTINUADO APESAR DO CONHECIMENTO DOS PROBLEMAS CAUSADOS OU AGRAVADOS PELO SEU USO?

B- ESTES SINTOMAS OCORREM NOS ÚLTIMOS DOZE MESES? SIM ( ) NÃO ( )

(UM DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE DEPENDÊNCIA É FEITO QUANDO 3 DO E B SÃO SIM)

ESPECIFIQUE SE:

COM SINAIS DE DEPENDÊNCIA FISIOLÓGICA: PERSISTÊNCIA DO ITEM 1 E 2

SEM SINAIS DE DEPENDÊNCIA FISIOLÓGICA: NENHUMA EVIDÊNCIA DE TOLERÂNCIA OU ABSTINÊNCIA

**NOME:**

**REGISTRO:**

**DATA:**

**TWENTY- ITEM ALEXITHYMIA SCALE :**

Marque se você : 1) discorda totalmente

2) discorda em parte

3) não concorda nem discorda

4) concorda em parte

5) concorda totalmente

- 1) Frequentemente eu me sinto confuso em relação a qual emoção estou sentindo (1) (2) (3) (4) (5)
- 2) É difícil para eu encontrar as palavras certas para expressar meus sentimentos (1) (2) (3) (4) (5)
- 3) Eu tenho sensações físicas que nem mesmo os médicos compreendem (1) (2) (3) (4) (5)
- 4) Eu sou capaz de descrever meus sentimentos com facilidade (1) (2) (3) (4) (5)
- 5) Eu prefiro analisar os problemas do que apenas descrevê-los (1) (2) (3) (4) (5)
- 6) Quando estou aborrecido, não sei se estou triste, assustado ou com raiva (1) (2) (3) (4) (5)
- 7) Frequentemente fico confuso com as sensações em meu corpo (1) (2) (3) (4) (5)
- 8) Eu prefiro simplesmente deixar as coisas acontecerem em vez de entender porque elas ocorreram daquela maneira (1) (2) (3) (4) (5)
- 9) Eu tenho sentimentos que não consigo identificar (1) (2) (3) (4) (5)

- 10) É essencial estar em contato com as emoções (1) (2) (3) (4) (5)
- 11) Eu acho que é difícil descrever como me sinto (1) (2) (3) (4) (5)  
em relação às pessoas
- 12) As pessoas me dizem para descrever mais os (1) (2) (3) (4) (5)  
meus sentimentos
- 13) Eu não sei o que se passa dentro de mim (1) (2) (3) (4) (5)
- 14) Frequentemente não sei porque estou com raiva (1) (2) (3) (4) (5)
- 15) Eu prefiro conversar com as pessoas sobre suas (1) (2) (3) (4) (5)  
atividades do dia a dia do que sobre seus sentimentos
- 16) Eu prefiro assistir divertimentos leves do que a (1) (2) (3) (4) (5)  
dramas psicológicos
- 17) É difícil para eu revelar os meus sentimentos (1) (2) (3) (4) (5)  
mais profundos até mesmo para os amigos mais íntimos
- 18) Eu consigo me sentir próximo de alguém (1) (2) (3) (4) (5)  
mesmo em momentos de silêncio
- 19) Eu acho que examinar meus sentimentos (1) (2) (3) (4) (5)  
é útil para resolver problemas pessoais
- 20) Procurar significados ocultos em peças (1) (2) (3) (4) (5)  
ou filmes tira o prazer da diversão

**AUDIT :**

**NOME:**

**REGISTRO:**

**DATA:**

**Marque com um x o item que mais se aproxima com o seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas:**

1- Com que frequência você toma uma bebida contendo álcool?

(escore)

- nunca (0)
- mensalmente ou menos (1)
- 2 a 4 vezes por mês (2)
- 2 a 3 vezes por semana (3)
- 4 ou mais vezes por semana (4)

2- Quantos drinques contendo álcool você toma em um dia típico quando você bebe?

(escore)

- 1 ou 2 ( )
- 3 ou 4 ( )
- 5 ou 6 ( )
- 7 a 9 ( )
- 10 ou mais ( )

3- Com que frequência você toma seis ou mais drinques em uma ocasião?

(escore)

- nunca (0)
- menos que um mês (1)
- mensalmente (2)
- semanalmente (3)
- diariamente ou quase todo o dia (4)

4- Com que frequência no último ano você não foi capaz de parar de beber quando você começou?

(escore)

- nunca (0)
- menos que um mês (1)
- mensalmente (2)
- semanalmente (3)
- diariamente ou quase todo o dia (4)

5- Com que frequência durante o último ano você falhou em fazer o que era normalmente esperado por você por causa da bebida?

(escore)

- nunca (0)
- menos que um mês (1)
- mensalmente (2)

- semanalmente (3)
- diariamente ou quase todo o dia (4)

6- Com que frequência durante o último ano você necessitou de um primeiro drinque pela manhã para se recuperar após uma bebedeira?

(score)

- nunca (0)
- menos que um mês (1)
- mensalmente (2)
- semanalmente (3)
- diariamente ou quase todo o dia (4)

7- Com que frequência durante o último ano você teve sentimento de culpa ou remorso após uma bebida?

(score)

- nunca (0)
- menos que um mês (1)
- mensalmente (2)
- semanalmente (3)
- diariamente ou quase todo o dia (4)

8- Com que frequência durante o último ano você foi incapaz de se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque você tinha bebido?

(score)

- nunca (0)
- menos que um mês (1)
- mensalmente (2)
- semanalmente (3)
- diariamente ou quase todo o dia (4)

9- Você ou alguém tem se machucado como resultado de sua bebida?

(score)

- Não (0)
- Sim, mas não no último ano (2)
- Sim, durante o último ano (4)

10- Você tem um parente ou amigo, médico ou outro profissional de saúde preocupado com sua bebida ou sugerido que você parasse?

(score)

- Não (0)
- Sim, mas não no último ano (2)
- Sim, durante o último ano (4)

## **DAST: TESTE PARA AVALIAÇÃO DE ABUSO DE DROGAS:**

**NOME:**

**REGISTRO:**

**DATA:**

ESCREVA S (SIM) SE VOCÊ CONCORDA E N (NÃO) SE VOCÊ DISCORDA AO LADO DE CADA PERGUNTA ABAIXO:

- 1- VOCÊ TEM FEITO USO DE OUTRAS DROGAS ALÉM DAQUELAS PRESCRITAS POR INDICAÇÃO MÉDICA ?
- 2- VOCÊ TEM UTILIZADO DROGAS PRESCRITAS DE FORMA ABUSIVA?
- 3- VOCÊ FAZ USO DE MAIS DE UMA DROGA DE FORMA EXCESSIVA DE UMA VEZ?
- 4- VOCÊ PODE PASSAR UMA SEMANA SEM USAR DROGAS? (OUTRAS DROGAS ALÉM DAS PRESCRITAS POR MÉDICOS)
- 5- VOCÊ É CAPAZ DE PARAR DE USAR DROGAS QUANDO VOCÊ QUER?
- 6- VOCÊ FAZ USO DE DROGAS DE FORMA ABUSIVA DE FORMA CONTINUADA?
- 7- VOCÊ TENTA LIMITAR SEU USO DE DROGAS A DETERMINADAS SITUAÇÕES ?
- 8- VOCÊ TEM TIDO ESQUECIMENTO DE FATOS QUE LHE ACONTECERAM DURANTE O USO DE DROGAS OU TIDO A SENSÇÃO DE ESTAR SOB O EFEITO DE DROGAS SEM FAZER USO DELAS?
- 9- VOCÊ TEM SE SENTIDO MAL APÓS FAZER USO EXCESSIVO DE DROGAS?
- 10- SEU ESPOSO (A) OU PARENTES JÁ SE QUEIXARAM DE SEU ENVOLVIMENTO COM DROGAS?
- 11- SEUS PARENTES OU AMIGOS SABEM OU SUSPEITAM DE SEU USO DE DROGAS?
- 12- O ABUSO DE DROGAS JÁ CRIOU PROBLEMAS COM ENTRE VOCÊ E SEU COMPANHEIRO?
- 13- VOCÊ TEM ALGUM FAMILIAR QUE JÁ PROCUROU AJUDA POR PROBLEMAS RELACIONADOS AO SEU USO DE DROGAS?
- 14- VOCÊ JÁ PERDEU AMIGOS POR CAUSA DE SEU USO DE DROGAS?
- 15- VOCÊ JÁ DEIXOU DE LADO COMPROMISSOS FAMILIARES OU DE COMPARECER AO TRABALHO POR CAUSA DE SEU USO DE DROGAS?
- 16- VOCÊ JÁ TEVE PROBLEMAS NO TRABALHO POR CAUSA DO USO DE DROGAS?

- 17- VOCÊ JÁ PERDEU UM EMPREGO POR CAUSA DO USO ABUSIVO DE DROGAS?
- 18- VOCÊ JÁ SE ENVOLVEU EM BRIGAS QUANDO SOB O EFEITO DE DROGAS?
- 19- VOCÊ JÁ FOI PRESO OU DETIDO POR CAUSA DE MAL COMPORTAMENTO QUANDO SOB O EFEITO DE DROGAS?
- 20- VOCÊ JÁ FOI PRESO OU DETIDO POR DIRIGIR SOB O EFEITO DE DROGAS?
- 21- VOCÊ JÁ ESTEVE ENVOLVIDO EM ATIVIDADES ILEGAIS PARA ADQUIIRIR DROGAS?
- 22- VOCÊ JA FOI PRESO OU DETIDO POR ESTAR DE POSSE DE DROGAS ILEGAS?
- 23- VOCÊ JÁ SENTIU SINTOMAS QUANDO QUIZ INTERROMPER O USO DE DROGAS MAIS PESADAS?
- 24- VOCÊ JÁ TEVE PROBLEMAS MÉDICOS COMO RESULTADO DO USO DE DROGAS TAIS COMO: PERDA DE MEMÓRIA, HEPATITE, CONVULSÕES OU SANGRAMENTO?
- 25- VOCÊ JÁ PROCUROU ALGUÉM PARA AJUDÁ-LO (A) POR ALGUM PROBLEMA RELACIONADO AO USO DE DROGA?
- 26- VOCÊ ESTEVE EM HOSPITAL PARA PROBLEMAS MÉDICOS RELACIONADOS AO SEU USO DE DROGA?
- 27- VOCÊ JÁ ESTEVE ENVOLVIDO EM UM PROGRAMA DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO RELACIONADO AO USO DE DROGAS?
- 28- VOCÊ JÁ FOI TRATADO EM AMBULATÓRIO PARA PROBLEMAS RELACIONADOS AO ABUSO DE DROGAS?