

BERENICE VICTOR CARNEIRO

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA OAS – OBSERVER
ALEXITHYMIA SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

PUC – Campinas

2008

BERENICE VICTOR CARNEIRO

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA OAS – OBSERVER
ALEXITHYMIA SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia como Profissão e Ciência

Orientadora: Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

PUC – Campinas

2008

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.89
C289p

Carneiro, Berenice Victor.

Propriedades psicométricas da OAS - Observer Alexithymia Scale: versão brasileira /
Berenice Victor Carneiro. - Campinas: PUC-Campinas, 2008.
xvi, 154p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da
Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui anexos e bibliografia.

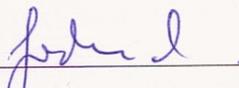
1. Alexitimia. 2. Distúrbios Afetivos. 3. Medicina psicossomática. 4. Personalidade -
Avaliação. 5. Emoções. I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de
Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22ed. CDD – t616.89

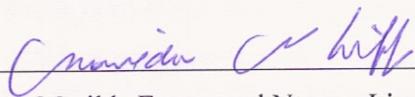
BERENICE VICTOR CARNEIRO

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA OAS – OBSERVER
ALEXITHYMIA SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

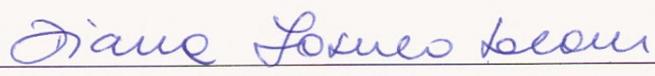
BANCA EXAMINADORA



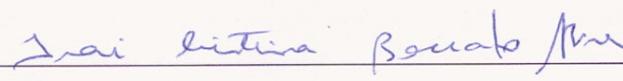
Profª Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida (Presidente e Orientadora)



Profª Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp



Profª Dra. Diana Tosello Laloni



Profª Dra. Iraí Cristina Boccato Alves



Profª Dra. Claudette Maria Medeiros Vendramini

PUC – Campinas

2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à minha orientadora, Prof^a Dra Elisa Medici Pizão Yoshida pela confiança, incentivo e muitas horas dedicadas à orientação de minhas atividades no programa de doutorado e a este estudo.

Ao Dr. Mark G. Haviland, autor da *Observer Alexithymia Scale*, agradeço o interesse em acompanhar o desenvolvimento desta pesquisa e por disponibilizar materiais relevantes.

À Prof^a Dra Marilda Emmanuel Lipp, agradeço a gentileza com que se dispôs prontamente a fazer a *back translation* da escala para o inglês, além de seus valiosos comentários em relação ao estudo.

Aos dedicados e amáveis funcionários do CAPS/AD que para que os dados para o estudo fossem coletados, dividiram gentilmente comigo, por mais de 8 meses, o pouco espaço físico que tinham disponível para o trabalho diário nas áreas da recepção, alimentação e salas de atendimento. Agradeço também o apoio da instituição PH, onde parte da coleta de dados foi realizada.

Aos familiares e pacientes com dependência de substâncias, a minha gratidão pela confiança, gentileza, receptividade e disponibilidade em participar das entrevistas para este estudo. Pessoas que como pude observar, apesar do sofrimento diário devido às conseqüências nocivas que a dependência de substâncias causa em suas vidas e de seus familiares, ainda mantinham a esperança de uma vida melhor e se dispunham a conversar comigo.

À UniAnchieta, agradeço pelo estímulo ao financiar parte dos meus estudos no Programa de Doutorado nesta Universidade.

Aos professores e funcionários do curso de Pós Graduação desta Universidade, o meu obrigado pelo respeito e dedicação que sempre demonstraram tornando esses anos de estudo muito prazerosos.

À minha querida irmã Marilda, agradeço o estímulo e encorajamento, alguém com quem sempre pude contar.

Ao José Miguel, agradeço pela presença constante e incansável, apoio firme e seguro. Com seu incentivo e inúmeras horas de colaboração na organização, formatação e análise dos dados, meu caminho até aqui se tornou com certeza, muito mais suave.

*À minha família e minhas queridas
filhas Catarina e Suzana.*

Ao José Miguel, meu companheiro.

SUMARIO

ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE TABELAS	x
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
RESUMEN	xiv
APRESENTAÇÃO.....	xv
INTRODUÇÃO.....	1
Alexitimia: Conceito e Etiologia	9
Alexitimia e Doenças Físicas e Psicossomáticas	21
Alexitimia e Dependência de Substâncias Psicoativas	27
Medidas de Alexitimia	33
Escala de Alexitimia para o Observador - OAS	41
Validade e Precisão	46
Objetivo Geral.....	48
Objetivos Específicos.....	48
MÉTODO	49
Instituição.....	49
Participantes	50
Instrumentos.....	64
Procedimento	65
Etapa 1	65
Etapa 2.....	66
RESULTADOS	71
Características Demográficas da Amostra	72

Consistência Interna.....	75
Precisão de Teste-Reteste.....	78
Precisão entre Avaliadores.....	79
Validade de Construto.....	79
Estudo de Fatorabilidade.....	79
Análise Fatorial.....	81
Propriedades Psicométricas da Versão Brasileira da OAS-30.....	93
Consistência Interna da OAS-30.....	93
Precisão de Teste-Reteste da OAS-30.....	96
Validade de Critério – OAS-30.....	96
Validade Convergente OAS-30 e TAS/ Precisão da TAS.....	97
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	119
REFERÊNCIAS.....	123
ANEXOS.....	133
A - Enunciado dos Itens da Escala Original por Dimensão.....	134
B - Versão Brasileira da Escala (OAS).....	136
C - Instrução para Preenchimento da Escala.....	137
D – Autorização do Autor, para Utilização da Escala.....	138
E - Autorização para Realização da Pesquisa no CAPS.....	139
F - Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	140
G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	141
H - Autorização para Realização da Pesquisa na Instituição PH.....	143
I - Parecer do Comitê de Ética para Extensão da Pesquisa.....	144
J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G1).....	145

K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G2)	146
L - Ficha de Dados Sócio-Demográficos (G1)	147
M - Ficha de Dados Sócio-Demográficos (G2)	148
N - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G3)	149
O - Ficha de Dados Sócio-Demográficos (G3)	150
P - Coeficientes de Correlação da Escala – 33 itens	151
Q - Matriz Anti-Imagem dos Coeficientes de Correlação Parcial entre Itens	152
R - Divisão dos Itens para o Modelo com Nove Fatores (OAS)	153
S - Cargas Fatoriais Estimadas para Modelo de Cinco Fatores (OAS)	154

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura

1. Representação Gráfica dos Autovalores da Análise Fatorial para OAS 84

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela

1. Características Sócio-Demográficas do Grupo de Familiares (G1) (N=200).....	54
2. Características Sócio-Demográficas do Grupo de Pacientes (G2) (N=39).....	58
3. Número de Pacientes Quanto ao Tipo de Dependência e Gênero.....	61
4. Características Sócio-Demográficas do Grupo de Terapeutas (G3) (N=9).....	62
5. Estatísticas Descritivas da Escala OAS (G1), Segundo o Grau de Escolaridade e Instituição	74
6. Estatísticas Descritivas da Escala OAS (G1), Segundo o Gênero.....	74
7. Estatísticas Descritivas da Escala OAS, Segundo as Instituições Avaliadas	76
8. Estatísticas Descritivas dos Itens da Escala OAS por Item Excluído (N=200).....	77
9. Estatísticas Descritivas da Escala OAS no Estudo Atual (G3) e nos Estudos de Haviland e cols. (2001; 2002)	78
10. Autovalores e Porcentagem da Variância Explicada por Itens (N=200).....	82
11. Cargas Fatoriais (itens rotacionados) para Cinco Fatores – G1	86
12. Distribuição dos Itens nos Fatores, Carga do Item e Dimensão Original.....	88
13. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 1 – “Sem graça” e Dimensão Original	89
14. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 2 – “Distanciamento” e Dimensão Original.....	90
15. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 3 – Sem <i>insight</i> e Dimensão Original.....	90
16. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 4 – “Rigidez” e Dimensão Original.....	91
17. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 5 – “Somatização” e Dimensão Original..	92
18. Estatísticas Descritivas da Escala OAS-30 Total e Fatores (N=200)	93
19. Coeficientes de Correlação (<i>r</i>) entre os Itens do Fator 4.....	94
20. Coeficientes de Correlação (<i>r</i>) da OAS-30 Entre Fatores do Grupo G1	95

21. Estatísticas Descritivas dos Fatores da Escala OAS-30 no Grupo G3	95
22. Coeficientes de Correlação de <i>Spearman</i> – Teste-Reteste para OAS-30.....	96
23. Escores Médios na Escala OAS-30 (G1), Segundo a Instituição e Tipo de Dependência	97
24. Estatísticas Descritivas dos Fatores da Escala TAS-22 (N=39)	98

Carneiro, B.V. (2008). Propriedades psicométricas da OAS - Observer Alexithymia Scale: versão brasileira. Tese de Doutorado.

Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil, xvi+154p.

RESUMO

O estudo analisou propriedades psicométricas da versão brasileira da Observer Alexithymia Scale (OAS). Foram estimadas, a consistência interna, precisão por teste-reteste e precisão entre avaliadores; validade de construto por meio de análise da estrutura fatorial, validade de critério e validade convergente, em população clínica por abuso ou dependência de substâncias psicoativas. A OAS é uma escala breve para uso do profissional clínico assim como pessoas que conhecem bem o paciente, para diagnosticar alexitimia segundo cinco dimensões: distanciamento, sem *insight*, somatização, sem graça e rigidez. É composta de 33 itens que devem ser respondidos através de uma escala Likert de 4 pontos, sendo o grau de intensidade indicado pela escolha entre 0 (nunca, em nada parecido) e 3 (todo o tempo, totalmente parecido). Os dados foram coletados em serviço público ambulatorial para dependentes de substância e uma instituição sem fins lucrativos, com vínculo religioso, para o tratamento residencial da dependência de substância. A amostra foi composta de três grupos: G1 – 200 familiares ou amigos (F=88%; M=12%) de dependentes ou que abusam de substância (álcool=46,5% e drogas=53,5%); G2 – 39 dependentes de substância (álcool=66,6%; drogas=33,3%), ambos os sexos (F=15,3%; M=84,6%) em tratamento no serviço ambulatorial e G3 – nove terapeutas do serviço ambulatorial com experiência clínica entre 1 e 15 anos. Os estudos de consistência interna e precisão indicaram que a OAS possui boa consistência interna, tanto entre os participantes do G1 ($\alpha = 0,83$) quanto do G3 ($\alpha = 0,85$) e boa estabilidade temporal ($r_s = 0,79$; $r_s = 0,80$), mas baixa precisão entre avaliadores quando avaliada por familiares e profissionais ($r_s = 0,14$). A análise fatorial exploratória indicou uma estrutura com 5 dimensões (variância total = 48%) e 30 itens com cargas fatoriais mínimas de 0,40, reproduzindo a estrutura da escala original. Na validade de critério, o grau de alexitimia foi estudado em função do tipo de dependência (álcool ou drogas químicas), tomado como medida de critério. Não se observou relação entre o tipo de dependência e alexitimia avaliada pela OAS-30 ($p = 0,16$). Para o estudo de validade convergente, os participantes do G2 completaram a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-22). Os resultados sugerem muito baixa associação entre os escores da TAS-22 e a OAS-30 avaliada pelo G1 ($r_s = 0,29$; $p > 0,05$) e entre a TAS-22 e a OAS-30, completada pelo G3 ($r_s = -0,18$; $p > 0,20$), indicando que as escalas estariam medindo diferentes construtos. Os resultados apontam que a OAS-30 detém boa precisão e que a estrutura fatorial é compatível com a versão original. No entanto, há necessidade de revisão de alguns itens, especialmente no Fator 4. Considerações a respeito da influência do nível de escolaridade do respondente, assim como o nível de familiaridade do respondente com o dependente de substância psicoativa são realizadas.

Palavras-chaves: alexitimia; medicina psicossomática; transtornos afetivos; regulação das emoções; avaliação da personalidade.

Carneiro, B.V. (2008). Observer Alexithymia Scale (OAS), psychometric properties: Brazilian version. Doctoral Thesis. Pontificia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, Brazil, xvi+154p.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze psychometric properties of the Brazilian version of the Observer Alexithymia Scale (OAS) by estimating its internal consistency, test-retest reliability and inter-rater reliability; construct validity through factorial analysis, criteria validity and convergent validity in a clinical population with substance dependence or abuse. The OAS is a brief observer report designed to be used by clinicians as well as patient's relatives and acquaintances, to identify Alexithymia according to 5 dimensions: distant, un insightful, somatizing, humorless, and rigid. It is composed of 33 items rated on a 4-point Likert scale, ranging from 0 (never, not at all like the person) to 3 (all of the time, completely like the person). Data were gathered at an outpatient public service for substance dependence and a non-profit religious inpatient institution also for substance dependence. The sample was comprised of three groups: G1 - 200 relatives or acquaintances of substance dependence and abusers (alcohol=46.5%; drugs=53.5 %), aged from 18 to 82 ($M = 48$, $SD = 12$), both sexes (F=88%; M=12%); G2 - 39 outpatients at the public service for substance dependence or abuse (alcohol=66,6%; drugs=33,3%), both sexes (F=15.3%; M=84.6%); G3 - 9 clinicians at the public service (clinical experience ranging from 1-15 years). Reliability studies suggested good internal consistency and temporal stability of the scale for both G1 ($\alpha = .83$; $r_s = .79$) and G3 ($\alpha = .85$; $r_s = .80$), but low inter-rater reliability when scored by relatives and clinicians ($r_s = .14$). The OAS's exploratory factor analysis suggested a structure of 5 dimensions (48% total variance) as the original one, and 30 items with a minimum factor loadings of .40. When the degree of alexithymia was estimated as a criteria, the study indicated that relatives do not view those with substance dependence differently ($p = 0.16$) according to type of dependence (alcohol or drugs). For the convergent study, G2 participants completed the Toronto Alexithymia Scale (TAS) and the scores were compared against OAS-30, according to G1 and G3. Results suggested a negligible association ($r_s = .29$; $p > 0.05$) between TAS-22 and OAS, according to G1 and a lack of association ($r_s = -.18$; $p > 0.20$) between TAS-22 and OAS-30 scored by G3, suggesting that both scales would be measuring different constructs. The Portuguese version of the OAS-30 demonstrated good internal consistency and temporal stability. Its structure seems to be compatible to the original one, but a few items need revision, especially on factor 4. Some considerations will be made regarding the educational level of respondents, as well as the degree of acquaintance with the person who is substance dependent.

KeyWords: alexithymia; psychosomatic medicine; affect disorders; emotion regulation; personality assessment.

Carneiro, B.V. (2008). Propiedades Psicométricas de la OAS – Observer Alexithymia Scale: versión brasileña. Tesis Doctoral. Pontificia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, Brasil, xvi+154p.

RESUMEN

El estudio analizó las propiedades psicométricas de la versión brasileña de la Observer Alexitimia Scale (OAS). Fueron estimadas en una población clínica con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, la consistencia interna, la precisión mediante test-retest y entre evaluadores; la validez del concepto por medio del análisis de la estructura factorial, la validez del criterio y la validez convergente. La OAS es un breve cuestionario que puede utilizarse tanto por terapeutas, como familiares o conocidos del paciente, para la identificación de la alexitimia conforme a cinco dimensiones: distanciamiento, sin *insight*, somatización, sin gracia y rigidez. Está compuesta de 33 preguntas que deben ser respondidas mediante una escala Likert de 4 puntos, siendo el grado de intensidad posible entre 0 (nunca, nada se parece) y 3 (siempre, totalmente parecido). Los datos fueron tomados en dos instituciones para tratamiento de dependencia de sustancias: un Ambulatorio Público y una institución, sin fines de lucro y con vínculo religioso, con tratamiento por internación. La muestra estaba compuesta por tres grupos: G1 - 200 familiares o amigos (F=88%; M=12%) de dependientes o que abusan de sustancias (alcohol=46,5%, drogas=53,5%); G2 - 39 dependientes de sustancias (alcohol=66,6%; drogas=33,3%) de ambos os sexos (F=15,3%; M=84,6%) en tratamiento en el ambulatorio y G3 - nueve terapeutas del ambulatorio con experiencia clínica entre 1 e 15 años. Los estudios de validación indicaron que la OAS tuvo una buena consistencia interna y estabilidad temporal, tanto entre los participantes del G1 ($\alpha = 0,83$; $r_s = 0,79$) como del G3 ($\alpha = 0,85$; $r_s = 0,80$), pero una baja confiabilidad cuando la evaluación es realizada por familiares y terapeutas ($r_s = 0,14$). El análisis factorial exploratorio de la OAS indicó una estructura con 5 factores (varianza total = 48%) y 30 preguntas con cargas factoriales mínima de 0,40, reproduciendo la estructura de la escala original. El estudio de la validez del criterio por tipo de dependencia, indicó que los familiares no evaluaron diferentemente a los dependientes químicos y de alcohol ($p = 0,16$). Para el estudio de la validez convergente, los participantes del G2 completaron la escala de Alexitimia de Toronto (TAS). Los resultados sugieren ausencia de asociación ($p > 0,05$) entre las puntuaciones de la OAS-30, según el G1, y las de la TAS-22 ($r_s = 0,29$) y las puntuaciones de la OAS-30, según el G2 y la TAS-22 ($r_s = -0,18$, $p > 0,20$), indicando que los cuestionarios estarían midiendo conceptos diferentes. Los resultados indican que la OAS-30 tiene una buena precisión y fidedignidad, y que la estructura factorial es compatible con la versión original. No obstante, existe la necesidad de revisar algunas preguntas, especialmente las que están incluidas en el factor 4. Serán realizadas consideraciones respecto al nivel de escolaridad del evaluador, así como el nivel de familiaridad del evaluador con el dependiente de sustancia psicoactiva.

Palabras llave: alexitimia; medicina psicosomática; trastornos afectivos; regulación de las emociones; evaluación de la personalidad.

APRESENTAÇÃO

A literatura indica que fatores biológicos e interpessoais podem explicar alterações na expressão de emoções. Uma dessas alterações é denominada na literatura como alexitimia -dificuldade na regulação e processamento das emoções (Sifneos, 1991), e em muitos casos essas alterações parecem estar diretamente associadas a transtornos relacionados à dependência de álcool e outras drogas. No Brasil, ainda são muito poucos os estudos sobre alexitimia e sua associação com os transtornos relacionados à dependência de substâncias. Sabe-se que o ambiente psicossocial de uma família é decisivo para que se desenvolva a dependência de substâncias psicoativas e que esta acarreta prejuízo do funcionamento social, cognitivo e ocupacional do dependente. Os custos sociais e conseqüências da dependência atingem também, de forma direta, tanto os familiares como a sociedade de modo geral. Portanto, conhecer mais profundamente sobre comorbidades e outros aspectos relacionados à dependência de substâncias se torna imprescindível para a prevenção e tratamento da dependência, podendo contribuir de forma valiosa à sociedade.

Considerando a associação de alexitimia com os quadros de dependência de substâncias, é imprescindível que os profissionais disponham de instrumentos de medida de alexitimia válidos para a população clínica. Na literatura internacional são encontrados vários instrumentos disponíveis, mas esta não é a realidade do Brasil, onde se conta apenas com a adaptação e validação de duas versões da escala de auto-relato, a *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) (Yoshida, 2000; 2007) e uma versão desta escala com 20 itens, a TAS-20 (Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisoli & Barbosa, 2005). Vários autores reconhecem a necessidade de outros instrumentos para melhorar a avaliação da alexitimia, e Lumley (2000) e Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro e Kaszniak (2000), entre

outros, afirmam que escalas como a *Observer Alexithymia Scale* (OAS) (Haviland, Warren & Riggs, 2000), para serem completadas pelo avaliador/observador, são boas alternativas.

A presente pesquisa corresponde a um primeiro estudo brasileiro de adaptação da OAS para a população de dependentes de substâncias. Seu principal objetivo foi o de ampliar o conhecimento científico sobre as relações entre alexitimia e dependência de substâncias, na medida em que se poderá contar com mais uma modalidade de avaliação desta importante característica emocional que é a dificuldade de expressão dos afetos. O trabalho é composto por uma introdução teórica sobre a alexitimia, apresentando as diferentes vertentes deste conceito e as propostas existentes na literatura relativas à sua etiologia. A seguir, considerações sobre as relações da alexitimia e doenças físicas e psicossomáticas procuram contextualizar o papel da alexitimia nos quadros de dependências de substâncias. Os instrumentos de avaliação da alexitimia e aspectos relacionados à avaliação das propriedades psicométricas antecedem a especificação dos objetivos, que são então sucedidos pelo detalhamento do estudo empírico realizado.

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura, o uso de substâncias psicoativas (que possuem a capacidade de atuar no cérebro) pelo homem ao longo de sua história, tem sido associado a eventos festivos e rituais religiosos (Maciel, 2005). O consumo dessas substâncias parece ser universal, além de constituir um dos principais problemas de saúde pública da sociedade contemporânea. As complicações decorrentes do uso de substâncias incluem desde o câncer de pulmão, a doenças cardiovasculares e hepáticas, demência, entre outras (Laranjeira & Surjan, 2001). De acordo com publicação feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em 2003, mais da metade da população da Europa e Américas já experimentou álcool alguma vez. As drogas ilícitas são consumidas por cerca de quatro por cento da população do mundo, sendo que a maconha é consumida por 144 milhões de pessoas e a cocaína por cerca de 14 milhões (Laranjeira, 2003).

De acordo com o I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002), a dependência de álcool atingiu 11,2% dos brasileiros residentes nas 107 maiores cidades do país. Em 2005, o Levantamento (Noto & cols., 2005) – realizado nas 108 maiores cidades do país evidenciou um pequeno aumento na incidência de alcoolismo (12,3%) no geral e, na região Sudeste, o percentual foi de 12,7%. Ainda com relação às 108 cidades, o estudo indica que a dependência química (maconha, solventes e estimulantes), exceto o tabaco (10,1%), está presente em 1,6% da população sendo, portanto, o álcool o que detém maior porcentagem dos dependentes de substâncias. Os indicadores de dependência de crack e cocaína não foram suficientes no levantamento realizado, para se concluir sobre a proporção na população.

A dependência de álcool tem se mostrado desde o I Levantamento, maior entre os homens (17,1%) do que entre as mulheres (5,75%) (Carlini & cols., 2002). No II Levantamento a diferença entre homens (19,5%) e mulheres (6,9%) se manteve aproximadamente a mesma, ou seja, 3:1 (Noto & cols., 2007). Especificamente em relação às maiores cidades de São Paulo, a diferença entre os sexos no I Levantamento indicou uma prevalência entre os homens de 10,9% e entre as mulheres de 2,5%, ou seja, uma proporção de 4:1. Já na região Sudeste, em 2005, a diferença foi quase três vezes maior entre homens (18,9%) comparado às mulheres (7,8%). Na faixa etária superior a 35 anos a diferença entre homens (16%) e mulheres (5,4) mantém-se três vezes maior, nesta mesma região (Carlini & cols., 2007). Resumindo, pode-se dizer que no Brasil, em geral, assim como na região Sudeste, especificamente, a diferença entre homens e mulheres em relação à dependência de álcool é de 3:1, de acordo com o último Levantamento realizado em 2005.

Em relação às drogas consideradas ilícitas, Laranjeira (2003) cita os dados de consumo de cocaína, *crack* e maconha nas maiores cidades do estado de São Paulo. De acordo com o autor, o *uso na vida* (ou seja, já ter usado alguma vez na vida) “atinge 2,1% da população, constituindo-se na terceira substância ilícita mais utilizada”, atrás da maconha (6,6%) e dos solventes (2,7%). O uso do *crack* na vida foi de 0,4% (p.95). Já no II Levantamento de 2005 (Noto & cols., 2007), observa-se que na região Sudeste o *uso na vida* de cocaína (3,7%) foi o maior quando comparado às outras regiões brasileiras, ficando também atrás da maconha (10,3%) e dos solventes (5,9%). O uso do *crack* na vida aumentou (0,9%) em relação ao indicado no estudo de Laranjeira (2003).

O estudo de 2005 observa ainda o preenchimento dos critérios de dependência para a maconha (1,5%) na região Sudeste, sendo que o sexo masculino supera o feminino em duas vezes. Em relação à cocaína, o uso entre os homens também é sempre

maior. Na faixa etária entre 25 e 34 anos encontra-se a maior porcentagem de relatos de *uso na vida* (12,2%) entre os homens, sendo cinco vezes superior à observada entre as mulheres (2,5%). Acima de 35 anos, os relatos de uso de cocaína caem para 6,0% entre os homens e 0,8% entre as mulheres (Carlini & cols., 2007).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV subdivide os transtornos relacionados a substâncias em dois grupos: Transtornos por Uso de Substância (Dependência de Substância e Abuso de Substâncias) e Transtornos Induzidos por Substância. No presente estudo serão tratados os Transtornos por Uso de Substância, sendo que serão considerados a dependência e abuso de álcool e seus derivados e a dependência química, como maconha, cocaína, *crack*, solventes e inalantes (DSM-IV, 2002), por estarem entre as substâncias mais utilizadas (Noto & cols., 2007).

Ainda segundo o DSM-IV, na dependência, o padrão repetitivo de uso da droga resulta no desenvolvimento da (1) tolerância, (2) dos sintomas da abstinência e (3) no comportamento compulsivo de consumo da droga (DSM-IV, 2002). Estes três aspectos são subdivididos em sete critérios, sendo que os dois primeiros se referem à tolerância e à abstinência, respectivamente e os critérios subsequentes estão relacionados ao comportamento compulsivo de consumo. A dependência de substâncias é então definida, segundo o DSM-IV (2002), como a presença de três ou mais critérios, em qualquer momento, no mesmo período de um ano. Porém, a experiência clínica sugere que é preciso um histórico de beber frequentemente e de forma exagerada (talvez 10 anos ou mais) para que a dependência de álcool se desenvolva (Caetano, 2002).

Os Critérios, de acordo com o DSM-IV, são os que seguem: (1) Tolerância (diminuição do efeito da substância); (2) Sintomas de abstinência; (3) A droga é consumida frequentemente em doses maiores ou por um período mais longo do que o

pretendido; (4) Há um desejo persistente, ou tentativas fracassadas de reduzir ou manter sob controle, o uso da substância; (5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para que a substância seja obtida; (6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou de lazer são abandonadas ou reduzidas devido ao uso da droga; (7) O indivíduo continua usando a droga apesar da consciência de ter um problema de ordem física ou psicológica persistente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Para o diagnóstico, segundo o DSM-IV (2002), a dependência de substâncias pode vir ou não acompanhada por evidências de tolerância ou abstinência. Quando não existem evidências de tolerância ou abstinência, a dependência é caracterizada por um padrão de uso compulsivo (pelo menos três dos Critérios de três a sete).

A evidência de tolerância é definida pela necessidade de doses cada vez maiores da droga para se obter a intoxicação ou efeito desejado, ou ainda pela diminuição acentuada do efeito antes produzido pela mesma quantidade de substância.

Já a abstinência diz respeito a uma alteração comportamental mal adaptativa como resultado da diminuição das concentrações da substância no organismo (sangue, tecidos), após a mesma ter sido usada por tempo prolongado ou de forma pesada. Para Caetano (2002), os sinais de abstinência não são imediatos, mas acontecem de forma gradual (como ressaca, dor de cabeça, depressão, para ao final chegar ao *delirium tremens*).

De acordo com o modelo da dependência física, os sintomas físicos da abstinência funcionariam como reforço negativo levando a recaídas para fugir de seus efeitos aversivos (Witkiewitz & Marlatt, 2004). No entanto, os sintomas físicos da abstinência não são condição necessária nem suficiente para o diagnóstico de dependência, pois é possível que drogas como a maconha, cocaína e álcool gerem

dependência, sem gerar os sintomas físicos da abstinência entre episódios de uso (Silva & cols., 2001; WHO, 2004).

Por essas razões, alguns autores apóiam o modelo de que o estado emocional negativo provocado pela abstinência seria o motivo primário para o uso continuado da droga (Witkiewitz & Marlatt, 2004). O estado afetivo desagradável, dificuldade em vivenciar experiências de prazer (Krystal, 1979) e distímia (humor deprimido) (DSM-IV, 2002) produzidos pela abstinência, seriam removidos após o uso da droga, mantendo assim o esquema de reforço negativo. Em outras palavras, de acordo com Witkiewitz & Marlatt, “o uso excessivo de substância é motivado pela regulação afetiva positiva e negativa, pois as drogas provêm reforço negativo quando promovem alívio para estados afetivos negativos” (2004, p.228). Acrescentam ainda que por outro lado, experimentar emoções negativas pode ser um aspecto predisponente a problemas com álcool e recaídas.

A literatura enfatiza ainda que a dependência de álcool está frequentemente associada à dependência ou abuso de outras substâncias, podendo o álcool ser utilizado para reduzir os efeitos desagradáveis provocados pela abstinência dessas substâncias ou substituí-las quando não se encontram disponíveis (DSM-IV, 2002). Exames laboratoriais de sangue e urina podem indicar o uso recente de uma substância no organismo e os níveis sanguíneos fornecem informações sobre a quantidade de uma substância ainda presente no organismo e se há tolerância ou não à substância. É importante salientar, no entanto, que o resultado positivo no exame de urina, por si só, não é suficiente para afirmar ou descartar o diagnóstico de transtorno relacionado a substâncias (DSM-IV, 2002).

Em relação à cocaína, o efeito é imediato e a dependência é considerada a partir de uso compulsivo, sendo que a tolerância e a abstinência estão normalmente associadas

ao uso crônico. Os problemas clínicos associados são tosse crônica relacionada ao hábito, sedação excessiva e redução das atividades dirigidas a objetivos, por causa do uso repetido de altas doses (DSM-IV, 2002).

A cocaína e o *crack* provocam efeitos euforizantes extremamente potentes (Laranjeira & Surjan, 2001) e o uso crônico resulta em ideação paranóide, comportamento agressivo, ansiedade, depressão e perda de peso. A dependência pode ocorrer após seu uso por períodos breves. Seu efeito curto (cerca de 30 a 50 minutos) induz à necessidade de doses mais frequentes (DSM-IV, 2002). A tolerância resulta do uso repetido e a abstinência provoca, entre outros, humor disfórico e hipersonia (Laranjeira & Surjan, 2001), sintomas opostos aos que a droga induz (DSM-IV, 2002). Os Inalantes (fluídos de isqueiro, cola e aerossóis) por serem baratos e de fácil aquisição são muitas vezes usados para eliminar os efeitos da síndrome de abstinência provocada por outras drogas (DSM-IV, 2002).

A dependência de substâncias é um fenômeno multicausal complexo (Silva, 2001). A associação entre hereditariedade e alcoolismo, por exemplo, tem sido investigada através de estudos com gêmeos e a contribuição genética vem sendo demonstrada como um aspecto de risco para problemas com uso de álcool (Maciel, 2005).

De acordo com o Instituto Nacional para Abuso de Drogas (NIDA), dos Estados Unidos, um volume considerável de pesquisas tem demonstrado as influências poderosas que as atitudes, normas e comportamentos dos amigos têm no abuso de drogas na adolescência (Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003). Porém, pesquisas recentes sugerem, que mesmo na presença do uso de drogas ou delinqüência, os pais podem exercer uma influência considerável sobre seus filhos adolescentes e que aspectos críticos como envolvimento, comunicação e apego, entre outros, têm um

impacto sobre o quanto a influência dos pais pode ser contrária aos efeitos negativos dos amigos sobre o uso de drogas de seus filhos (Szapocznik & cols., 2003). A influência da família na dependência de substâncias tem sido enfatizada na literatura também pelas transformações e desafios que a primeira vem sofrendo ao longo dos anos (violência, desemprego, estresse, entre outros) (Silva, 2001).

Se por um lado, do ponto de vista cognitivo e sistêmico, a dependência de substâncias é concebida como um comportamento aprendido, tendo a família um papel importante neste cenário (Silva, 2001; Szapocznik & cols., 2003), dentro da visão psicanalítica, a droga protege o dependente contra a vivência de sua realidade psíquica e funciona “como uma garantia permanente de que o indivíduo não seja confrontado com seu desamparo” (Brasiliano & Knapp, 2001, p.13), compreensão que não foge todavia, da idéia de que aspectos relacionados ao aprendizado possam estar envolvidos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) a dependência é conseqüência da interação complexa dos efeitos fisiológicos de drogas em regiões cerebrais associadas com motivação e emoção. De acordo com Laranjeira (2003), a presença de comorbidades entre os usuários de álcool e drogas tem sido evidenciada na literatura médica e a investigação dessas comorbidades se torna relevante para o tratamento da dependência e melhora do transtorno psiquiátrico associado. Entre os transtornos mais comumente associados estão os transtornos de humor, como a depressão, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e, numa extensão menor, a esquizofrenia. Transtornos alimentares e de personalidade também podem estar associados com a dependência de substâncias (Haviland, Warren, Riggs & Gallacher, 2001).

Bettarelo (2001, citado por Maciel, 2005) descreve os dependentes de álcool como tendo recursos internos (afetivo e cognitivo) pouco desenvolvidos e dificuldade

para expressar emoções e lidar com afeto. Sifneos (1991), já nos anos 90, apontava para evidências na literatura, de estudos que confirmavam a existência de alterações neuroquímicas em indivíduos alexitímicos, vítimas de stress pós-traumático e alcoolismo crônico. Outros autores como, Haviland e Reise (1996b), Haviland e colaboradores (2001), Mann, Wise, Trinidad e Kohanski (1995) e no Brasil, Maciel (2005), apontaram para a associação entre alexitimia e dependência de substâncias consideradas psicoativas.

Em face das inúmeras evidências indicando a associação de alexitimia com os quadros de dependência de substâncias, torna-se necessário que os profissionais disponham de medidas de avaliação de alexitimia válidas, para esta população. Ainda que na literatura internacional sejam encontrados vários instrumentos para a avaliação da alexitimia, esta não é a realidade do Brasil, em que se conta apenas com estudos de validade da *Toronto Alexithymia Scale* - TAS, nas versões com 26 itens, ou TAS-26 (Yoshida, 2000; 2007) e de 20 itens, TAS-20 (Wiethaeuper & cols., 2005).

Dentre os instrumentos de avaliação da alexitimia disponíveis na literatura internacional estão as escalas de auto-relato e aquelas destinadas ao profissional que faz a avaliação. Entre os primeiros, estão as escalas TAS-26, TAS-20 e o *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire* – BVAQ (Bermond & Vorst, 1998, citado por Larsen & cols. 2003). Estas são escalas breves, com respostas tipo Likert, construídas para serem respondidas pelo próprio indivíduo. Já a versão modificada do *Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire*-BIQ (Bagby, Parker & Taylor, 1994b) e a *Observer Alexithymia Scale* - OAS (Haviland & cols., 2000) são instrumentos para serem utilizados por quem convive e conhece o indivíduo.

Uma das vantagens da OAS sobre os demais instrumentos é que além de ser uma escala breve (33 itens), com respostas tipo Likert, como as demais, ela pode ser

completada pelo profissional que faz a avaliação ou por alguém que conheça bem o paciente (por exemplo, um parente ou conhecido). Para a avaliação da população de dependentes de drogas, bastante representada nas camadas sociais menos favorecidas e com baixa escolaridade, a OAS permite contornar o problema da leitura/escrita por ser utilizada pelo profissional que está tratando o paciente. Finalmente, quanto maior a dificuldade para expressar as emoções, maior a dificuldade de identificar o problema a partir de uma escala de auto-relato e também neste caso a OAS oferece vantagem sobre as demais, pois alguém que conheça bem o paciente poderá completá-la. Portanto, este estudo visou adaptar e validar a versão em português da *Observer Alexithymia Scale*-OAS, em população de brasileiros dependentes de substâncias psicoativas, além de proceder ao estudo de validade convergente da TAS para esta mesma população.

Alexitimia: Conceito e Etiologia

O conceito de alexitimia foi sugerido por Sífneos, no início da década de 70 e tem se mantido relativamente inalterado. O construto foi elaborado a partir da observação de casos clínicos, mais especificamente transtornos psicossomáticos clássicos. A relação que os estudiosos tentavam estabelecer era entre uma modalidade de funcionamento mental e doenças psicossomáticas. De acordo com Lane e colaboradores (2000), a descrição clássica proposta por Nemiah e Sífneos, em 1970, aponta o indivíduo alexitímico como aquele que não tem palavras para expressar as emoções e apresenta a) dificuldades em identificar e descrever sentimentos; b) dificuldades em fazer distinção entre as emoções e as sensações físicas que as acompanham; c) escassez de sonhos e fantasias relacionadas ao afeto; e d) pensamento sem representação psíquica e elaboração simbólica, um estilo cognitivo concreto, voltado para a realidade externa e eventos triviais.

Estas mesmas características foram utilizadas por Marty e M'Uzan na França, também no início dos anos 70, para descrever doentes psicossomáticos. Esses autores descreviam seus pacientes como portadores de uma forma de pensar que denominaram de Pensamento de Operatório. Explicavam o paciente com pensamento operatório como adaptado ao ambiente externo, ligado às coisas. Seu mundo interno seria pobre, com sonhos pobres e pouco elaborados. Para estes pacientes, as palavras seriam utilizadas apenas para descarregar as tensões ou duplicar a ação, não tendo organização simbólica, nem servindo para a produção onírica (Marty & M'Uzan, 1994).

De acordo com observações clínicas feitas por Sifneos, Apfel-Savitz e Frankel (1977), Sifneos (1991), Marty e M'Uzan (1994), entre outros, indivíduos alexitímicos expressam seus conflitos emocionais através da ação; exibem postura rígida; quase não expressam emoção através do choro, ou se o fazem, choram copiosamente, sem razão aparente; têm tendência à timidez e dificuldades nas relações inter-pessoais (Mann & cols., 1995). Demonstram dependência ou isolamento (Fernández, 1999) e conformismo em relação às regras convencionais (Marty & M'Uzan, 1994; Taylor, Ryan & Bagby, 1985). O perfil da pessoa alexitímica, de acordo com os estudos de Haviland e Reise (1996a), também aponta para o conformismo social, além de muito auto controle.

Marty e M'Uzan (1994), no entanto, explicam a forma peculiar do pensamento operatório e salientam que o que se observa como alto nível de conformismo e obediência às regras convencionais não é fruto de reflexão ou de um superego integrado, mas da falta de integração superegógica. O sujeito mantém um contato superficial com o objeto e sem distanciamento, o que implica em ser idêntico ao objeto. O outro, portanto, não exerce papel reparador estruturante ou função de promover reflexão no sujeito.

Sifneos (1991) enfatiza o papel que os sentimentos e mais especificamente as emoções, têm nas doenças médicas. Ele indica que o afeto, as emoções e os sentimentos estão intimamente relacionados, mas indica a existência de distinção entre eles. O afeto estaria associado tanto a uma disposição biológica quanto psicológica. As emoções seriam o componente biológico, enquanto que os sentimentos representariam o componente psicológico do afeto. As emoções estariam representadas pelas reações biológicas (corporais) a algum estímulo e os sentimentos à consciência destas reações. A consciência das emoções seria produzida pelas estruturas corticais mais desenvolvidas, e a linguagem seria o veículo de expressão dos sentimentos e das emoções.

Uma das condições para a expressão das emoções através da linguagem, segundo a literatura (Bermond, 2003; Sifneos, 1991), é que haja comunicação entre o sistema límbico (em particular o hipocampo e a amígdala) e o córtex. Outra condição seria a comunicação inter-hemisférica, através do corpo caloso e comissura anterior - pequeno trato localizado na parte anterior do corpo caloso e que liga os dois hemisférios (Larsen & cols., 2003). Sifneos (1991) menciona que vários estudos demonstram as conseqüências de lesões em estruturas límbicas ou na comunicação inter-hemisférica para o humor, respostas emocionais e verbalização de sentimentos relacionados às emoções.

MacLean (1949, citado por Taylor, 1984), quando analisava as estruturas do cérebro em seus pacientes, observou que alguns deles expressavam as emoções apenas através da ativação autonômica. A ativação autonômica, nestes casos, seria um tipo de linguagem corporal para traduzir as emoções por não conseguirem ser transmitidas ao córtex. Apfel e Sifneos (1979) explicam que a hiper-ativação do sistema autonômico é

resultado da impossibilidade de transmissão das emoções ao córtex, e sugerem a associação entre este déficit e as doenças psicossomáticas.

No que concernem as características sócio-demográficas, a alexitimia tem apresentado maior prevalência à medida que aumenta a idade, entre os do sexo masculino, baixa escolaridade, baixo nível sócio-econômico, (Lane, Sechrest & Riedel, 1998, citado por Haviland & cols., 2001) e com dependência de substâncias psicotrópicas (Haviland & cols., 2001). Estas informações sugerem, portanto, que não dever ser reduzida apenas a uma questão neuro-biológica, mas corresponde também a um construto multidimensional, determinado por fatores de diferentes ordens.

Efetivamente, Sifneos e colaboradores (1977), no início de seus estudos sobre alexitimia, já consideravam a possibilidade de vários fatores etiológicos tais como: genéticos, fisiológicos, neuroanatômicos, alterações neuroquímicas, desenvolvimentais, psicossociais, entre outros. Posteriormente, Sifneos (1991) propôs que as várias etiologias fossem classificadas em dois tipos, as de origem biológica e as de causa psicossocial. Seguindo a tendência dos pesquisadores europeus, identificou como alexitimia primária as do primeiro tipo, e como secundária as que têm causas psicossociais.

A alexitimia primária é usada para denominar a forma biológica da doença. Advém de um defeito estrutural neuroanatômico ou uma deficiência neurobiológica que implica em interrupção da comunicação entre o sistema límbico e o córtex (Fernández, 1999; Sifneos, 1991; Taylor, 1984). Para fundamentar esta hipótese, Sifneos (1991) se refere ao estudo publicado em 1977 por Hoppe e Bogen com pacientes epiléticos que após terem sido completamente comissuratomizados (secção do corpo caloso e comissura anterior), passaram a apresentar características alexitímicas. Na alexitimia primária a manifestação das características aparece como um traço de personalidade,

apresentando-se como uma dificuldade em identificar o próprio estado emocional e como uma característica duradoura no indivíduo (Campbell, 1996).

A noção de alexitimia como secundária se refere a uma reação aos efeitos de traumas ou doenças sérias, podendo ter como origem (1) situações traumáticas ocorridas em períodos críticos do desenvolvimento infantil, ou (2) traumas massivos na idade adulta (Sifneos, 1991; Silva & Caldeira, 1992; Taylor, 1984). Em relação às primeiras, Sifneos (1991) indica que as situações traumáticas infantis ocorridas antes dos bebês desenvolverem suas habilidades lingüísticas, poderiam influenciar a habilidade de usar as palavras para expressar os sentimentos, mais tarde na vida. Krystal (1982) explica que os traumas psíquicos na infância ocasionariam um impedimento do desenvolvimento adequado do afeto. A falha da internalização das funções parentais protetoras durante a infância, o uso excessivo da negação e repressão de afetos e o colapso dos mecanismos de defesa psicológicos, entre outros, levariam a uma paralisação do desenvolvimento afetivo normal (Krystal, 1979; Torres & Crepaldi, 2002).

Vários autores, entre eles Campbell (1996), Sifneos (1991), Silva e Caldeira (1992), e Krystal (1982), concordam com a associação entre alexitimia e os traumas massivos vivenciados de forma abrupta na idade adulta. Experiências traumáticas como as vividas em uma guerra, campo de concentração, abuso físico, desastre natural, seqüestro, doença orgânica primária como câncer terminal, entre outros, levariam indivíduos sem características alexitímicas a sofrer uma regressão na função afetivo-cognitiva e a reagir à situação de forma a impedir a consciência do afeto. A alexitimia teria uma função defensiva que pode ser considerada adaptativa (Mc Dougall, citada por Silva & Caldeira, 1992). Campbell (1996) define ainda esta forma de alexitimia secundária como um estado, uma reação ou forma de defesa para impedir os efeitos da

doença sobre a vida afetiva e emocional da pessoa, evitando assim a depressão ou a dor. Sifneos (1991) acrescenta que o stress massivo levaria a um “embotamento dos sentimentos”, evitando a consciência das emoções e expressão dos sentimentos (p.119). Maciel (2005) resume o que vários autores sugerem na literatura: “seria uma estratégia de enfrentamento desenvolvida pelo indivíduo frente a uma situação conflituosa e de difícil resolução, bem como adaptação frente a um quadro psicossomático ou psiquiátrico severo” (pp.17-18).

Recentemente, Lane e colaboradores (2000) analisaram a relação entre alexitimia e a repressão enquanto estratégia de enfrentamento, e propuseram que ambas são formas de auto-regulação das emoções com semelhanças e diferenças em relação ao processamento cognitivo. Os autores acreditam que estas diferenças sejam apenas quantitativas, e que a maior ou menor capacidade para perceber e avaliar estímulos emocionais internos (em si) e externos (no outro) altera o processamento cognitivo das emoções e sua auto-regulação. As diferenças entre alexitimia e estilo repressivo de enfrentamento se dariam em termos da magnitude dos “déficits cognitivos apresentados” (p.497). Indivíduos alexitímicos teriam um déficit maior em perceber e processar cognitivamente estímulos emocionais (em si ou no outro). O baixo nível de consciência das emoções vividas afetaria a capacidade de diferenciação entre elas, e o foco seria colocado nas sensações físicas advindas das experiências. Na repressão, Lane e colaboradores (2000) observaram maior preferência por estímulos internos geradores de emoção positiva do que estímulos externos, e isto seria evidência de maior capacidade de diferenciação entre os estímulos. Já outros, como Parker, Taylor e Bagby (1998) e Wise, Mann e Epstein (1991) não confirmaram esta mesma hipótese.

Além dos fatores intra-psíquicos e desenvolvimentais já mencionados, Lesser (1981), Sifneos (1991), e Taylor (1984), apontam para fatores socioculturais associados

à alexitimia secundária e sugerem que estilos de comunicação característicos de uma cultura ou de determinada classe socioeconômica poderiam impor características ou limites à expressão das emoções.

Atualmente, os avanços nas pesquisas em neurobiologia apontam que a alexitimia não deve mais ser vista como um fenômeno somente cognitivo ou somente afetivo. Apenas um destes aspectos pode estar prejudicado ou ambos podem estar comprometidos de forma concomitante (Larsen & cols., 2003). Embora a alexitimia seja uma expressão do funcionamento neurológico, a contribuição dos fatores psicossociais, será portanto, a abordagem teórica adotada neste estudo.

A utilização de exames modernos como a ressonância por emissão de pósitrons (PET), reforça a noção de que a alexitimia é constituída de um conjunto de características afetivas e cognitivas que reflete variações na organização do cérebro (Taylor, 2000). A literatura indica que para a maioria das pessoas, o processamento da informação verbal e consciente se dá no hemisfério esquerdo do cérebro, enquanto que a informação emocional, não-verbal e inconsciente é processada primordialmente no hemisfério direito (Bermond, 2003; Larsen & cols., 2003; Purves & cols., 1997). Estudos realizados com pacientes que sofreram lesões em áreas corticais distintas, como hemisfério direito, lobo frontal, ou corpo caloso, por exemplo, demonstram características alexitímicas diferentes (Bermond, 2003; Larsen & cols., 2003).

Bermond (2003) distingue dois tipos de alexitimia: Tipo I e Tipo II. Se a lesão ocorreu no hemisfério direito ou em estruturas do córtex frontal, como o córtex cingulado anterior (ACC) (Lane & cols., 2000; Larsen & cols., 2003), região dorsolateral pré-frontal e região orbitofrontal (Bermond, 2003), ou se há redução ou ausência de atividade dopaminérgica nestas regiões, o paciente apresenta alexitimia

Tipo I. Por outro lado, se a lesão afetou a área envolvida na comunicação inter-hemisférica as características são da alexitimia Tipo II.

Como já indicado anteriormente, o hemisfério direito é dominante no que se refere ao processamento da informação emocional e respostas fisiológicas relativas a vivências emocionais (Bermond, 2003). Lesões neste hemisfério podem produzir ausência da experiência (vivência) emocional e conseqüentemente, ausência da consciência desta vivência (Bermond, 2003; Larsen & cols., 2003). Além disto, estruturas da região frontal, estão conectadas ao sistema límbico e motivacional, e quando danificadas comprometem a vivência e expressão das emoções, tomada de decisão, planejamento e iniciativa (Bermond, 2003)

Rolls (1995, citado por Larsen & cols., 2003), ao analisar as regiões orbitofrontal e ACC observou que ambas estão envolvidas em situações de aprendizagem em que emoções estão presentes (por estímulos apetitivos ou aversivos), e que isto se deve em parte à grande atividade dopaminérgica nessas regiões. A maior parte das estruturas nervosas envolvidas na aprendizagem através do condicionamento instrumental está no córtex frontal, sendo ricas em receptores dopaminérgicos (Bermond, 2003; Larsen & cols., 2003; WHO, 2004). Lesões ou redução na atividade de neurônios ativados por dopamina, levariam os pacientes a apresentarem um enfraquecimento das respostas fisiológicas (autônômicas) emocionais e conseqüentemente, embotamento afetivo (Bermond, 2003). A aparência rígida, com poucos gestos ao se movimentar e falar, e afeto embotado quase sem expressão facial, característicos de pacientes com Parkinson e esquizofrenia, são resultado da redução ou ausência de dopamina nestas regiões. Estas também são características físicas usadas para descrever o paciente com pensamento operatório (Silva & Caldeira, 1992), ou alexitímico (Bermond, 2003).

Lane e colaboradores (2000), a partir de um estudo envolvendo exames de neuro-imagem, observaram que a incapacidade de regular e processar cognitivamente as emoções está associada a um déficit na atividade do córtex cingulado anterior direito. Os autores atribuem a esta área a habilidade de perceber o estado mental e emocional tanto em si mesmo quanto no outro (Lane & cols., 2000), e lesões nesta área estariam associadas a prejuízos tanto afetivos quanto cognitivos. Taylor e Bagby (2004) indicam que a hipótese de Lane e colaboradores (2000) foi igualmente confirmada em um estudo francês, publicado por Berthoz e colaboradores em 2002, que também usou o exame funcional de ressonância magnética e buscou medir a atividade cerebral durante a apresentação de figuras com conteúdo emocional.

Por outro lado, a alexitimia Tipo II, ou cognitiva, resulta de lesão ou disfunção no corpo caloso, estrutura nervosa que permite a conexão e transmissão de informações entre os hemisférios direito e esquerdo. Os pacientes que apresentam um comprometimento na comunicação inter-hemisférica demonstram prejuízo apenas no componente cognitivo da emoção, mas não em seu componente emocional (Larsen & cols., 2003). Estes pacientes teriam a vivência da emoção, acompanhada da resposta fisiológica (autônoma) característica, mas não conseguiriam interpretar cognitivamente a emoção e a excitação fisiológica vividas. Portanto, não haveria elaboração simbólica da experiência vivida. Esta hipótese foi confirmada em alguns estudos (Bermond, 2003).

Bermond (2003) se refere ao estudo publicado por Gazzaniga e LeDoux em 1978 em que os pacientes com o corpo caloso trans-seccionado não demonstraram dificuldades em atribuir um valor emocional a estímulos apresentados apenas ao hemisfério direito (a partir do campo visual esquerdo). A avaliação do estímulo observado se restringia apenas a seus aspectos emocionais, não evidenciando

consciência ou cognição dos mesmos (função do hemisfério esquerdo). Este estudo utilizou um delineamento que permitiu demonstrar o funcionamento de cada hemisfério e do corpo caloso. Normalmente, quando um estímulo é apresentado no campo visual (direito e esquerdo) das pessoas, ele é processado de forma cruzada por cada um dos hemisférios, e o corpo caloso comunica e integra as informações processadas separadamente (aspectos cognitivos e emocionais em relação ao estímulo percebido). No referido estudo, os pacientes tiveram o campo visual direito bloqueado ao estímulo (apenas apresentado ao campo visual esquerdo) e portanto só contavam com as informações processadas diretamente no hemisfério direito (não-verbal), uma vez que estavam impedidas de serem transferidas ao hemisfério esquerdo (verbal) onde seriam processadas cognitivamente. Os pacientes atribuíram (graças ao hemisfério direito) apenas valor emocional (sem elaboração cognitiva) ao estímulo observado porque a informação foi gerada pelo sistema límbico apenas.

Em um outro estudo realizado por Buchanan, Waterhouse e West (1980), estímulos eliciadores de emoção foram apresentados ao hemisfério direito de pacientes com corpo caloso seccionado. Neste estudo, como no anterior, os pacientes reagiam demonstrando emoção, mas não conseguiam dar uma explicação clara sobre o que lhes havia causado tal reação. De acordo com Bermond (2003) estes estudos evidenciam que os componentes cognitivos dos estímulos apresentados ao hemisfério direito normalmente se tornam conscientes ao chegar ao hemisfério esquerdo a partir do corpo caloso. Já os componentes emocionais desses estímulos são inicialmente projetados ao sistema límbico e de lá enviados a ambos os hemisférios a partir da comissura anterior (ACC) – como explicado anteriormente, pequena região localizada na parte anterior do corpo caloso e que liga os dois hemisférios (lobos temporais, parte anterior) entre si e à amígdala. Com a lesão do corpo caloso apenas os componentes emocionais chegam a ser

processados de forma consciente, mas não os cognitivos. A excitação emocional ocorre sem cognição e a dificuldade em interpretar as alterações fisiológicas resultantes das emoções levaria a uma variedade de doenças psicossomáticas nestes pacientes (Larsen & cols., 2003). Essa associação entre alexitimia Tipo II e doenças psicossomáticas é evidenciada na literatura pela incapacidade de conscientemente regular as emoções. As alterações autonômicas desreguladas se tornariam crônicas, e a hiper-ativação desencadearia níveis elevados de adrenalina e noradrenalina no organismo, enfraquecendo o sistema imunológico e resultando em doenças psicossomáticas (Larsen & cols., 2003).

Larsen e colaboradores observam que a relação entre ativação do sistema autonômico e alexitimia não foi confirmada em alguns estudos. Por exemplo, no estudo de Roedema e Simons (1999), os autores buscaram mensurar reações fisiológicas emocionais específicas, como: alterações de músculos específicos na face esquerda, necessários para sorrir e franzir sobrelhas; alterações no ritmo cardíaco, e resposta galvânica (de condução da pele), frente à exposição por seis segundos a *slides* coloridos (IAPS – *International Affective Picture System*). As reações fisiológicas observadas foram comparadas a palavras, escolhidas de uma lista (SAM - *Self-Assessment Manikin*), associadas pelos sujeitos às emoções sentidas durante a apresentação dos *slides*. No estudo, os alexitímicos emitiram respostas relacionadas a afeto diferentemente do grupo controle. Mais especificamente, os alexitímicos apresentaram déficits fisiológicos congruentes com seus auto-relatos, os quais seriam, segundo os autores, indicativos de sentir menos emoções que o grupo controle. Os autores concluíram que os alexitímicos possuem déficits não apenas na habilidade de descrever mas também de vivenciar emoções.

Estes resultados corroboram aqueles observados por Lane e colaboradores (2000) em seu estudo com pacientes indicando alexitimia Tipo I, mas Lane e colaboradores (2000) alertam para cuidados necessários com a metodologia. Eles sugerem que o fracasso em se observar a ativação autonômica frente a situações que normalmente eliciam emoções, pode ser função da ineficácia da metodologia usada. Segundo eles, procedimentos considerados padrão para induzir emoções e que requeiram a percepção e resposta a estímulos indicativos de emoção, podem não ser adequados a pacientes com grau severo de alexitimia. Os estímulos não seriam percebidos ou avaliados tão bem por alexitímicos como por outros indivíduos, invalidando o instrumento.

Muitas pesquisas recentes têm confirmado as explicações de que as dificuldades apresentadas por pacientes alexitímicos parecem ir além da simples ausência de palavras para expressar as emoções, como indicado no início da década de 70. Suas dificuldades parecem advir de déficits estruturais no processamento cognitivo e regulação das emoções, podendo torná-los mais susceptíveis a doenças de ordem psiquiátrica e psicossomática (Taylor, 2000).

Taylor (2000) e Taylor e Bagby (2004) analisaram vários estudos e pesquisas experimentais recentes sobre alexitimia, e sua relação com a medicina psicossomática. Em um estudo experimental, indivíduos com alto grau de alexitimia após serem expostos a uma situação emocional, demoraram em identificar, dentro da categoria emoção, a palavra para expressar a emoção vivenciada. Segundo o estudo, a demora em encontrar a palavra para expressar a emoção, evidencia o fato de que os esquemas relacionados à emoção não se encontram bem integrados na alexitimia. Taylor (2000) sugere ainda que estudos recentes associam a alexitimia a estilos mal-adaptativos de

ajustamento emocional, baixa inteligência emocional, e inibição da atividade do corpo caloso (Buchanan & cols., 1980).

A literatura atual sobre alexitimia é bastante extensa, mas revela resultados incoerentes e contraditórios. Estudos empíricos a partir de amostras pequenas, delineamentos inadequados de pesquisa, utilização de instrumentos fracos metodologicamente (Lane & cols., 2000; Larsen & cols., 2003; Morrison & Pihl, 1989; Taylor, 2000), imprecisão na definição e operacionalização do construto (Bermond, 2003; Larsen & cols., 2003), entre outros, parecem ser algumas das razões para a falta de consenso na literatura. E ainda, os avanços atuais nas pesquisas em neurobiologia, como visto acima, elucidam pontos importantes anteriormente não considerados nas pesquisas sobre alexitimia. Nisto concorda Bermond (2003) que sugere que sem conhecimento sobre o tipo de alexitimia que o paciente apresenta, os componentes que se encontram prejudicados e os mecanismos neurobiológicos envolvidos, se torna impossível chegar a um conhecimento coerente sobre a alexitimia.

Porém, apesar destas dificuldades e do fato de que alexitimia ainda não constar nos manuais de classificações psiquiátricas, como CID-10 e DSM-IV-R, seu valor heurístico tem sido demonstrado, e inúmeras pesquisas buscam explorar o papel da personalidade e das emoções na patogênese de certas enfermidades e doenças somáticas (Taylor, 2000).

Alexitimia e Doenças Físicas e Psicossomáticas

Segundo Taylor, Bagby e Luminet (2000) devido a dificuldades em identificar sentimentos e distingui-los das sensações físicas, alexitímicos se tornam predispostos a sintomas somáticos disfuncionais. Porém, como explicam Silva e Caldeira (1992), muitos pacientes psicossomáticos não têm características alexitímicas. O que predispõe

o indivíduo a doenças psicossomáticas, de acordo com Krystal (1979), é sua dificuldade em cuidar de si mesmo devido à paralisação do desenvolvimento afetivo normal. De acordo com essa perspectiva psicanalítica, a dificuldade ocorreria no período pré-verbal em função de uma relação mãe-filho permeada por excesso ou privação de afeto. Ao procurar diferenciar-se da mãe (eu/não eu), a criança tentaria interiorizá-la com a função de proteção, mas viveria esta experiência como algo proibido. Neste caso, as representações carregadas de afeto passariam a ser afastadas da mente, sendo descarregadas no corpo. Ainda segundo Krystal, os pacientes psicossomáticos não sabem falar, são como crianças que precisam da mãe para expressar o afeto. Quando sofrem problemas de ordem existencial, ou situações de stress, intensificam seus esforços no trabalho o qual passa a ocupar o lugar das representações ou percepções carregadas de afeto. Sifneos (1991) acrescenta que entre as características observadas nestes pacientes está o fato de que expressam as emoções em termos de sensações somáticas ou reações comportamentais, em vez de relacioná-las a pensamentos.

Cabe mencionar que, atualmente, a maioria dos autores admite a relação entre alexitimia e as doenças psicossomáticas, mas, explicações baseadas em pressupostos teóricos, como as de Krystal (1979), são cada vez menos frequentes. Na atualidade, em que predomina um modelo de ciência calcado em evidências, os resultados de pesquisas empíricas costumam receber mais atenção dos autores. Neste sentido, embora a alexitimia tenha sido inicialmente conceituada por Sifneos (1972) que tinha formação psicanalítica, ela é atualmente estudada principalmente por pesquisadores de orientação cognitivista, das neurociências, ou dentro de uma perspectiva que integra cognitivismo e neurociências.

Autores cognitivistas que analisam, por exemplo, a relação entre stress, alexitimia e doenças psicossomáticas, enfatizam que o stress é desencadeador de

reações fisiológicas, através da ativação do sistema nervoso autônomo (Morrison & Pihl, 1989; Sifneos & cols., 1977). Segundo eles, quando as emoções são normalmente externalizadas há uma atenuação da ativação simpática. Mas ao contrário, quando há um déficit em identificar, comunicar ou expressar as emoções (como na alexitimia), há uma tendência a dar respostas físicas ao estímulo, e inibir o enfrentamento ao stress. O paciente alexitímico sentindo-se frustrado, tenso, e não conseguindo encontrar dentro de si fantasias ou palavras para lidar com a situação de desamparo ou evento estressante, pode agir de forma impulsiva e irrefletida (Sifneos & cols., 1977). Como resultado, há uma intensificação das reações fisiológicas (ativação do sistema endócrino e simpático), o que provocaria uma atividade prolongada ou excessiva de órgãos estimulados pelo sistema nervoso simpático (Larsen & cols., 2003). Este processo crônico de super estimulação levaria a lesões específicas em órgãos periféricos envolvidos, e conseqüentemente a doenças psicossomáticas relacionadas ao stress (Morrison & Pihl, 1989; Sifneos & cols., 1977).

Estudos mencionados por Fernandez (1999), também evidenciaram a presença de alexitimia e doenças somáticas em mulheres com transtorno pré-menstrual, e pacientes com stress crônico como resultado de queimaduras.

Na revisão de literatura sobre as tendências atuais dos estudos sobre alexitimia e outras doenças, Taylor (2000) e Taylor e Bagby (2004) citam vários trabalhos realizados. A relação entre alexitimia e hipertensão essencial é, segundo Taylor (2000), a mais fortemente evidenciada na literatura. Um estudo realizado na Finlândia, por Jula, Salminen e Saarijärvi (1999) aponta para uma expressiva porcentagem de alexitímicos entre adultos hipertensos comparados com normotensos. O estudo revelou ainda que entre os hipertensos 46% dos alexitímicos eram mulheres e 57% homens, enquanto que entre os normotensos estas porcentagens caíram para 9% e 18%, respectivamente. No

Brasil, estudos realizados na área do stress têm identificado entre pacientes hipertensos, uma maioria com alta inassertividade e muita dificuldade em expressar tanto sentimentos positivos quanto negativos (Lipp, Alcino, Bignotto & Malagris, 1998).

Segundo Zimmermann, Rossier, De Stadelhofen e Gaillard (2005), a literatura aponta de forma consistente que a alexitimia está associada positivamente com uma tendência a vivenciar ansiedade, raiva, sentimentos depressivos, sentimento de vergonha e embaraço e inabilidade para lidar de forma bem sucedida com o stress. A relação entre alexitimia e medidas de depressão, hostilidade e expressão de raiva não foi evidenciada diferentemente entre pacientes hipertensos e normotensos no estudo realizado na Finlândia, citado anteriormente (Jula & cols., 1999). A relação entre alexitimia e ansiedade também não foi observada em alguns estudos (Jula & cols., 1999; Pregnoatto, 2005).

Em um estudo realizado no Brasil, com 48 doentes renais crônicos, e submetidos a hemodiálise em um hospital universitário no interior do Estado de São Paulo, Pregnoatto (2005) observou que 52% dos participantes apresentaram pontuação indicativa de alexitimia na Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), e que destes, os pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus apresentaram as maiores médias. Do restante da amostra, apenas 4,2% apresentaram escores iguais ou inferiores a 62, ou seja, considerados não alexitímicos, e 43,8% permaneceram no intervalo entre 63 e 73 pontos, no qual não é possível avaliar. Para compor a amostra 41,6% tinham hipertensão arterial, 31,3% diabetes mellitus, e 27,1% glomerulonefrite crônica. Estas são doenças que progressivamente restringem a vida social, econômica e emocional dos pacientes. A autora encontrou associação entre alexitimia e as dimensões psicoticismo, obsessividade, compulsividade e somatização, ao avaliar os sintomas psicopatológicos com o auxílio da Escala de Avaliação dos Sintomas - EAS-90 (Laloni, 2001), mas não

observou associação entre alexitimia e ansiedade. Pregnoatto (2005) conclui que este resultado “corrobora a expectativa teórica, pois a dificuldade de identificar as emoções deve comprometer a percepção da ansiedade pelo indivíduo” (p.28).

Na Índia, Sriram, Chaturvedi, Gopinath e Shanmugam (1987) compararam indivíduos saudáveis e pacientes com diagnóstico de transtorno doloroso associado a fatores psicológicos. De acordo com os resultados, pacientes com dor demonstram mais características de alexitimia do que os participantes do grupo controle. A associação entre alexitimia e dor também foi encontrada em um estudo com pacientes portadores de algia pélvica crônica, no Brasil (Oliveira, 2002). O estudo utilizou a TAS-20 em dois grupos de 80 sujeitos – com dor e sem dor. Os resultados evidenciaram associação entre alexitimia, dor crônica, baixa escolaridade e baixa renda. Outro estudo realizado na Índia por Sriram e colaboradores (citado por Fernández, 1999) indicou em um grupo de pacientes com artrite reumatóide, uma incidência de alexitimia maior que no grupo controle sem artrite reumatóide.

Estudos desenvolvidos na Alemanha, por Hartmann (1995, citado por Fernandez, 1999), e na Itália, por Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze, e Taylor (1995, citado por Taylor, 2000) e Porcelli e colaboradores (2003, citado por Taylor & Bagby, 2004) indicam maiores índices de alexitimia em pacientes com enfermidades inflamatórias intestinais (colite ulcerativa e doença de Crohn) que grupos controle. Altos índices de alexitimia também foram encontrados em pacientes com doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCU), no Brasil. No estudo realizado por Medeiros (2002) com 25 pacientes em tratamento em laboratório de gastroenterologia de um hospital geral, 60% apresentaram escores indicativos de alexitimia, através da TAS. Desta amostra, 52% tinham doença de Crohn e 48 % Retocolite Ulcerativa Inespecífica. Porém, o grau de alexitimia demonstrou associação negativa com a

severidade da doença. A autora aponta que “a alexitimia funcionaria como uma defesa frente às emoções em pacientes crônicos” (p.53). Medeiros (2002) sugere que os resultados de seu estudo parecem confirmar a hipótese levantada por Campbell (1996) da alexitimia como “estado” para proteger os pacientes dos efeitos da doença, ou seja, uma forma de evitar os efeitos da gravidade e sintomatologia da doença sobre a vida afetiva e emocional. No entanto, a autora enfatiza a necessidade de uma amostra maior para a generalização dos resultados por ela obtidos.

Torres e Crepaldi (2002), em seu estudo sobre transtorno de pânico e hipocondria, indicam que traços alexitímicos seriam comuns em várias doenças como transtornos alimentares, abuso de substância, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, pânico e hipocondria. Esses autores explicam que o medo patológico da morte, característica particular da hipocondria e transtorno de pânico, poderia ser resultado do “desenvolvimento inadequado de mecanismos de neutralização de formas primárias de ansiedade, falhas na internalização de funções parentais protetoras durante a infância” (p.10). A incapacidade para a representação simbólica da morte estaria ligada ao “defeito particular na simbolização” característico da alexitimia (p.10).

Ainda segundo Torres e Crepaldi (2002), a literatura sugere a associação entre constrição afetiva (característica alexitímica) e transtorno de pânico, apontando para a hipótese de que a constrição afetiva “ajudaria a evitar os sintomas fisiológicos que acompanham as emoções” (2002, p.11). A constrição afetiva funcionaria como esquiva, evitando as emoções e os sintomas fisiológicos que as acompanham, podendo ser resultado de trauma importante e conseqüente desenvolvimento da alexitimia (Torres & Crepaldi, 2002; Silva & Caldeira, 1992; Campbell, 1996).

Apesar de muitos estudos verificarem a relação entre alexitimia e doenças psicossomáticas, evidências atuais acumuladas sugerem que ela pode ocorrer em

populações clínicas assim como não clínicas (Mann & cols., 1995), “não estando necessariamente vinculada a distúrbios mentais específicos” (Yoshida, 2000, p.59). Ademais, a associação entre alexitimia e sintomas somáticos não tem sido demonstrada de forma consistente na literatura (Taylor, 1984; Norton, 1989) e muitos pacientes com características alexitímicas podem não apresentar sintomas somáticos (Norton, 1989).

Alexitimia e Dependência de Substâncias Psicoativas

Segundo Sifneos (1991), as inabilidades características de pacientes alexitímicos têm sido observadas também em pacientes dependentes de álcool e outras drogas e em estudos que confirmam a existência de alterações neuroquímicas em indivíduos alexitímicos, vítimas de alcoolismo crônico

Segundo as pesquisas na área do stress, o hormônio típico da resposta a estímulos estressantes é a corticosterona. Este hormônio age no Sistema Dopamínico Mesolímbico, centro da recompensa, mediado pela dopamina (hormônio que quando liberado no cérebro causa sensação de prazer). A freqüente ativação deste circuito poderia explicar a dependência de drogas como a cocaína. De acordo com Silva e colaboradores (2001), estudos experimentais apontam para a associação entre o efeito reforçador de estimulantes, como a cocaína e a atividade locomotora observada em ratos frente a situações novas e estressantes. Segundo os autores, o medo do novo, a curiosidade, a interrupção no estado de equilíbrio provocariam a liberação de corticosterona explicando a auto-administração da cocaína observada em situação experimental com ratos. A corticosterona liberada em situação de stress, torna sensível o mecanismo reforçador mediado pela dopamina, aumentando o poder reforçador da droga. (Silva & cols., 2001).

Resultados de outras pesquisas indicam também, que na administração crônica da droga, são observadas alterações em longo prazo, nos corpos celulares e terminais pré-sinápticos dopaminérgicos. Estas alterações podem estar associadas aos efeitos denominados tolerância (diminuição) e sensibilização (aumento) ao efeito da droga (Silva & cols., 2001) e também à alexitimia.

Em exames de neuro-imagem para analisar o efeito da dependência de substâncias no cérebro, Goldstein e Volkow (2002) observaram que regiões frontais, orbitofrontais e ACC estão ativadas durante intoxicação, fissura e abuso de substância, e se encontram desativadas durante a interrupção do uso de substância. Os autores acreditam que a dependência envolve processos de regulação cortical da cognição e das emoções, resultando em supervalorização dos efeitos da droga e déficits na habilidade de controlar e inibir respostas à substância.

Segundo Maciel (2005), muitos estudos têm verificado aspectos da personalidade e fatores co-mórbidos no desenvolvimento e curso do alcoolismo sugerindo que a identificação destas co-morbidades psiquiátricas contribui para a maior eficácia no tratamento, diminuindo o índice de recaídas. Em sua dissertação de mestrado, a autora avaliou a associação entre dependência de álcool, alexitimia, depressão e neuroticismo, em amostra de 20 pacientes alcoolistas em acompanhamento, e comparou com um grupo de membros da comunidade. Os instrumentos utilizados foram a versão em português da Escala de Alexitimia de Toronto - TAS-26 (Yoshida, 2000), a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) (Hutz & Nunes, 2001) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001). O escore médio na TAS para o grupo de alcoolistas no estudo de Maciel foi 78,65 ($DP=7,99$) e os resultados demonstraram diferenças entre os grupos nas medidas de alexitimia. Enquanto apenas 35% dos participantes membros da comunidade apresentaram

evidências de alexitimia, 75% dos participantes do grupo de alcoolistas em acompanhamento apresentaram escores iguais ou superiores a 74 (indicativo de alexitimia) o que corrobora os achados internacionais (Haviland, Shaw, MacMurray & Cummings, 1988a; Mann & cols., 1995) que indicam “prevalência de 50 a 78% de alexitimia nesta população” (Maciel, 2005, p.59).

Haviland e colaboradores (1988a) também utilizaram a TAS—26 em população de dependentes de substância. Foram avaliados 125 homens internados para desintoxicação e tratamento (dados coletados entre 1-21 dias de internação). Da amostra, a maior parte tinha diagnóstico primário de dependência de álcool (65,6%) e apenas 2,4% foram diagnosticados como dependentes de drogas. Do total da amostra, 72,8% indicaram ter abusado de múltiplas substâncias. Na análise fatorial exploratória, não encontraram na população, evidência da dimensão da alexitimia “dificuldade em descrever sentimentos” na população. As dimensões encontradas foram dificuldades em habilidade de identificar sentimentos e distingui-los de sensações corporais, sonhar acordado e pensamento orientado para o exterior. Em seu estudo o valor de alfa para a escala total foi baixo (0,68) e enquanto metade da amostra apresentou escores indicativos de alexitimia, quase metade da amostra obteve escores entre 53 e 74, inclusive, para os quais a condição de alexitimia não pode ser afirmada.

Taylor e colaboradores (2000) indicam que as discrepâncias encontradas por Haviland e colaboradores (1988a) se devem muito mais à uma característica da amostra do que a limitações da TAS. Sugerem que pacientes dependentes de álcool e substâncias psicoativas, durante a primeira semana de internação, (período em que parte dos dados foram coletados) estão sujeitos aos efeitos da abstinência o que os torna uma população instável, fato que pode ter influenciado os resultados do estudo.

Ainda em relação ao grupo de usuários de substâncias, outros estudos recentes investigaram características de personalidade associadas ao uso de substância. Walton e Roberts (2004) realizaram dois estudos com universitários usuários de substâncias 3 abstinentes. No primeiro, participaram 52 homens e 66 mulheres ($N = 118$) classificados como abstinentes, de uso moderado e uso pesado de álcool ou drogas. Os participantes foram classificados de acordo com o uso de álcool: abstinentes (37,3%), de uso moderado (36,4%) e de uso pesado (26,3%). Em relação ao uso de drogas também foram classificados em abstinentes (65,3%), de uso moderado (22,0%) e de uso pesado (12,7%).

O segundo estudo avançou em termos de qualidade e pesquisou uma amostra consideravelmente maior (248 homens e 297 mulheres), além de contar com um grupo ($N = 172$) de informantes (familiares, colegas e amigos) dos universitários. Da mesma forma que o primeiro estudo, em relação ao álcool, os participantes foram classificados como abstinentes (28,2%), de uso moderado (43,9%) e de uso pesado (27,9%). Em relação ao uso de drogas a classificação resultou em 25%, 11,0%, 10,1% respectivamente. Neste segundo estudo, aproximadamente 53,6% dos participantes foram categorizados de forma inconsistente nas categorias álcool e drogas.

A quantidade de substância usada nos dois estudos para classificar como de uso pesado para o álcool ou drogas foi semelhante à usada pelo Instituto Nacional de Álcool e Drogas dos Estados Unidos, ou seja, mais de 12 ou 16 doses de bebida alcoólica por semana, ou o uso de um tipo de droga pelo menos algumas vezes por mês, ou mais de um tipo de droga pelo menos algumas vezes no último ano. A abstinência implicava em nenhum uso de substância (álcool ou drogas), no último ano.

Entre as hipóteses que os estudos de Walton e Roberts (2004) buscaram avaliar estava a de que o consumo de drogas e álcool encontra-se fortemente associado a um

autocontrole pobre, menos consciência e conformismo social e menos responsabilidade. Para isto os autores usaram escala de auto-relato par avaliar as dimensões de personalidade dos participantes (Inventário fenotípico de Personalidade de Goldberg, Escala de Impulsividade de Barratt e Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost) e questionário (escala ABC de Golberg) para os amigos ou familiares informantes. Todos os instrumentos se encontram citados em Walton e Roberts (2004).

Os autores concluíram que em consonância com a literatura, aqueles classificados como de uso pesado de substância (álcool e drogas) apresentam padrões de personalidade muito semelhantes (correlação média = 0,98), independente do tipo de substância, demonstrando serem por um lado, menos conscientes, cautelosos, responsáveis e perfeccionistas e por outro, mais descontrolados ou impulsivos que o restante (uso moderado e abstinentes). Em comparação aos abstinentes, tiveram escores mais baixos em estabilidade emocional. Quanto ao conformismo social, os escores foram também mais baixos que os obtidos para abstinentes e de uso moderado. Em relação à dimensão extroversão, os que faziam uso pesado de álcool e drogas tiveram escores mais altos que os abstinentes.

O grupo de amigos informantes respondeu à escala ABC de Goldberg (1992, citado em Walton & Roberts, 2004), sendo os escores médios correlacionados aos obtidos nas escalas de auto-relato (correlação média = 0,95) sugerindo equivalência entre os perfis de personalidade. Os observadores concordam que os que fazem uso pesado álcool são menos estáveis emocionalmente que os de uso moderado, menos conformistas, menos responsáveis e mais descontrolados que os abstinentes e de uso moderado. No entanto, em relação à extroversão, foram vistos como tão extrovertidos quanto os de uso moderado e mais extrovertidos que os abstinentes. Um padrão similar se repete para o grupo dos que fazem uso pesado de drogas. Estes também foram vistos

como menos conformistas, mas descontrolados e menos responsáveis, mas não menos extrovertidos que os abstinente ou de uso moderado.

Um aspecto interessante discutido pelos autores é que para os amigos ou familiares informantes, os abstinente não foram considerados mais instáveis emocionalmente que os usuários de substância. Esses resultados foram discrepantes de outros, na literatura, obtidos a partir de avaliações de psicólogos. Os autores apontam para o fato de que pessoas comuns podem não julgar como patológico ou problemático, características de personalidade apontadas por psicólogos, pois estes detém um conhecimento profissional específico e podem ter uma tendência maior em rotular como patológico o que pessoas comuns julgam normal.

Algumas das características de personalidade do usuário de substância, observadas nos estudos de Walton e Roberts (2004), não corroboram o que Marty e M'Uzan (1994) consideram como algumas características do pensamento operatório (ou alexitimia), ou seja, o conformismo e a aceitação de regras preestabelecidas. Os autores dos estudos observaram que de acordo com as avaliações feitas, aqueles que fazem uso pesado de substâncias psicoativas não têm como características de personalidade o conformismo e o auto-controle, aspectos do perfil do alexitímico obtido a partir dos estudos de Haviland e Reise (1996a).

E ainda, os resultados de Walton e Roberts (2004) parecem confirmar, em parte, o que foi observado em um estudo de validação da Escala de Alexitimia de Toronto (Bagby, Taylor & Parker, 2003), quando a dimensão conformismo que teoricamente deveria refletir o construto alexitimia, não chegou a constituir um fator e foi eliminada da escala.

Maciel (2005) e outros autores ressaltam fatores importantes a serem cuidadosamente considerados em estudos com dependentes. Por exemplo,

peculiaridades da amostra, tempo de abstinência (Taylor & cols., 2000), características dos instrumentos utilizados na avaliação (Haviland & Reise, 1996a), fatores sócio-econômicos (Maciel, 2005). Mann e colaboradores (1995) concordam e sugerem que alcoolistas em tratamento apresentam disfunção cognitiva e que isto pode diferenciá-los de outros dependentes de substância, como por exemplo, álcool combinado a outra substância (dependência mista). A interpretação da disfunção cognitiva, entre alexitímicos de modo geral, também é destacada na literatura, como já mencionado (Sifneos, 1977, 1991; Buchanan & cols., 1980; Lane & cols., 2000; Larsen & cols., 2003). Ainda em relação a características da amostra, Walton e Roberts (2004) alertaram para cuidados em estudos sobre uso de substância envolvendo universitários que residem em dormitórios em universidades americanas. Sugerem que a proibição por idade para o uso de álcool e as fortes restrições e regras contra o uso de substâncias nos dormitórios das universidades americanas levam a comportamentos como negar o uso, beber escondido, entre outros, e estes motivos podem comprometer a generalização dos resultados. Outra dificuldade está relacionada ao tamanho da amostra quando se estuda dependentes em acompanhamento (Vicentin, 2004). A adesão de pacientes com dependência de substâncias ao tratamento terapêutico é difícil, portanto o tamanho da amostra deve ser considerado com cautela, evitando assim problemas com mortalidade experimental (Campbell & Stanley, 1966).

Medidas de Alexitimia

Entre os instrumentos disponíveis na literatura e desenvolvidos para avaliar alexitimia, há questionários para uso do avaliador, escalas do tipo auto-relato, técnicas projetivas, escala do tipo Q-Sort, entre outros. Várias pesquisas empíricas demonstram as características psicométricas destes instrumentos, além de suas vantagens e

limitações (Taylor & cols., 2000). Entre os instrumentos mais populares para avaliar a alexitimia estão as escalas de auto-avaliação: *Toronto Alexithymia Scale* (TAS) (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) e sua versão reduzida a *Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Bagby, Parker & Taylor, 1994a). Entre os questionários estão: o *Alexithymia Provoked Response Questionnaire* (Krystal, Giller & Cicchetti, 1986); *MMPI – Alexithymia Scale* (Kleiger & Kinsman, 1980, citado por Taylor & cols., 2000); *Schalling-Sifneos Personality Scale* (SSPS) (Apfel & Sifneos, 1979); *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire* (BVAQ) (Bermond & Vorst, 1998, citado por Larsen & cols., 2003).

Além dos instrumentos citados acima, existem os que foram projetados para serem usados pelo próprio profissional avaliador ou um informante. Entre eles o *Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire* (BIQ) (Sifneos, 1973, citado por Taylor & cols., 2000) e sua versão modificada de 12 itens (Bagby, Parker & Taylor, 1994b), o *California Q-Set Alexithymia Prototype* (CAQ-AP) (Haviland & Reise, 1996a) e a *Observer Alexithymia Scale* (OAS) (Haviland & cols., 2000).

Larsen e colaboradores (2003) questionam a validade dos primeiros estudos sobre alexitimia por terem sido realizados a partir de instrumentos, como o SSPS e o *MMPI – Alexithymia*, com pouca precisão e consistência. Outros autores criticam o fato de que a maioria das pesquisas recentes tem sido produzida com auxílio apenas das escalas de auto-relato que são versões da TAS (Haviland & Reise, 1996a).

Após quase quarenta anos de pesquisas ainda se busca um consenso quanto à etiologia, definição e estrutura fatorial que melhor explique o construto teórico da alexitimia. Como indica Norton (1989) em seu estudo comparativo sobre as propriedades psicométricas de três escalas do tipo auto-relato, a literatura não deixa claro se os vários instrumentos que visam medir alexitimia avaliam um construto

semelhante ou uma classe comportamental representativa dos aspectos primários da alexitimia. Como o construto Alexitimia foi desenvolvido a partir da experiência clínica e de características observadas empiricamente, os instrumentos para sua medida não tiveram como base a teoria, como propõe Pasquali (1999). Isto dificulta o consenso quanto aos melhores itens a serem desenvolvidos como representantes do construto e, conseqüentemente, a possibilidade de demonstrar a validade convergente entre eles. Os diferentes instrumentos de medida disponíveis propõem entre 1 e 5 dimensões, não havendo ainda concordância quanto ao número mais conveniente para avaliar adequadamente o construto alexitimia.

Taylor e Bagby (2004) concordam com a necessidade de novos instrumentos para melhorar a qualidade da avaliação da alexitimia, e sugerem o uso de múltiplos métodos, não apenas escalas de auto-relato. As escalas de auto-relato, de um modo geral, como medida psicológica, têm sido freqüentemente usadas na avaliação clínica e permitem obter informações exclusivas “via a experiência pessoal do próprio sujeito” (Laloni, 2001, p.8). Porém, como enfatizam Lane e colaboradores (2000) e Lumley (2000), nos estudos sobre alexitimia, o uso das escalas de auto-relato por indivíduos com um grau mais severo de alexitimia e incapacidade de elaborar sobre o próprio estado psicológico pode trazer mais limitações que benefícios. Segundo estes autores, a falta de clareza das próprias emoções impediria estes pacientes de fazerem uma auto-avaliação, diante da impossibilidade do uso da linguagem para expressar um sentimento quando o mesmo parece ausente. Por isso, alguns autores têm enfatizado a necessidade de medidas externas com base no avaliador, informante ou observador (Haviland & Reise, 1996a; Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg & Rooijmans, 2000; Lumley, 2000). Esta é uma questão relevante que não pode ser negligenciada quando se busca medir alexitimia.

A literatura aponta ainda para o fato de que as diferenças sócio-culturais precisam ser consideradas quando se mede a alexitimia a partir de instrumentos criados para uma população de cultura ou escolaridade diferente. A questão sociocultural, como indicado anteriormente, pode impor limites à expressão das emoções ou favorecer idiosincrasias que o instrumento, criado para uma cultura diferente, não consegue captar. Pasquali (1998) enfatiza que na elaboração dos itens de uma escala psicológica o autor deve usar um “linguajar típico da população-meta” (p.210). Explica ainda que “são admissíveis e mais apropriadas as expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças” (p.210), e acrescenta que se deve priorizar a compreensão em detrimento da elegância lingüística.

A escolaridade do participante também precisa ser considerada e, como observa Yoshida (2007), pode exigir alterações no modo de aplicação de um instrumento, que não tenham sido consideradas quando o instrumento foi validado (Laloni, 2001; Maciel, 2005; Yoshida, 2007). Por exemplo, escalas que exijam habilidades de leitura do participante, podem requerer assistência do aplicador quando o participante não tiver habilidade para compreender o que lê. Tal modificação é considerada como apropriada nestes casos (Moskowitz, 1986), mas para minimizar efeitos sobre os resultados, o avaliador deve se limitar apenas à leitura das perguntas ou itens de uma escala (Yoshida, 2007).

Lumley (2000), ao criticar o uso predominante de instrumentos de auto-avaliação, enfatiza a importância de instrumentos clínicos como a escala OAS (Haviland & cols., 2000) e o questionário BIQ (Bagby & cols., 1994b), próprios para serem completados pelo avaliador/observador. Entretanto, ainda são poucos os estudos que visam avaliar as qualidades psicométricas destas escalas. Conhecimentos advindos destes estudos são considerados indispensáveis, pois permitem avaliar tanto a

capacidade de medir do instrumento, quanto a coerência e evidência empírica do construto teórico (Pasquali, 1999). Outro problema, já mencionado, diz respeito às amostras utilizadas em vários dos estudos. Em alguns casos as amostras são inadequadas ou insuficientes, e esta questão compromete a qualidade dos estudos disponibilizados na literatura (Lane & cols., 2000; Taylor, 2000). Pasquali (1999) sugere que o tamanho da amostra deve ser calculado com base no número de itens que o instrumento contém. Para tanto, uma relação de 10 sujeitos para cada item seria um número excelente e entre 5 e 10, tem sido visto como aceitável (Yoshida, 2007). Por exemplo, para se avaliar o número de fatores que a escala OAS (com 33 itens) está medindo, seria preciso no mínimo 165 participantes. Sem que estas condições sejam asseguradas, os resultados dos estudos podem ser questionados assim como as afirmações a respeito da dimensionalidade do construto avaliado. Os estudos de validade de construto, ou dimensionalidade do instrumento, normalmente requerem técnicas de análise fatorial e a literatura sugere um mínimo de 200 participantes quando estas técnicas forem empregadas (Pasquali, 1999).

A escala de auto-relato TAS-26, denominada TAS (Taylor & cols., 1985) e sua versão reduzida de vinte itens, TAS-20 (Bagby & cols., 1994a), têm demonstrado ser mais adequadas para medir o conceito de alexitimia (Haviland & cols., 1996b; Morrison & Pihl, 1989; Taylor & cols., 2000; Taylor & Bagby, 2004; Yoshida, 2000). Vários estudos foram realizados para verificar as qualidades psicométricas destas escalas em várias culturas, assim como na população clínica e geral. Muitos deles apresentam, no entanto, resultados contraditórios (Haviland & cols., 2000; Hendryx, Haviland & Shaw, 1991; Larsen & cols., 2003) e outros indicam que estas escalas supervalorizam a dimensão cognitiva da alexitimia, em detrimento de seu componente emocional (Larsen & cols., 2003).

A TAS é uma escala de 26 itens, com respostas do tipo Likert (5 pontos) e escores entre 26 e 130 pontos. Várias pesquisas evidenciaram que a versão original da TAS possui 4 fatores compatíveis com o construto sendo eles: 1) habilidade de identificar e descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais; 2) sonhar acordado; 3) priorizar fatores externos em detrimento de internos; 4) habilidade em comunicar sentimentos a outras pessoas (Taylor & cols., 1985). As medidas de consistência interna (alfa de *Cronbach* entre 0,75 e 0,79) e de teste e reteste foram satisfatórias (Taylor & cols., 1985). A validade de construto e de critério da TAS para medir as características da alexitimia também foram avaliadas como adequadas (Wise, Mann & Epstein, 1991). As versões modificadas da TAS para o finlandês (Kauharen, Julkunen & Salonen, 1991) e espanhol (Rodrigo, Lusiardo & Normev, 1989) demonstraram possuir estabilidade e validade.

No Brasil, Yoshida estimou a validade da TAS para a população não clínica e para a população clínica (Yoshida, 2007). Para a população não clínica (581 estudantes universitários) seguiu o mesmo procedimento usado por Rodrigo e colaboradores (1989) para a validação da TAS no Uruguai, pois aquela versão se mostrou congruente com a versão inglesa, além da proximidade à cultura brasileira (Yoshida, 2000). A versão em português evidenciou quatro dimensões, consistência interna ($\alpha = 0,71$) para toda a amostra e boa estabilidade de teste e reteste para uma semana ($r = 0,72$, $p < 0,001$). Foi observada baixa correlação inter-item e homogeneidade entre os itens. Segundo Yoshida (2000), as pesquisas internacionais sugerem que escores iguais ou superiores a 74 são indicativos de alexitimia.

O estudo de validação da TAS para a população clínica foi realizado em uma cidade de porte médio no estado de São Paulo (Yoshida, 2007). A amostra foi constituída de 294 pacientes entre 18 e 76 anos (61,5% mulheres) internados pelo SUS

para tratamentos diversos, em um hospital geral. A maior parte da amostra tinha nível fundamental de escolaridade, entre 5ª e 8ª série (36,9%) e entre 1ª e 4ª série (29,3%), sendo que 3,8% eram analfabetos. A aplicação foi assistida para aqueles participantes devido à baixa escolaridade, mas o aplicador se limitou à leitura dos itens da escala. Os resultados indicaram índices satisfatórios de consistência interna (alfa entre 0,71 e 0,73), assim como o obtido com universitários brasileiros ($\alpha = 0,72$) (Yoshida, 2000), mas um pouco abaixo daqueles obtidos nos estudos internacionais (alfa entre 0,75 e 0,79) (Bagby & cols., 1988). Yoshida (2007) atribui a diferença entre os resultados obtidos na versão em português e a versão original a fatores de ordem cultural. Por outro lado, lembra que o coeficiente alfa encontrado por Haviland e colaboradores (1988a) em amostra com dependentes de substância ($\alpha = 0,68$), também ficou abaixo do encontrado em outras pesquisas internacionais.

Em relação ao ponto de corte em população clínica, no Brasil ainda não há estudos suficientes para que este seja estabelecido. No estudo a partir da TAS, com homens dependentes químicos, Maciel (2005) encontrou escore médio de 78,65 ($DP = 7,99$), o que é bem acima do encontrado por Yoshida (2007) entre homens internados em hospital geral ($M = 62,08$; $DP = 10,19$), e aquele obtido internacionalmente ($M = 74$) (Bagby & cols., 1988). Quanto ao número de fatores encontrados, Yoshida (2007), assim como Haviland e colaboradores (1988a), encontrou apenas três fatores como a melhor solução para a TAS-22. Na composição de Yoshida, o Fator 1 (habilidade de descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais) ficou constituído pelos itens: 2,4,8,10,14,17,19,20,22,25 e 26; o Fator 2 (pensamento concreto destituído de fantasia) pelos itens: 1,11,12,13,15,21 e 24 e o Fator 3 (habilidade de expressão dos afetos e fantasias) pelos itens: 3,5,6 e 16.

A TAS-20, versão reduzida da TAS, tem 20 itens e três dimensões, sendo elas: 1) dificuldade em identificar sentimentos, 2) dificuldade em descrever os sentimentos a outros e 3) pensamento orientado ao exterior (Bagby & cols., 1994a). Foi adaptada para o português, tendo demonstrado consistência interna satisfatória ($\alpha = 0,76$) (Wiethaeuper & cols., 2005). Em outro estudo com o mesmo instrumento, as duas primeiras dimensões formaram um único fator (déficits em consciência emocional) e a terceira dimensão ficou dividida em dois fatores que não se correlacionaram (Haviland & Reise, 1996b).

A dificuldade demonstrada na literatura em estabelecer o número adequado de dimensões para o construto alexitimia tem contribuído, como indicado anteriormente, para uma busca de outras medidas de alexitimia. E como sugerem Haviland e colaboradores (1988a, 1996), Lumley (2000), Taylor e Bagby (2004) e Yoshida (2007), entre outros, pesquisas futuras envolvendo várias escalas podem permitir maior clareza sobre as propriedades psicométricas de cada uma delas, assim como melhor qualidade na avaliação da alexitimia.

A Escala de Alexitimia para o Observador – OAS (Haviland & cols., 2000) foi derivada do protótipo de alexitimia proposto pela *California Q-Set Alexithymia Prototype* (CAQ-AP) (Haviland & Reise, 1996a). Este protótipo (perfil da pessoa alexitímica) foi construído a partir da classificação por treze juizes (considerados peritos na literatura sobre alexitimia), com base na escolha de 100 cartões da escala *California Q-set* [CAQ] de avaliação da personalidade (Block, 1961, 1978, citado por Haviland & Reise, 1996a). O grau de concordância entre os treze juizes avaliado por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*, foi bastante elevado (0,99) (Haviland & cols., 1996a). Baseando-se nestes resultados, Taylor e colaboradores (2000) consideram que as características de alexitimia identificadas pela CAQ-AP são consistentes com a

definição do construto de alexitimia. De acordo com o perfil do indivíduo alexitímico derivado da *California Q-Set Alexithymia* (Haviland & Reise, 1996a), a pessoa alexitímica normalmente: 1) apresenta dificuldades em vivenciar e expressar as emoções; 2) demonstra pouca imaginação; 3) é literal, utilitária e demonstra ser conformista; 4) não demonstra capacidade de *insight*, é sem graça, a vida pessoal é sem sentido, descarrega suas tensões e ansiedade através de sintomas físicos. Haviland e colaboradores (2000) também concluem que esta definição está em consonância com o construto original de alexitimia formulado por Nemiah e Sifneos, em 1970 e com as descrições compreensivas mais atuais (Taylor, 2000).

Escala de Alexitimia para o Observador - OAS

A escala OAS derivada do perfil descrito acima (Haviland & cols., 2000), tem uma estrutura interna de 5 fatores: 1) Distanciamento (poucas habilidades para assuntos interpessoais e relacionamentos), 2) Sem *insight* (baixa tolerância ao estresse e pouco auto-conhecimento), 3) Somatização (sintomas físicos e preocupações com a saúde), 4) Sem graça (desinteressante e cansativo) e 5) Rígidez (com muito auto controle). É uma escala de 33 itens, designada para ser completada por um avaliador profissional ou uma pessoa comum, amigo ou parente que conheça bem aquele que estará sendo avaliado (alvo). A escala é de 4 pontos (0 a 3 - escore máximo de 99 pontos), respostas tipo Likert e a pontuação é a que segue: 0 - Nunca, em nada parecido com a pessoa; 1 - Algumas vezes, um pouco parecido com a pessoa; 2 - Normalmente, muito parecido com a pessoa; 3 - Todo tempo, totalmente parecido com a pessoa (Haviland & cols., 2000).

A dimensão F1 (distanciamento) é composta pelos itens 1, 6, 7, 12, 17, 18, 20, 24, 25 e 29 (itens invertidos, ou seja, com proposição contrária ao esperado da pessoa

alexitímica= 1, 6, 7, 12, 17, 18, 20 24 e 25 e 29). O F2 (sem *insight*) é constituído pelos itens 2, 8, 13, 19, 21, 26, 30 e 32 (itens invertidos= 26 e 32). O F3 (somatização) contém os itens 3, 9, 14, 22 e 27. A dimensão F4 (sem graça) é formada pelos itens 4, 10, 15, 23 e 28 (itens invertidos= 4, 10 e 15), e o F5 (rigidez) é composto dos itens 5, 11, 16, 31 e 33. Os enunciados dos itens que compõem cada uma das cinco dimensões da OAS encontram-se no Anexo A.

Haviland e colaboradores (2000) sugerem que conhecidos e parentes têm a possibilidade de observar o alexitímico e se relacionar com ele em um contexto de vida diária, e por isso têm maior vantagem sobre o profissional que apenas poderá avaliá-lo no contexto mais limitado da entrevista. Esta noção é fundamentada na teoria que sugere que o senso comum a respeito do conceito de personalidade vai ao âmago do que realmente é importante sobre este conceito (Funder & Colvin, 1988, citado por Haviland & cols., 2000). Outro aspecto relevante da avaliação feita por uma pessoa conhecida é o efeito que a alexitimia tem sobre as relações interpessoais e a impressão que amigos, parentes e conhecidos formam do ambiente social do alexitímico (Haviland & cols., 2000).

No processo de construção da escala ela foi aplicada em duas amostras de estudantes, graduação ($n = 467$) e pós-graduação ($n = 352$), um total de 819 estudantes da área da saúde (psicologia, odontologia, enfermagem, medicina e saúde pública) e demonstrou boa consistência interna da OAS total ($\alpha = 0,88$ e $\alpha = 0,89$, respectivamente) para cada amostra. A estabilidade da escala para um intervalo de duas semanas, foi avaliada a partir de uma terceira amostra de estudantes universitários e de pós-graduação também da área da saúde e o coeficiente de correlação encontrado foi de 0,87 (Haviland & cols., 2000).

A análise fatorial exploratória, realizada através da extração dos fatores a partir do eixo principal e rotação dos fatores por solução *Promax* (Haviland & cols., 2000), evidenciou a capacidade da OAS de explicar as características do construto conforme as dimensões do protótipo de alexitimia obtido através da avaliação dos juízes na CAQ-AP. A carga fatorial e as porcentagens de variância para os fatores foram as seguintes: Distanciamento (*distant*) (5,6; 17,0%), Sem *insight* (*uninsightful*) (4,7; 14,2%), Somatização (*somatizing*) (3,2; 11,1%), Sem graça (*humorless*) (4,5; 13,6%) e Rigidez (*rigid*) (3,7; 11,1%).

Haviland e colaboradores (2000) no estudo de validação da OAS, observaram características de gênero, diferentes das encontradas por Lane e colaboradores (1998, citado por Haviland & cols., 2000) no estudo com a TAS-20 e Morrison e Pihl (1989) com a TAS-43. Segundo a OAS, as mulheres se mostraram mais alexitímicas que os homens no total (diferença pequena, mas significativa, $p < 0,05$) e nas sub-escalas 2, 3 e 4 (sem *insight*, somatização e sem graça, respectivamente). Já nos estudos de Lane e colaboradores, assim como de Morrison e Pihl, os homens se mostraram mais alexitímicos que as mulheres. Porém, como sinalizam Haviland e colaboradores, os efeitos de gênero são muito pequenos tanto nos estudo com a OAS quanto com a TAS-20, quando as variáveis idade e educação são controladas. Na OAS as mulheres tiveram maiores escores nas sub-escalas 3 e 4 (somatização e sem graça, respectivamente) enquanto no estudo de Lane e colaboradores, os homens obtiveram maiores escores. Em outros estudos envolvendo a TAS-26, realizados no Brasil, com população de estudantes universitários e de hospital geral, as diferenças de gênero, quando observadas, não se mostraram estatisticamente significantes (Yoshida, 2007).

Em concordância com Lane e colaboradores (1998, citado por Haviland & cols., 2000), a OAS detectou a presença de correlação positiva e fraca, mas significativa ($p <$

0,05), entre idade da pessoa avaliada e alexitimia ($r = 0,18$). Com exceção do Fator 2 (sem *insight*) que não mostrou correlação com alexitimia ($r = 0,01$), os outros fatores (distanciamento=0,11; somatização=0,15; sem graça=0,22; rigidez=0,22) evidenciaram correlação fraca, mas significativa ($p < 0,05$). Já em relação ao nível educacional, ambos estudos revelaram a presença de correlação fraca e negativa (-0,21), mas significativa ($p < 0,05$). Em relação aos fatores distanciamento, sem *insight* e somatização, as correlações foram negativas e estatisticamente significantes (-0,17, -0,34, -0,12, respectivamente), enquanto que em relação às dimensões sem graça ($r = -0,03$) e rigidez ($r = -0,01$) as correlações ficaram próximas de zero e também não significantes ($p > 0,05$).

Haviland e colaboradores (2001) também analisaram as propriedades psicométricas da OAS em um estudo com 192 pacientes com transtornos de personalidade, segundo os critérios do DSM (versão de 1994), sendo a maioria com transtorno de ansiedade e stress pós traumático e apenas 7,4% com dependência de substância. Foram encontrados coeficientes de precisão e validade semelhantes aos obtidos no estudo citado anteriormente, com população de estudantes universitários e de pós-graduação ($n = 819$) (Haviland & cols., 2000), e um coeficiente alfa de 0,90 para a escala geral. Para os Fatores de 1 a 5 os valores de alfa foram respectivamente 0,87; 0,78; 0,87; 0,82; 0,75, considerados altos na maioria. Os autores concluem que a OAS é um bom instrumento para avaliar alexitimia e diferenciar entre casos clínicos e não-clínicos.

Haviland, Warren, Riggs e Nitch (2002) realizaram um estudo de validação concorrente da OAS e versão modificada BIQ (Bagby & cols., 1994). Cópias dos instrumentos foram enviadas a 1,200 psicólogos clínicos. Foram analisados dados referentes a 131 pacientes (92 mulheres e 39 homens). O diagnóstico mais comum entre

eles foi de ansiedade/stress pós-traumático (26%), seguido de transtorno alimentar, abuso de substância (10,7%), transtornos de humor e transtornos somatoformes. Os resultados indicaram correlação (*Pearson*) de 0,69 entre a OAS total e o BIQ modificado. O fator do BIQ que melhor apresentou correlação com a OAS total foi consciência afetiva ($r = 0,75$). Em relação ao fator que avalia pensamento operatório a correlação com a OAS total foi moderada ($r = 0,48$). Os autores concluíram que houve entre moderada e boa correspondência entre as duas escalas de alexitimia (OAS e BIQ modificada) podendo, ambas, serem utilizadas com outras medidas, como por exemplo, a TAS na avaliação da alexitimia.

Para este estudo, o critério recomendado para a seleção da amostra foi preferencialmente, pacientes com diagnóstico no Eixo I do DSM-IV. Segundo Haviland e colaboradores (2002), a literatura sugere que a alexitimia está associada particularmente a pacientes diagnosticados com transtornos relacionados a uso de substâncias, pânico, estresse pós-traumático, transtorno de estresse, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação. Acrescentam ainda que alexitimia pode não necessariamente estar relacionada a transtornos de estresse agudo, ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior e distímia. Sugerem finalmente, a exclusão de pacientes com delírio ou demência, transtorno bipolar, ou esquizofrenia, transtornos de personalidade anti-social ou esquizóide (Haviland & cols., 2001, 2002). Pacientes pertencendo ao Eixo II no DSM-IV não devem ser considerados em pesquisas sobre alexitimia, em virtude da baixa fidedignidade dos diagnósticos (Mellshop & cols., 1982, citado por Wise & cols., 1991).

Validade e Precisão

As propriedades psicométricas de um teste psicológico são avaliadas a partir de testes estatísticos ou procedimentos que informam sobre qualidades importantes tais como validade, precisão ou fidedignidade, entre outras (Pasquali, 1999).

Validade corresponde ao grau em que o teste de fato mede o que se propõe a medir. Sendo que o teste pretende avaliar as qualidades psicológicas que fundamentam o conceito (construto teórico). Entre os tipos de validade estão, a validade de construto; convergente, discriminante e de critério (Pasquali, 1999).

A validade de construto permite avaliar o grau em que o teste mede as qualidades psicológicas indicadas no construto. Portanto, um teste criado para avaliar um construto é considerado válido se for capaz de identificar as várias dimensões do construto, ou os aspectos que o compõem. Neste estudo, o método utilizado é a análise fatorial, a qual fornece informação sobre os itens e fatores (dimensões) que o teste está medindo (Pasquali, 1999). Para isto, estima-se a carga fatorial de cada item em relação ao fator. A carga fatorial do item é uma medida do grau de associação deste item com o fator, ou uma medida de quanto um determinado item explica a dimensão teórica do construto, representada pelos itens do fator. Os itens de um mesmo fator devem portanto ser representantes do fator. A homogeneidade dos itens que representam um fator se refere ao fato dos itens que compõem um dado fator estarem avaliando uma única dimensão do construto. Os fatores que demonstrarem carga fatorial (valor *eigen*) mais alta, são considerados os mais importantes e com maior capacidade para explicar o construto, e definem, portanto, a estrutura fatorial do teste (dimensões do construto) (Pasquali, 1999).

A validade convergente se refere à capacidade de um teste de produzir resultados comparáveis àqueles obtidos por um critério externo, como por exemplo, um

outro teste já validado para aquela população. Este procedimento requer, segundo Anastasi e Urbina (2000), que os aspectos do construto sejam avaliados por dois ou mais métodos. Para que a validade convergente seja avaliada, os resultados obtidos nos instrumentos devem demonstrar boa associação (correlação).

Enquanto no procedimento acima espera-se demonstrar que um teste tem alta correlação com outras variáveis que deveriam estar teoricamente correlacionadas, na validade discriminante o que se busca encontrar é uma baixa correlação entre o teste e variáveis irrelevantes e teoricamente não correlacionadas (Anastasi & Urbina, 2000).

A validade de critério, para Anastasi e Urbina (2000), é um procedimento de análise que compreende a validade concorrente ou simultânea e a preditiva. No primeiro, validade concorrente, por exemplo, se emprega quando se compara os resultados que os estudantes obtêm em testes de realização em matérias escolares com as médias de notas cumulativas obtidas através das avaliações feitas pelos professores. Neste caso se avalia a validade concorrente dos testes usados para o “*diagnóstico do status*” já existente (pp.112). Na validade preditiva, como o nome sugere, busca-se prever com os resultados do teste, o que irá acontecer no futuro em uma situação critério (por exemplo, com o resultado obtido em exame de seleção para um curso deveria ser possível prever o sucesso no curso) (Anastasi & Urbina, 2000).

Procedimentos que avaliam a precisão ou fidedignidade de um teste buscam identificar se há consistência, ou estabilidade dos resultados obtidos a cada nova testagem de um mesmo sujeito a partir do mesmo instrumento. A estabilidade temporal (fidedignidade, consistência, ou precisão) pode ser obtida a partir do teste-reteste, ou seja os escores obtidos em dois momentos de testagem são comparados e avaliados quanto ao grau de semelhança entre eles. Quanto mais próximos, ou semelhantes, maior a precisão do teste.

A consistência interna (ou correlação intraclasse) de um teste é examinada a partir de partes do teste. Um dos coeficientes que medem a consistência interna de um teste é o coeficiente alfa proposto por *Cronbach* (1996). Para indicar boa consistência interna, os itens de um mesmo fator devem evidenciar uma correlação intraclasse alta, ou seja um coeficiente alfa próximo dos níveis ideais, entre 0,80 e 0,90 (Cronbach, 1996). O coeficiente alfa para cada fator indica a consistência entre os resultados obtidos em cada item daquele fator, e o coeficiente alfa entre cada fator e o total indica a consistência do fator em relação ao teste como um todo (Anastasi & Urbina, 2000).

Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi o de adaptar para o português e verificar a validade e a fidedignidade da *Observer Alexithymia Scale* (OAS), para população de dependentes de substâncias, aqui denominada Escala de Alexitimia para o Observador – OAS (Anexo A).

Objetivos Específicos

Foram objetivos específicos da pesquisa:

1. Avaliação das propriedades psicométricas da OAS em sua versão para a população brasileira: precisão, validade de construto, validade de critério e validade convergente.
2. Comparação com as evidências de validade e precisão da versão original, em inglês.

MÉTODO

Instituição

A coleta de dados foi realizada na cidade de Campinas, interior do estado de São Paulo, em duas instituições que atendem dependentes de substâncias e familiares, o Centro de Atenção Psicossocial/ Álcool e Drogas (CAPS/AD) e a Instituição Padre Haroldo Rahm (IPHR). O CAPS/AD é uma instituição pública municipal que atende em caráter ambulatorial, dependentes de tabaco, álcool e substâncias químicas. O atendimento individual e ou em grupo é feito por uma equipe interdisciplinar (em torno de oito profissionais), composta de assistente social, enfermeira, psicólogas, terapeuta ocupacional, professor de educação física, psiquiatra e clínico geral. Os pacientes, de ambos os sexos, procuram espontaneamente o CAPS/AD, sozinhos ou acompanhados de familiares, podendo também ser encaminhados por entidades municipais ou Unidades de Saúde. Após entrevista de acolhimento, triagem e diagnóstico feito por um dos técnicos da equipe, é elaborado um projeto terapêutico por meio do qual a pessoa em cuidado usufruirá das ofertas no CAPS/AD, de forma intensiva, semi-intensiva ou não intensiva, dependendo do grau de dependência. Os pacientes são atendidos com atendimento em grupo e, havendo necessidade, é viabilizado também atendimento individual. Os familiares dos pacientes são contatados e convidados a participar dos grupos de famílias no CAPS/AD. Em muitos casos os familiares são os que primeiro procuram ajuda no CAPS/AD de forma independente, e seu familiar com dependência de substâncias pode inicialmente não aceitar tratamento. Os dois grupos de apoio à família do dependente ocorrem de forma regular, uma vez por semana, e na medida em que novos familiares chegam passam a integrar os grupos já existentes. O atendimento familiar é feito mesmo que o dependente nunca inicie ou interrompa o tratamento no CAPS/AD. O grupo de familiares de alcoolistas se reúne com uma psicóloga, às terças-

feiras, por 90 minutos. E o grupo de familiares de dependentes de drogas químicas, coordenado pela terapeuta ocupacional, também tem duração aproximada de 90 minutos e se encontra às quartas-feiras.

A IPHR não tem fins lucrativos, tem orientação religiosa, é situada em Campinas e oferece dentre vários programas, o de recuperação e reinserção social a residentes dependentes de álcool e outras drogas. A IPHR, doravante denominada apenas como PH, atende à demanda de Campinas e região, além de todo o território nacional. O programa não é gratuito, havendo um custo mensal à família durante o todo o tratamento. Oferece atendimento psicológico como parte integrante do tratamento aos residentes e seus respectivos familiares, além de englobar três grandes projetos: Espiritualidade, Laborterapia e Conscientização. O diagnóstico e acolhimento para início do tratamento são feitos na clínica, por psicólogos membros da equipe do setor de atendimento.

Participantes

O estudo utilizou três grupos de participantes, todos maiores de dezoito anos, ambos os sexos, que aceitaram colaborar voluntariamente. O primeiro, formado por 200 familiares ou acompanhantes (G1), sendo 153 do CAPS/AD e 47 do PH. O segundo, composto por 39 pacientes dependentes de substâncias psicoativas (álcool/química) em tratamento no CAPS/AD (G2) e o terceiro, por 9 componentes da equipe técnica do CAPS/AD (G3) que atendem os integrantes do G2 e que são aqui chamados de terapeutas. O G3 inclui psicólogos, enfermeiras, assistente social, terapeuta ocupacional e professor de educação física.

O G1 ficou constituído de 200 participantes, ambos os sexos e maiores de dezoito anos. Estes participantes, doravante denominados familiares ou G1, eram

cônjuges/companheiros, parentes próximos como: pais, filhos, tios, avós, primos ou mesmo uma pessoa amiga de um dependente de álcool ou drogas químicas. Dos 200 participantes, 153 (76,5%) eram parentes que estavam no CAPS/AD em busca de tratamento para seu familiar com dependência e 47 (23,5%) eram membros de famílias que estavam visitando seus familiares com dependência, internados para tratamento na PH. Do grupo CAPS, 40 participantes realizaram também o reteste.

Logo no primeiro contato com o parente, a pesquisadora indagava sobre o grau de familiaridade (muito bom, bom ou insuficiente) em relação ao dependente, para responder aos itens da OAS. Caso esta condição não fosse preenchida de forma satisfatória, o acompanhante não era considerado para integrar a amostra. Outro fator determinante para inclusão do acompanhante no estudo era a história clínica do dependente. Ao iniciar a entrevista para preenchimento da Ficha de dados Sócio Demográficos, a pesquisadora investigava através do *rapport* com o acompanhante sobre a possibilidade de demência, delírio ou transtorno de personalidade por parte do dependente. Como este era um dos critérios de exclusão, em caso positivo a OAS não era aplicada.

Em relação ao grupo de pacientes (G2) em tratamento no CAPS, ficou constituído de 39 pacientes, ambos os sexos e maiores de 18 anos, um a menos do que previsto inicialmente no estudo. O quadragésimo paciente se encontrava em tratamento no CAPS/AD, mas devido a recorrentes recaídas foi internado, às pressas, pela família, em uma clínica fora do estado de São Paulo, o que inviabilizou a aplicação da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS (Yoshida, 2000). Entre os critérios de inclusão no G2 previstos para o estudo estavam:

1. Estar freqüentando o CAPS/AD semanalmente para acompanhamento terapêutico, condição que possibilitou um contato próximo e de forma sistemática com pelo menos um dos terapeutas da instituição;
2. Ter sido avaliado, através da OAS por um familiar que tivesse procurado o CAPS/AD e fosse integrante do G1;
3. Ter recebido diagnóstico de dependência de substância, do psiquiatra, clínico geral ou membro da equipe técnica da instituição, de acordo com os critérios do CID-10 ou DSM-IV-R;
4. Não ter recebido diagnóstico de delírio ou demência, transtorno bipolar e esquizofrenia [como sugere Haviland (2002), pela dificuldade de interpretar os dados], ou com diagnóstico no eixo II do DSM-IV-R de transtorno da personalidade anti-social ou esquizóide (transtornos com algumas características em comum com a alexitimia).
5. Estar em abstinência de substância por pelo menos duas semanas.

Em relação aos critérios especificados acima, todos foram considerados para a inclusão no G2, exceto o último, tempo de abstinência. Este critério não pode ser atendido, em função dos limites temporais para a conclusão da pesquisa e do número insuficiente de pessoas que atendiam a este critério na instituição pesquisada. Como resultado, 46% dos participantes deste grupo eram pacientes que se encontravam no início do tratamento (até dois meses), período em que recaídas são previstas. Do total de pacientes que responderam a TAS, sete (17% do total) estavam em abstinência há menos de duas semanas, após uma recaída. Porém, não foram encontradas diferenças entre os pacientes com maior e menor tempo de abstinência [$t(37) = 0,846; p > 0,20$]. O

nível de significância adotado para se detectar a existência ou não de diferenças entre os grupos foi de 0,05.

O G3 foi formado por nove terapeutas, entre eles psicólogos, enfermeiras, assistente social, terapeuta ocupacional e professor de educação física. Estes eram profissionais que constituíam a equipe técnica da instituição e que faziam o acompanhamento de forma regular e sistemática dos pacientes em tratamento. A inclusão no G3 teve como um dos critérios o de ser responsável pelo acompanhamento de ao menos um paciente participante do G2, assim como conhecimento suficiente do paciente para poder avaliá-lo através da OAS. As características sócio demográficas dos participantes do G1, G2 e G3 encontram-se descritas nas Tabelas 1, 2, 3 e 4. Para comparação das proporções foi utilizado o Teste Qui-quadrado sendo que, quando necessário e adequado, as categorias foram agrupadas para que o teste fosse realizado. O teste *t* de *Student* foi aplicado na comparação de variáveis contínuas. O nível de significância adotado para se detectar a existência ou não de diferenças entre os grupos foi de 0,05.

Tabela 1. Características Sócio-Demográficas do Grupo de Familiares (G1) (N=200)

Variáveis/Grupos	Agrupamento	PH		CAPS		Total	
		F	f%	F	f%	F	f%
Idade							
18 a 19 anos	1	3	6,38			3	1,50
20 a 39 anos	1	5	10,64	45	29,41	50	25,00
40 a 59 anos	2	30	63,83	79	51,63	109	54,50
60 a 79 anos	3	9	19,15	28	18,30	37	18,50
≥80 anos	3			1	0,65	1	0,50
Sexo							
Feminino	1	36	76,60	140	91,50	176	88,00
Masculino	2	11	23,40	13	8,50	24	12,00
Estado Civil							
Solteiro	*	4	8,51	19	12,42	23	11,50
Casado		28	59,57	98	64,05	126	63,00
Desquitado/Divorciado		11	23,40	21	13,73	32	16,00
Viúvo		4	8,51	15	9,80	19	9,50
Grau de escolaridade							
Analfabetos	*	1	2,13	11	7,19	12	6,00
1º grau incompleto		10	21,28	70	45,75	80	40,00
1º grau completo		1	2,13	26	16,99	27	13,50
2º grau incompleto		8	17,02	7	4,58	15	7,50
2º grau completo		9	19,15	27	17,65	36	18,00
Superior incompleto				6	3,92	6	3,00
Superior completo		18	38,30	6	3,92	24	12,00
Trabalho atual							
Desempregado	*			6	3,92	6	3,00
Aposentado	*	1	2,13	9	5,88	10	5,00
Do lar/doméstica/serviços gerais		10	21,28	64	41,83	74	37,00
Prestação de serviços		6	12,77	30	19,61	36	18,00
Comércio		8	17,02	27	17,65	35	17,50
Indústria/Construção	*	2	4,26	5	3,27	7	3,50
Outros		20	42,55	12	7,84	32	16,00
Relação com paciente							
Filho(a)		28	59,57	49	32,03	77	38,50
Esposo/companheiro(a)	*	3	6,38	54	35,29	57	28,50
Pai/Mãe	*			9	5,88	9	4,50
Irmão/irmã		11	23,40	29	18,95	40	20,00
Amigo		5	10,64	12	7,84	17	8,50
Total de familiares		47	23,50	153	76,50	200	100

*F insuficiente para o cálculo do Qui-quadrado.

Em relação aos participantes do grupo de familiares e acompanhantes (G1) (Tabela 1), a distribuição por idade variou entre 18 e 82 anos, sendo que as duas instituições P.H. ($M = 48,40$; $DP = 12,40$; $Md = 50$, $Mo = 66$) e CAPS ($M = 47,07$; $DP = 12,84$; $Md = 47$; $Mo = 50$) são semelhantes [$t(198) = 0,626$; $p > 0,51$] quanto às medidas de tendência central. No CAPS, 51,63% tinham entre 40 e 59 anos, enquanto no PH esta proporção era apenas um pouco maior (63,83%). Considerando as faixas etárias apresentadas na Tabela 1, também se observa que não existe diferença significativa de idades entre as duas instituições [$\chi^2(2, N = 200) = 3,060$; $p = 0,216$].

A distribuição por gênero no G1, no geral, foi bastante desequilibrada, 88% sendo mulheres e apenas 12% homens. Esta diferença significativa entre homens e mulheres pode ser observada nas duas instituições [$\chi^2(1, N = 200) = 6,219$; $p = 0,012$], sendo que no CAPS a proporção de mulheres (91,5%) foi bem maior que a de homens (8,5%). Na instituição PH, a diferença entre homens (23,4%) e mulheres (76,6%) é um pouco menor, porém ainda permanece a maior proporção para o sexo feminino, sendo significativa [$\chi^2(1, N = 47) = 12,255$; $p < 0,001$]. O desequilíbrio se deu porque são predominantemente as mulheres (mães, companheiras, irmãs, familiares e conhecidos do sexo feminino) as que buscam ajuda ou acompanham o tratamento do dependente de substância em instituições ambulatoriais. Na instituição PH, onde o tratamento para dependência se dá através de internação do paciente, a coleta de dados ocorreu no dia em que é permitida a visita da família, o que possibilitou uma maior participação de homens (pais, companheiros e irmãos). Porém, também nesta instituição, observa-se desequilíbrio de gênero, evidenciando a maior participação das mulheres no acompanhamento do tratamento para dependência.

Quanto à escolaridade, observa-se uma diferença acentuada [$t(198) = 5,632$; $p < 0,001$] entre as duas instituições pesquisadas. Na instituição PH a média em anos de

educação ($M = 10,55$; $DP = 4,53$; $min = 0$; $max = 17$) é cerca de três anos superior à do CAPS ($M = 6,70$; $DP = 3,96$, $min = 0$; $max = 15$), sendo que nesta última, 62,74% dos participantes têm entre 1º grau completo ou incompleto, contra 23,41% no PH. Entre analfabetos e aqueles com 1º grau incompleto, observa-se no grupo CAPS uma proporção de mais de metade da amostra (52,94%) sendo bem maior que a do PH (23,41%). Em relação ao nível superior, observa-se que em termos de frequência, há certa equivalência entre as amostras, porém em proporção, enquanto 38,3% dos que compõem a amostra do PH têm o grau superior completo, menos de 8% da amostra que representa o CAPS têm nível superior incompleto ou completo. Estes dados refletem amostras distintas compondo o G1 nas duas instituições, sendo os que buscam recursos no CAPS predominantemente de baixa escolaridade e possivelmente de baixa renda.

Quanto à condição laboral, o grupo do CAPS tem nível sócio-econômico mais baixo, sendo constituído em sua maioria (51,63%) de pessoas desempregadas, aposentadas, que fazem serviços de casa ou serviços gerais (chamados “bico”). Este mesmo grupo no PH representa apenas 23,54% da amostra, sendo que ninguém está desempregado.

Ainda em relação ao G1, (CAPS e PH, respectivamente), os participantes eram basicamente progenitores (32,03%; 59,57%), companheiros (35,29%; 6,38%) ou irmãos (18,95%, 23,40%) dos dependentes de substância, compondo a maior parte da amostra (86,27%; 89,36%). O fato da coleta de dados no PH ter ocorrido em dia de visita familiar parece ter contribuído para a maior proporção de progenitores nesta instituição. A menor proporção de companheiros, no PH se deve ao fato de que os dependentes internados eram, na maioria, solteiros.

Em relação ao grupo de dependentes (G2), composto de 39 participantes em tratamento no CAPS, a Tabela 2 indica, entre outros, a distribuição por idade dos

participantes. Nota-se uma variação entre 20 e 65 anos, sendo a média 40,82 ($Mo = 44$; $Md = 41$) e desvio padrão 11,49. A porcentagem de homens (85,62%) na amostra ficou entre cinco e seis vezes maior do que a das mulheres (15,38%).

Tabela 2. Características Sócio-Demográficas do Grupo de Pacientes (G2) (N=39)

Variáveis/grupos	Agrupamento	F	f%
Idade			
20 a 39 anos		17	43,59
40 a 59 anos		19	48,72
60 a 79 anos	*	3	7,69
Sexo			
Feminino	1	6	15,38
Masculino	2	33	84,62
Estado Civil			
Solteiro	1	8	20,51
Casado	2	13	33,33
Desquitado/Divorciado	3	17	43,59
Viúvo	3	1	2,56
Número de filhos			
Nenhum	1	10	25,64
1 a 2 filhos	2	20	51,28
3 a 4 filhos	3	7	17,95
≥5 filhos	3	2	5,13
Grau de escolaridade			
Analfabetos	*	4	10,26
1º grau incompleto		16	41,03
1º grau completo		3	7,69
2º grau incompleto		6	15,38
2º grau completo		8	20,51
Superior completo		2	5,13
Trabalho atual			
Desempregado		29	74,36
Aposentado	*	3	7,69
Do lar/ doméstica/ serviços gerais	*	2	5,13
Comércio	*	2	5,13
Outros	*	3	7,69
Residência			
Só	*	4	10,26
Família nuclear		35	89,74
Tipo de dependência			
Bebida Alcoólica	1	26	66,67
Substância Química	2	13	33,33
Tempo de dependência			
Até 5 anos	1	5	12,82
5 a 9 anos	2	9	23,08
10 a 19 anos	3	16	41,03
≥20 anos	4	9	23,08
Tempo do tratamento			
Até 2 meses	1	18	46,15
>2 meses até 6 meses	2	9	23,08
>6 meses	3	12	30,77
Semanas em abstinência			
Até 1 semana	*	7	17,95
>1 semana		32	82,05
Total de pacientes		39	100

*F insuficiente para o cálculo do Qui-quadrado.

Em relação à condição laboral, na maioria são desempregados (74,36%), sendo que se a este grupo se somam os aposentados ou que fazem serviços em casa ou serviços gerais (chamados “bicos”), esta proporção sobe para 87,18% da amostra. Os demais (12,82%) exercem funções como comércio, arte, atividades sociais e funcionalismo público. Os dados sobre a ocupação dos participantes do G2, portanto indicam que o grupo é de baixa renda, sendo que grande parte deles recebe “auxílio doença” por estar incapacitado para o trabalho.

O grau de escolaridade da amostra é baixo, tendo em média 6,82 anos de estudo ($DP = 4,12$). Da amostra, 48,72% têm no máximo o 1º grau, sendo que o grupo que compreende os analfabetos e com 1º grau incompleto representa 51,29% do total. Os dados sobre o segundo grau indicam que apenas 20,5% da amostra concluíram o 3º ano do segundo grau e apenas dois participantes (5,13%) têm ensino superior.

Há predominância dos desquitados ou divorciados (43,59%), seguidos pelos casados (33,33%), mas quando agrupadas as categorias para estado civil (Tabela 2), nota-se que não existe diferença significativa entre elas [$\chi^2(2, N = 39) = 3,846; p = 0,146$]. De toda a amostra, 89,74% residem com a família nuclear (companheiros, pais ou irmãos) e apenas a minoria não tem filhos. Porém, de acordo com as categorias indicadas na Tabela 2, não se observa diferença significativa entre os participantes quanto ao número de filhos [$\chi^2(2, N = 39) = 5,692; p = 0,058$].

Quanto ao tempo de tratamento, observa-se que 53,85% dos pacientes se encontram em tratamento por um período entre mais de dois meses e mais de 6 meses, porém, não se observa diferença significativa entre os agrupamentos por tempo de tratamento [$\chi^2(2, N = 39) = 3,230; p = 0,198$]. Entretanto, deve-se ressaltar que durante o tratamento o paciente sofre recaídas, podendo interromper o tratamento por algumas semanas ou até meses. Este fato contribuiu para que o processo de coleta de dados do

estudo fosse mais demorado que o previsto inicialmente, pois muitos após uma recaída abandonavam o tratamento. O tempo de abstinência varia entre 1 e 72 semanas ($M = 12$ semanas; $DP = 19,22$), porém metade da amostra encontrava-se em abstinência há no máximo 5 semanas, na época da coleta de dados.

As dificuldades em relação ao tratamento também incluem o tempo de dependência. Os participantes são em sua maioria dependentes crônicos e iniciaram o uso de substância na adolescência e juventude. E a maioria (64%) tem entre mais de dez e mais vinte anos de dependência, sendo que apenas 12,82% são dependentes há menos de 5 anos. Porém, quando consideradas as várias categorias indicativas do tempo de tratamento (Tabela 2), nota-se que não existe diferença significativa entre elas [$\chi^2(3, N = 39) = 6,494; p = 0,089$].

A relação entre o sexo dos pacientes e o tipo de dependência esta indicada na Tabela 3. Para o álcool a relação foi de 4 homens para cada mulher e no caso das drogas o desequilíbrio foi bem maior, 12:1. Estas são diferenças bastante superiores às encontradas no II Levantamento sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Carlini & cols., 2007) que aponta para uma relação de 3 homens para cada mulher na dependência de álcool, 2:1 em relação à dependência de maconha e até 5:1 em relação ao uso na vida de cocaína. Isto pode ser devido a um dos critérios de inclusão no G2 que era o de estar em tratamento de forma regular na instituição e ter pelo menos um familiar no G1. Entre as mulheres que estavam em tratamento, na época da coleta de dados, apenas as seis que fazem parte do G2 tinham familiares freqüentando a instituição como acompanhantes ou em grupos de famílias. Este dado pode refletir duas possibilidades, uma certa independência das mulheres ou menor suporte familiar frente a casos de dependência de drogas. Entretanto para a comparação das amostras masculinas e femininas, outros estudos como por exemplo, nos estudos de Yoshida

(2000, 2007) envolvendo sintomas psicopatológicos com população de hospital geral e com estudantes universitários não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres.

Tabela 3. Número de Pacientes Quanto ao Tipo de Dependência e Gênero

Tipo de dependência	Mulher		Homem		Total	
	F	f%	F	f%	F	f%
Alcoólica	5	19,23	21	80,77	26	66,67
Química	1	7,69	12	92,31	13	33,33
Total de pacientes	6	15,38	33	84,62	39	100

Em relação ao tipo de substância (álcool e química) não se pode afirmar que haja diferença significativa na amostra de pacientes [$\chi^2(1, N = 39) = 3,692; p = 0,054$]. Quanto às mulheres, das seis que compuseram a amostra, apenas uma tem dependência química. Em relação ao sexo masculino, dos 33 participantes 21 (63,63%) são dependentes de álcool, sendo os dependentes químicos (36,36%) em proporção bem menor, mas essa diferença não chega a ser significativa [$\chi^2(1, N = 33) = 1,939; p = 0,163$]. Os dados de certo modo corroboram aqueles observados na população de um modo geral, como indicado anteriormente nos Levantamentos I (Carlini & cols., 2002) e II (Noto & cols., 2005), onde a maior proporção é de dependência de álcool. Entre os dependentes químicos, todos têm diagnóstico primário de dependência química.

Quanto ao grupo de nove terapeutas (G3), a Tabela 4 indica a distribuição por idade com variação entre 24 e 69 anos, sendo a média 42,33 ($DP = 12,9$). Nota-se desequilíbrio em termos de gênero, com apenas dois homens compondo a amostra.

Tabela 4. Características Sócio-Demográficas do Grupo de Terapeutas (G3) (N=9)

Variáveis/grupos	F	f%
Idade		
20 a 39 anos	4	44,44
40 a 59 anos	4	44,44
60 a 79 anos	1	11,11
Sexo		
Feminino	7	77,78
Masculino	2	22,22
Profissão		
Prof. Edu Física	1	11,11
Psicólogo	4	44,44
Enfermeiro	2	22,22
Assistente Social	1	11,11
Terapeuta Ocupacional	1	11,11
Maior titulação		
Graduação	5	55,56
Especialização	2	22,22
Mestrado	2	22,22
Tempo trabalho no CAPS		
1 ano	2	22,22
2 anos	1	11,11
3 anos	2	22,22
4 anos	1	11,11
≥ 5 anos	3	33,33
Tempo trabalho na Área Clínica		
1 ano	1	11,11
≥ 5 anos	8	88,89
Tempo trabalho com Álcool e Drogas		
1 ano	2	22,22
4 anos	1	11,11
≥5 anos	6	66,67
Total de terapeutas	9	100

Em relação ao tempo de experiência na área clínica, assim como no trabalho com dependência de substância, observa-se que os terapeutas são experientes, sendo que a maioria tem mais de 5 anos de experiência clínica e todos entre 1 e 6 anos de experiência com dependentes químicos. Quanto ao trabalho no CAPS, os dados mostram que em sua maioria os terapeutas estão atuando juntos há mais de três anos, sendo que dois integrantes do grupo trabalham no CAPS há dez anos, enquanto o que atua na equipe por menos tempo, já está na sua função há um ano. O grupo é composto em sua maioria de psicólogos (quatro), duas enfermeiras, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e um professor de educação física.

Os atendimentos terapêuticos são em grupo (em média 15 pacientes), uma vez por semana durante 90 minutos, mas havendo necessidade, sessões individuais são disponibilizadas ao longo do tratamento. O trabalho do professor de educação física normalmente se dá fora da instituição, através de caminhadas e exercícios de relaxamento em áreas como praças ou parques próximos à instituição. As enfermeiras não trabalham com grupos, mas sim no acompanhamento individual de pacientes no início do tratamento (acolhimento). A terapeuta ocupacional promove sessões onde são confeccionados objetos de cerâmica, sabonetes, entre outros, além de encontros terapêuticos, em grupo, onde os pacientes têm possibilidade de verbalizar e trocar experiências com outros companheiros. As psicólogas promovem encontros semanais de 90 minutos com grupos de pacientes e o psicólogo (voluntário há cinco anos na instituição) presta apenas atendimento individual a um número reduzido de pacientes. É importante ressaltar que os grupos são bastante numerosos, chegando em algumas ocasiões a 20 pacientes.

Instrumentos

Observer Alexithymia Scale – OAS (Haviland & cols., 2000), ou Escala de Alexitimia para o Observador (OAS), em sua versão traduzida para o português (Anexo B), é uma escala com 33 itens (mínimo 0 e máximo 99 pontos) que deve ser completada por um observador que conhece bem a pessoa que está sendo avaliada. A estrutura da versão em inglês tem cinco fatores: (F1) Distanciamento (*distant*), (F2) Sem *insight* (*uninsightful*), (F3) Somatização (*somatizing*), (F4) Sem graça (*humorless*) e (F5) Rigidez (*rigid*). Para facilitar a compreensão, foi criado um procedimento de instrução para preenchimento da escala (Anexo C) e este deverá ser usado com os participantes, imediatamente antes da aplicação da escala OAS.

Toronto Alexithymia Scale – TAS (Taylor & cols., 1985). Nesta pesquisa empregou-se a versão em português de três fatores (TAS-22), resultante de pesquisa de adaptação e validade para população clínica (Yoshida, 2007), com características sócio-demográficas mais próximas da amostra de dependentes de substâncias. A escala é de auto-relato, respostas do tipo Likert (1 a 5 pontos), têm 22 itens sendo que o escore mínimo é de 22 pontos e máximo de 110 pontos. Para a população clínica brasileira, a solução de três fatores mostrou-se mais satisfatória (Yoshida, 2007). São eles: Fator 1 “habilidade para identificar sentimentos e distingui-los de sensações físicas”, Fator 2 “sonhar acordado” – os itens deste fator estão relacionados “a um estilo de pensamento concreto, baseado na realidade, destituído de imaginação e fantasia, característico do chamado pensamento operatório” e Fator 3 “pensamento orientado ao exterior”, “constitui uma medida da habilidade de expressão de afetos e fantasias”. Verificou-se na população clínica, para a TAS-26 com os quatro fatores, uma consistência interna satisfatória ($\alpha = 0,72$), assim como estabilidade temporal de dez dias ($r_s = 0,72$). Vale

destacar que ambos os valores estão muito próximos dos encontrados na amostra de universitários em que o alfa para a amostra geral foi 0,71 e o coeficiente de *Spearman* foi 0,72 (Yoshida, 2000).

Procedimento

Os procedimentos foram divididos em duas etapas, uma dedicada à adaptação da escala para o português (Etapa 1) e outra, referente à coleta de dados propriamente dita, denominada apenas de Etapa 2.

Etapa 1

Inicialmente a pesquisadora obteve a aprovação do autor da versão original em inglês, da Escala de Alexitimia para o Observador (OAS), Dr. M. G. Haviland (Anexo D) para sua utilização no estudo em português. Em seguida a OAS foi traduzida para o português, pela psicóloga responsável pelo estudo, que é fluente em inglês. A versão em português foi submetida à *back translation* por uma psicóloga experiente, também fluente em inglês e com pós-graduação (Ph.D. e *Post-Doctoral degree*) nos Estados Unidos. A versão traduzida para o inglês foi enviada ao Dr. Haviland e após sua análise e sugestões, pequenas adaptações semânticas foram incorporadas, chegando-se assim à versão em português, utilizada na pesquisa.

Após aprovação do presente estudo pela equipe de profissionais do Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD), o projeto e o Termo de Consentimento foram enviados à Secretaria Municipal da Saúde de Campinas para aprovação (Anexo E). Em seguida, o projeto foi avaliado pela banca do Exame de

Qualificação e encaminhado (Anexo F) para aprovação pelo Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas (Anexo G).

Finalmente, foi efetuado um breve estudo para adequação da linguagem da OAS, com cinco familiares com nível educacional diferente (um com segundo grau incompleto e o restante com ensino fundamental incompleto) que estavam participando dos grupos de famílias no CAPS/AD. Foram anotadas as sugestões para melhorar a compreensão de alguns itens e as modificações para a adequação semântica foram incorporadas à versão da OAS, em português. Os familiares que participaram do estudo de adequação da linguagem não voltaram a compor nenhuma outra amostra do estudo.

Etapa 2

A coleta de dados durou oito meses, entre outubro de 2006 e junho de 2007, porém o tempo inicialmente previsto era de quatro meses. Após os primeiros meses de coleta de dados (outubro de 2006 a fevereiro de 2007) verificou-se que o G1 estava constituído por apenas 30 por cento do total previsto para o estudo. Isto se deu, em parte, devido ao fato de que normalmente, nos meses entre final e começo de ano há uma queda na procura por tratamento de dependência de substância e férias dos terapeutas que conduzem os grupos de famílias. A preocupação com o tempo necessário para a conclusão do estudo levou à busca no PH para a complementação da amostra. Para isto foi obtida a autorização para a coleta de dados no PH (Anexo H) e subsequente aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo I).

Para a coleta de dados todos os participantes dos grupos G1 e G2 receberam individualmente da psicóloga responsável, em linguagem simples e acessível, as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos J e K,

respectivamente). Foram lidas as instruções referentes aos objetivos da pesquisa, participação voluntária com possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalização, uso dos dados exclusivamente para fins de pesquisa, garantia de que o nome do participante seria mantido em sigilo e assegurado a confidencialidade. Após concordarem em participar da pesquisa e esclarecidas quaisquer dúvidas, foram solicitados a assinar os referidos Termos de Consentimento e a psicóloga deu prosseguimento à coleta de dados com a aplicação dos instrumentos designados a cada participante como segue:

Grupo de familiares (G1) – Antes da coleta de dados a psicóloga verificou a familiaridade do participante com o dependente de substância e após, as características sócio-demográficas foram individualmente anotadas, conforme Ficha de Dados Sócio-Demográficos do G1 (Anexo L). Em seguida a psicóloga deu as instruções para o preenchimento da OAS referente ao parente com dependência de substância e as dúvidas foram esclarecidas. O participante foi informado de que deveria pensar no seu parente com dependência de substância enquanto respondesse aos itens, de forma que cada item melhor caracterizasse o dependente. A aplicação da OAS procedeu então de forma individual, estando o familiar na presença apenas da pesquisadora, em local reservado para assegurar sua privacidade e ausência de constrangimento. Devido ao baixo grau de escolaridade da maioria dos participantes do G1, a pesquisadora optou, como critério para aplicação da OAS, por ler os itens aos participantes, limitando-se a uma leitura pausada dos mesmos.

O grupo de 47 participantes provenientes do PH que fez parte do G1 foi contatado na própria instituição em dois domingos entre maio e junho, durante a visita mensal aos familiares com dependência internados no PH, para tratamento. O

procedimento para coleta de dados no PH foi o mesmo do CAPS/AD, inclusive a leitura dos itens e a condição de privacidade. A pesquisadora procedeu à leitura dos itens apesar do grau de escolaridade deste grupo ser, em média, superior ao dos participantes do CAPS/AD, para assegurar continuidade e evitar diferenças entre os grupos devido a mudanças no procedimento.

Teste-reteste

Para o estudo de precisão da OAS, entre sete e 14 dias após completar a OAS, um subgrupo de 40 participantes do G1 (CAPS/AD) foi solicitado a re-avaliar seu parente com dependência. Um fator de inclusão do participante neste subgrupo foi o de que o parente com dependência estivesse em tratamento no CAPS/AD, recebendo acompanhamento semanal por pelo menos um dos terapeutas da equipe técnica. Cada um dos 40 participantes respondeu à OAS, individualmente, em local reservado e apenas na companhia da pesquisadora. O procedimento foi semelhante ao da aplicação inicial da OAS. A leitura dos itens da OAS foi feita pela pesquisadora, como na aplicação inicial.

Grupo de pacientes (G2) – Ao iniciar as entrevistas individuais, de forma privada, com os 39 pacientes, a psicóloga avaliava, por meio de uma conversa para estabelecimento de *rapport*, se o participante demonstrava ter condições para participar da pesquisa (indagando sobre dia da semana, mês do ano em que se encontravam, se havia usado alguma substância recentemente e quando havia sido a última vez, entre outras), assegurando-se do estado de abstinência e a capacidade de compreender as instruções dadas. Os dados sócio-demográficos dos pacientes foram individualmente coletados, conforme Ficha de Dados Sócio-Demográficos do Paciente (Anexo M). Em

seguida, a aplicação da TAS-22 foi feita, após serem fornecidas as instruções para seu preenchimento. Assim como na aplicação da OAS, devido ao baixo grau de escolaridade da maioria dos participantes do G2, a leitura dos itens foi feita pela pesquisadora, limitando-se a uma leitura pausada dos mesmos.

Dos 40 participantes, inicialmente previstos para fazer parte deste grupo, um não chegou a participar, pois apesar de estar em tratamento no CAPS/AD, como previsto no estudo, o paciente teve recorrentes recaídas o que motivou a família a interná-lo, às pressas, em uma clínica fora do estado de São Paulo, impossibilitando ser avaliado através da TAS.

Teste-reteste

Para o estudo de precisão da TAS-22, entre sete e 14 dias após a primeira avaliação, a pesquisadora reaplicou a TAS em 22 dos pacientes já avaliados, procedendo da mesma forma que na primeira avaliação. A leitura dos itens da TAS foi feita pela pesquisadora, como na aplicação inicial.

Grupo de profissionais (G3) – Inicialmente os nove terapeutas foram informados sobre o conteúdo do Termo de Consentimento (Anexo N) e concordaram em participar do estudo. Em seguida, cada um deles preencheu a Ficha de Dados Sócio-Demográficos do Profissional (Anexo O) e recebeu da pesquisadora instruções individuais, para o preenchimento da OAS. Ao terapeuta foi solicitado pensar no paciente ao responder a OAS, de forma que sua resposta a cada item melhor caracterizasse o paciente. Para evitar a tendência de repetir a mesma resposta a vários pacientes, o pesquisador solicitou um intervalo de aproximadamente trinta minutos entre o preenchimento das OAS referentes a pacientes diferentes. Os terapeutas responderam a OAS, referente a

seus pacientes no G2, em datas não pré-estipuladas, de forma independente, sem a presença da pesquisadora, sendo que ao final indicavam a data da avaliação. As escalas respondidas eram então devolvidas à pesquisadora.

Antes de solicitar ao terapeuta que respondesse à OAS, a pesquisadora assegurou-se de que o profissional tinha conhecimento suficiente do paciente, para avaliá-lo. Cada profissional foi solicitado a avaliar pelo menos um paciente, participante do G2, mas cada paciente do grupo só era avaliado por um dos terapeutas. Como cada paciente em tratamento era atendido por mais de um profissional da equipe, a decisão quanto a qual terapeuta deveria avaliar qual paciente foi tomada com base no conhecimento do terapeuta em relação ao paciente. Ou seja, o terapeuta que melhor conhecimento tinha do paciente era considerado o mais indicado para avaliá-lo. Em função disto alguns terapeutas avaliaram poucos pacientes (mínimo 1) enquanto outros avaliaram um número maior (máximo 8).

Teste-reteste

Para o estudo de precisão da OAS, entre sete e 14 dias após a primeira avaliação dos participantes do G2, os terapeutas foram solicitados a avaliar novamente 20 dos pacientes do G2. Estes mesmos pacientes foram também re-avaliados por seus familiares no G1, como já explicado acima. O procedimento para o reteste foi semelhante ao da primeira avaliação, sendo que cada um dos 20 pacientes foi reavaliado pelo mesmo terapeuta que o havia avaliado inicialmente.

RESULTADOS

A primeira etapa da pesquisa de adaptação da Escala de Alexitimia para o Observador- OAS para população brasileira de dependentes de substâncias psicoativas, envolveu estudo das características demográficas da amostra constituída pelos 200 familiares (CAPS e PH) que avaliaram os dependentes de substâncias. O teste *t* de *Student* foi aplicado na comparação de variáveis contínuas. O nível de significância adotado para se detectar a existência ou não de diferenças entre os grupos foi de 0,05. Para a escala OAS com todos os 33 itens foi estimada a consistência interna, precisão por teste e reteste, precisão entre avaliadores (familiares e terapeutas) e validade de construto. Esta última, realizada por meio de estudo da estrutura fatorial levou à proposta de uma versão reduzida, em português, da escala para a população estudada. Passou-se então, para a segunda fase da pesquisa, que consistiu no estudo das propriedades psicométricas da nova versão da escala. Foram então reavaliadas a consistência interna, fidedignidade e realizados dois estudos de validade: validade convergente e validade de critério. A validade convergente foi estimada entre a versão reduzida da OAS (familiares CAPS/terapeutas) e a TAS-22 (Yoshida, 2007) aplicada nos pacientes em tratamento no CAPS. Para o estudo de validade de critério, os resultados da OAS, avaliada pelos familiares (G1), foram comparados a duas medidas de critério: dependência a álcool e dependência química. Sempre que pertinente, foram feitas comparações com as evidências das qualidades psicométricas da versão original da OAS.

Características Demográficas da Amostra

Considerando-se que a OAS é instrumento de avaliação feito para alguém que conhece o dependente, os resultados podem ser muito influenciados por características do próprio avaliador que funcionam como fonte de variância, comprometendo com isto a precisão dos julgamentos (Anastasi & Urbina, 2000). Por esta razão buscou-se investigar se algumas características dos avaliadores do G1 podem ter influenciado na avaliação feita e por conseqüência induzido um viés nos resultados.

Conforme indicado no tópico Participantes, a análise das variáveis sócio-demográficas do G1 sugeriram que a amostra do CAPS era semelhante à do PH quanto à idade média dos participantes; ao fato deles serem predominantemente progenitores ou companheiros dos dependentes de substâncias assistidos na instituição; e quanto ao fato de haver predomínio de mulheres. Estas duas amostras diferiam de forma significativa, quanto ao nível de escolaridade ($p < 0,001$) (em média 3 anos superior no PH) e também na condição laboral, relativamente melhor entre os participantes do PH. Como a condição laboral reflete, de certa forma, o nível educacional, optou-se por investigar se haveria relação entre o nível educacional dos participantes e a avaliação da alexitimia. Além disto, como nas duas amostras havia um predomínio de mulheres, investigou-se se o gênero dos avaliadores poderia ter influência nas avaliações realizadas. Em relação ao G3, constituído por terapeutas, estas análises não foram realizadas, devido ao fato de todos terem o mesmo nível educacional (universitário completo) e também por haver apenas dois terapeutas do sexo masculino.

Inicialmente, foram consideradas as respostas à OAS com todos os 33 itens, dadas pelos participantes do G1 ($n = 200$), segundo o grau de escolaridade dos respondentes (Tabela 5). Estimou-se se haveria diferença entre os escores médios dos participantes do CAPS e do PH, calculando-se os testes t para amostras independentes

para cada um dos níveis de escolaridade. Devido ao fato de haver uma grande desproporção entre o número de familiares com no máximo o 1º grau nas duas instituições CAPS ($n = 96$) e PH ($n = 11$) e no máximo o 2º grau nas instituições CAPS ($n = 34$) e PH ($n = 17$), sorteou-se, com o auxílio da tábua dos números equiprováveis, um número de familiares do CAPS semelhante ao do PH. Apenas para os familiares com nível superior nas duas instituições não se procedeu à modificação no tamanho da amostra, uma vez que não havia desproporção entre os tamanhos, nas duas instituições. Desta forma, o teste t para amostras independentes foi realizado para grupos com o mesmo tamanho nas duas instituições, segundo o nível de educação. Esta estratégia teve como finalidade eliminar a possibilidade de viés dos resultados do teste t , pela diferença do tamanho das amostras, o que tem efeito sobre o tamanho das variâncias.

O teste t para os 11 participantes com no máximo o 1º grau indicou diferença significativa entre os escores médios das duas amostras [$t(20) = 2,434$; $p = 0,024$]. A diferença também foi observada entre os 17 participantes com no máximo 2º grau nas duas instituições [$t(32) = 2,972$; $p = 0,006$]. O mesmo se observou em relação àqueles com 3º grau, sendo as diferenças significantes [$t(28) = 2,408$; $p = 0,023$]. Os resultados apontam, portanto, que os familiares do CAPS tenderam a considerar os dependentes mais alexitímicos do que os familiares do PH, independentemente da escolaridade que tinham.

Tabela 5. Estatísticas Descritivas da Escala OAS (G1), Segundo o Grau de Escolaridade e Instituição

Grau de escolaridade	PH			CAPS		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1º Grau (incompleto ou completo)	11	35,73	9,76	11	48,55	14,49
2º Grau (incompleto ou completo)	17	36,47	10,75	17	49,35	14,27
3º Grau (incompleto ou completo)	18	29,83	10,02	12	38,83	10,03

Quando foram comparadas as avaliações entre familiares de gêneros diferentes em cada uma das instituições (Tabela 6), não foram observadas diferenças significantes no PH [$t(45) = 0,423$; $p = 0,674$] ou CAPS [$t(47) = 1,61$; $p = 0,113$]. Isto é, numa mesma instituição, os familiares do gênero feminino tenderam a avaliar o dependente de forma semelhante aos familiares do sexo masculino. Porém, quando se comparou as avaliações dos familiares das duas instituições em função do gênero, encontrou-se diferenças entre a forma como as mulheres [$t(70) = 5,908$; $p < 0,001$] avaliaram os dependentes, assim como os homens [$t(22) = 2,114$; $p = 0,046$]. Sendo que mulheres e homens no CAPS avaliaram seus dependentes como mais alexitímicos que aqueles internados para tratamento no PH.

Tabela 6. Estatísticas Descritivas da Escala OAS (G1), Segundo o Gênero

Sexo	PH			CAPS		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Feminino (G1)	36	34,17	10,30	36	50,11	12,49
Masculino (G1)	11	32,64	11,18	13	43,46	13,49

A indicação de que os participantes do CAPS, independentemente da escolaridade e gênero, tenderam a avaliar os dependentes como mais alexitímicos do que os participantes do PH, levou a que se fizessem estudos da precisão da OAS para

amostra como um todo e também para cada um destes grupos em separado, de forma a se verificar se estas diferenças poderiam comprometer os resultados.

Consistência Interna

Com base nos escores dos 200 participantes do G1 foram obtidos os escores médios, desvios padrão e coeficientes alfa da OAS total, para a amostra total e segundo as instituições (Tabela 7). Conforme o esperado, os valores médios do total foram superiores para os participantes do CAPS quando comparados aos do PH.

Quanto à consistência interna da OAS (Tabela 7) nas duas amostras, é interessante notar que os participantes do PH, que detêm um nível mais elevado de escolaridade quando comparados aos do CAPS, apresentaram consistência interna total um pouco inferior que os participantes do CAPS. Porém, pode-se dizer que os coeficientes obtidos segundo a avaliação dos familiares de dependentes de substância nas duas instituições são satisfatórios. Ainda de acordo com a Tabela 7, observa-se que os escores médios e alfas, da amostra total, ficaram alinhados com os da amostra do CAPS, muito provavelmente pelo maior contingente de participantes daquela instituição. Quando comparados à consistência interna da versão original ($\alpha = 0,90$), obtida em dois estudos com populações clínicas mais heterogêneas (Haviland & cols., 2001; 2002), nota-se que os resultados obtidos no presente estudo são inferiores.

Como explicado anteriormente, os estudos de validade de construto, normalmente requerem técnicas de análise fatorial e a literatura sugere um mínimo de 200 participantes quando estas técnicas forem empregadas, ou uma relação entre 5 e 10 sujeitos para cada item do instrumento (Pasquali, 1999). Sem estas condições asseguradas, os resultados dos estudos podem ser questionados assim como as afirmações a respeito da dimensionalidade do construto avaliado. No caso da OAS com

33 itens, a relação de 5 sujeitos para cada item resultaria em 165 sujeitos como um mínimo recomendável como aceitável. No presente estudo, a dificuldade em compor a amostra de 200 familiares de dependentes se deu devido a uma característica intrínseca do tratamento ambulatorial para a dependência de substância, que é a baixa adesão ao tratamento. Após três meses do início da pesquisa, tempo previsto para toda a coleta de dados, apenas 33% dos participantes da amostra haviam sido entrevistados, e após seis meses, o número de entrevistados era de apenas 60% do total necessário. Foi portanto, imprescindível a extensão da pesquisa a uma outra instituição, o que possibilitou que ao final de 8 meses a coleta de dados fosse concluída.

Considerando pois, como indicado na Tabela 7, que a amostra total reflete de forma fiel as medidas do CAPS ($n = 153$) e que os resultados obtidos a partir da amostra do PH ($n = 47$) demonstraram um coeficiente de consistência satisfatório ($\alpha = 0,77$), os estudos de precisão e validade da OAS foram realizados com base apenas nos dados da amostra geral.

Tabela 7. Estatísticas Descritivas da Escala OAS, Segundo as Instituições Avaliadas

Instituição	Nº de participantes	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
PH	47	37,34	10,69	0,77
CAPS	153	51,63	15,02	0,83
Total	200	48,28	15,35	0,846

A estimativa da influência de cada item em relação ao índice de consistência total da escala, calculado para a amostra total, mostrou que a retirada de cada um dos 33 itens, não implica em melhora significativa na consistência da escala (Tabela 8).

Tabela 8. Estatísticas Descritivas dos Itens da Escala OAS por Item Excluído (N=200)

Item excluído	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total	Alfa
1	47,493	14,960	0,414	0,840
2	46,035	14,972	0,420	0,840
3	47,343	15,494	-0,129	0,855
4	47,090	14,654	0,587	0,834
5	47,473	15,645	-0,265	0,858
6	47,592	14,929	0,390	0,841
7	47,687	14,801	0,535	0,837
8	46,065	14,955	0,436	0,840
9	47,284	15,097	0,198	0,846
10	46,736	14,646	0,596	0,834
11	46,871	15,098	0,189	0,847
12	47,990	15,106	0,340	0,842
13	46,000	15,028	0,403	0,841
14	47,184	15,477	-0,113	0,855
15	46,995	14,637	0,600	0,834
16	46,726	14,652	0,567	0,835
17	47,333	14,699	0,571	0,835
18	46,328	15,109	0,214	0,845
19	46,020	15,064	0,316	0,843
20	47,184	14,998	0,310	0,843
21	46,050	14,978	0,364	0,841
22	47,607	14,970	0,305	0,843
23	47,333	14,707	0,525	0,836
24	46,851	14,802	0,493	0,838
25	47,209	14,803	0,440	0,839
26	46,796	14,959	0,320	0,843
27	46,567	15,087	0,188	0,847
28	47,468	14,710	0,587	0,835
29	46,891	14,899	0,347	0,842
30	46,284	14,825	0,453	0,839
31	46,284	14,935	0,366	0,841
32	47,085	15,056	0,236	0,845
33	46,408	14,816	0,439	0,839
Total	48,383	15,389	---	0,846

Os escores médios, desvios padrão e coeficientes alfa da OAS avaliada pelos terapeutas (G3) são apresentados na Tabela 9. Nela encontram-se também, para efeito de comparação, os dados relatados por Haviland e colaboradores (2001, 2002) a partir de avaliações feitas também por terapeutas, com a versão original da escala em inglês. Observa-se que a média obtida a partir das avaliações no G3 está próxima às observadas nos estudos de Haviland e colaboradores (2001,2002). Devido à grande desproporção em termos do número de pacientes avaliados nos estudos se torna difícil comparar os resultados somente a partir das médias. No entanto, o coeficiente alfa, como se nota, está também bastante próximo dos obtidos nos estudos internacionais. As evidências sugerem certa similaridade entre os resultados dos estudos.

Tabela 9. Estatísticas Descritivas da Escala OAS no Estudo Atual (G3) e nos Estudos de Haviland e cols. (2001, 2002)

OAS (33)	Nº de itens	Nº de participantes	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
Haviland e cols. (2001)	33	192	47,6	14,6	0,90
Haviland e cols. (2002)	33	131	48,9	14,9	0,90
Estudo Atual (G3)	33	39	43,64	11,29	0,86

Precisão de Teste-Reteste

O estudo de fidedignidade da OAS, como na versão original, foi realizado a partir do teste e reteste com intervalo de 7 a 14 dias após a primeira avaliação de 40 participantes do G1 e 20 avaliações feitas pelos participantes do G3. Os resultados para ambos os grupos sugerem boa estabilidade temporal, sendo os índices de correlação por postos de Spearman considerados altos ($r_s = 0,79$ e $r_s = 0,80$, respectivamente).

Precisão entre Avaliadores

O coeficiente de correlação por postos de *Spearman*, obtido entre os escores da OAS de acordo com familiares e terapeutas, em relação a 39 pacientes (G2), indicou associação não significativa entre as duas avaliações [$r_s(37) = 0,14; p > 0,20$].

Validade de Construto

A validade de construto de um teste indica o grau em que o teste mede as qualidades psicológicas apontadas no construto. Nesta pesquisa a validade de construto foi estimada por meio da Análise Fatorial Exploratória dos resultados da OAS fornecidos pelo grupo G1 (200 familiares de dependentes). Antes de realizar a análise do componente principal a verificação da fatorabilidade da matriz possibilitou a indicação da melhor solução fatorial para os dados. Para isto, foram analisados os seguintes indicadores: a) matriz de correlação – analisado o percentual de correlações superiores a 0,30; b) medidas de adequação da amostra: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), teste de esfericidade de Bartlett e matriz anti-imagem.

Estudo de Fatorabilidade

Uma análise fatorial consiste na decomposição espectral da matriz de correlações dos dados. Assim, são necessárias análises preliminares na estrutura dos dados. Tais análises têm por objetivo verificar a existência de grupos de variáveis, ou seja, variáveis que apresentam altas correlações entre si, mas baixas correlações com as de outro grupo. A matriz de correlações (Anexo P) apresenta as correlações entre os pares das 33 variáveis em questão, destacando as que possuem valores em módulo

maior que 0,30. Das 1056 correlações, 168 apresentaram valor (em módulo) superior a 0,30, correspondente a 15,9% do total.

Para facilitar a visualização da estrutura de dependência entre as variáveis envolvidas, foram calculados os coeficientes de correlação parcial entre os pares de variáveis eliminando o efeito das demais variáveis. Assim, se os módulos dos valores abaixo da diagonal forem baixos, significa que há evidências de boa aceitação da técnica. Além disso, caso os módulos dos valores da diagonal principal sejam altos, é porque há indícios de adequação dos dados. Na matriz com estes coeficientes (Anexo Q), denominada Anti-Imagem se pode ver que os módulos dos valores da diagonal principal são altos e os demais valores são baixos, indicando portanto, boa aceitação da técnica.

Para confirmar os resultados, foi realizado ainda o teste de Esfericidade de Bartlett, bem como o Índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O teste de esfericidade de Bartlett avalia a hipótese da matriz de correlações ser a matriz identidade. Sob esta hipótese, espera-se que as variáveis não estejam correlacionadas entre si. E para a estimativa do KMO, valores altos (entre 0,5 e 1) indicam que a análise fatorial é apropriada. Ao conduzir estes testes, obteve-se, conforme o esperado, que a matriz de correlações não é a matriz identidade (Teste de Esfericidade de Bartlett (528) = 2440,103; $p = 0,001$). E em relação ao KMO, o valor encontrado, de 0,82, indicou que a análise fatorial é adequada para tratar os dados obtidos.

Uma vez constatada a fatorabilidade da matriz e para verificar agrupamentos entre as variáveis que compõem a OAS, foi realizada a análise fatorial exploratória, com os dados obtidos do grupo G1.

Análise Fatorial

Os critérios preliminares adotados para a retenção dos fatores a partir da aplicação da análise de estimação por componentes principais foram: *eigenvalues* (autovalores) de cada fator maior ou igual a um (1,0), conforme proposto por Kaiser (1960, citado por Pasquali, 1999); e quanto à importância do fator, foram retidos os que explicaram, no mínimo, 3% da variância total. Também foi utilizada a análise do *scree-plot*, que fornece uma representação gráfica dos autovalores dos fatores.

De acordo com estes critérios, a análise fatorial inicial revelou nove fatores com autovalores superiores a 1, sendo que eles explicavam 61,85% da variância total (Tabela 10).

Tabela 10. Autovalores e Porcentagem da Variância Explicada por Itens (N=200)

Fator	Autovalor	% da Variância	Acumulada
1	7,47	22,65	22,65
2	3,24	9,81	32,46
3	2,20	6,67	39,13
4	1,73	5,23	44,36
5	1,34	4,07	48,43
6	1,24	3,75	52,18
7	1,14	3,44	55,62
8	1,04	3,16	58,78
9	1,01	3,07	61,85
10	0,94	2,84	64,69
11	0,88	2,67	67,36
12	0,83	2,51	69,87
13	0,78	2,37	72,24
14	0,74	2,26	74,50
15	0,73	2,21	76,70
16	0,70	2,11	78,81
17	0,67	2,03	80,84
18	0,65	1,96	82,80
19	0,61	1,85	84,65
20	0,55	1,66	86,31
21	0,51	1,55	87,86
22	0,48	1,46	89,32
23	0,45	1,36	90,68
24	0,43	1,30	91,98
25	0,42	1,27	93,25
26	0,38	1,16	94,41
27	0,38	1,14	95,55
28	0,33	1,01	96,56
29	0,29	0,88	97,44
30	0,27	0,81	98,25
31	0,24	0,73	98,98
32	0,23	0,70	99,68
33	0,11	0,32	100,00

Uma informação de interesse numa análise fatorial é definir quais itens (variáveis) se agrupam em seus determinados fatores (dimensões). Teoricamente, esse número corresponde ao total de itens que compõe o teste, porém para uma melhor composição do instrumento, ou seja, para se definir “quantas e quais dimensões o teste de fato mede”, é analisada, para cada item, a carga fatorial deste no fator. Esta carga fatorial informa a covariância, ou correlação entre cada fator e as variáveis originais (Pasquali, 1999, p.60). Entretanto, na maioria das vezes, a solução apresentada pela análise fatorial não consegue definir de forma clara quais variáveis possuem maior correlação com um determinado fator. Para tanto, utiliza-se procedimentos de rotação dos fatores, os quais permitem obter fatores com maior potencial de interpretabilidade. Neste estudo foi usado o método de rotação *Varimax*.

Para se estabelecer os principais itens de cada fator, foram selecionados os que apresentaram maior correlação com aquele fator. A literatura recomenda o valor 0,30 como carga mínima necessária para que o item seja considerado um representante do fator. Assim, adotando-se esse critério a solução de nove fatores seria a escolhida. No entanto, observa-se que para o modelo de nove fatores, com rotação pelo método *Varimax*, os fatores 7, 8 e 9 tiveram correlações com apenas dois itens (Anexo R).

Buscou-se então auxílio na visualização dos dados através do gráfico *scree-plot* (Fig. 1) para a definição do número de fatores a serem retidos e que melhor representassem as dimensões teóricas do construto alexitimia. O gráfico mostra os autovalores dos respectivos fatores, sendo possível perceber que entre quatro e cinco primeiros fatores, como visto na Figura 1, já conseguem explicar uma boa parte da proporção da variabilidade total (respectivamente, 44,36% e 48,43%). Os demais fatores, ao serem acrescentados, aumentam tal proporção aos poucos. Foram então

estudadas as duas alternativas, quatro e cinco fatores, tendo-se finalmente optado pela de cinco fatores.

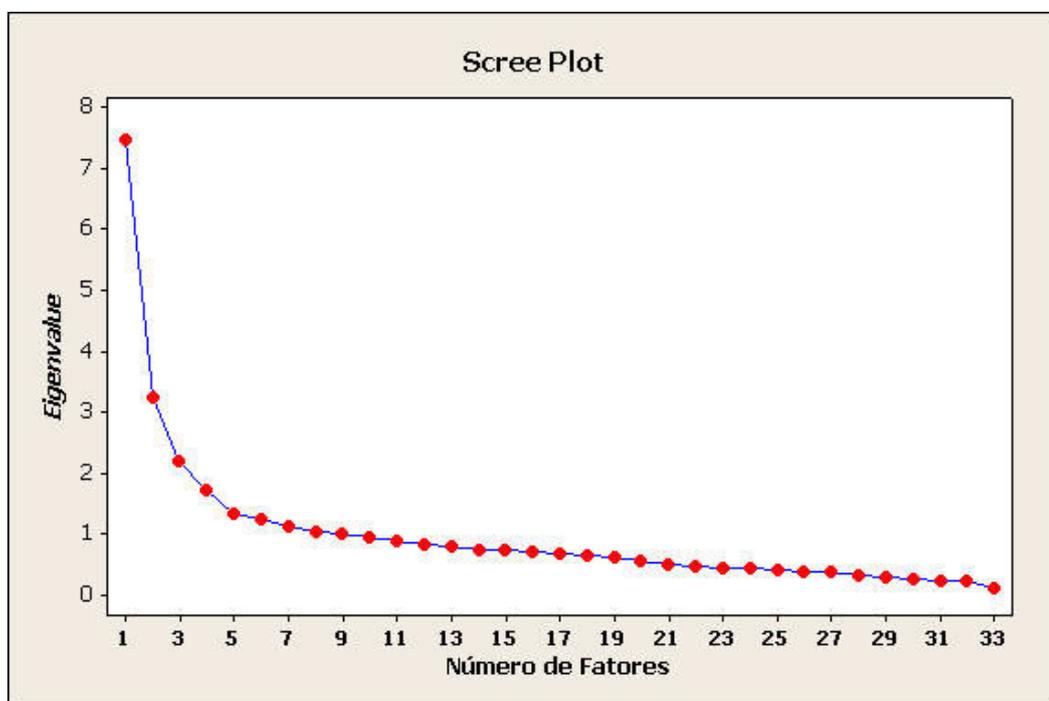


Figura 1. Representação Gráfica dos Autovalores da Análise Fatorial para OAS

Para a solução alternativa de cinco fatores, os autovalores como indicado anteriormente (Tabela 10), estão todos acima de 1,0 e a interpretação dos fatores aproxima-se mais das dimensões da versão original da OAS: Distanciamento (D), Sem *insight* (Si), Somatização (S), Sem graça (Sg) e Rigidez (R). O primeiro fator apresentou autovalor 7,47 e contribuiu com 22,65% da variância; o segundo, com autovalor 3,24, explicou 9,81% da variância; o terceiro, com autovalor 2,20, contribuiu com 6,67%; o quarto, com 1,73, explicou 5,23% e o quinto fator, com autovalor 1,34, explicou 4,07% da variância. Assim, a proporção total da variância explicada pelos cinco fatores foi de 48,43%.

O Anexo S apresenta todas as cargas fatoriais estimadas pela solução normal e rotacionada pelo método *Varimax*, para a solução de cinco fatores. A Tabela 11 apresenta apenas as cargas fatoriais (itens rotacionados) para cinco fatores, onde se pode verificar que os 33 itens tiveram carga fatorial acima de 0,30, em ao menos um dos fatores. Destes, 12 estão associados a mais de um fator com carga superior a 0,30, sendo eles 1,2, 7, 13, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 28 e 31. Pasquali (1999) sugere que os melhores itens são aqueles com cargas acima de 0,50, por indicarem uma covariância de 25% com o fator ($0,50^2$). Outro autor, Thurnstone, citado no SPSS (2007), indica 0,40 como uma carga aceitável e recomenda algumas regras para a decisão sobre itens complexos: manter aqueles com cargas altas em dois fatores, se logicamente podem pertencer aos dois fatores e nesse caso, se a diferença entre as cargas for superior a 0,05, considerar primeiramente o fator com maior carga.

Tabela 11. Cargas Fatoriais (itens rotacionados) para Cinco Fatores – G1

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
1	0,290	0,387	-0,041	0,251	0,344
2	-0,007	0,226	0,540	0,079	0,325
3	-0,117	-0,023	0,004	-0,703	0,053
4	0,807	0,154	0,114	0,087	0,108
5	0,017	-0,248	-0,099	-0,511	-0,210
6	0,150	0,726	0,196	0,041	-0,271
7	0,429	0,581	0,103	0,020	0,027
8	-0,037	0,184	0,718	0,055	0,192
9	-0,145	-0,049	0,225	0,013	0,670
10	0,840	0,125	0,146	0,038	0,020
11	0,134	0,247	0,095	-0,652	0,135
12	0,094	0,743	0,076	-0,004	-0,199
13	0,031	0,218	0,441	-0,129	0,358
14	-0,172	-0,062	0,030	-0,670	0,290
15	0,848	0,203	0,093	-0,014	0,027
16	0,284	0,442	0,231	0,051	0,354
17	0,654	0,283	0,117	0,187	0,062
18	0,419	-0,134	0,165	0,341	-0,113
19	0,162	-0,124	0,491	0,148	0,175
20	0,345	0,072	0,350	0,196	-0,244
21	0,171	0,178	0,321	0,332	0,162
22	0,124	-0,108	0,276	-0,099	0,580
23	0,187	0,515	0,105	0,170	0,443
24	0,342	0,531	0,002	0,233	0,266
25	0,595	0,189	0,030	0,258	-0,004
26	0,135	0,084	0,290	0,534	0,110
27	-0,075	0,036	0,152	-0,172	0,611
28	0,341	0,471	0,250	0,124	0,237
29	0,541	0,103	0,100	0,008	-0,102
30	0,214	0,049	0,724	0,066	-0,065
31	0,031	0,301	0,426	-0,017	0,132
32	0,187	0,190	0,060	0,531	-0,065
33	0,266	0,014	0,565	-0,004	0,153

Decidiu-se então reter os itens com carga acima de 0,40 e no caso de itens complexos, com diferença superior a 0,05 entre as cargas, a decisão foi mantê-los no fator com maior carga. Com isso, foram eliminados os Itens 1, 20 e 21, ficando a nova composição da OAS, com 30 itens. Na Tabela 12 observam-se os 30 itens, distribuídos segundo cada fator, assim como as cargas fatoriais no respectivo fator e as dimensões que os itens representam na versão original. Nota-se, de um modo geral, cargas altas e fatores com uma composição de itens diferente da original, sendo que o último ficou com apenas três itens.

Tabela 12. Distribuição dos Itens nos Fatores, Carga do Item e Dimensão Original

Fator	Item	Carga no fator	Dimensão Original
1	4	0,807	Sg
	10	0,840	Sg
	15	0,848	Sg
	17	0,654	D
	18	0,419	D
	25	0,595	D
	29	0,541	D
2	6	0,726	D
	7	0,581	D
	12	0,743	D
	16	0,442	R
	23	0,515	Sg
	24	0,531	D
	28	0,471	Sg
3	2	0,540	Si
	8	0,718	Si
	13	0,441	Si
	19	0,491	Si
	30	0,724	Si
	31	0,426	R
	33	0,565	R
4	3	0,703	S
	5	0,511	R
	11	0,652	R
	14	0,670	S
	26	0,534	Si
	32	0,531	Si
5	9	0,670	S
	22	0,580	S
	27	0,611	S

O Fator 1 ficou composto de três itens (4, 10 e 15), originalmente do Fator 4 – Sem graça e quatro itens (17, 18, 25 e 29) que na versão original pertenciam ao Fator 1- Distanciamento. As dimensões Distanciamento e Sem graça, na versão original, contém alguns itens cujos enunciados, após a tradução para o português, parecem ter estreita relação entre si, o que provavelmente pode ter contribuído para a composição final deste

fator. A nova composição sugere uma maior associação teórica com a dimensão Sem graça, da escala original, definida como desinteressante e cansativo. A Tabela 13 apresenta informações sobre os enunciados destes itens. Observe-se que todos os itens revelam proposição contrária ao esperado de uma pessoa considerada sem graça. O conteúdo do Item 18 parece ter sido interpretado como um aspecto do relacionamento interpessoal, que o torna desinteressante.

Tabela 13. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 1 – “Sem graça” e Dimensão Original

Item	Enunciado	Dimensão Original
4*	É divertida, alegre	Sg
10*	Conta piadas e está sempre brincando	Sg
15*	É brincalhona	Sg
17*	Gosta da companhia das pessoas	D
18*	Gosta de falar sobre o que está sentindo	D
25*	Gosta de ter amigos com quem pode contar	D
29*	Gosta de contato físico; de ser tocada e de tocar nos outros	D

*Itens com sentido contrário ao esperado de uma pessoa alexitímica

O Fator 2, na versão final, parece ter maior relação teórica com a dimensão Distanciamento definida na escala original como tendo poucas habilidades para assuntos interpessoais e relacionamentos. Ficou representado por quatro itens (6, 7, 12 e 24) originalmente pertencendo a esta mesma dimensão, um item (16) do Fator 5 – Rigidez, e dois itens (23 e 28) que na versão original compunham o Fator 4 – Sem graça. O Item 24 (*is flexible*), inicialmente traduzido apenas como é flexível, como na versão original, após adaptação semântica passou para “é flexível; é fácil lidar com ela”. Com isto, se tornou semanticamente o contrário do Item 16 (*is stiff; rigid*) traduzido como “é rígida; é difícil lidar com ela”, ficando alinhados na dimensão Distanciamento. A Tabela 14 apresenta mais informações sobre os itens que compõem este fator. Os Itens 6, 7, 12 e 24, são itens com sentido contrário ao esperado de uma pessoa alexitímica.

Tabela 14. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 2 – “Distanciamento” e Dimensão Original

Item	Enunciado	Dimensão Original
6*	Tem pena dos outros; tem o coração “mole”	D
7*	Tem bom relacionamento com os outros	D
12*	Tem um bom coração; é sensível	D
24*	É flexível; é fácil lidar com ela	D
16	É rígida; é difícil lidar com ela	R
23	É “chata”; cansativa	Sg
28	É “sem graça”; “sem sal nem açúcar”	Sg

*Itens com sentido contrário ao esperado de uma pessoa alexitímica

O Fator 3 ficou representado por itens que na escala original pertencem a esta mesma dimensão, com exceção dos dois últimos (31 e 33), originalmente na dimensão Rigidez. Estes dois itens, na amostra brasileira, foram interpretados como com poucas habilidades para refletir e tomar decisões adequadas na vida, o que está em consonância com a definição da dimensão Sem *insight*, na escala original: baixa tolerância ao estresse e pouco autoconhecimento (Tabela 15). Todos os itens deste fator são positivos, ou seja, representam características esperadas de pessoas alexitímicas.

Tabela 15. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 3 – Sem insight e Dimensão Original

Item	Enunciado	Dimensão Original
2	Fica desorientada quando as coisas estão muito difíceis	Si
8	Fica confusa em situações muito difíceis; não sabe o que fazer	Si
13	Fica chateada (nervosa) quando não entende bem o que está acontecendo	Si
19	Sente emoções fortes que não consegue por para fora	Si
30	Tem dificuldade em achar as palavras certas para dizer o que está sentindo	Si
31	Vê as coisas apenas como “oito ou oitenta”; não tem meio termo	R
33	Deixa para depois as coisas boas da vida mesmo quando não precisa	R

Para a decisão sobre a composição do Fator 4 (Tabela 16) foram seguidos os critérios especificados anteriormente, optando-se pela manutenção de 6 itens (3, 5, 11, 14, 26 e 32). Em relação aos itens 3 e 14, deveriam se associar à dimensão Somatização, de acordo com a versão original. No entanto, segundo as verbalizações dos familiares, durante a aplicação do instrumento, os enunciados desses itens parecem ter sido associados a características ausentes nesta população, pois frente à afirmação de que a pessoa “se preocupa muito com a saúde” (Item 3) ou de que “está sempre preocupada e procurando ajuda para tratar da saúde” (Item 14), reagiam com expressão de que o avaliado, não ligava para nada, não cuidava de si. Sugerindo, portanto, que associavam o item à condição de “desleixo”; “descaso”; “não ligar para nada”. Da mesma forma os Itens 26 e 32 (originalmente associados à dimensão sem *insight*), suscitavam a reação de que o avaliado é “descontrolado”; “não sabe de si”; “sabe o que quer, mas não o que necessita”. As interpretações feitas resultaram em modificações semânticas de forma que estes itens na versão em português passaram a ter conotação equivalente à dimensão Rigidez, definida na escala original como “com muito autocontrole” e conformismo social. Em relação às características esperadas em pessoas alexitímicas, os Itens 26 e 32 devem, portanto, ser considerados invertidos ou negativos, ou seja, estão em desacordo com o que se espera de uma pessoa alexitímica.

Tabela 16. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 4 – “Rigidez” e Dimensão Original

Item	Enunciado	Dimensão Original
3	Se preocupa muito com a saúde	S
5	É controlada demais; se controla muito	R
11	É muito sistemática; muito “certinha”	R
14	Está sempre preocupada e procurando ajuda para tratar da saúde	S
26*	Ela se conhece bem	Si
32*	Compreende bem suas próprias necessidades	Si

*Itens com sentido contrário ao esperado de uma pessoa alexitímica

Em relação ao Fator 5 (Tabela 17), apesar do número reduzido de itens (9, 22 e 27), optou-se por mantê-lo, uma vez que na versão original esses itens também compõem a dimensão Somatização. Como indicado anteriormente na Tabela 11, as cargas são consideradas altas (0,67; 0,58, 0,61, respectivamente) indicando que estes itens constituem bons representantes do fator. Em pesquisas futuras, no entanto, novos itens deverão ser acrescentados aos já existentes, melhorando assim capacidade de avaliar esta dimensão do construto. Nos três casos, tratam-se de itens positivos, posto que expressam características esperadas de pessoas alexitímicas.

Tabela 17. Enunciado dos Itens Retidos no Fator 5 – “Somatização” e Dimensão Original

Item	Enunciado	Dimensão Original
9	Reclama muito de dor	S
22	Tem problemas físicos difíceis de tratar	S
27	Quando fica chateada (preocupada) tem dor de cabeça, dor de estômago, sua, tem dor no corpo	S

Resumindo, o estudo da estrutura fatorial resultou na proposta de uma escala de 30 itens distribuídos em cinco dimensões: Fator 1 – Sem Graça; Fator 2 – Distanciamento; Fator 3 - Sem *insight*; Fator 4 - Rigidez e Fator 5 – Somatização. Quanto ao número de itens por fator, os três primeiros ficaram com sete itens cada um, o quarto ficou com seis itens e o quinto com apenas três. Com o objetivo de diferenciar a versão original com 33 itens da adaptada, esta última será doravante denominada OAS-30.

Propriedades Psicométricas da Versão Brasileira da OAS-30

A Tabela 18 apresenta as medidas descritivas da OAS com 30 itens e respectivos coeficientes alfa. Os itens da OAS são pontuados de acordo com a escala previamente descrita (0 a 3), podendo, portanto, variar na versão adaptada entre 0 e 90. Os menores escores médios se encontram nos Fatores 2 (distanciamento) e 5 (somatização). Nota-se também que os três primeiros fatores, todos com o mesmo número de itens, apresentam diferenças entre as médias, sendo o Fator 3 (sem *insigth*) o que apresentou o maior escore médio e a menor dispersão entre as respostas.

Entre todos os participantes ($N = 200$) os escores totais na OAS-30 variaram entre 14 e 77, sendo o escore total médio 43,87. Estes foram próximos aos encontrados por Haviland e colaboradores (2001) com a versão com 33 itens ($N = 192$), onde os resultados variaram entre 15 e 76 e a média foi 47,6 ($DP = 14,6$).

Tabela 18. Estatísticas Descritivas da Escala OAS-30 Total e Fatores ($N=200$)

Fator	Nº de itens	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	α
Fator 1	7	0	21	10,08	6,05	0,84
Fator 2	7	0	21	7,01	5,23	0,80
Fator 3	7	2	21	15,58	4,52	0,74
Fator 4	6	0	15	7,53	2,95	0,04
Fator 5	3	0	9	3,68	2,86	0,63
Total	30	14	77	43,87	14,13	0,83

Consistência Interna da OAS-30

Em relação à consistência interna, a Tabela 18, mostra ainda que o valor do alfa total (0,83) não chegou a sofrer alteração significativa quando comparado ao da OAS-33 ($\alpha = 0,85$), e nem ficou muito abaixo do valor encontrado por Haviland e colaboradores (2001; 2002) nos dois estudos com população clínica ($\alpha = 0,90$). Como anteriormente apontado, a retirada de cada item não chegava a alterar de forma significativa a consistência geral. Ademais, apenas três itens foram suprimidos. Quanto

à consistência dos fatores, é alta e bastante satisfatória nos Fatores 1, 2 e 3, em que os valores de alfa foram respectivamente, 0,84, 0,80 e 0,74. Porém, a consistência interna do Fator 5 (somatização), com apenas três itens, pode ser considerada apenas aceitável ($\alpha = 0,63$), e em relação ao Fator 4 (rigidez), nota-se falta de consistência ($\alpha = 0,04$). Nota-se que estes dois últimos fatores não representam bem as respectivas dimensões.

Uma análise mais detalhada da consistência interna do Fator 4, pode ser obtida a partir da matriz de correlações (Tabela 19) entre os itens. A maior correlação inter-item é 0,50 (Itens 3 e 14) e a menor 0,11 (Itens 5 e 14). Ademais, os itens 26 e 32 não estão de acordo com o restante, uma vez que suas correlações com os demais itens são negativas. Quando excluídos, no caso o 26 e o 32, o alfa de *Cronbach* do Fator 4 passa a 0,63, equiparando-se ao obtido para o Fator 5. Do ponto de vista teórico, estes itens também se distanciam dos demais do fator, posto que originalmente foram concebidos para avaliar a dimensão sem *insight*.

Tabela 19. Coeficientes de Correlação (r) Entre os Itens do Fator 4

Item	3	5	11	14	26	32
3	1,00	0,28**	0,33***	0,50***	-0,21*	-0,25*
5		1,00	0,20*	0,11	-0,25*	-0,20*
11			1,00	0,35*	-0,17	-0,22*
14				1,00	-0,29**	-0,36***
26					1,00	0,35***
32						1,00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Esta constatação é corroborada pela análise da matriz de correlação entre fatores, com os escores do G1 (Tabela 20). Observam-se índices moderados e altos de associação entre a OAS-30 total e os três primeiros fatores, com variação entre 0,73 e 0,80. No entanto, nos Fatores 4 e 5 respectivamente, a baixa associação com a escala

total (0,32 e 0,42) sugere que se trata de fatores que deverão ser revistos e modificados em futuras versões da escala, para esta população.

Tabela 20. Coeficientes de Correlação (r) da OAS–30 Entre Fatores do Grupo G1

Fator	Nº de itens	OAS	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5
Fator 1	7		1	0,54	0,33	0,00*	-0,03*
Fator 2	7			1	0,48	0,08*	0,18
Fator 3	7				1	0,15	0,36
Fator 4	6					1	0,21
Fator 5	3						1
OAS	30	1	0,73	0,80	0,74	0,32	0,42

*não significativa ($p = 0,05$)

Em relação aos escores resultantes das avaliações realizadas pelos terapeutas (G3), as correlações (Tabela 21) também foram moderadas nos três primeiros fatores (0,67; 0,73; 0,77) e baixas nos Fatores 4 e 5 (0,42 e 0,44). No geral, a consistência interna ($\alpha = 0,83$) foi semelhante à observada no G1, sendo que os Fatores 1 e 3 apresentaram os maiores valores de alfa (0,83 e 0,86) seguidos dos Fatores 2 e 5 (0,68 e 0,53) e por último o Fator 4 com um índice negativo (-0,34).

Tabela 21. Estatísticas Descritivas dos Fatores da Escala OAS–30 no Grupo G3

Fator	Nº de itens	Nº de pacientes avaliados	M	DP	r	α
Fator 1	7	39	11,36	3,77	0,67	0,83
Fator 2	7	39	7,54	3,34	0,73	0,68
Fator 3	7	39	9,51	4,67	0,77	0,86
Fator 4	6	39	7,69	1,47	0,42	-0,34
Fator 5	3	39	3,00	1,82	0,44	0,53
Total	30	39	39,10	10,03	1,000	0,83

Precisão de Teste-Reteste da OAS-30

Com a retirada dos três itens da escala, estimou-se novamente a estabilidade temporal da OAS para o G1 e o G3 (Tabela 22). O índice encontrado para a OAS-30 total foi 0,77, sendo a maior estabilidade encontrada no Fator 2 (0,85) e a menor no Fator 4 (0,46), para o grupo de familiares (G1). O índice total foi ligeiramente inferior ao encontrado antes da retirada dos três itens (0,79).

No caso dos terapeutas (G3), o valor da correlação para a escala total foi igual ao índice encontrado para os familiares (0,77) e apenas um pouco abaixo do índice encontrado com a versão completa de 33 itens (0,80), sendo que nos Fatores 1, 2 e 3 os índices foram similares entre si e considerados aceitáveis. Os que refletem menor estabilidade são os encontrados nos Fatores 4 (0,39) e 5 (0,31), considerados baixos e não significantes.

Tabela 22. Coeficientes de Correlação de *Spearman* - Teste-Reteste para OAS-30

Grupo	Tamanho da amostra	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Total
G1	40	0,77*	0,85*	0,53*	0,46**	0,62*	0,77*
G3	20	0,76*	0,76*	0,77*	0,39	0,31	0,77*

* $p < 0,001$, unicaudal; ** $p < 0,005$ unicaudal

Validade de Critério – OAS-30

Tomando como medida de critério o tipo de dependência do dependente, álcool ou química, estimou-se a validade da OAS-30 do G1 pelo método de grupos comparados (Tabela 23). Para tanto, foram comparados os escores médios na OAS-30 segundo o tipo de dependência (álcool e química) dentro de uma mesma instituição (CAPS) e segundo a dependência química entre instituições (CAPS e PH). Devido ao fato de haver uma grande desproporção no número de dependentes de álcool (6,4%) e química (93,6%) no PH, a comparação entre instituições foi feita com base apenas nas

amostras de dependentes químicos. Para a estimativa do *t* de *Student*, sorteou-se, com o auxílio da tábua dos números equiprováveis, um número de dependentes químicos no CAPS semelhante aos que estavam sendo tratados para este tipo de dependência no PH ($n = 44$). Como indicado acima, esta estratégia teve como finalidade eliminar a possibilidade de viés dos resultados do teste *t*, pela diferença do tamanho das amostras, o que tem efeito sobre o tamanho das variâncias.

Tabela 23. Escores Médios na Escala OAS-30 (G1), Segundo a Instituição e Tipo de Dependência

Instituição/Tipo de dependência	Amostra Completa			Amostra Equiparada		
	Nº de participantes	<i>M</i>	<i>DP</i>	Nº de participantes	<i>M</i>	<i>DP</i>
PH/Química	44	33,73	10,30	44	33,73	10,30
CAPS/Química	63	45,10	13,18	44	42,59	13,12
CAPS/Álcool	90	48,26	13,98	44	47,44	12,84
CAPS/ total	153			88		

Quando são comparados os resultados médios na OAS-30 em relação aos dependentes no CAPS, (alcoolistas e químicos) não se observou diferença significativa entres os grupos com a amostra equiparada [$t(86) = 1,757$; $p = 0,082$] ou completa [$t(151) = 1,409$; $p = 0,161$]. Porém quanto aos resultados relativos apenas aos dependentes químicos do CAPS e PH, os familiares do CAPS avaliaram os dependentes como mais alexitímicos que os que se tratam no PH [$t(86) = 3,524$; $p < 0,001$].

Validade Convergente OAS-30 e TAS/ Precisão da TAS

Para a validade convergente, foram estimados o grau de associação entre a OAS-30 avaliada por participantes do G1 e a TAS (paciente) e também entre o escore total da OAS-30, avaliada pelo terapeuta (G3) e a TAS, respondida pelo dependente. Como as

evidências das propriedades psicométricas de um instrumento são empiricamente estabelecidas e diferenças no conjunto de itens, assim como no perfil da população estudada, podem resultar em alterações nas propriedades psicométricas do instrumento, considerou-se relevante, estimar a consistência interna da TAS e a precisão de teste e reteste, para a população de dependentes de substâncias.

Foi utilizada a versão da TAS com três fatores (22 itens), obtida a partir de pesquisa com população de hospital geral (Yoshida, 2007). Naquele estudo, a consistência interna dos itens ($\alpha = 0,72$) foi estimada considerando-se os 26 itens da escala original. Na presente pesquisa, o coeficiente de *Cronbach* para a escala total, igual a 0,49, sugere baixa consistência interna. Em relação à consistência interna dos fatores, apenas o Fator 1 apresentou um valor de alfa aceitável ($\alpha = 0,65$), enquanto os Fatores 2 ($\alpha = 0,35$) e 3 ($\alpha = 0,32$) indicaram ter consistência interna ainda mais baixa que a escala total.

Em relação aos escores mínimo, máximo, médio, desvio padrão e variância, da TAS total e segundo cada fator, a Tabela 24 apresenta os valores encontrados. Nota-se que o Fator 1 com maior número de itens tem também a maior média da escala.

Tabela 24. Estatísticas Descritivas dos Fatores da Escala TAS-22 (N=39)

Fator	Nº de itens	Min	Max	M	DP
Fator 1	11	20	55	40,56	7,93
Fator 2	7	7	22	13,90	4,19
Fator 3	4	4	17	10,28	3,42
Total	22	42	85	64,74	9,44

Para o estudo da estabilidade temporal da TAS, participantes do G2 ($n = 22$) realizaram o reteste num período entre 7 e 14 dias após a primeira aplicação dos instrumentos. Os coeficientes por postos de *Spearman*, indicaram estabilidade temporal

moderada ($r_s = 0,67$; $p < 0,0051$) para a escala total e para o Fator 1 que avalia “dificuldade em discriminar e reconhecer os sentimentos e discriminá-los de sensações corporais” ($r_s = 0,70$; $p < 0,001$). No Fator 2 que considera “focalização em eventos externos e o controle das emoções”, o valor foi baixo ($r_s = 0,59$; $p < 0,051$) e no Fator 3 que avalia “descrever sentimentos e capacidade reduzida de fantasiar”, o índice foi alto ($r_s = 0,84$; $p < 0,001$).

Apesar da TAS ter indicado baixa consistência, optou-se por estimar a validade convergente uma vez que ao menos a estabilidade temporal mostrou-se razoável. Todavia, deve-se ter cuidado na interpretação dos resultados.

O coeficiente de correlação por postos de *Spearman* entre a OAS-30 completada pelo familiar (G1) e a TAS total (G2) indicou associação não significativa [$r_s(37) = 0,29$; $p > 0,05$]. Em relação ao grau de associação da OAS-30 avaliada pelo terapeuta (G3) e a TAS (G2), também se observou baixo índice [$r_s(37) = -0,18$; $p > 0,20$].

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo buscou avaliar as características psicométricas da Escala de Alexitimia para o Observador - OAS e sua capacidade de mensurar a alexitimia em população de dependentes e usuários de substância. Na discussão dos dados será apresentada apenas a significância dos testes, cujas estatísticas completas podem ser encontradas no capítulo anterior. A escala OAS foi projetada para ser completada sem ajuda, em poucos minutos, por um clínico ou pessoa comum, que tenha com o avaliado uma convivência social variada, permitindo considerar seus comportamentos na vida diária, em situações relacionadas a preocupações com a saúde, autocontrole, estresse, assuntos pessoais, familiares e sociais.

Após tradução para o português e adaptação semântica, a escala foi administrada em uma população de 200 familiares de dependentes de substância. Foi também aplicada em nove terapeutas de pacientes em tratamento ambulatorial e os dados comparados aos dos familiares dos mesmos pacientes.

A coleta de dados, inicialmente prevista para durar três meses, em um serviço público ambulatorial especializado no tratamento para a dependência de álcool e drogas, na cidade de Campinas, se estendeu a um total de oito meses, devido a peculiaridades da amostra e do tipo de tratamento. Como lembra Vicentin (2004), uma das dificuldades apontadas na literatura se refere à dificuldade de adesão do paciente ao tratamento, sendo 38% o índice de abandono do tratamento ambulatorial. Portanto, para a conclusão da coleta de dados em tempo hábil, recorreu-se a outra instituição, com características distintas do serviço ambulatorial. Nesta última, o tratamento se dá através de internação, sendo pago, o que contribui para diferenças sócio-demográficas entre os participantes das duas instituições.

Dentre os participantes do estudo, a maior parte é proveniente de classe social com baixo nível sócio-econômico e educacional. Dos familiares, com no máximo o 1º grau (53,5% da amostra), 49% tinham apenas entre 1 e 4 anos de instrução. Esta característica da população requereu modificações no procedimento de aplicação da escala. Optou-se pela leitura dos itens a todos os participantes, uma vez que a maior parte deles tinha dificuldade ou mesmo inabilidade para ler, sendo tal modificação considerada apropriada na literatura (Moskowitz, 1986; Laloni, 2001; Maciel, 2005; Yoshida, 2007). O tempo gasto com o novo procedimento foi em média de 30 minutos, sendo a aplicação precedida por um *rapport*, que na maioria das vezes se transformava em consulta terapêutica (para muitos participantes a única oportunidade para desabafar e se queixar).

Muitas famílias hoje vivenciam dificuldades em lidar com a dependência ou uso de álcool e drogas por um ou mais de seus membros (Vieira, 2005). A abordagem de psicoterapia familiar sistêmica parte da premissa de que o que ocorre com uma pessoa da família atinge todos os demais, direta ou indiretamente, e sugere ainda que há vários estágios porque passa a família ao lidar com o estresse do alcoolismo ou uso de drogas (Silva, 2001). No início do tratamento é comum o familiar não querer participar, acreditando ser o problema apenas do usuário (Silva, 2001). A abordagem cognitivo-comportamental sugere que as crenças disfuncionais relacionadas ao comportamento aditivo desenvolvidas pelos usuários (como por exemplo, “não tenho nenhum valor”. “não sei lidar com sofrimentos de qualquer espécie”, “sou incapaz de ser amado.”) são também compartilhadas pelos familiares (Basiliano & Knapp, 2001), o que pode explicar a forma de perceber o dependente neste estudo.

Devido ao fato da OAS ser completada por observadores cujo julgamento depende de aspectos subjetivos do avaliador (tais como, percepção em relação ao

avaliado, valores morais, status sócio-econômico, crenças, entre outros) e do grau de familiaridade em relação ao avaliado, foi estimado o grau de precisão dos julgamentos realizados nas duas instituições. Como todos os participantes indicaram possuir uma relação bastante próxima com o avaliado, sendo na sua maioria parentes em primeiro grau, que conviviam de forma assídua com o dependente de substância, procedeu-se à comparação dos avaliadores por nível educacional e gênero, nas duas instituições.

Em relação ao nível educacional, os grupos do CAPS e PH mostraram-se significativamente distintos ($p < 0,001$) e também quando se comparou os participantes entre as instituições ($p < 0,001$). Observou-se diferença entre as duas instituições, na forma como os participantes com o mesmo nível educacional avaliavam seus familiares com dependência. Ao se adequar o tamanho da amostra do CAPS em função do PH (Tabela 5), as diferenças entre participantes com o mesmo grau de escolaridade (1º, 2º e 3º grau) continuaram sendo significantes ($p = 0,024$; $p = 0,006$; $p = 0,023$, respectivamente).

Quando se comparou os familiares dos dependentes em uma mesma instituição, divididos pelo gênero, observou-se que não se diferenciavam quanto ao modo como percebiam o grau de alexitimia dos dependentes (Tabela 6). Ou seja, homens e mulheres no CAPS ($p = 0,961$) assim como homens e mulheres no PH ($p = 0,674$), demonstraram perceber seus dependentes da mesma forma quanto ao grau de alexitimia. No entanto, quando foram comparados os escores médios entre as duas instituições, observou-se que as mulheres do CAPS avaliaram os dependentes como mais alexitímicos que as avaliadoras no PH ($p < 0,001$). Da mesma forma, apesar de bastante pequena, observou-se diferença na forma como os homens avaliaram os dependentes nas duas instituições ($p = 0,046$).

Um fator que parece explicar estes resultados, diz respeito ao fato de que os pacientes do PH se encontravam internados e sem usar substâncias há pelo menos um mês. Já em relação aos pacientes do CAPS, muitos continuavam usando substâncias e mesmo os que estavam se tratando tinham recaídas freqüentes. Isto parece ter implicações na estrutura e dinâmica familiar, afetando a forma como eles são avaliados por seus familiares. Ou seja, a condição mais disfuncional dos pacientes do CAPS, parece levar a avaliações menos favoráveis por parte de seus familiares, que os vêem como mais alexitímicos, quando comparados aos familiares dos dependentes do PH. Por outro lado, à medida que o nível educacional do familiar aumenta, não importando o tipo de instituição, nota-se que diminui o grau de alexitimia atribuído ao paciente. Estes dados corroboram os de outras pesquisas que indicam também que o grau de alexitimia é maior quanto menor é o grau de instrução do avaliado (Maciel, 2005, Yoshida, 2007). Portanto, podemos supor que o nível de instrução daqueles que convivem em um mesmo ambiente familiar com o paciente, pode explicar em parte, o grau de alexitimia atribuído ao paciente.

A OAS permitiu, portanto, discriminar o grau de alexitimia do paciente entre grupos com mais e menos anos de estudo, assim como entre aqueles que convivem ou não com as dificuldades diárias e conflitos advindos da dependência de substância. Apesar destas diferenças, o valor de alfa para a escala total (Tabela 7) indica que o perfil da amostra total reproduzia o dos participantes do CAPS, muito mais numerosos que os do PH. Nesta medida, o estudo da precisão e validade da escala levou em conta os dados da amostra geral.

Precisão da OAS

O estudo da precisão da OAS foi feito estimando-se a consistência interna, a estabilidade temporal (teste e reteste), num período entre uma e duas semanas e, também, a precisão entre avaliadores.

A análise dos dados obtidos na versão completa de 33 itens com os familiares (Tabela 9), indicou um índice de consistência interna ($\alpha = 0,85$) dentro dos níveis considerados ideais de acordo com *Cronbach* (1996). O mesmo valor foi obtido a partir das avaliações realizadas pelos terapeutas (G3), ficando apenas 0,04 pontos percentuais abaixo daquele encontrado em dois estudos com a OAS original (Haviland & cols., 2001, 2002). Estes últimos também envolveram terapeutas que avaliaram seus pacientes, sendo alguns dependentes de substância.

A estimativa da fidedignidade ou constância temporal de um teste pode ser avaliada comparando-se os escores obtidos pelos mesmos participantes em momentos diferentes (Anastasi & Urbina, 2000). A estimativa da estabilidade temporal, a partir dos coeficientes de correlação por postos de *Spearman* encontrados tanto para os familiares ($r_s = 0,79$) quanto para os terapeutas ($r_s = 0,80$) foram semelhantes e satisfatórios, apesar de inferiores ao obtido em estudo com a versão original junto a amostra de universitários ($r = 0,90$) (Haviland & cols., 2000). Nos dois estudos com população clínica mencionados acima (Haviland & cols., 2001, 2002) não foram divulgados os coeficientes de consistência temporal para a OAS. Portanto, a fidedignidade da OAS-33, traduzida para o português pode ser considerada satisfatória para avaliadores familiares ou clínicos.

A estimativa da precisão entre avaliadores familiares e terapeutas a respeito de 39 pacientes em tratamento no CAPS, indicou um baixo índice de correlação ($r_s = 0,14$) entre os resultados dos dois grupos, sugerindo que a forma como terapeuta e familiar vêem o mesmo paciente é diferente ($p > 0,20$). A literatura sugere que conhecidos e

parentes têm possibilidade de observar o alexitímico em um contexto mais variado de vida diária, e essas impressões influenciam na avaliação oferecendo vantagem sobre o terapeuta ou outro profissional que convive com o paciente de forma mais restrita no contexto da entrevista (Walton & Roberts, 2004; Haviland & cols., 2000). Além disto, como indicado acima crenças disfuncionais compartilhadas por familiares podem explicar diferenças entre familiares e terapeutas. E ainda, discrepâncias entre avaliações feitas por psicólogos e informantes em outros estudos (Walton & Roberts, 2004) sugerem que o psicólogo detém um conhecimento profissional específico e uma tendência maior em rotular comportamentos de acordo com esse conhecimento. Os informantes, por outro lado, baseiam seus julgamentos em impressões formadas a partir das relações interpessoais informais, obtidas a partir do ambiente social do alexitímico.

Efetivamente, em relação às avaliações segundo os terapeutas (G3), pode-se perceber ao longo da coleta de dados dificuldades em completar a OAS. Em vários momentos os terapeutas fizeram comentários sobre dificuldades encontradas em avaliar o paciente de acordo com alguns itens da OAS, principalmente aqueles relacionados à vida social e particular do paciente. O tipo de tratamento (ambulatorial) oferecido na instituição prioriza sessões em grupo, uma vez por semana, podendo chegar a mais de 15 pacientes por grupo, motivo que limita o contato do terapeuta com o paciente. Comentários do tipo “ Não soube responder esta pergunta, fiquei em dúvida” (comentário de um terapeuta após atendimento em grupo); “Não sei sobre este aspecto do paciente” (comentário de outro terapeuta que já acompanha o paciente há vários meses, em grupo) ocorreram algumas vezes. Por outro lado, mesmo o atendimento individual pode não favorecer o maior conhecimento do paciente em situações específicas. Um dos terapeutas que presta atendimento individual, em dois encontros semanais, também fez comentários indicando as limitações da OAS: “várias perguntas

dependem de observação do paciente em situações sociais, o que não é possível com meu tipo de contato” (abordagem psicodinâmica); “perguntas como a 5, 30 e várias outras produzem respostas bastante precárias” (comentário acerca de paciente que abusa de substância) “tem acessos de raiva, se corta com garrafa, come cacos de vidro, mas é geralmente afável, apesar de agitado e impaciente”.

Portanto, os resultados sugerem que o nível de familiaridade e contato do terapeuta e familiar com o paciente do CAPS, pode ter influenciado no modo diferente como cada um deles julgou o avaliado. No caso dos terapeutas, os vários comentários eliciados durante a coleta de dados sugerem que o tipo de contato com o dependente no tratamento ambulatorial dificulta avaliá-lo segundo a OAS, e que este pode ser sido um dos motivos da baixa correlação entre os familiares e terapeutas. Mais estudos são necessários até que possamos generalizar que a OAS é um instrumento adequado para ser utilizado também por terapeutas em serviço ambulatorial. Nos estudos de Haviland e colaboradores (2001, 2002) os pacientes foram avaliados de acordo com a OAS e o questionário BIQ por seus terapeutas, tendo-se obtido um bom coeficiente de correlação entre as duas medidas ($r = 0,69$). Talvez se Haviland e colaboradores (2001, 2002) tivessem solicitado não só aos terapeutas, mas também aos familiares ou conhecidos que avaliassem os pacientes, os resultados de seus estudos não teriam sido tão bons. Ou seja, as medidas de validade concorrente podem variar muito em função da natureza das medidas envolvidas e também, no caso de instrumentos avaliados por observadores, do grau de familiaridade e conhecimento que estes têm da pessoa avaliada.

Análise Fatorial

A partir das análises acerca da fatorabilidade da escala, a opção por cinco fatores mostrou-se a mais adequada. Após a rotação dos fatores pelo método *Varimax*, as

cargas fatoriais da maior parte dos itens (76%) estavam acima de 0,50 em pelo menos um dos cinco fatores que compõem a versão original, apontando para uma boa representatividade da maioria dos itens. A decisão em manter a composição original da OAS com cinco fatores, apesar do quinto fator estar constituído de apenas três itens, foi em parte pelo fato de ser este o primeiro estudo de validação da OAS no Brasil. Outro aspecto que contribuiu para a decisão diz respeito às diferenças sócio-demográficas entre a amostra deste estudo e aquelas usadas nos estudos anteriores com a versão original, as quais eram constituídas apenas por estudantes universitários da área da saúde. ((Haviland & cols., 2000) e por profissionais clínicos (Haviland & cols., 2001, 2002).

A partir da análise das cargas fatoriais de cada um dos itens e do alinhamento teórico deles com a dimensão que representavam, optou-se pela exclusão de três itens (1, 20 e 21). O Item 1 (*is a warm person*) foi traduzido como “é agradável”. Este item, que na versão original da escala representa a dimensão Distanciamento, apresentou correlação muito próxima a 0,40 ($r = 0,39$) neste mesmo fator, na versão em português. Todavia, a opção por sua eliminação se deve ao fato de que durante a aplicação do instrumento, os participantes se mostravam confusos, solicitando esclarecimentos em relação à resposta mais adequada, uma vez que a decisão dependia da condição do dependente, estar ou não sob o efeito de substâncias. Eram frequentes, após a leitura deste primeiro item, comentários sobre a influência do álcool ou drogas no modo de ser do paciente. Os grupos de alcoolistas e dependentes de drogas químicas têm sido considerados, de certa forma como semelhantes, na literatura. Porém o efeito que a substância tem no comportamento do dependente e na forma como ele se relaciona com seus familiares parece influir na percepção que o observador tem do dependente. Como a escala foi projetada para ser respondida sem auxílio, e o Item 1 suscitou dúvidas por

parte do observador no momento da aplicação, optou-se por sua retirada. Sugere-se, no entanto, que em estudos futuros este item seja reformulado, melhorando seu poder de esclarecer especificamente, o que se deseja avaliar.

Os Itens 20 e 21 foram considerados complexos por apresentarem correlações com valores muito próximos em dois fatores, simultaneamente, com uma diferença inferior a 0,05 por cento. O Item 20 (*is imaginative; creative*), originalmente associado à dimensão Distanciamento, foi traduzido como “é imaginativa” e após adaptação semântica foi alterado para “é imaginativa; criativa”, no sentido de maior clareza. Mesmo assim não houve boa compreensão do conteúdo por parte do público-alvo e o item apresentou cargas fatoriais moderadas em duas dimensões: Sem graça (0,34) e Sem *insight* (0,35).

Finalmente, o Item 21 (*seems to lack a sense of purpose*), associado inicialmente à dimensão Sem *insight*, foi traduzido como “parece não ter objetivos” e após adaptação semântica passou a “parece que não tem rumo na vida; parece que não tem plano para o futuro”. Este fato, no entanto, infringiu o critério da simplicidade (Pasquali, 1998), expressando mais de uma idéia e ao mesmo tempo apresentando cargas em dois fatores (3 e 4). As cargas nas dimensões Sem *insight* (0,32) e Rigidez (0,33) foram bastante próximas, o que contribuiu para a decisão sobre a exclusão do item.

A nova composição de cinco dimensões (OAS-30) quando comparada à versão original da OAS (distanciamento, sem *insight*, somatização, sem graça e rigidez) ficou ligeiramente alterada (sem graça, distanciamento, sem *insight*, rigidez e somatização), mas 80% dos itens foram retidos em dimensões que estão de acordo com os resultados obtidos por Haviland e colaboradores (2000) no estudo com a versão original. A opção pela retenção do item no fator, conforme referido acima, levou em conta não apenas a carga do item no fator, mas também a consistência com o construto teórico representado

pela dimensão. Assim, a escala ficou constituída de sete itens nos três primeiros fatores, 6 itens no quarto e apenas 3 itens no quinto fator. A solução de cinco fatores para a versão em português da OAS, parece, portanto, ser por ora a melhor opção para a avaliação de alexitimia em brasileiros dependentes de substâncias. Quanto à versão original, esta também foi aparentemente a opção de Haviland e colaboradores (2000), pois a observação dos resultados apresentados por aqueles autores mostra que vários itens detinham carga suficiente ($>0,30$), em mais de um fator. A estratégia adotada para a retenção dos itens é, portanto justificável.

Precisão da OAS-30

A análise fatorial exploratória indicou uma estrutura com 5 dimensões e 30 itens com carga fatorial mínima de 0,40. Nesta medida, a versão brasileira da OAS ficou composta das dimensões: Sem graça, Distanciamento, Sem *insight*, Rigidez e Somatização.

Como a versão proposta de 30 itens apresenta uma redução no número de itens, foi estimada novamente a consistência interna da escala total e dos fatores. Além disto, recalculou-se também a precisão por teste e reteste, com a nova configuração da escala, para comparação em estudos futuros. Quanto à precisão entre avaliadores não chegou a ser recalculada, uma vez que não havia motivos para supor que a supressão de três itens modificaria o grau de acordo entre terapeutas e familiares, que já se mostrara insuficiente no estudo com a versão completa de 33 itens.

Dois fatores, como será explicado mais adiante, apresentaram baixos índices de consistência interna na versão reduzida, mas a decisão em manter a composição final da escala com cinco fatores, não a modificando de forma acentuada foi considerada, como

já indicado, principalmente, por ser tratar do primeiro estudo de validação para o português.

Uma matriz de correlação entre os fatores (Tabela 20 e 21) permitiu estimar o grau de independência dos fatores para cada amostra. As correlações entre os três primeiros fatores e a OAS-30 total, avaliada pelos participantes do G1, foram altas (0,73, 0,80 e 0,74 respectivamente), sugerindo que grande parte das respectivas variâncias é compartilhada e que, portanto, podem ser agrupados em torno de um construto mais amplo. Quanto aos Fatores 4 ($r = 0,32$) e 5 ($r = 0,42$), a associação mais baixa aponta para uma maior independência das dimensões representadas em relação ao construto que pretendem avaliar. Em relação à amostra de terapeutas (G3), as correlações entre os fatores e a escala total se mostraram mais moderadas nos três primeiros fatores (0,67, 0,73 e 0,77, respectivamente), mas ainda assim explicando, respectivamente, 45%, 54% e 59% da variância total (Tabela 21). E assim como no G1, foram mais baixas nos Fatores 4 e 5 (0,42 e 0,44), explicando percentuais bem inferiores da variância total (18% e 19%). O desenvolvimento de novos itens, para cada um destes fatores, deverá colaborar para o aumento da representatividade destes fatores em relação ao construto alexitimia.

Os índices de correlação inter-fatorial informam sobre a capacidade de discriminar do fator, a partir de seus itens. Quanto menores esses índices, maior a independência do fator. As inter-correlações da OAS-30 para o G1 (Tabela 20) foram baixas ($M = 0,23$), exceto pelos fatores Sem graça e Distanciamento que apresentaram uma inter-correlação considerada alta ($r = 0,54$). Nota-se que a correlação entre estes dois fatores corrobora os resultados encontrados a partir dos dois estudos com a versão original em população clínica (Haviland & cols., 2001, 2002), onde estas dimensões também tiveram altos índices de associação ($r = 0,62$ e $r = 0,64$, respectivamente). Estes

dois fatores, como indicado anteriormente, possuem itens com enunciados que na população brasileira foram interpretados como associados.

Especificamente em relação ao Fator 4, foram analisadas as correlações inter-item no fator (Tabela 19). Observa-se que os itens se inter-correlacionam de forma positiva, exceto com o 26 e o 32 (ambos, originalmente na dimensão Sem *insight*). Por outro lado, estes últimos apresentam uma correlação positiva ($r = 0,35$) entre si e negativa (em oposição) com os demais.

A estimativa da consistência interna em relação aos resultados dos familiares (G1), conforme esperado, demonstrou que o valor do alfa total (0,83) não chegou a sofrer alteração significativa se comparado ao obtido com os 33 itens ($\alpha = 0,85$). Os três primeiros fatores (sem graça, distanciamento e sem *insight*) evidenciaram altos valores para o alfa de *Cronbach* (0,84, 0,80 e 0,74, respectivamente). O quinto fator, Somatização apresentou um valor alfa (0,63) aceitável, e em relação ao quarto fator (rigidez), houve falta de consistência interna no presente estudo ($\alpha = 0,05$). Entretanto, o valor de alfa para o Fator 4 sem os itens 26 e 32 resultou em um aumento considerável em seu valor, passando de 0,05 a 0,63, equiparando-se à consistência interna do Fator 5. Ou seja, apesar de serem itens que apresentaram cargas satisfatórias no Fator 4 ($r = 0,53$ para ambos) (Tabela 11), estes itens na escala original estavam associados à dimensão Sem *insight*, como já indicado anteriormente, e deverão ser reformulados em estudos futuros com versões posteriores da escala.

Quando a escala com 30 itens foi completada pelos terapeutas (G3), os Fatores 1 (sem graça) e 3 (sem *insight*) apresentaram os maiores valores de alfa (0,83 e 0,86), seguidos dos Fatores 2 (distanciamento) e 5 (somatização) ($\alpha = 0,68$ e $\alpha = 0,53$, respectivamente) e por último do Fator 4 (rigidez) com um índice negativo ($\alpha = -0,34$).

Quando comparamos os índices de *Cronbach* a partir dos terapeutas (G3) com os obtidos nos estudos com a versão original (Haviland & cols., 2001, 2002), onde os pacientes foram avaliados apenas por seus terapeutas, observa-se que o valor de alfa para a dimensão Sem graça, no presente estudo ($\alpha = 0,83$), se mostrou próximo aos obtidos com a versão original para a mesma dimensão ($\alpha = 0,82$; $\alpha = 0,87$). Em relação à dimensão Sem *insight*, no entanto, o valor ($\alpha = 0,86$) foi bastante superior aos obtidos na versão em inglês ($\alpha = 0,78$; $\alpha = 0,78$). Por outro lado, o índice correspondente à dimensão Distanciamento, no presente estudo ($\alpha = 0,68$), foi bastante inferior ao obtido na mesma dimensão nos dois estudos ($\alpha = 0,87$) internacionais.

O valor de alfa na dimensão Somatização, no presente estudo ($\alpha = 0,53$), ficou bem abaixo do valor obtido nos dois estudos de Haviland e colaboradores (2001, 2002) com população clínica (0,87 e 0,89, respectivamente). Entretanto, é importante salientar que a composição com apenas três itens neste fator pode explicar o baixo valor de alfa, índice que é influenciado pelo número de itens no fator. Finalmente, em relação à dimensão Rigidez, a falta de consistência interna para os dados dos terapeutas no presente estudo ($\alpha = -0,34$), não foi observada em nenhum dos estudos conduzidos pelos autores da OAS, também com terapeutas (com alfas variando entre 0,71 e 0,75) (Haviland & cols., 2001, 2002).

É interessante acrescentar, no entanto, que através de uma análise dos enunciados dos itens que compõem o Fator 4 (rigidez), nota-se que dizem respeito a pobre autocontrole e conformismo social, características apontadas na literatura como próprias de alexitímicos (Silva & Caldeira, 1992; Marty & M'Uzan, 1994; Haviland & cols., 1998, 2000). Porém, outros estudos sobre avaliação da personalidade de usuários de substâncias (avaliação por informantes e auto-avaliação), concluíram que aqueles que fazem uso pesado de substâncias são vistos e se vêem como mais impulsivos, ou

seja, mais descontrolados e menos conformistas (menos rigidez) que os de uso moderado de substâncias ou abstinentes (Walton & Roberts, 2004). Nos estudos com a OAS, envolvendo pacientes diagnosticados para transtornos alimentar, de ansiedade e dependência de substância entre outros (Haviland & cols., 2001, 2002), não há discriminação dos valores parciais referentes a cada subgrupo da amostra, o que nos impossibilita fazer outras comparações com os resultados no Fator Rigidez. Como explicado anteriormente, porém, quando dois dos itens, 26 e 32, são excluídos do computo do alfa, a consistência interna do fator melhora.

Devemos salientar que as diferenças observadas entre os resultados desses estudos podem, em parte, ser devidas a diversidades das amostras aqui comparadas. Nos dois estudos de Haviland e colaboradores (2001, 2002) eram heterogêneas, se constituindo em sua maior parte de pacientes diagnosticados com transtorno de ansiedade e stress pós-traumático, enquanto no presente estudo todos os indivíduos avaliados eram dependentes de substância.

Assim, mais estudos precisam ser realizados no sentido de avaliar as duas últimas dimensões da alexitimia em população de dependentes de substâncias, uma vez que no presente estudo, a ausência de consistência interna e baixa correlação com a escala foram observadas tanto nas avaliações feitas pelos familiares quanto pelos terapeutas.

Em relação à estabilidade temporal da OAS-30 (Tabela 22), o mesmo valor para o coeficiente de *Spearman* ($r_s = 0,77$) foi encontrado para ambos os grupos (G1 e G3) do serviço ambulatorial, muito próximos aos valores encontrados para a OAS-33 ($r_s = 0,79$ e $r_s = 0,80$ nos dois grupos, respectivamente). Os menores índices foram apresentados nos Fatores 4 ($r_s = 0,46$; $r_s = 0,39$) e 5 ($r_s = 0,62$; $r_s = 0,31$) nos dois grupos, respectivamente, sendo não significantes apenas para os participantes do G3, o

que pode indicar certa dificuldade dos terapeutas em avaliar seus pacientes segundo estes fatores.

Portanto, a escala demonstrou de um modo geral, boa consistência interna e quanto à estabilidade temporal no grupo de familiares, assim como no grupo de terapeutas que avaliou pacientes em tratamento no serviço ambulatorial, o resultado é também considerado satisfatório.

Validade de Critério – OAS-30

Quando se observa o tipo de dependência e as conseqüências que isto pode trazer para a percepção de quem avalia o dependente quanto à alexitimia, há diferença entre o CAPS e o PH, sendo que os dependentes químicos internados para tratamento no PH são avaliados como menos alexitímicos por seus familiares ($p \leq 0,001$). No entanto, quando se analisa os resultados no CAPS, não se percebe diferença no modo como os familiares percebem dependentes químicos e de álcool ($p = 0,161$). Este resultado corrobora outros encontrados na literatura (Walton & Roberts, 2004) indicando que aqueles que fazem uso pesado de álcool e drogas têm um perfil semelhante do ponto de vista do informante que o avalia assim como a partir da própria avaliação. Os resultados reforçam mais uma vez, a necessidade de futuros estudos no sentido de investigar a influência do tipo de tratamento (ambulatorial/internação) na percepção que o avaliador tem do dependente e as conseqüências que isto pode trazer no sentido do tratamento para a dependência.

Precisão da TAS-22

A medida da alexitimia por meio da TAS teve como objetivo permitir a estimativa da validade convergente da OAS-30, avaliada por terapeutas e familiares.

Conforme referido, utilizou-se a versão da TAS de 22 itens, resultante de um estudo de validade junto a população clínica de hospital geral brasileiro (Yoshida, 2007). A escolha desta versão se deveu à semelhança do perfil da amostra (população clínica) de validação com a da atual pesquisa. Como não se dispunha de dados sobre a consistência interna e a precisão desta versão, um estudo da precisão deste critério, fez-se necessário. Ademais, vários autores concordam com a necessidade de estudos comparativos entre a TAS e outros instrumentos disponíveis para avaliar alexitimia (Haviland & Reise, 1996a; Taylor & Bagby, 2004; Lane & cols., 2000; Lumley, 2000), e apontam para as limitações do uso de escalas de auto-relato por indivíduos com um grau mais severo de alexitimia e conseqüentemente, incapacidade de elaborar sobre o próprio estado psicológico (Lane & cols., 2000; Lumley, 2000). Por isso enfatizam a necessidade de medidas externas com base no avaliador, informante ou observador (Haviland & Reise, 1996a; Kooiman & cols., 2000; Lumley, 2000).

A TAS total apresentou baixa consistência interna ($\alpha = 0,49$) na população de dependentes de substâncias psicoativas. Apenas o primeiro Fator que avalia “habilidade em identificar e descrever sentimentos e distingui-los de sensações corporais”, com maior número de itens, apresentou um valor de alfa um pouco mais aceitável (0,65), enquanto os fatores 2 ($\alpha = 0,35$) e 3 ($\alpha = 0,32$) indicaram consistência interna ainda mais baixa .

Outra medida de precisão da TAS foi obtida a partir da estimativa da estabilidade temporal das medidas ($n = 22$; dependentes de álcool = 68% e dependência química = 32%). No geral, a estabilidade temporal para um período entre uma semana e quinze dias se mostrou baixa ($r_s = 0,67$), sendo que o fator que mais contribuiu para este resultado foi o 2 ($r_s = 0,59$) que avalia “focalização em eventos externos e controle das emoções”, também relacionado parcialmente ao autocontrole avaliado na dimensão

Rigidez, na OAS. Os Fatores 1 ($r_s = 0,70$) e 3 ($r_s = 0,84$) apresentam índices de estabilidade entre aceitável e alto. O baixo índice de estabilidade temporal parece sugerir que o Fator 2 representa uma dimensão difícil de se avaliar em pacientes com dependência de substâncias (Walton & Roberts, 2004). Os baixos escores também podem ser devidos a características como instabilidade pelo pouco tempo de abstinência (Taylor & cols., 2000) e a disfunção cognitiva (Mann & cols., 1995; Larsen & cols., 2003) que pode ser observada mais no dependente de álcool que outros tipos de dependência, ou mista (Mann & cols., 1995).

Considerando em conjunto os resultados de consistência interna da TAS e da sua estabilidade temporal, pode-se dizer que ela é uma medida pouco fidedigna para avaliar alexitimia em população de dependentes de substâncias. Optou-se todavia, por utilizá-la como medida de critério no estudo de validade convergente por não se contar com outros instrumentos de avaliação de alexitimia em nosso meio. Observa-se que também com a versão original da OAS, Haviland e colaboradores (2002) recorreram ao BIQ (Bagby & cols., 1994) como medida de critério em estudo de validade concorrente, ainda que este último não tenha demonstrado coeficientes satisfatórios de fidedignidade ($r = 0,69$). Também naquela ocasião o argumento foi o de que o BIQ era o único instrumento de avaliação de alexitimia por observadores, disponível.

Validade Convergente / OAS-30 e TAS

Conforme referido na introdução, a validade convergente busca identificar em que medida as avaliações realizadas com um instrumento correspondem às realizadas com outro teste que pretende medir o mesmo construto (Anastasi & Urbina, 2000).

Quanto à validade convergente, obteve-se baixos índices de correlação entre os escores da TAS-22, segundo pacientes, e da OAS-30, segundo terapeutas e familiares. O coeficiente de correlação por postos de *Spearman* entre as avaliações feitas pelo familiar (OAS) e pelo paciente (TAS) indicou falta de associação ($r_s = 0,29$) e não significativa ($p > 0,05$), sugerindo que avaliação da alexitimia pelo familiar a partir da OAS-30 não corresponde à auto-avaliação através da TAS.

Em relação à associação entre os terapeutas (OAS) e pacientes (TAS), também se observou ausência de correlação ($r_s = -0,18$) e não significativa ($p > 0,20$). Pode-se concluir a partir dos resultados, que os dois instrumentos estariam medindo construtos diferentes, ou ainda, diferentes dimensões do construto alexitimia.

No estudo de validade realizado por Haviland e colaboradores (2002), onde o mesmo terapeuta avaliou seu paciente a partir da OAS e da versão modificada do BIQ (Bagby & cols., 1994), os resultados foram moderados, indicando também baixa correlação ($r = 0,69$).

A literatura aponta para a falta de consenso quanto à etiologia da alexitimia e salienta que os instrumentos podem estar avaliando a alexitimia a partir de um construto semelhante ou terem sido construídos a partir de uma classe comportamental representativa dos aspectos primários da alexitimia (Norton, 1989). Portanto, atribuir a falta de convergência observada no estudo a características apenas da TAS ou da OAS pode ser prematuro.

As primeiras escalas construídas para avaliar alexitimia, SSPS e MMPI–*Alexithymia*, apresentam problemas de precisão e consistência (Larsen & cols., 2003; Taylor & cols., 2004), as mais atuais e populares, como as versões da TAS, apresentam maior correlação com os aspectos cognitivos da alexitimia (Larsen & cols., 2003). A escala BVAQ (Larsen & cols., 2003) enfatiza tanto aspectos cognitivos quanto

emocionais dos subtipos de alexitimia I e II mencionados anteriormente (Larsen & cols., 2003). E a OAS (Haviland & Reise, 1996a) foi construída a partir do perfil da pessoa alexitímica obtido segundo juízes experientes. Os diferentes instrumentos de medida disponíveis propõem entre 1 e 5 dimensões, não havendo ainda concordância quanto ao número mais conveniente para avaliar adequadamente o construto alexitimia. Como o construto foi concebido a partir da experiência clínica, os itens para sua medida não tiveram uma base teórica, o que pode, segundo a literatura (Paquali, 1999), dificultar o consenso quanto aos melhores itens para representar o construto.

Portanto, as inconsistências encontradas na literatura podem justificar os baixos índices de correlação entre a OAS-30 e a TAS-22 no presente estudo. Entre as inconsistências está o fato das duas escalas medirem diferentes dimensões do construto alexitimia. Logo, mais estudos precisam ser feitos no sentido de se chegar a uma concordância quanto às dimensões do construto da alexitimia e de como avaliá-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Este estudo buscou avaliar a precisão e validade da Escala de Alexitimia para o Observador – OAS, em amostra clínica de pessoas que abusam ou são dependentes de substâncias psicoativas, em duas instituições na cidade de Campinas: um serviço público ambulatorial e em uma instituição privada, com vínculo religioso, sem fins lucrativos, que trata principalmente da dependência química através da internação.

Vários estudos (Larsen & cols., 2003; Taylor & cols., 2004) encontrados na literatura apontam para as inconsistências na literatura a respeito da avaliação da alexitimia e se referem à falta de uma teoria consistente que dê suporte ao seu construto, elaborado a partir da experiência clínica. Outros (Larsen & cols., 2003; Pasquali, 1999) explicam que as inconsistências encontradas se devem, em parte, ao fato de que muitos estudos disponíveis foram realizados a partir de instrumentos com pouca precisão e consistência. E ainda outros (Haviland & Reise, 1996a; Lane & cols., 2000; Kooiman & cols., 2000; Lumley, 2000), discutem as limitações que o próprio alexitímico pode ter, dependendo do grau de alexitimia, no sentido de avaliar a si próprio em relação ao processamento e regulação de suas emoções.

As limitações que o próprio transtorno impõe levaram pesquisadores a questionarem os estudos que se utilizam apenas de avaliações a partir de instrumentos tipo auto-relato, sugerindo a necessidade de se construir instrumentos que avaliem tanto os aspectos cognitivos quanto emocionais da alexitimia e que possam ser completados por alguém que conheça o paciente, o suficiente, para poder avaliá-lo.

A OAS foi construída com a intenção de ser um instrumento de fácil aplicação, que não requer ajuda para ser completado e que possa ser preenchida por um profissional clínico ou algum amigo ou parente que conheça bem o avaliado. Foi criada a partir de um estudo em que juízes experientes identificaram características comuns a

peessoas com alexitimia, originando o protótipo do alexitímico. De acordo com o estudo, o protótipo da alexitimia se caracteriza por distanciamento afetivo e com poucas habilidades para relacionamentos interpessoais, pouco conhecimento de si, preocupações com a saúde, ser uma pessoa sem graça e desinteressante e com muito autocontrole e conformismo social.

Vários estudos que investigam a prevalência da alexitimia na população clínica incluem a dependência de substâncias como um dos transtornos associados à alexitimia. Alguns estudos questionam as evidências da alexitimia na população de dependentes uma vez que a própria condição de dependência provoca alterações cognitivas, podendo dificultar o diagnóstico nesta população.

O presente estudo revelou que os grupos pesquisados nas duas instituições são bastante distintos em termos de desproporção de gênero e quanto ao nível sócio econômico e educacional, e isto parece ter tido um efeito na forma de avaliar o dependente. Com relação ao nível educacional, observou-se que quanto maior o grau de escolaridade do avaliador menor o grau de alexitimia atribuído ao dependente, sendo os pacientes atendidos no serviço ambulatorial considerados mais alexitímicos que os da instituição privada que atende em regime de internação. Podemos supor que o tipo de tratamento, onde o paciente fica internado e afastado do convívio familiar pode trazer tranquilidade e a paz que a família normalmente não tem. Isto pode explicar diferenças observadas na percepção que os participantes de cada grupo têm em relação aos dependentes. Os conflitos e crises vividos diariamente, decorrentes da dependência de substância desestruturam o lar e perturbam a ordem e a convivência familiar contribuindo para a forma mais positiva ou mais negativa com que o familiar percebe o dependente.

As sugestões para futuros estudos com as OAS se referem à revisão e reformulação de alguns itens da escala, principalmente relacionados à dimensão Rigidez, aspecto interpretado como com pouca consistência na população com dependência de substância no presente estudo, assim como na literatura (Walton & Roberts, 2004). E ainda, mais itens deverão ser construídos buscando medir melhor as dimensões Rigidez e Somatização, dois aspectos descritos na literatura como característicos do alexitímico (Marty & M'Uzan, 1994; Haviland & Reise, 1996a).

A condição desestruturante própria da dependência de substância desestabiliza e modifica as relações no âmbito familiar e social. Em função disto, estudos do tipo Longitudinal ou Seccional Cruzado, que considerem o tipo de dependência e de tratamento, entre outros, podem ajudar a compreender como as características alexitímicas são avaliadas por observadores e como o tipo de relacionamento e convivência com o dependente pode afetar na avaliação da alexitimia.

Como os resultados de estudos a partir de análise fatorial podem ser influenciados pelo tipo de participante selecionado, é possível que uma solução fatorial distinta possa surgir a partir de uma população heterogênea como a deste estudo.

Devido às características da própria população pesquisada, a coleta de dados durou oito meses, em vez de três, como previsto inicialmente. Com isto, a qualidade da interpretação e discussão dos resultados deste estudo ficou de certa forma prejudicada por limitações de tempo relacionadas ao cronograma do estudo. Futuras análises a partir dos dados já coletados para este estudo poderão elucidar outros aspectos aqui não abordados, além de permitir uma melhor comparação com outros estudos realizados no Brasil e no exterior.

A variedade de métodos, critérios para composição da amostra e técnicas para análise de dados encontrados nos estudos sobre alexitimia disponíveis na literatura,

impuseram restrições que, de certa forma, prejudicaram as comparações necessárias à interpretação dos resultados deste estudo. Portanto, replicar estudos já existentes, utilizando os mesmos critérios e procedimentos de coleta e análise de dados poderá contribuir para que o conhecimento sobre alexitimia seja mais consistente do que o disponibilizado atualmente na literatura.

REFERÊNCIAS

- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Testagem Psicológica. (7ª edição) Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Apfel, R.J. & Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia: concept and measurement. Psychotherapy and Psychosomatics, 32, 180-190.
- Bagby, M.R., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 38, 23-32.
- Bagby, M.R., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. Journal of Psychosomatic Research, 38, 33-34.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., & Parker, J.D.A. (2003). The nomological domain of the alexithymia construct. [online]. Disponível:
<http://spitswww.uvt.nl/web/fsw/psychologie/emotions3003/2/h9.pdf>
- Bermond, B. (2003). Brain and Alexithymia. [online]. Disponível:
<http://spitswww.uvt.nl/web/fsw/psychologie/emotions2003/2/h11.pdf> Recuperado em 12/12/2005.
- Borens, R., Grosse-Schultze, E., Jaensch, W., & Kortemme, K.H. (1977). Is “alexithymia” but a social phenomenon? An empirical investigation in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 28, 193-198.
- Brasiliano, S. & Knapp, P. (2001). Tratamento psicoterapêutico. Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, (2), (Supl. 1) 12-17.
- Buchanan, D.C., Waterhouse, G.J., & West J.R., S.C. (1980). A proposed neurophysiological basis of alexithymia. Psychotherapy and Psychosomatics, 34, 248-255.

- Caetano, R. (2002). A identificação de critérios para a dependência de álcool na população geral. Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 3(1), 4-16.
- Campbell, R.J. (1996). Psychiatric Dictionary (7ª edição). New York: Oxford University Press.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1966). Delineamentos experimentais e quase – experimentais de pesquisa. SP: EPU/EDUSP.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F. Noto, A.R., & Nappo, S.A. (2002). I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2001. São Paulo, CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., Fonseca, A.M., Carlini, C.M., Oliveira, L.G., Nappo, S.A., Moura, Y.G., & Sanchez, Z.V. der M. (2007). II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2005. São Paulo, CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Cronbach, L.J. (1996). Fundamentos da Testagem Psicológica.(5ª edição). Porto Alegre:Artes Médicas.
- Cunha, J.A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. SP: Casa do Psicólogo.
- DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (2002). Claudia Dornelles (Trad.). (4ª edição revisada). Porto Alegre: Artmed (trabalho original publicado em 1994).
- Fernández, V.M. (1999). Alexitimia. Elementos,6(35),25-27. [online] Disponível: <http://www.elementos.buap.mx/num35/htm/25.htm> Recuperado em 08/02/2006.
- Goldstein, R.Z. & Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal córtex (abstract). American Journal of Psychiatry, 159(10),1642-52. [online]

- Disponível: <http://www.wireheading.com/orbitofrontal/> Recuperado em 26/11/2005.
- Haviland, M.G. (1998). The validity of the California Q-set alexithymia prototype. Psychosomatics, *39*, 536-539.
- Haviland, M.G. & Reise, S.P. (1996a). A California Q-set Alexithymia Prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. Journal of Psychosomatic Research, *41*, 597-608.
- Haviland, M.G. & Reise, S.P. (1996b). Structure of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. Journal of Personality Assessment, *66*, 116-125.
- Haviland, M.G., Shaw, D.G., MacMurray, J.P., & Cummings, M.A. (1988a). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. Psychotherapy and Psychosomatics, *50*, 81-87.
- Haviland, M.G., Shaw, D.G., Cummings, M.A., MacMurray, J.P. (1988b). Alexithymia, subscales and relationship to depression. Psychotherapy and Psychosomatics, *50*, 164-170.
- Haviland, M.G., Warren, W.L., & Riggs, M.L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. Psychosomatics, *41*, 385-392.
- Haviland, M.G., Warren, W.L., Riggs, M.L., & Gallacher, M. (2001). Psychometric properties of the Observer Alexithymia Scale in a clinical sample. Journal of Personality Assessment, *77*, 176-86.
- Haviland, M.G., Warren, W.L., Riggs, M.L., & Nitch, S.R. (2002). Concurrent validity of two observer-rated alexithymia measures. Psychosomatics, *43*, 472-477.
- Hendryx, M.S., Haviland, M.G., & Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. Journal of Personality Assessment, *56*, 227-237.

- Hogan, C.C. (1997). The psychoanalytic treatment of patients with inflammatory bowel disease. The Psychoanalytic Approach to Psychosomatics and Eating Disorders. Discussion by Marília Aisenstein.[online] Disponível: <http://www.cyberpsych.org> Recuperado em 01/11/2004.
- Hutz, C.S. & Nunes, C.H.S.S. (2001). Escala fatorial de ajustamento emocional /neuroticismo-EFN. SP: Casa do Psicólogo.
- Jula, A., Salminen, J.K., & Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. Hypertension,33,1057-1061. [online]. Disponível: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/33/4/1057> Recuperado em 06/02/2006.
- Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J.T. (1991). Alexithymia and perceived symptoms: criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychotherapy and Psychosomatics, 56, 247-252.
- Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Brand, R., Trijsburg, R.W., & Rooijmans, H.G.M. (2000). Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? Psychosomatic Medicine, 62, 768-778.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and pasychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 33, 17-31.
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. International Journal os Psychoanalitic Psychotherapy, 9, 353-378.
- Krystal, J.H., Giller, E.L., & Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. Psychosomatic Medicine, 48, 84-94.
- Laloni, D.T. (2001). Escala de avaliação de sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

- Lane, R.D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D.E., & Kaszniak, A.W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and repressive coping style. Psychosomatic Medicine, 62, 492-501.
- Laranjeira, R. (Coord.) (2003). Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. (2ª edição). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira.
- Laranjeira, R. & Surjan, J. (2001). Conceitos básicos e diagnóstico. Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, (2), (Supl. 1) 2-6.
- Larsen, K.J., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. Journal of Psychosomatic Research, 54, 533-541.
- Lesser, I.M. (1981). A Review of the Alexithymia concept. Psychosomatic Medicine, 43, 531-541.
- Lipp, M.E.N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. Em Marilda M.N.E. Lipp (org.). Mecanismos neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e aplicação. SP: Casa do Psicólogo. pp.17-21.
- Lipp, M.E.N., Alcino, A.B., Bignotto, M.M., & Malagris, L.E.N. (1998). O treino de controle de stress para hipertensos: uma contribuição para a medicina comportamental. Estudos de Psicologia (Campinas), 15, 59-66.
- Lumley, M.A. (2000). Alexithymia, and negative emotional conditions (Resumo). Journal of Psychosomatic Research, 49(1), 51-54. [online]. Disponível: <http://www.psychomedia.it/pm-revs/journrev/jpr/jpr-2000-49-1-a.htm> Recuperado em 05/04/2005.

- Maciel, M.J.N. (2005). Avaliação da alexetímia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia. PUC-Campinas.
- Mann, L.S., Wise, T.N., Trinidad, A., & Kohanski, R. (1995). Alexithymia, affect recognition, and five factors of personality in substance abusers. Perceptual and Motor Skills, 81, 35-40.
- Marty, P. & M'Uzan, M. (1994). O pensamento operatório. Revista Brasileira de Psicanálise, v. XXVIII, nº1, 165-174.
- Medeiros, L.P. de (2002). Eficácia adaptativa e grau de alexetímia em pacientes com Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Morrison, S.L. & Pihl, R.O. (1989). Psychometrics of the Schalling-Sifneos and Toronto Alexithymia Scales. Psychotherapy and Psychosomatics, 51, 83-90.
- Moskowitz, D.S. (1986). Comparison of self-reports, reports by knowledgeable informants, and behavioral observation data. Journal of Personality, 54(1), 294-317.
- Norton, N.C. (1989). Three scales of Alexithymia: Do they measure de same thing? Journal of Personality Assessment, 53(3), 621-637.
- Oliveira, M.R.L.G. de, (2001). Alexitímia na algia pélvica crônica. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Instituto de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- Parker, J.D., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (1998). Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. (abstract). Comprehensive Psychiatry, 39, 91-98.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a constructo: Teoria e modelo de construção. Em L. Pasquali (Org.), Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração (pp. 37-71). Brasília: LabPAM.

- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psicologia Clínica, 25(5), (Edição Especial),206-213.
- Pregnotatto, A.P.F. (2005). Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Purves, D., Augustine, G.J., Fitzpatrick, D., Katz, L.C., LaMantia, A., & McNamara, J.O. (1997). Emotions. Em D. Purves, G.J. Augustine, D. Fitzpatrick, L.C. Katz, A. LaMantia & J.O. McNamara (Eds) Neuroscience. Massachusetts: Sinauer Associates, Inc. Publishers. pp. 513-527.
- Rodrigo, G., Lusiardo, M., & Normey, L. (1989). Alexithymia: reliability and validity of the Spanish version of the Toronto Alexithymia Scale. Psychotherapy and Psychosomatics, 51, 162-168.
- Roedema, T.M. & Simons, R.F. (1999). Emotion-processing deficit in alexitimia. Psychophysiology, 36, 379-387.
- Sifneos, P.E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. Psychotherapy and Psychosomatics, 56, 116-122.
- Sifneos, P.E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F.H. (1977). The phenomenon of Alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics, 28, 47-57.
- Silva, A.F.R.D. & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. Em J. Mello Filho (Org) Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas. pp. 113-118.
- Silva, E.A. (2001). Abordagens familiares. Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, (2), (Supl. 1) 21-24.

- Silva, M.T.A., Guerra, L.G.G.C., Gonçalves, F.L., & Garcia-Mijares, M. (2001). Análise funcional das dependências de drogas. Em H.J. Guilhardi, M.B.B.P, Madi, P.P. Queiroz, & M.C. Scoz, (Orgs.), Sobre o comportamento e cognição. SP: ESETec, Editores Associados. pp. 422-442.
- Statistical Package for Social Sciences- SPSS (2007). Exploratory Factor Analysis (EFA). [online]. Disponível: www.spss.com/airseries Recuperado em 11/05/2007.
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse. Therapy Manuals for Drug Addiction, manual 5. Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA). U.S. Department of Health and Human Services.
- Sriram, T.G., Chaturvedi, S.K., Gopinath, P.S., & Shanmugam, V. (1987). Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. Psychotherapy and Psychosomatics, 47, 11-17.
- Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. The American Journal of Psychiatry, 141, 725-732.
- Taylor, G.J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. Canadian Journal of Psychiatry, 45, 134-142.
- Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. Psychotherapy and Psychosomatics, 73, 68-77.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: self report and observer-rated measures. Em J.D.A. Parker & R. Bar-On (Orgs.), The handbook of emotional intelligence. San Francisco, CA: Jossey Bass. pp. 301-319.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P., & Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychotherapy and Psychosomatics, 44, 191-199.

- Torres, A.R. & Crepaldi, A.L. (2002). Sobre o transtorno de pânico e a hipocondria: uma revisão. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(3), 144-151. [online]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000300009&lng=pt&nrm=iso> Recuperado em 05/04/2005.
- Vicentin, V.F. (2004). Stress e qualidade de vida dos progenitores de usuários de cocaína e crack. Em Lipp, M.E.N (org.). O stress no Brasil, pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus. pp. 169-176.
- Vieira, H.A.C.C. (2005). Família e Drogadição: compreendendo o padrão de relacionamento de uma família com um membro dependente químico. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de Brasília. [online]. Disponível: http://www.btdt.ucb.br/tede/tde_busca?arquivo.php?codarquivo=411
- Walton, K.E. & Roberts, B.W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: abstainers are not maladjusted. Journal of Research in Personality, 38, 515-535.
- Wiethaeuper, D., Balbinotti, M.A.A., Pelisoli, C., & Barbosa, M.L.L. (2005). Estudos da consistência interna e fatorial confirmatória da ETA-20 com estudantes brasileiros. Revista Interamericana de Psicologia, 39(2),1-17.
- Wise, T.N., Mann, L.S., & Epstein, S. (1991). Ego defensive style and alexithymia, a discriminant validation study. Psychotherapy and Psychosomatics, 56, 141-145.
- Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. American Psychologist, 59(4), 224-235.
- World Health Organization- WHO (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. [online]. Disponível: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

- Yoshida, E.M.P.(2000). Toronto Alexithymia Scale precisão e validade da versão em português. Psicologia; teoria e prática, 2 (1), 59-73.
- Yoshida, E.M.P. (2007). Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(3),389-396.
- Zimmermann, G., Rossier, J., De Stadelhofen, F.M., & Gaillard, F. (2005). Alexithymia, assessment and relations with dimensions of personality. European Journal of Psychological Assessment, 21, 23-33.

ANEXOS

Anexo A

A - Enunciado dos Itens da Escala Original por Dimensão

Fator 1 – Distanciamento (D)

Item	Enunciado
1	É uma boa companhia; é agradável.
4	É divertida, alegre.
6	Tem pena dos outros; tem o coração “mole”.
7	Tem bom relacionamento com os outros.
10	Conta piadas e está sempre brincando.
12	Tem um bom coração; é sensível
15	É brincalhona
17	Gosta da companhia das pessoas
18	Gosta de falar sobre o que está sentindo
20	É imaginativa; criativa.
24	É flexível; é fácil lidar com ela.
25	Gosta de ter amigos com quem pode contar.
26	Ela se conhece bem
29	Gosta de contato físico; de ser tocada e de tocar nos outros.
32	Compreende bem suas próprias necessidades.

Fator 2 - Sem *insight* (Si)

Item	Enunciado
2	Fica desorientada quando as coisas estão muito difíceis.
8	Fica confusa em situações muito difíceis; não sabe o que fazer.
13	Fica chateada (nervosa) quando não entende bem o que está acontecendo.
19	Sente emoções fortes que não consegue por para fora.
21	Parece que não tem rumo na vida; parece que não tem plano para o futuro
26	Ela se conhece bem.
30	Tem dificuldade em achar as palavras certas para dizer o que está sentindo
32	Compreende bem suas próprias necessidades

Fator 3 – Somatização (S)

Item	Enunciado
3	Se preocupa muito com a saúde.
9	Reclama muito de dor.
14	Está sempre preocupada e procurando ajuda para tratar da saúde.
22	Tem problemas físicos que são difíceis de tratar.
27	Quando fica chateada (preocupada) tem dor de cabeça, dor de estômago, sua, tem dor no corpo.

Fator 4 - Sem graça (Sg)

Item	Enunciado
4	É divertida; alegre.
10	Conta piadas e está sempre brincando.
15	É brincalhona.
23	É “chata”; cansativa.
28	É “sem graça”; sem “sal nem açúcar”.

Fator 5 - Rigidez (R)

Item	Enunciado
5	É controlada demais; se controla muito.
11	É muito sistemática; muito certinha.
16	É rígida; é difícil lidar com ela.
31	Vê as coisas apenas como “oito ou oitenta”; não tem meio termo
33	Deixa para depois as coisas boas da vida, mesmo quando não precisa

Anexo B

B - Versão Brasileira da Escala (OAS)

OBSERVER ALEXITHYmia SCALE (OAS) – M.G. HAVILAND, Ph.D., 2000

Por favor, use a escala a seguir para cada item:

0 – Nunca.

1 - Algumas vezes, um pouco.

2 – Muito, quase sempre.

3 - Todo o tempo, sempre.

A Pessoa	Faça um círculo	A Pessoa	Faça um círculo
1. É uma boa companhia; é agradável.	0 1 2 3	18. Gosta de falar sobre o que está sentindo.	0 1 2 3
2. Fica desorientada quando as coisas estão muito difíceis.	0 1 2 3	19. Sente emoções fortes que não consegue por para fora.	0 1 2 3
3. Se preocupa muito com a saúde.	0 1 2 3	20. É imaginativa ; criativa.	0 1 2 3
4. É divertida, alegre.	0 1 2 3	21. Parece que não tem rumo na vida; parece não ter plano para o futuro.	0 1 2 3
5. É controlada demais; se controla muito.	0 1 2 3	22. Tem problemas físicos que são difíceis de tratar.	0 1 2 3
6. Tem pena dos outros; tem o coração mole.	0 1 2 3	23. É “chata”; cansativa.	0 1 2 3
7. Tem bom relacionamento com os outros.	0 1 2 3	24. É flexível; é fácil lidar com ela.	0 1 2 3
8. Fica confusa em situações muito difíceis; não sabe o que fazer.	0 1 2 3	25. Gosta de ter amigos com quem pode contar.	0 1 2 3
9. Reclama muito de dor.	0 1 2 3	26. Ela se conhece bem.	0 1 2 3
10. Conta piadas e está sempre brincando.	0 1 2 3	27. Quando fica chateada (preocupada) tem dor de cabeça, dor de estômago, sua, tem dor no corpo.	0 1 2 3
11. É muito sistemática; é "muito certinha".	0 1 2 3	28. É "sem graça"; "sem sal nem açúcar".	0 1 2 3
12. Tem um bom coração; é sensível.	0 1 2 3	29. Gosta de contato físico; de ser tocada e de tocar nos outros.	0 1 2 3
13. Fica chateada (nervosa) quando não entende bem o que está acontecendo.	0 1 2 3	30. Tem dificuldade em achar as palavras certas para dizer o que está sentindo.	0 1 2 3
14. está sempre preocupada e procurando ajuda para tratar da saúde.	0 1 2 3	31. Vê as coisas apenas como “oito ou oitenta”; não tem meio termo.	0 1 2 3
15. É brincalhona.	0 1 2 3	32. Compreende bem suas próprias necessidades.	0 1 2 3
16. É rígida; é difícil lidar com ela.	0 1 2 3	33. Deixa para depois as coisas boas da vida, mesmo quando não precisa.	0 1 2 3
17. Gosta da companhia das pessoas.	0 1 2 3		

Anexo C

C - Instrução para Preenchimento da Escala

Abaixo há uma escala de números de 0 a 3. Na escala, o **zero (0)** significa “**Nunca**: em nada parecido com a pessoa”, o **1** corresponde a “**Algumas vezes**: um pouco parecido com a pessoa”, o **2** significa “**Normalmente**: muito parecido com a pessoa” e o **3** corresponde a “**Todo o tempo**: totalmente parecido com a pessoa”.

Em seguida, existem sentenças (itens) para descrever uma pessoa. Cada item é seguido pelos números: 0 1 2 3. Pense na pessoa que você conhece bem e que está recebendo, ou poderá receber, atendimento nesta instituição. Depois leia cada item e faça um círculo em volta do número que corresponde à alternativa que melhor descreve essa pessoa. Por favor, responda todos os itens do teste que receberá da pesquisadora.

Use a escala para praticar com os exemplos abaixo. Se ainda tiver alguma dúvida fique à vontade para perguntar.

Obrigada.

- 0 - Nunca:** em nada parecido com a pessoa
- 1 - Algumas vezes:** um pouco parecido com a pessoa
- 2 - Normalmente:** muito parecido com a pessoa
- 3 - Todo o tempo:** totalmente parecido com a pessoa

PRATIQUE COM OS EXEMPLOS ABAIXO:

<u>A Pessoa</u>	<u>Faça um círculo</u>			
1. Usa brincos.	0	1	2	3
2. Pinta o cabelo com tinta azul.	0	1	2	3
3. Come sentada; se senta para comer.	0	1	2	3
4. É de falar pouco; é quieta.	0	1	2	3

Anexo D

D – Autorização do Autor, para Utilização da Escala

De: Mark Haviland <haviland@ix.netcom.com>
Data: Wed, 11 May 2005 19:46:52 -0700
Para: Berenice Victor Carneiro <berenicecarneiro@directnet.com.br>
Assunto: Re: Observer Alexithymia Scale

Berenice:

I appreciate your interest in the OAS. Are you planning to translate to Portuguese? The OAS has been translated into French, German, and Chinese. I have been directly involved in all translations and in the psychometric studies of the French and Chinese versions. The Chinese psychometric data have been published in the journal, *Psychiatry Research*, and the French data are to appear soon in the journal, *European Psychiatry*. I'd like to review the translation, if you are agreeable. (I correspond from time to time with an alexithymia researcher in Portugal.)

I can send you a copy of the OAS from the office tomorrow (Thursday), if you wish.

(Loma Linda is only about 40 miles from UCI)

MGH

Anexo E

E - Autorização para Realização da Pesquisa no CAPS

Planos de Saúde - Servidor

Page 1 of 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 98624	
Projeto de Pesquisa ESCALA DE ALEXITIMIA PELO OBSERVADOR (OAS), PRECISÃO E VALIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS					
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Avaliação, Emoções, Dependência Química					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 240	Total Brasil 240	Nº de Sujeitos Total 240	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico SIM	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Berenice Vítor Carneiro			CPF 968.467.558-53	Identidade 9565973	
Área de Especialização PSICOLOGIA			Maior Titulação MESTRADO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço R. DONA LIBÂNIA, 1985-AP91			Bairro V. ITAPURA	Cidade CAMPINAS - SP	
Código Postal 13015-090	Telefone 32553653 / 32361884		Fax	Email berenice_carneiro@hotmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: 21/06/06			Assinatura		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Prefeitura Municipal de Campinas / Secretaria Municipal Saúde			CNPJ .-	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Centro de Atendimento Psicossocial/AD CRIAD			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Anchieta, n 200			Bairro Centro	Cidade Campinas - SP	
Código Postal 13015-904	Telefone (19) 32328415		Fax (19) 32328415	Email cets- sms@campinas.sp.gov.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura		
Data: 21/06/06			Prof. Dr. José Francisco Kerr Saraiva Secretário Municipal de Saúde		
Vinculada					
Nome Pontifícia Universidade Católica de Campinas - SP			CNPJ 46.020.301/0001-88		
Endereço Av John Boyd Dunlop snº			Bairro Jd Ipaussuranga	Cidade Campinas - SP	
Código Postal 13059900	Telefone 19 37296808		Fax 19 37296806	Email www.puc-campinas.edu.br	
Responsável			Cargo / Função		

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 20/06/2006. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Anexo F

F - Carta ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campinas, 23 de Junho de 2006

Ao
Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Ciências Médicas
PUC-Campinas

Senhores Professores,

Encaminho às V.S^{as} um exemplar do projeto de pesquisa de minha autoria, sob orientação da Prof^a. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, para avaliação e aprovação.

O projeto foi submetido a avaliação pela Comissão Examinadora no 149º Exame Geral de Qualificação do Programa de Doutorado em Psicologia como Ciência e Profissão, realizado no dia 14 de Junho de 2006 e aprovado.

Conheço a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos e comprometo-me a cumpri-la em toda a sua extensão e complexidade.

Enquanto psicóloga e pesquisadora, estou ciente de minha responsabilidade ética e profissional e de meu compromisso com os participantes da pesquisa.

Os benefícios que obteremos com a pesquisa permitirão que o instrumento psicológico seja utilizado por profissionais da saúde, no Brasil, para auxiliar na avaliação de pessoas com dificuldades em reconhecer e processar as próprias emoções.

Esta pesquisa deverá servir para o progresso da ciência psicológica e médica.

Atenciosamente,

Berenice Victor Carneiro
RA: 04506143
CRP 38409/06

Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida
Orientadora
PPGP-CCV-PUC-Campinas

Anexo G

G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 22 de Agosto de 2006

Protocolo 447/06

Prezada Senhora Berenice Victor Carneiro,

C/C: Pós-Graduação em Psicologia

Parecer Projeto: APROVADO

I – Identificação:

Título do Projeto: “ESCALA DE ALEXITIMIA PELO OBSERVADOR (OAS), PRECISÃO E VALIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS”

Pesquisador responsável: BERENICE VICTOR CARNEIRO

Orientador (a): ELISA MEDICI PIZÃO YOSHIDA

Onde a pesquisa será realizada: CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL / AD CRIAD – PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Data de apresentação ao CEP: 10/07/06

II – Objetivo:

Adaptação para o português e verificação da validade de construto, validade convergente, assim como a fidedignidade da *Observer Alexithymia Scale* (OAS), aqui denominada Escala de Alexitimia do Observador – OAS, para população clínica de dependentes de substâncias brasileiras.

III – Sumário do projeto:

Para compor a amostra serão utilizados 3 grupos de participantes. G1: grupo de familiares de dependentes de álcool, que terá em torno de 200 participantes; G2: grupo de pacientes, que será composto de, no mínimo, 40 pacientes; G3: grupo de profissionais, constituído de aproximadamente 10 profissionais. Serão utilizados os seguintes instrumentos: a versão em português da escala *Observer Alexithymia Scale* (OAS), aqui denominada Escala de Alexitimia do Observador – OAS, A autorização para utilização da escala – OAS, Instruções para preenchimento da escala OAS, A Escala de Alexitimia de Toronto – TAS – já validada para a população brasileira, a Ficha de dados sócio-demográficos do G1, a Ficha de dados sócio-demográficos do G2 e a Ficha de dados sócio-demográficos do G3.

IV – Parecer do CEP:

Recomenda-se retirar o nome do sujeito da pesquisa do anexo H (colocar iniciais).

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

Conforme a Resolução 196/96, é atribuição do CEP “acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores” (VII.13.d). Por isso o/a



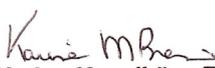
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP-PUC-Campinas o relatório final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

V - Data da reunião: 22/08/2006

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


Profa. Dra. Karina Magalhães Brasio
Coordenadora do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas

Anexo H

H - Autorização para Realização da Pesquisa na Instituição PH

Pesquisa na Instituição Pe.Haroldo

De: **Clínica Padre Haroldo** (clinica@padreharoldo.org.br)

 Você pode não conhecer este remetente. [Marcar como confiável](#) | [Marcar como não confiável](#)

Enviada: sexta-feira, 30 de março de 2007 17:24:55

Para: berenice_carneiro@hotmail.com

Berenice,

Recebi a autorização. Caso vc queira vir no Domingo de Visita, ocorrerá dia 15/04, às 7:00 hs da manhã.

Vc pode também vir durante a semana que temos algumas famílias que vem para avaliação para a internação, porém são sempre poucas pessoas. Na próxima segunda-feira, por exemplo, temos 4 entrevistas agendas.

Aguardo

Suely Torres

Coordenadora - Centro de Atendimento

e Clínica Psicológica

(19) 3794-2500

Visite nosso site: www.padreharoldo.org.br

Nossa Missão: "Proporcionar ao ser humano oportunidades para viver com dignidade, livre dos transtornos decorrentes do uso e abuso das drogas lícitas e ilícitas."

Anexo I

I - Parecer do Comitê de Ética para Extensão da Pesquisa



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 15 de maio de 2007

Protocolo 341/07

Prezada Senhora Berenice Victor Carneiro,

Ref: "Escala de Alexitimia pelo Observador (OAS), precisão e validade da versão em português" - Prot. 447/06

Acusamos o recebimento em 09.05 p.p. da **Carta da Extensão da Pesquisa**, referentes ao projeto acima citado, e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa é o que segue:

<p>Título: "Escala de alexitimia pelo observador (OAS), precisão e validade da versão em português"</p>	<p>Carta informando da Extensão da pesquisa a Instituição Padre Haroldo, datada de 27/04/2007.</p>
--	--

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, emitiu-se o parecer para o presente **Carta da Extensão da Pesquisa**:

Aprovado

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.

Profa. Dra. Karina Magalhães Brasio
Coordenadora do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas

Anexo J

J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G1)

Eu fui convidado(a) a participar de uma pesquisa que foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (telefone de contato: 019-3729.6808) e que será realizada nesta instituição com o objetivo de adaptar um teste psicológico para avaliar alexitimia. A alexitimia é uma dificuldade em identificar e expressar as emoções, e este instrumento psicológico, chamado Escala de Alexitimia pelo Observador (OAS), poderá auxiliar os profissionais da saúde na avaliação de seus sintomas.

Fui informado(a) de que fornecerei dados sobre mim (como sexo, idade, escolaridade, entre outros), mas que estes dados serão guardados sob sigilo, utilizados apenas para a pesquisa e que minha identidade não será revelada.

Estou ciente de que ao aceitar participar da pesquisa responderei ao instrumento, referido acima, por aproximadamente 15 minutos, em apenas uma ou em duas datas previamente determinadas. As informações solicitadas se referem a meu familiar, com dependência de substância. Minhas respostas ao teste não serão associadas à minha identidade e os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para fins acadêmicos.

Receberei da pesquisadora, a psicóloga Berenice Victor Carneiro, uma cópia deste termo de consentimento e ela estará à disposição para esclarecer dúvidas em relação a este estudo (telefone de contato: 019-3255.3653). A aplicação do teste será feita pela própria pesquisadora, que é aluna de Doutorado em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Minha participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e posso desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalidade nem qualquer prejuízo para mim ou para o atendimento que recebo nesta instituição.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____ Data: _____

Anexo K

K - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G2)

Eu fui convidado(a) a participar de uma pesquisa que foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (telefone de contato:019-3729.6808) e que será realizada nesta instituição com o objetivo de adaptar um teste psicológico para avaliar alexitimia. A alexitimia é uma dificuldade em identificar e expressar as emoções e este instrumento psicológico poderá auxiliar os profissionais da saúde na avaliação de seus sintomas.

Fui informado(a) de que eu, meus familiares e profissionais desta instituição seremos solicitados a informar dados sobre mim (como sexo, idade, escolaridade, entre outros) e que estes dados serão guardados sob sigilo, utilizados apenas para a pesquisa e minha identidade será preservada.

Estou ciente de que ao aceitar participar da pesquisa responderei a um teste chamado Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), com duração aproximada de 15 minutos, em uma ou duas datas previamente determinadas, que minha identidade será mantida sob sigilo e não será divulgada. Os dados serão utilizados apenas para a pesquisa.

O teste será aplicado pela própria pesquisadora, a psicóloga Berenice Victor Carneiro (telefone de contato:019-3255.3653), que é aluna de Doutorado em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Receberei da pesquisadora, uma cópia deste termo de consentimento e ela estará à disposição para esclarecer dúvidas em relação a este estudo.

Minha participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e posso desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, nem qualquer prejuízo para mim ou para meu tratamento nesta instituição.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____ Data: _____

Anexo L

L - Ficha de Dados Sócio-Demográficos (G1)

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Tem filhos? (S) (N) Quantos? _____

Profissão: _____

Qual é sua relação com o paciente que está em tratamento nesta instituição?

_____ Pai; _____ Mãe; _____ Filho(a); _____ Companheiro(a); _____ Amigo(a);
 _____ Outro. Qual? _____

Há quanto tempo conhece/convive com o paciente?

O quanto você conhece o paciente? _____ Muito bem; _____ Bem;

_____ Mais ou menos; _____ Pouco; _____ Muito pouco.

Há quanto tempo o paciente se trata para Dependência de Substância? _____

Nesta instituição? _____

Como familiar, recebe atendimento nesta instituição? (S) (N)

Que tipo? _____

Há quanto tempo? _____

Sua vinda à instituição é:

_____ Semanal. Que dias da semana? S T Q Q S

_____ Quinzenal. Que dias da semana? S T Q Q S

_____ Outro _____

Anexo M

M - Ficha de Dados Sócio-Demográficos (G2)

Iniciais: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____

Está estudando atualmente? (S) (N) Estado Civil: _____

Profissão: _____ Trabalha? (S) (N) Em que? _____

Tem filhos? (S) (N) Quantos? _____

Mora com a família? (S) (N) Toma algum medicamento? (S) (N)

Já esteve em tratamento em outro lugar? (S) (N) Onde/Por quanto tempo? _____

Já esteve internado? (S) (N) Quantas vezes? _____ Onde? _____

Recaídas? _____

Há quanto tempo está em acompanhamento no CAPS/AD? _____

Que tipo de atendimento recebe? _____ Médico; _____ Psicológico;
 ____ Terapia Ocupacional; _____ Educação Física; outro _____

Participa de atendimento/orientação fora do CAPS/AD? (S) (N) Qual? _____

Com que idade iniciou o uso de substância? _____

Qual o(s) tipo(s)? _____

Que substâncias utilizava recentemente? _____

Há quanto tempo está em abstinência? _____

Há quanto tempo usava estas substâncias? _____

Com que frequência?

_____ Uma vez ao dia

_____ Mais de uma vez ao dia. Quantas? _____

_____ Semanalmente? Que dias? S T Q Q S S D

Outro _____

Uso de substâncias na família : _____ Pai; _____ Mãe; _____

Companheiro(a); _____ irmão/irmã; _____ filho(a); _____ Outros.: _____

Problemas que você vive/viveu decorrentes do uso de substância:

_____ Familiares. Quais? _____

_____ Trabalho. Qual? _____

_____ Saúde física. Qual? _____

_____ Saúde emocional. Qual? _____

_____ Interpessoais. Qual? _____

_____ Outro. Qual? _____

Anexo N

N - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (G3)

Fui convidado(a) a participar de uma pesquisa que foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (telefone de contato: 019-3729.6808) e que será realizada nesta instituição com o objetivo de adaptar um teste psicológico para avaliar alexitimia. A alexitimia é uma dificuldade em identificar e expressar as emoções e este instrumento psicológico, chamado Escala de Alexitimia pelo Observador (OAS), poderá auxiliar os profissionais da saúde na avaliação de seus sintomas.

Fui informado(a) de que serei solicitado(a) a fornecer dados sobre mim (como sexo, idade, profissão e tempo de experiência em clínica), mas que estes dados serão guardados sob sigilo, utilizados apenas para a pesquisa e que minha identidade não será revelada.

Estou ciente de que ao aceitar participar da pesquisa responderei ao instrumento, referido acima, em datas previamente determinadas, referente a pacientes em atendimento nesta instituição. Os pacientes estão cientes deste estudo e concordaram que sejam fornecidos dados sobre ele na escala.(OAS).

Minhas respostas não serão associadas à minha identidade e os dados obtidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos. As instruções para preenchimento da escala serão dadas pessoalmente pela própria pesquisadora, a psicóloga Berenice Victor Carneiro (telefone: 019-3255.3653), aluna de Doutorado em Psicologia no Instituto de Pós-Graduação em Psicologia na PUC-Campinas.

Receberei uma cópia deste termo de consentimento, mais informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas através da pesquisadora, minha participação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhuma penalidade nem qualquer prejuízo para mim ou meu trabalho nesta instituição.

Nome: _____

Assinatura: _____

RG: _____ Data: _____

Anexo O

O - Ficha de Dados Sócio-Demográficos (G3)

Iniciais do seu nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: (F) (M)

Profissão: _____

Maior titulação: _____

Qual é sua função no CAPS/AD? _____

Há quanto tempo trabalha no CAPS/AD? _____

Há quanto tempo trabalha na área clínica? _____

Anexo P

P - Coeficientes de Correlação da Escala – 33 itens

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33					
Q1	1																																					
Q2	0,22	1																																				
Q3	-0,16	-0,02	1																																			
Q4	0,37	0,16	-0,18	1																																		
Q5	-0,18	-0,25	0,28	-0,18	1																																	
Q6	0,20	0,15	-0,11	0,25	-0,14	1																																
Q7	0,37	0,18	-0,07	0,46	-0,21	0,45	1																															
Q8	0,14	0,51	-0,04	0,13	-0,18	0,16	0,17	1																														
Q9	0,15	0,24	0,06	-0,03	-0,10	-0,07	-0,07	0,25	1																													
Q10	0,31	0,14	-0,13	0,70	-0,06	0,31	0,37	0,13	-0,06	1																												
Q11	-0,06	0,07	0,33	0,07	0,20	0,08	0,12	0,09	0,07	0,04	1																											
Q12	0,29	0,11	-0,03	0,18	-0,08	0,59	0,41	0,13	-0,06	0,22	0,13	1																										
Q13	0,22	0,31	0,06	0,13	-0,05	0,08	0,20	0,40	0,24	0,10	0,21	0,13	1																									
Q14	-0,14	0,00	0,51	-0,18	0,11	-0,15	-0,09	0,06	0,22	-0,15	0,35	-0,17	0,12	1																								
Q15	0,31	0,16	-0,10	0,73	-0,05	0,25	0,46	0,14	-0,13	0,84	0,12	0,28	0,10	-0,19	1																							
Q16	0,21	0,31	-0,07	0,35	-0,19	0,32	0,32	0,25	0,18	0,36	0,21	0,21	0,28	-0,01	0,31	1																						
Q17	0,35	0,19	-0,22	0,53	-0,19	0,31	0,50	0,19	-0,02	0,50	0,06	0,27	0,17	-0,21	0,53	0,34	1																					
Q18	0,07	0,08	-0,25	0,30	-0,08	0,04	0,11	0,04	-0,14	0,28	-0,15	-0,01	0,09	-0,30	0,27	0,10	0,29	1																				
Q19	0,10	0,23	-0,14	0,21	-0,07	0,09	0,03	0,25	0,20	0,21	0,01	0,04	0,17	-0,05	0,13	0,26	0,15	0,16	1																			
Q20	0,11	0,15	-0,17	0,30	-0,12	0,19	0,28	0,24	-0,04	0,30	-0,03	0,11	-0,02	-0,19	0,30	0,11	0,30	0,12	0,01	1																		
Q21	0,22	0,31	-0,21	0,22	-0,34	0,16	0,18	0,32	0,06	0,24	-0,03	0,12	0,21	-0,18	0,25	0,27	0,19	0,19	0,15	0,15	1																	
Q22	0,10	0,26	0,10	0,13	-0,02	-0,09	0,12	0,24	0,44	0,13	0,12	-0,01	0,25	0,14	0,10	0,19	0,09	-0,06	0,24	0,07	0,20	1																
Q23	0,38	0,29	-0,08	0,29	-0,19	0,27	0,36	0,26	0,21	0,25	0,13	0,26	0,28	-0,08	0,28	0,41	0,28	0,16	0,05	0,09	0,26	0,23	1															
Q24	0,35	0,22	-0,22	0,37	-0,32	0,33	0,38	0,11	0,06	0,37	0,07	0,29	0,20	-0,17	0,40	0,55	0,35	0,15	0,11	0,14	0,23	0,09	0,39	1														
Q25	0,30	0,03	-0,23	0,45	-0,19	0,25	0,38	0,07	-0,04	0,42	0,05	0,16	0,02	-0,20	0,40	0,22	0,60	0,24	0,11	0,37	0,19	0,01	0,20	0,29	1													
Q26	0,23	0,15	-0,21	0,18	-0,25	0,13	0,14	0,25	0,11	0,20	-0,17	0,09	0,12	-0,29	0,15	0,21	0,22	0,26	0,24	0,19	0,07	0,24	0,22	0,30	1													
Q27	0,10	0,26	0,09	0,00	-0,02	-0,08	0,06	0,22	0,36	-0,04	0,17	-0,03	0,27	0,23	0,03	0,19	0,02	-0,13	0,12	-0,12	-0,03	0,29	0,20	0,04	-0,05	0,03	1											
Q28	0,32	0,28	-0,14	0,41	-0,19	0,33	0,38	0,39	0,12	0,36	0,15	0,27	0,24	-0,08	0,44	0,39	0,36	0,20	0,20	0,18	0,26	0,09	0,55	0,41	0,36	0,25	0,08	1										
Q29	0,10	0,07	-0,06	0,35	-0,11	0,22	0,21	0,00	-0,04	0,41	0,11	0,18	0,09	-0,11	0,39	0,18	0,38	0,29	0,07	0,18	0,27	0,04	0,09	0,26	0,28	0,06	-0,09	0,15	1									
Q30	0,14	0,25	-0,06	0,30	-0,07	0,19	0,22	0,42	0,13	0,29	0,00	0,15	0,29	-0,11	0,23	0,25	0,23	0,19	0,37	0,26	0,13	0,19	0,18	0,14	0,17	0,23	0,08	0,23	0,15	1								
Q31	0,14	0,30	-0,05	0,15	-0,14	0,18	0,20	0,18	0,10	0,08	0,13	0,11	0,22	0,07	0,13	0,30	0,13	0,10	0,14	0,11	0,21	0,10	0,24	0,30	0,10	0,16	0,18	0,27	0,14	0,32	1							
Q32	0,12	0,00	-0,25	0,18	-0,20	0,21	0,21	0,05	0,05	0,24	-0,22	0,22	-0,02	-0,36	0,20	0,19	0,25	0,16	0,12	0,25	0,21	-0,02	0,23	0,19	0,28	0,35	-0,06	0,17	0,18	0,19	-0,01	1						
Q33	0,14	0,28	-0,05	0,26	-0,16	0,18	0,22	0,31	0,20	0,31	0,09	0,01	0,26	0,02	0,28	0,22	0,21	0,12	0,23	0,22	0,27	0,21	0,20	0,16	0,19	0,18	0,16	0,26	0,13	0,37	0,26	0,04	1					

Anexo Q

Q - Matriz Anti-Imagem dos Coeficientes de Correlação Parcial entre Itens

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33				
Q1	0,60																																				
Q2	-0,06	0,58																																			
Q3	0,01	-0,06	0,60																																		
Q4	-0,07	0,02	0,02	0,35																																	
Q5	-0,05	0,10	-0,09	0,08	0,64																																
Q6	0,07	-0,03	0,01	-0,01	-0,03	0,48																															
Q7	-0,08	0,01	-0,02	-0,04	0,06	-0,11	0,50																														
Q8	0,04	-0,16	0,03	0,03	0,02	-0,01	0,01	0,46																													
Q9	-0,09	-0,03	0,01	-0,02	0,02	0,01	0,09	-0,02	0,59																												
Q10	-0,03	0,00	0,02	-0,04	-0,03	-0,07	0,05	0,01	0,00	0,22																											
Q11	0,10	0,00	-0,09	-0,02	-0,12	0,01	0,01	-0,01	0,00	0,05	0,63																										
Q12	-0,11	0,02	-0,03	0,06	0,02	-0,25	-0,04	-0,02	0,01	0,03	-0,07	0,52																									
Q13	-0,06	-0,01	-0,02	-0,01	-0,05	0,04	-0,04	-0,10	-0,02	0,00	-0,07	-0,04	0,66																								
Q14	0,01	0,06	-0,21	0,02	0,08	0,01	-0,03	-0,06	-0,07	-0,06	-0,09	0,05	-0,03	0,51																							
Q15	0,03	-0,01	-0,04	-0,08	-0,04	0,07	-0,04	0,00	0,05	-0,13	-0,03	-0,06	0,03	0,04	0,18																						
Q16	0,07	-0,04	-0,02	-0,04	-0,02	-0,04	-0,01	0,01	-0,03	-0,06	-0,08	0,02	-0,02	-0,01	0,04	0,50																					
Q17	-0,04	-0,03	0,05	-0,01	0,02	-0,01	-0,09	-0,04	0,00	0,00	0,00	-0,01	-0,03	0,01	-0,04	-0,05	0,44																				
Q18	0,08	-0,04	0,05	-0,04	-0,05	0,06	0,01	0,03	0,06	0,00	0,09	0,03	-0,07	0,05	0,00	0,02	-0,05	0,68																			
Q19	-0,01	-0,06	0,08	-0,03	-0,02	-0,02	0,05	0,00	-0,03	-0,02	-0,03	-0,01	-0,02	-0,02	0,01	-0,07	0,00	-0,07	0,68																		
Q20	0,03	-0,06	0,05	-0,02	-0,02	-0,01	-0,05	-0,11	0,01	0,00	-0,01	0,02	0,07	0,02	-0,02	0,02	0,02	0,03	0,11	0,67																	
Q21	-0,07	-0,04	0,04	0,03	0,14	-0,01	0,03	-0,12	0,05	0,01	0,00	0,02	-0,05	0,05	-0,04	-0,08	0,08	-0,03	0,00	0,05	0,60																
Q22	0,07	-0,03	-0,04	-0,02	-0,06	0,11	-0,08	0,01	-0,20	-0,03	0,01	-0,03	-0,02	-0,01	0,02	0,02	-0,02	0,06	-0,11	-0,06	-0,12	0,62															
Q23	-0,11	-0,03	-0,01	-0,01	0,01	-0,04	-0,02	0,02	-0,02	0,00	-0,06	0,00	-0,02	0,02	0,01	-0,06	0,00	-0,09	0,13	0,04	-0,02	-0,09	0,51														
Q24	-0,08	0,00	0,06	0,03	0,13	-0,03	-0,01	0,04	0,00	0,01	0,00	-0,01	-0,05	0,03	-0,04	-0,20	0,02	0,00	0,03	0,01	0,06	-0,03	-0,02	0,49													
Q25	-0,06	0,07	0,02	-0,03	0,02	-0,01	-0,02	0,05	0,00	-0,03	-0,08	0,04	0,05	-0,01	0,03	0,02	-0,18	-0,02	0,00	-0,12	-0,05	0,02	0,04	-0,01	0,50												
Q26	-0,05	0,05	-0,07	0,03	0,08	0,01	0,03	-0,08	-0,01	-0,02	0,05	0,02	-0,02	0,11	0,02	-0,01	-0,03	-0,05	-0,11	-0,06	0,03	0,00	-0,04	-0,01	-0,07	0,65											
Q27	-0,02	-0,07	0,05	0,03	0,00	0,03	-0,02	-0,04	-0,11	0,05	-0,01	0,02	-0,07	-0,06	-0,07	-0,06	0,01	0,06	-0,01	0,10	0,11	-0,07	-0,05	0,05	-0,03	-0,01	0,68										
Q28	0,00	0,02	0,02	-0,02	0,00	-0,03	-0,01	-0,13	-0,04	0,04	-0,02	0,00	0,00	-0,02	-0,06	-0,01	0,03	-0,02	-0,06	0,04	0,02	0,06	-0,17	-0,04	-0,09	0,00	0,06	0,47									
Q29	0,04	0,01	-0,05	-0,01	0,04	-0,04	0,03	0,06	-0,04	-0,05	-0,08	-0,01	-0,02	0,00	0,00	0,05	-0,10	-0,13	0,02	-0,03	-0,12	0,00	0,05	-0,05	0,01	0,05	0,02	0,02	0,66								
Q30	0,01	0,03	-0,06	-0,06	-0,02	0,01	-0,01	-0,15	0,01	-0,03	0,04	-0,03	-0,07	0,07	0,03	-0,01	0,02	-0,03	-0,14	-0,05	0,09	-0,02	0,00	0,03	-0,01	0,03	0,02	0,04	-0,02	0,55							
Q31	0,01	-0,09	0,05	0,01	-0,02	-0,02	-0,02	0,09	0,02	0,05	-0,02	0,00	0,00	-0,10	-0,01	-0,03	0,02	-0,02	0,02	-0,04	-0,08	0,04	-0,01	-0,08	0,02	-0,08	-0,07	-0,06	-0,05	-0,17	0,68						
Q32	0,08	0,05	0,01	0,04	0,03	0,02	-0,06	0,04	-0,09	-0,03	0,10	-0,06	0,02	0,09	0,00	-0,04	0,00	0,03	-0,03	-0,08	-0,07	0,07	-0,09	0,02	-0,04	-0,11	-0,02	0,00	-0,05	-0,07	0,07	0,63					
Q33	0,02	-0,02	0,01	0,03	0,05	-0,07	-0,03	0,01	-0,08	-0,04	-0,03	0,10	-0,06	-0,01	-0,02	0,03	0,01	-0,01	-0,02	-0,06	-0,08	-0,01	0,00	0,02	-0,01	-0,03	-0,04	-0,02	0,03	-0,12	-0,04	0,06	0,67				

Anexo R

R - Divisão dos Itens para o Modelo com Nove Fatores (OAS)

Rotação *Varimax* por Componentes Principais

Fator	Variável	Carga Fat
1	1	0,465
	4	0,818
	7	0,511
	10	0,816
	15	0,862
	17	0,669
	18	0,371
	25	0,570
	28	0,439
2	2	0,698
	8	0,756
	13	0,553
	33	0,438
3	3	0,688
	5	0,394
	11	0,697
	14	0,712
4	16	0,587
	23	0,402
	24	0,623
	31	0,652
5	6	0,750
	12	0,846
	32	0,502
6	9	0,773
	22	0,684
	27	0,522
7	19	0,685
	30	0,622
8	20	0,723
	26	0,485
9	21	0,582
	29	0,629

Anexo S

S - Cargas Fatoriais Estimadas para Modelo de Cinco Fatores (OAS)

Item	1		2		3		4		5	
	Norm	Rot								
1	0,516	0,290	0,007	0,387	-0,004	-0,041	-0,230	0,251	-0,314	0,344
2	0,435	-0,007	0,448	0,226	-0,211	0,540	-0,037	0,079	0,135	0,325
3	-0,283	-0,117	0,395	-0,023	0,505	0,004	0,087	-0,703	0,116	0,053
4	0,703	0,807	-0,196	0,154	0,235	0,114	0,295	0,087	-0,178	0,108
5	-0,353	0,017	0,028	-0,248	0,400	-0,099	0,271	-0,511	0,132	-0,210
6	0,501	0,150	-0,130	0,726	0,216	0,196	-0,439	0,041	0,394	-0,271
7	0,629	0,429	-0,073	0,581	0,287	0,103	-0,219	0,020	0,042	0,027
8	0,435	-0,037	0,464	0,184	-0,256	0,718	0,044	0,055	0,344	0,192
9	0,126	-0,145	0,596	-0,049	-0,239	0,225	0,016	0,013	-0,308	0,670
10	0,691	0,840	-0,231	0,125	0,280	0,146	0,355	0,038	-0,100	0,020
11	0,089	0,134	0,391	0,247	0,601	0,095	0,014	-0,652	0,094	0,135
12	0,424	0,094	-0,098	0,743	0,265	0,076	-0,511	-0,004	0,292	-0,199
13	0,359	0,031	0,503	0,218	-0,005	0,441	-0,007	-0,129	0,077	0,358
14	-0,266	-0,172	0,568	-0,062	0,406	0,030	0,086	-0,670	-0,035	0,290
15	0,698	0,848	-0,227	0,203	0,364	0,093	0,290	-0,014	-0,117	0,027
16	0,599	0,284	0,238	0,442	0,082	0,231	-0,156	0,051	-0,104	0,354
17	0,689	0,654	-0,211	0,283	0,140	0,117	0,102	0,187	-0,106	0,062
18	0,354	0,419	-0,306	-0,134	-0,192	0,165	0,307	0,341	0,003	-0,113
19	0,336	0,162	0,219	-0,124	-0,273	0,491	0,299	0,148	0,099	0,175
20	0,418	0,345	-0,206	0,072	-0,084	0,350	0,195	0,196	0,289	-0,244
21	0,473	0,171	0,057	0,178	-0,270	0,321	-0,020	0,332	0,018	0,162
22	0,241	0,124	0,512	-0,108	-0,068	0,276	0,234	-0,099	-0,264	0,580
23	0,572	0,187	0,221	0,515	0,001	0,105	-0,325	0,170	-0,233	0,443
24	0,618	0,342	-0,029	0,531	0,069	0,002	-0,299	0,233	-0,216	0,266
25	0,572	0,595	-0,310	0,189	0,069	0,030	0,109	0,258	-0,129	-0,004
26	0,437	0,135	-0,075	0,084	-0,458	0,290	-0,009	0,534	-0,009	0,110
27	0,116	-0,075	0,584	0,036	-0,006	0,152	-0,005	-0,172	-0,280	0,611
28	0,656	0,341	0,117	0,471	0,064	0,250	-0,155	0,124	-0,031	0,237
29	0,428	0,541	-0,214	0,103	0,213	0,100	0,219	0,008	0,027	-0,102
30	0,482	0,214	0,196	0,049	-0,178	0,724	0,283	0,066	0,446	-0,065
31	0,379	0,031	0,299	0,301	-0,036	0,426	-0,091	-0,017	0,221	0,132
32	0,387	0,187	-0,314	0,190	-0,308	0,060	-0,132	0,531	-0,023	-0,065
33	0,456	0,266	0,276	0,014	-0,090	0,565	0,293	-0,004	0,188	0,153