

# **Alexitimia: um preditor da ansiedade social?**

**Elisa Mara Pacheco Viríssimo**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Psicologia Clínica e da Saúde**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Maria de Fátima de Jesus Simões

Co-orientadores: Prof. Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento

Prof. Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia

Prof. Doutor Paulo Joaquim Fonseca da Silva Rodrigues Farinha

**Covilhã, janeiro de 2021**

# Agradecimentos

Durante todo este percurso tive a sorte de contar com o apoio de várias pessoas essenciais para a concretização e realização desta etapa final, que contribuíram para o meu crescimento pessoal e académico. Desta forma, agradeço a quem esteve ao meu lado e a quem me sempre motivou a fazer melhor.

Um especial agradecimento à minha mãe e à minha irmã, que sempre me tentaram motivar e fazer com que eu fosse uma pessoa melhor, pelo apoio incondicional nos bons e maus momentos, por acreditarem sempre em mim, pelo carinho nos dias menos fáceis, por me ajudarem a lidar com as saudades e por me fazerem sentir em casa quando falava com vocês, pela paciência e por todo o sacrifício que a minha mãe fez para que eu pudesse concretizar esta fase final do meu percurso académico. Sinto-me grata por tê-las na minha vida, sem elas isto não seria possível. Obrigada por serem um exemplo para mim.

Ao meu pai e avós que sempre se preocuparam comigo e por estarem sempre presentes mesmo estando longe. Obrigada pelo apoio incondicional, que estejam sempre presentes nas minhas conquistas. Um especial agradecimento ao meu irmão que sempre demonstrou preocupação, carinho e obrigada por sempre me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos.

Gostaria de agradecer também a todos os meus amigos e ao meu namorado, que sempre me apoiaram, e que me deram força para continuar, e por me fazerem acreditar que há sempre uma solução, pela paciência em todos os momentos em que parecia que o mundo ia desabar, pelo amor e cumplicidade durante toda esta caminhada, e por toda a ajuda que me deram para que eu estivesse bem.

E por último, à professora Fátima Simões pela ajuda, profissionalismo e orientação prestados durante este percurso. Agradeço a sua disponibilidade e paciência.

Um sincero obrigada a todas as pessoas que me acompanharam durante esta fase da minha vida académica, e que de alguma forma, fizeram com que isto fosse possível.



## Resumo

A alexitimia define-se pela dificuldade em expressar emoções, o que por sua vez tem como consequência uma limitação na empatia, bem como na compreensão humana. Esta dificuldade leva os sujeitos com maiores índices de alexitimia sejam mais introvertidos e menos confortáveis em situações sociais. Existe pouca ligação com a realidade psíquica, não sendo assim possível uma verdadeira compreensão dos laços emocionais, sinais e símbolos que atribuem significado às relações. Os sujeitos com maiores índices de alexitimia aparentam possuir dificuldade em criar relacionamentos e apresentam maior tendência ao isolamento social e à carência de confiança. Por sua vez, a ansiedade social também compromete as relações interpessoais levando timidez exagerada, e ao mesmo tempo, estes indivíduos apresentam medo forte e constante em situações sociais, estando este associado à exposição social. Estes tendem a experimentar ansiedade antecipatória face ao possível cenário de puder vir a enfrentar a situação temida, e como tal, ocorre um aumento da ansiedade durante a exposição social. O evitamento social é visto como um mecanismo de defesa em confronto com situações percebidas como uma ameaça. Deste modo, a presente investigação propõe-se a estudar se existe uma correlação positiva entre a alexitimia e a ansiedade social. Para tal, foi utilizado o questionário sociodemográfico, a *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens* (TAS-20) para avaliar a alexitimia, e a *Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social* (EAESDIS) para a ansiedade social.

O principal objetivo consistiu em verificar a existência de uma correlação positiva entre a Alexitimia e Ansiedade Social na amostra. Desta forma, e relativamente aos resultados, verificámos que de facto, poderá existir uma relação positiva entre as variáveis em estudo, no entanto, essa correlação não será forte e poderá ser explicada pela dispersão dos dados na análise realizada. Em relação às restantes hipóteses, é possível concluir que não foram encontradas diferenças significativas, o que tornou pertinente a discussão e sugestão de determinadas reflexões.

## Palavras-Chave

Alexitimia; ansiedade social; TAS-20; EAESDIS.



## **Abstract**

Alexithymia is defined by the difficulty in expressing emotions, which in turn having as consequence a limitation in empathy and in human comprehension. This difficulty leads to individuals with higher rates of alexithymia to be more introverted and less comfortable in social situations. There is little connection with psychic reality, not being possible to have a real understanding of emotional ties, signals and symbols, which attribute meaning to the relationships. Individuals with higher rates of alexithymia appear to have difficulty in creating relationships and are more prone to social isolation and lack of trust. Social anxiety also compromises interpersonal relationships leading to exaggerated shyness, and at the same time, these individuals apprehend strong and constant fear in social situations, which are associated with social exposure. They tend to experience anticipatory anxiety due to thinking of the possible scenario of having to face the feared situation and so during social exposure occurs an increase of anxiety. Social avoidance is seen as a defense mechanism in confrontation with situations perceived as a threat. From this point of view, this research aims to study whether there is a positive correlation between alexithymia and social anxiety. For this purpose, the social-demographic questionnaire, the Toronto Alexithymia 20-item Scale (TAS-20) was used to assess alexithymia, and the Anxiety and Avoidance Scale in Performance and Social Interaction Situations (EAESDIS) for social anxiety.

The main goal was to verify the existence of a positive correlation between alexithymia and Social Anxiety in the sample. In this way, and regarding the results, we verified that in fact, there may be a positive relationship between the variables under study, however, this correlation will not be strong and may be exaggerated by the dispersion of the data in the analysis performed. Regarding to the remaining hypothesis, it is possible to conclude that no significant differences were found, which made the discussion and suggestion of certain reflections pertinent.

## **Keywords**

Alexithymia; social anxiety; TAS-20; EAESDIS.



# Índice

Introdução .....	1
<b>Capítulo I. Revisão e Fundamentação Teórica .....</b>	<b>2</b>
1. Alexitimia .....	2
1.1. Alexitimia e Comunicação Humana .....	2
1.2. Alexitimia e Regulação emocional .....	4
1.3. Conceito.....	5
1.3.1. Etiologia e Teorias Explicativas .....	7
1.3.2. Teoria Desenvolvimental .....	8
1.3.3. Teoria Psicodinâmica .....	8
1.3.4. Teoria Neurofisiológica .....	9
1.3.5. Teoria Multifatorial .....	10
1.3.6. Teoria Cognitivo-Comportamental .....	11
1.3.7. Teoria Sociocultural .....	12
1.4. Características Clínicas .....	12
1.5. Explicação Neuropsicológica.....	15
1.6. Variáveis sociodemográficas e alexitimia.....	17
2. Ansiedade Social.....	19
2.1. Conceito.....	19
2.1.1. Subtipos.....	20
2.2. Etiologia.....	21
2.3. Implicações Interpessoais.....	23
2.4. Variáveis sociodemográficas e a ansiedade social .....	24
<b>Capítulo II: Conceptualização da investigação.....</b>	<b>26</b>
1. Metodologia.....	26
1.1. Objetivos e hipóteses do estudo.....	26
1.1.1. Objetivos específicos.....	26
1.1.2. Hipóteses.....	26

1.1.2. Participantes .....	27
2. Instrumentos.....	30
2.1.1. Questionário Sociodemográfico .....	30
2.1.2. Escala de alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20).....	30
2.1.3. Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS) .....	32
2.3. Procedimentos de recolha de dados e amostrais .....	33
2.4. Resultados .....	33
3. Discussão dos Resultados .....	39
Referências.....	43



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Alfa de <i>Cronbach</i> do TAS-20.....	31
Tabela 2 - Alfa de <i>Cronbach</i> da subescala <i>Desconforto/Ansiedade</i> .....	33
Tabela 3 - Alfa de <i>Cronbach</i> da subescala <i>Evitamento</i> .....	33
Tabela 4 - Testes de normalidade das variáveis.....	34
Tabela 5 - Correlação de <i>Pearson</i> para a Alexitimia e a Ansiedade Social.....	35
Tabela 6 - Teste de amostras independentes para a Alexitimia e o gênero.....	35
Tabela 7 - Análise da diferença entre a Ansiedade Social para o gênero.....	36
Tabela 8 - Análise da diferença entre a Ansiedade Social em função do estado civil.....	37
Tabela 9 - Caracterização das faixas etárias da amostra.....	37
Tabela 10 - Análise da diferença entre a Ansiedade Social em função do estado civil.....	37
Tabela 11 - Análise da diferença entre a Ansiedade Social em função da profissão.....	38



## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 - Frequências relativas ao <i>Género</i> dos participantes da amostra.....	27
Gráfico 2 - Distribuição percentual Faixa Etária.....	28
Gráfico 3 - Distribuição percentual da Profissão dos participantes da amostra.....	29
Gráfico 4 - Distribuição percentual do Estado Civil dos participantes da amostra.....	30



## **Lista de Acrónimos**

TAS - Transtorno de Ansiedade Social.

TAS-20- *Toronto Alexithymia Scale*.

EAESDIS – Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social.



# Introdução

O documento apresentado surge como requisito parcial de avaliação para a obtenção de grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. O presente trabalho está dividido em 2 capítulos.

O primeiro capítulo trata-se da revisão e fundamentação teórica sobre o conceito da alexitimia, na qual abrange a sua relação com a comunicação humana e a regulação emocional. De seguida, é apresentada a definição do conceito, a sua etiologia e as teorias explicativas da mesma: teoria desenvolvimental; teoria psicodinâmica; teoria neurofisiológica; teoria multifatorial; teoria cognitivo-comportamental e teoria sociocultural. Posteriormente, são apresentadas as características clínicas da alexitimia, a sua possível explicação neurofisiológica e a relação entre as variáveis sociodemográficas e alexitimia. Por conseguinte, procede-se à contextualização teórica do conceito da ansiedade social, a sua etiologia, as implicações interpessoais da mesma, e para finalizar o capítulo, a relação entre as variáveis sociodemográficas e a ansiedade social.

No segundo e último capítulo, foi descrita a metodologia do estudo através da definição dos objetivos e hipóteses, a caracterização dos participantes e instrumentos da investigação. No final do capítulo encontra-se a descrição dos procedimentos da recolha de dados, descrição da amostra recolhida e os resultados da mesma, e a respetiva discussão.

# Capítulo I. Revisão e Fundamentação Teórica

## 1. Alexitimia

### 1.1. Alexitimia e Comunicação Humana

As pessoas com incapacidade em falar sobre as suas emoções e fantasias sofrem de sintomas psicossomáticos e problemas relacionais, como é o caso dos sujeitos com maiores índices de alexitimia. Estes indivíduos apresentam uma falha no desenvolvimento social, o que impede a construção de um mundo simbólico e a ser socialmente compartilhado (Freire, 2010). Quando um indivíduo expressa as suas emoções, a energia é gasta, a pressão é aliviada, as toxinas são eliminadas e o corpo é limpo (Kirmayer, 1987).

Assim, o ser humano possui uma linguagem rica, rituais e símbolos para comunicar as emoções. A linguagem utilizada por um indivíduo nas suas interações sociais, nos sonhos, fantasias, choro, sorrisos, e nos mecanismos de defesa e de aproximação (partilha; convivência; empatia) desempenham uma função essencial na regulação das emoções, estabelecendo desta forma um relacionamento. O indivíduo é incentivado pela sua cultura a expressar os seus sentimentos, como forma de comunicação nos relacionamentos sociais. Assim, é fundamental que o recetor e o emissor possuam as mesmas chaves interpretativas, moldadas pela cultura, pela educação e experiências pessoais, para que o emissor e o recetor codifiquem e decodifiquem os sinais de forma adequada, realizando a comunicação (Freire, 2010).

Para que exista comunicação humana é necessário que exista a condição de relação de interdependência entre a fonte e o recetor. Como tal, cada sujeito influencia o outro. A comunicação deve envolver interdependência física, ou seja, a fonte e o recetor são conceitos diádicos, no sentido em que cada qual exige o outro pela própria definição, cada qual necessita do outro para a própria existência (Berlo, David citado em Fachada, 2018). Por exemplo, um relacionamento entre um sujeito com maiores níveis de alexitimia e um com menores índices de alexitimia será uma fonte de conflitos, pois o universo simbólico-emocional de cada um não é compreensível para o outro. Como ambos não possuem a chave interpretativa, são incapazes de decodificar a mensagem um do outro (Freire, 2010).

A interdependência entre a fonte e o recetor, pode ser analisada com uma sequência de ação e reação. A mensagem que é transmitida inicialmente influencia a resposta dada, e essa mesma resposta influencia a resposta subsequente. Estas respostas têm influência sobre a resposta subsequente pois são utilizadas pelos comunicadores como feedback, ou

seja, a informação que ajuda a determinar se estão a obter o resultado desejado (Berlo, David citado em Fachada, 2018).

A análise da comunicação está associada às habilidades empáticas, com a interdependência produzidas pelas expectativas face ao que os outros irão responder à mensagem. Assim, empatia significa o processo pelo qual projetamos nos estados internos ou personalidade dos outros sujeitos, que tem como objetivo de prever como se comportarão. Inferimos os estados internos dos outros comparando-os com as nossas atitudes e predisposições (Berlo, David citado em Fachada, 2018). Trata-se de um construto multi-dimensional caracterizado pela capacidade de entender, compreender e sentir os estados emocionais dos outros (Derntl et al., 2010). No caso dos sujeitos com maiores índices de alexitimia, estes manifestam dificuldades em desenvolver sentimentos de empatia com o outro, sendo isto explicado pela ausência de consciência da sua experiência emocional pessoal, impedindo-os assim de se colocar no lugar do outro, e como efeito, a dificuldade na percepção das emoções dos outros (Wastell & Taylor, 2002). Esta falha na competência emocional tem um papel negativo nas relações interpessoais, sendo que podem existir défices na compreensão e relação com as emoções do outro, ou seja, existe uma propensão reduzida de empatia (Zackheim, 2007).

Os indivíduos com maiores índices de alexitimia apresentam um funcionamento social frio, remoto e pouco empático, uma vez que a alexitimia está associada a um baixo nível de ligação aos outros (Vanheule, Desmet, Meganck & Bogaerts, 2007). Existe assim, a preocupação em que exista empenho para assumir papéis. Tentamos colocar-nos no lugar do outro, no sentido de entender o mundo como essa pessoa o percebe. Na comunicação passamos das inferências para a adoção de um papel como suporte das nossas previsões. Assim, as expectativas da fonte e do recetor são interdependentes, sendo que cada uma influencia a outra, e cada uma é em parte criada pela outra (Berlo, David citado em Fachada, 2018).

A interação designa assim o processo de adoção recíproca de papéis, o desempenho mútuo de comportamentos empáticos. Se duas pessoas tiram inferências sobre os seus próprios papéis e adotam o papel um do outro simultaneamente, e se o comportamento de comunicação está dependente da adoção recíproca de papéis, então existe comunicação devido ao facto de existir uma interação. O conceito de interação é essencial para o entendimento do conceito de processo, na comunicação. A comunicação representa uma tentativa de conjugar dois organismos, de cobrir a lacuna entre dois indivíduos pela produção e receção de mensagens que tenham sentido para as duas pessoas. É necessário que exista na interação a adoção recíproca de papéis e o emprego mútuo de capacidades empáticas. Assim, na interação o objetivo fundamental é a fusão do sujeito e o outro, a

capacidade integral de antecipar, de predizer e comportar-se de acordo com as necessidades conjuntas do EU e do outro (Berlo, David citado em Fachada, 2018).

A interação social proporciona uma fonte adicional na regulação emocional interpessoal (Taylor, 2000).

## **1.2. Alexitimia e Regulação emocional**

Os sujeitos com maiores índices de alexitimia, derivado a dificuldades na área social, poderão ser mais introvertidos e menos confortáveis em situações sociais (Wise, Mann & Shay, 1992), sendo estes indivíduos socialmente conformados (Van, Laheij, Doelder, Jong & Jansen, 2004), e apresentam redes sociais de apoio empobrecidas (Hesse & Floyd, 2011) nas quais as suas relações são caracterizadas por vinculações inseguras, ansiosas ou evitantes (Mallinckrodt & Wei, 2005).

Montebarocci, Codispoti, Baldaro e Rossi (2004) descobriram que existe uma relação positiva entre alexitimia e problemas de apego, como estabelecer relações e necessitar a aprovação dos outros. No geral, os sujeitos com maiores índices de alexitimia parecem ter dificuldade em formar relacionamentos, estando mais propensos ao isolamento social e à falta de confiança (Kokkonen et al., 2001; Vanheule, Desmet, Meganck & Bogaerts, 2007). Por exemplo, seria de esperar que os sujeitos com maiores índices de alexitimia tivessem maior dificuldade em ambientes de conflito, devido à sua incapacidade em discutir os seus sentimentos e à propensão para ter comportamentos de evitamento (Hesse & Floyd, 2011).

As emoções emergem da avaliação automática dos acontecimentos em relação às necessidades, intenções e preocupações. Trata-se de uma fonte de informação que integra a experiência, concedendo-lhe um significado, valor, direção, e conseqüentemente, prepara o indivíduo para a ação (Greenberg, 2004).

A regulação emocional é fundamental para um funcionamento psicológico saudável. A fusão entre as emoções negativas e os défices na capacidade para regular as emoções tem implicações no desenvolvimento, na manutenção e na recuperação de problemas associados à alexitimia (Stasiewicz et al., 2012). Neste sentido, as características que definem a alexitimia não vão ao encontro à regulação das emoções, sendo que a investigação demonstra que existe uma relação positiva entre alexitimia e estilos mal-adaptativos da regulação emocional (Pandey, Saxena & Dubey, 2011). Os sujeitos com maiores índi-

ces de alexitimia apresentam dificuldade em encontrar palavras para os sentimentos, demonstrando défices relacionados com a comunicação das suas emoções aos outros (Tycań, Özdemir & Taycna, 2017).

Gross (1998) pressupõe que a regulação emocional possibilita ao sujeito produzir um efeito nas emoções que está a experienciar, ou seja, aumentar, diminuir ou manter os componentes da resposta emocional, podendo exercer influência nas dimensões do processamento emocional (comportamental, cognitiva, experiencial, social e fisiológica). A desregulação emocional pode estar relacionada com a alexitimia, na qual se manifesta através de um funcionamento determinado por dificuldades nos processos de consciência, experiencição, expressão, diferenciação e regulação emocional, existindo aptidões reduzidas em atribuir à emoção a sua função comunicativa e de tendência de ação (Silva & Vasco, 2010; Taylor, Bagby & Luminet, 2000).

Mesmo que os pacientes com maiores índices de alexitimia tenham experiências de ativação emocional, parecem não ter consciência dessa experiência (Greenberg, 2002; Luminet, Rimé, Bagby & Taylor, 2004). Segundo Gratz e Roemer (2004) existem seis dificuldades principais da regulação das emoções: não-aceitação da resposta emocional; ausência de consciência das emoções; dificuldade em preservar um comportamento orientado para objetivos; dificuldade em controlar os impulsos; acesso limitado a estratégias de regulação emocional; e ausência de clareza emocional.

Segundo Silva, Vasco e Watson (2016) a analogia entre a alexitimia e a regulação emocional é intermediada pelo processamento emocional, mais precisamente pela aptidão de consciencialização e diferenciação das emoções.

Nesta linha de pensamento, torna-se importante destacar a alexitimia, para uma melhor compreensão do conceito.

### **1.3. Conceito**

O termo Alexitimia foi sugerido para se referir àqueles pacientes com uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias que demonstravam não ter palavras para nomear ou expressar as emoções (Sifneos, Apfel-Savitz & Frank, 1977). Devido à falta de concordância em relação ao conceito, Sifneos (1973) designou “alexítimico” (do grego, *a* = falta, *lexis* = trabalho, *thy-mos* = humor ou emoção) para traçar esta dificuldade específica que poderá ser explicada através da combinação de defeitos psicológicos e neurofisiológicos. A alexitimia é uma conceção inserida no decorrer de investigações de Nemiah e Sifneos (1970), onde estudaram o estilo cognitivo e a capacidade de experienciar afetos por parte

de pacientes psicossomáticos (Fernandes & Tomé, 2001; Preece, Becerra, Allan, Robinson & Dandy, 2017). Estes pacientes descreviam poucos sonhos, e não aderiram a abordagens psicoterapêuticas de orientação analítica, revelando de forma persistente reações de contratransferência: aborrecimento, tédio, frustração e paralisia na aptidão de interpretação (Prazeres, 2000).

A estrutura da alexitimia baseia-se em três diferentes fatores, sendo esses: (1) dificuldade em identificar sentimentos; (2) dificuldade em descrever sentimentos e (3) estilo de pensamento orientado para o exterior (Taylor, Bagby, & Parker, 2003; Prazeres, Parker & Taylor, 2000). Os dois fatores iniciais correspondem à consciência e expressão emocional, tendo uma componente afetiva, e o último fator referencia a propensão para escapar à percepção das emoções, bem como para lidar com assuntos superficiais, sendo que a sua componente está mais orientada para a cognição (Grynberg, Luminet, Cornielle, Grèzes, & Berthoz, 2010; Franz et al., 2008).

A falha parece ocorrer devido à dissociação entre o hemisfério esquerdo e direito, e a consequência reflete-se na aptidão de comunicação dos afetos, bem como fantasiar, na elaboração de tensões internas e angústias e ainda na modulação afetiva. Tal condição faz com que o indivíduo não responda às situações conforme os padrões normais da emoção (Carneiro & Yoshida, 2009).

Trata-se de um conceito multidimensional que abrange diversos fatores, tais como: (1) a dificuldade na distinção de emoções e sensações; (2) complexidade na descrição de sentimentos subjetivos; (3) sonhos ínfimos e com pouco conteúdo; (4) deficiente simbolização e concretização da ligação entre o afeto e fantasia; e (5) estilo de pensamento orientado para uma realidade externa suportado por um raciocínio concreto e objetivo (Carneiro & Yoshida, 2009). A dificuldade destes indivíduos centra-se na complexidade de vivenciar, comunicar ou identificar as emoções. O estilo de pensamento que é adotado por um indivíduo com elevados índices de alexitimia afeta a tomada de decisão, tanto no âmbito social como no pessoal, sendo um fator que condiciona o indivíduo (Prazeres, 2000).

Os sujeitos com níveis elevados de alexitimia demonstram alguma dificuldade, na maior parte das vezes, em perceber as suas próprias emoções, assim como avaliá-las. Estes têm tendência a experienciar as emoções sem diferença entre as mesmas (Preece et al., 2019).

Segundo a perspectiva de Schore (2003) a alexitimia é desenvolvida e surge a partir do contacto e interação com o ambiente do indivíduo, sendo considerada uma alteração cerebral aprendida como ocorre com outras desordens afetivas (Freire, 2010). Outros

investigadores sugerem que a alexitimia é um traço de personalidade, que tende a predispor os indivíduos a sofrer distúrbios depressivos, distúrbios de ansiedade, mais especificamente de pânico, entre outras perturbações (Marchesi, Brusamonti & Maggini, 2000). No entanto, devido à disparidade de teorias e ideias, é importante considerar a alexitimia como o resultado da intervenção de diversos fatores (mecanismos de defesa; fatores neurofisiológicos ou culturais) impedindo desta forma, a aquisição da consciência dos afetos (Fernandes & Tomé, 2001).

O grau de severidade da alexitimia tende a influenciar os esquemas emocionais dos sujeitos – estruturas utilizadas para o processamento das emoções – ou seja, o indivíduo utiliza estratégias de regulação das emoções através do evitamento da experiência emocional (Preece et al., 2019). Deste modo, a alexitimia é entendida como um fator de risco no desenvolvimento de psicopatologia devido à inabilidade de regulação das emoções, levando ao desencadeamento de perturbações mentais como a ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e abuso de substâncias (Preece et al., 2019). Segundo Taylor (2000) os médicos devem ser alertados para a alexitimia e as dificuldades que a mesma acarreta, pois estão associadas à regulação da emoção sendo que isso pode contribuir para o aparecimento de sintomas, comportamentos de doença anormal ou formas mal adaptativas de regulação da emoção, tendo um impacto adverso na saúde física do sujeito.

### **1.3.1. Etiologia e Teorias Explicativas**

Durante a evolução e pesquisa sobre este conceito, diferentes autores propuseram diversas hipóteses como forma de explicar a alexitimia, existindo alguma controvérsia no esclarecimento da sua etiologia. No entanto, parece que todas essas hipóteses contribuíram para uma melhor caracterização. Todos os modelos assumem diversas perspectivas: (1) genética; (2) desenvolvimental; (3) psicodinâmica; (4) neurofisiológica; e (5) multifatorial (Fernandes & Tomé, 2001; Silva, Vasco & Watson, 2013). Para uma melhor compreensão da possível etiologia, Nemiah & Sifneos (1970) postularam três modelos explicativos: (1) psicodinâmico; (2) cognitivo-comportamental; e (3) sociocultural (Fernandes & Tomé, 2001).

No seguinte capítulo seguem explanadas as respectivas perspectivas, para uma melhor compreensão do conceito.

### **1.3.2. Teoria Desenvolvimental**

Quanto à hipótese desenvolvimental, os mais variados estudos apontam que a alexitimia provém de estilos de vinculação e socialização desadequados, desregulados e inconsistentes (Silva, Vasco & Watson, 2013). Assim, o âmbito social é importante para desenvolver certas competências emocionais, o que demonstra que, se o indivíduo não apresentar um desenvolvimento social inadequado está a impedir a formação de um mundo simbólico que terá de ser socialmente partilhado (Freire, 2010). Sendo passível de verificar que a alexitimia poderá estar associada a estilos de vinculação inseguros e a estratégias de regulação afetiva mal adaptativas (Taylor, Bagby, Keefer & Parker, 2008).

No decorrer de estudos realizados por Goldberg et al., (1994) concluíram que nas díades com estilos de vinculação evitantes, a figura maternal respondia à expressão emocional ou aos afetos negativos dos seus filhos, de forma mínima. Por outro lado, nos pares ambivalentes a figura maternal era responsiva aos afetos negativos, no entanto, prestavam menos atenção aos afetos positivos e às expressões emocionais, ao passo que nas díades com um estilo vincutivo seguro às figuras maternais se apresentavam como responsivas tanto aos afetos negativos, positivos como às expressões emocionais neutras.

### **1.3.3. Teoria Psicodinâmica**

De acordo com o modelo psicodinâmico, a alexitimia seria o resultado de uma falha na relação afetiva mãe-filho, tendo como consequência a carência do EU, o que leva a que o sujeito recorra ao sistema operatório como mecanismo de defesa (Fernandes & Tomé, 2001). Assim, esta patologia é vista como um recurso para combater a ansiedade vivida, tratando-se de um entrave defensivo (Carneiro & Yoshida, 2009), pelo que sustenta a hipótese de que alexitimia poderá estar associada a perturbações precoces do desenvolvimento afetivo, sendo que isso pode desencadear consequências no funcionamento psíquico, na qual as emoções representam um desequilíbrio no EU. Segundo esta hipótese existe a ideia de que a alexitimia, como doença psicossomática, corresponde a uma consequência de conflitos não resolvidos através da expressão e resolução verbal, o que significa que a alexitimia está associada a perturbações precoces que condicionam o funcionamento psíquico. Neste sentido, o sujeito não reconhece o corpo como sendo algo seu, e as emoções apresentam-se como sendo um risco para a harmonia do EU (Fernandes & Tomé, 2001). No que toca à dinâmica psíquica para a somatização, a mesma corresponde a uma dificuldade do psiquismo em lidar com situações de tensão, sendo que é no desenvolvimento crónico desta tensão emocional que podem surgir sintomas somáticos significativos (Valente, 2012).

A incapacidade de simbolização do indivíduo psicossomático conduz à desorganização do aparelho psíquico, e em consequência, o funcionamento mental. Na desorganização psíquica, o objeto interno não possui representação e não é representável, não permitindo desta forma, a elaboração de angústias. No sujeito psicossomático, é inexistente a ligação entre a manifestação somática e os conflitos psíquicos, refletindo uma desvinculação entre corpo e mente (Aurélio, 2010).

McDougall (1982) propôs uma patologia pré-neurótica com a predominância de determinados mecanismos: a clivagem e a identificação projetiva. Nesta perspectiva, a alexitimia trata-se de uma defesa contra a ansiedade. Assim, em indivíduos com índices elevados de alexitimia ou crianças “não-verbais”, a ocorrência de perturbações da relação que são manifestadas nos primeiros anos de vida tendem a provocar uma falha na internalização do objeto materno, bem como no investimento do próprio corpo, o que faz com que exista uma clivagem da representação-afeto devido ao desgaste da representação e do afeto da vida mental. Neste sentido, sempre que o investimento da libido é insuficiente e se associa a uma estrutura da alexitimia, o sujeito quando está perante um conflito exclui da sua consciência as emoções, alternando desta forma a atividade somática.

Krystal (1979) expõe a ideia de que a alexitimia é o resultado de uma falha no desenvolvimento afetivo aquando um trauma psíquico na infância, ou por outro lado, um retrocesso na manifestação de afetos, na sequência de ocorrências traumáticas na vida adulta, envolvendo o funcionamento afetivo e cognitivo. Desta forma, a alexitimia resultaria de uma regressão ou interrupção no desenvolvimento afetivo e cognitivo.

Modell (1975, citado em Buchheim, Labek, Walter & Viviani, 2013) no decorrer da sua investigação com perturbações de personalidade narcísicas, relatou um tipo de defesa narcísica contra os afetos e as emoções, essa justificada pelo medo da proximidade humana. Assim, estes tipos de pacientes mostravam-se apagados emocionalmente, sendo que não expressavam os seus sentimentos, pois se o fizessem existiria a possibilidade de fortalecer as suas relações objetais, possuindo assim uma fantasia de autossuficiência.

#### **1.3.4. Teoria Neurofisiológica**

A hipótese neurofisiológica é constituída por dois modelos: vertical e transversal. O modelo vertical baseia-se na ideia de que existe uma deficiente transmissão de informação entre o sistema límbico e o neocórtex, na qual o sistema límbico estaria associado às emoções e o neocórtex articulado com a representação. Esta proposta foi inicialmente introduzida por Nemiah (Fernandes & Tomé, 2001; Nemiah, 1973). Ainda assim, Sifneos (1988) reforçou a ideia da existência de um défice neurológico, partindo do conceito do

afeto, a área anatômica das emoções encontra-se situada no sistema límbico, referindo assim a importância do neocórtex no desenvolvimento das cognições, ou seja, caso exista uma interrupção na transmissão entre estas duas áreas, o sujeito não será capaz de experimentar os pensamentos apropriados às emoções (Fernandes & Tomé, 2001; Sifneos, 1988).

Lane et al. (1997) nas suas investigações concluíram que a alexitimia pode estar relacionada com um défice no neocórtex durante a ativação emocional, sendo que o neocórtex não exerce um papel fundamental na consciência, no entanto, colabora na adaptação das respostas da função anatômica, endócrina e motora aos estímulos emocionais.

Quanto ao modelo transversal, este refere-se à predominância de um hemisfério cerebral e na transferência de informação entre eles (Fernandes & Tomé, 2001). Hoppe (1988) apurou a presença de graus elevados de características dos sujeitos com índices em doentes submetidos a comissurectomia (técnica cirúrgica que facilita o acesso independente às funções de cada hemisfério através da divisão das metades direitas e esquerda do cérebro pela secção do corpo caloso) defendendo assim a existência nos doentes psicossomáticos com maiores índices de alexitimia de uma “uma comissurectomia funcional”, que resulta de um mecanismo de defesa na qual a perceção emocional do hemisfério direito é rejeitada pelo hemisfério esquerdo (Fonseca et al., 2006).

Kaplan e Wogen (1977) e Bogen e Bogen (1988) nos seus estudos experimentais confirmaram que as características dos indivíduos com maiores índices de alexitimia apresentam comportamentos dominados pelo hemisfério esquerdo, demonstrando desta forma, uma compreensão não verbal do hemisfério direito insuficiente, uma passível perda de linguagem interna por mecanismos inibitórios do hemisfério esquerdo, bem como a inibição da expressão verbal por um processo inter-hemisférico.

### **1.3.5. Teoria Multifatorial**

Surge também a teoria multifatorial, na qual Nemiah (1996) e Sifneos (1998) diferenciaram dois tipos de alexitimia consoante a influência dos fatores associados. A hipótese introduzida por estes autores desenvolveu novas conceções sobre este fenómeno, sendo essas: primária e secundária. Por um lado, a alexitimia primária resultaria de um défice da estrutura neuroanatômica, alteração bioquímica ou fisiológica, fatores hereditários, interrupção da comunicação entre sistema límbico e o neocórtex, ou seja, seria inata. Contrariamente, a alexitimia secundária estaria associada a fatores psicológicos e sociais, a traumas psicológicos, ao uso excessivo de mecanismos de defesa: repressão, negação e regressão (Fernandes & Tomé, 2001).

Sifneos (1991) propôs que as várias etiologias fossem classificadas em dois tipos: origem biológica e psicossocial. A alexitimia primária como parte integrante de uma origem biológica, construída através de um defeito de estrutura neuroanatômica ou neurobiológica, podendo corresponder a um traço de personalidade devido ao seu caráter duradouro (Carneiro & Yoshida, 2009, Sifneos, 1991; Maciel & Yoshida, 2006). A alexitimia primária, representa a configuração biológica da patologia, sendo marcada por uma falha neuroanatômica subentendida por um bloqueio da intercomunicação entre os dois hemisférios cerebrais, mais precisamente, entre o sistema límbico e o córtex (Carneiro & Yoshida, 2009). O hemisfério esquerdo representa a linguagem interior e o simbolismo, e o hemisfério direito tem como função a fantasia e a representação simbólica (Maciel & Yoshida, 2006).

A alexitimia secundária é atribuída a causas psicossociais, e estaria relacionada com um trauma ou a mecanismos de defesa como a negação e repressão de afetos. A alexitimia secundária não ocorre vinculada a uma psicopatologia, sendo que funciona como estratégia para enfrentar determinada situação causadora de conflito ou de difícil resolução. Devido à sua natureza transitória, corresponde a um estado (Sifneos, 1991, Maciel & Yoshida, 2006). Este tipo de alexitimia é marcado pelos traumas intensos na vida adulta, ou mesmo durante o desenvolvimento infantil do indivíduo, ou seja, estas experiências levam a transformações no funcionamento psíquico e afetivo, acarretando consequências reveladoras na vida do mesmo: expressão das emoções através de sensações somáticas ou reações comportamentais como forma de descargo de tensão (Carneiro & Yoshida, 2009, Sifneos, 1991), excluindo os pensamentos. Note-se que, estes traumas que são desenvolvidos antes da construção da linguagem, tendem a afetar diretamente a habilidade da utilização de palavras para representar os seus sentimentos (Carneiro & Yoshida, 2009). O *stress* intenso a que o sujeito é submetido pode ter como consequência o enfraquecimento da componente afetiva, escapando da consciencialização das emoções e expressão de sentimentos (Carneiro & Yoshida, 2009).

Assim sendo, a alexitimia secundária resulta da resposta a eventos traumáticos ou doenças graves, sendo que o desencadear dessas doenças ou eventos podem resultar em alterações na atividade psíquica, e desta forma, pode ser prejudicial na componente afetiva do indivíduo (Carneiro & Yoshida, 2009).

### **1.3.6. Teoria Cognitivo-Comportamental**

A teoria cognitivo-comportamental coloca a hipótese de que, a alexitimia tem uma relação direta com eventos estimuladores de *stress*, ou seja, a reação do doente e a sua

resolução do problema não será adequada, estando assim articulada a um comportamento característico. Isto tudo ocorre devido à sua incapacidade de expressão de emoções, tal como a carência de consciência emocional. A emoção é entendida numa perspectiva de indiferença por parte do doente, daí a sua predisposição para a ação (Carneiro & Yoshida, 2009). Esta incapacidade em reconhecer situações de *stress* leva a que o sujeito se exponha mais vezes a esse cenário, recorrendo ao pensamento operatório que o leva a que as suas estratégias de *coping* sejam inadequadas, desencadeando um comportamento impulsivo ou à fuga (Carneiro & Yoshida, 2009).

### **1.3.7. Teoria Sociocultural**

Relativamente à teoria sociocultural, existem estudos que identificaram características da alexitimia em sujeitos com um nível socioeconómico baixo, o que nos leva a crer que determinadas culturas não promovem ou não valorizam a expressividade emocional, conduzindo a esta condição (Fernandes & Tomé, 2001). Um estudo realizado por Lumley, Mader, Gramzow e Papineau (1996) defende a existência de uma relação entre famílias emocionalmente perturbadas e a alexitimia, devido ao défice na função imaginária e simbólica, tendo como consequência a dificuldade na identificação de sentimentos (Fernandes & Tomé, 2001; Lumley, Mader, Gramzow & Papineau, 1996).

Ainda assim, no decorrer de um estudo realizado por Borens, Schulte, Jaensch e Kortemme (1977) verificou-se que a alexitimia tende a ocorrer em indivíduos com classes socioeconómicas baixas, caracterizando a alexitimia como um fenómeno social, e não psicossomático.

### **1.4. Características Clínicas**

Os sujeitos com índices elevados de alexitimia podem apresentar algumas das seguintes características: inaptidão em identificar ou descrever sentimentos, assim como na diferenciação da sensibilidades corporal; complexidade na distinção de diferentes a sensibilidade corporal; breves, no entanto, violentas alterações de comportamento afetivo sem qualquer tipo de explicação do comportamento praticado pelo mesmo; preocupação com eventos externos, mais do que com as experiências internas; ausência de representações fantasiosas e modelos rígidos e formais (Fernandes & Tomé, 2001).

Este fenómeno pode provocar transtornos psíquicos que prejudicam a forma de pensamento e a comunicação do indivíduo, o que faz com que este se relacione com realidade externa (Fernandes & Tomé, 2001). No que toca à área afetiva, esta é caracterizada por

uma intensa dificuldade em reconhecer e descrever os sentimentos, bem como na distinção entre estados emocionais, sendo que as manifestações emocionais são particularmente somáticas, e as emoções são confusas, vagas e indiferenciadas (Prazeres, 2000). Existe também uma reação afetiva insuficiente face a situações de perdas significativas (Formiga, Paulino, Baptista & Silva, 2013). O indivíduo tende a estabelecer uma relação entre a existência de emoções negativas e fatores externos, e não a fatores internos, como as suas interpretações pessoais (Teixeira & Pereira, 2015).

Quanto à área cognitiva, o tipo de pensamento na alexitimia pode ser considerado como uma perturbação ténue do pensamento, sendo que não provoca erros lógicos substanciais e são facilmente reconhecíveis, ainda assim, existe uma pobreza imaginativa, um “pensar” a experiência e o mundo desordenado do polo afetivo. Trata-se de um modo de pensamento privado da qualidade humana, que tende a se manifestar com alguma insuficiência quando o sujeito tem que tomar alguma decisão no âmbito social e pessoal, ainda que as capacidades intelectuais estejam conservadas (Prazeres, 2000). A alexitimia é determinada pela presença de um estilo de pensamento concreto, objetivo, orientado para o exterior, emocionalidade escassa, falta de simbolização, debilidade na imaginação e na fantasia (Formiga, Paulino, Baptista & Silva, 2013). A dimensão cognitiva refere-se ao processamento das emoções num nível cognitivo, e consiste em três fatores: identificar, analisar e verbalizar sentimentos (van der Velde et al., 2014). Assim sendo, a alexitimia seria uma falha no processamento cognitivo e na regulação das emoções, em que o sujeito responde ao seu meio, para que, em situações conflituosas, não manifeste a expressão afetiva (Pereira & Yoshida, 2013).

Relativamente à área relacional, as relações com os objetos são caracterizadas por um estilo operatório, o que significa que as relações são utilitárias e pragmáticas e a área afetiva demonstra ser ausente. Com isto, e com a incapacidade em perceber os seus sentimentos e o dos outros, estas características acabam por favorecer a limitação da capacidade de empatia e compreensão humana (Prazeres, 2000). Os sujeitos com elevados índices de alexitimia exprimem verbalmente o seu sofrimento emocional aos outros de uma maneira muito empobrecida, fracassando assim, em considerar o outro como fonte de apoio ou conforto (Rocha, Guerra & Maciel, 2010). Os indivíduos com maiores índices de alexitimia aparentam estar integrados socialmente, evidenciam estar adaptados ao seu meio, apresentando conformidade. No entanto, preservam uma conexão desvitalizada com o ambiente e com as pessoas pela qual estão rodeados, pois assim estão a proteger-se de angústias psicóticas, como por exemplo, perder o controlo dos limites do corpo, dos atos e dos sentimentos de identidade (Fernandes & Tomé, 2001). As perturbações relacionais tornam-se visíveis no sentido em que, existindo pouca convivência

com a realidade psíquica, não sendo possível que exista uma verdadeira compreensão dos laços emocionais, sinais e símbolos, que concedem significado às relações (Vicente, 2005).

Green (1973) defende a existência de uma relação entre a disposição psicossomática e psicopática, o que o leva assim a considerar o doente psicossomático como um “psicopata corporal”, que gere as suas emoções e sentimentos com o *acting out*, ou seja, existe uma repulsão do que está a sentir. É caracterizado desta forma devido à ausência de sintomas psicológicos (Prazeres, 2000). A nível do comportamento, sujeitos com maiores índices de alexitimia têm maior propensão para manifestar comportamentos explosivos e violentos (Krystal, 1979) e reduzida capacidade em controlar a raiva (Wise, Mann & Hill, 1990).

Os sujeitos com altos níveis de alexitimia utilizam principalmente defesas imaturas como tentativa de gerir afetos angustiantes ou avassaladores (Taylor & Bagby, 2013). A alexitimia leva a que seja utilizada tanto a clivagem, como a identificação projetiva como defesa da dor mental ou ansiedade, remetendo assim para a componente psicótica (Prazeres, 2000). A inabilidade em descrever o que sentem levou a uma conotação: “robôs humanos” (Freire, 2010), dado que o nível reduzido do funcionamento afetivo envolve défices no desenvolvimento do ego, incluindo simbolização prejudicada, capacidade limitada de utilizar altos níveis de defesas e outras capacidades cognitivas para regular o afeto (Taylor & Bagby, 2013).

Isto leva a que o indivíduo recorra tanto ao pensamento literal, como o operatório (Prazeres, 2000) sendo este definido essencialmente como um pensamento consciente que pode ser encontrado em contextos nosológicos que não sejam apenas sujeitos psicossomáticos, como também em sujeitos que sofram com problemas de adição (Pirlot & Corcos, 2012). Neste sentido, o funcionamento do sujeito com maiores índices de alexitimia é determinante no progresso de diversos transtornos clínicos, pois estes tendem a silenciar os seus sentimentos e emoções como cura da experiência afetiva, o que pode ser considerado um modo de sobrevivência (Prazeres, 2000). Também devido às dificuldades empáticas, e à criação de relações frias, estes indivíduos demonstram um comportamento afetivo idêntico aos doentes obsessivos e histéricos (Chincalece, 2009).

A alexitimia é marcada por um estilo interpessoal muito característico, que é comum em todos estes. Durante os estudos clínicos, investigadores como Nemiah e Sifneos (1970) constataram que os seus pacientes com maiores índices de alexitimia aparentavam imparcialidade; despreocupação e distância do outro (Vanheule, Vandenberghe, Verhaeghe & Desmet, 2010). A reduzida capacidade de diferenciar as suas emoções do

seu estado físico de excitação, leva a que o sujeito descreva sintomas físicos no lugar das emoções. Este comportamento está associado à incompreensão das emoções, o que interfere na associação de imagens, pensamentos ou fantasias com o estado emocional, enfatizando a componente somática (Zackheim, 2007).

### **1.5. Explicação Neuropsicológica**

No que diz respeito à explicação neuropsicológica da alexitimia, os estudos sugerem que o hemisfério direito é a área responsável pelo processamento da informação emocional e, como tal, assume funções importantes: na regulação emocional, na memorização das emoções, na transmissão de emoções durante a interação ou relação com o outro, e nas respostas fisiológicas emocionais (Bermond, Vorst & Moorman, 2006). Existem assim diferenças a nível funcional entre os dois hemisférios: o hemisfério direito está mais envolvido nas imagens, na regulação e no processamento das emoções negativas, e o hemisfério esquerdo está relacionado com expressão verbal (Parker, Taylor & Bagby, 1992).

Neste contexto, estudos realizados por Blair, Morris, Frith, Perrett e Dolan (1999) demonstraram que existe a ativação do lobo temporal direito aquando da reação a expressões faciais tristes, o que leva a crer que a alexitimia pode envolver uma disfunção do hemisfério direito, ou um hemisfério esquerdo hiperativo. No entanto, estas duas hipóteses são válidas pois os movimentos oculares laterais conjugados são um indicativo de ativações hemisféricas (Bermond, Vorst & Moorman, 2006). Os movimentos laterais conjugados são um acionamento sintomático mais fácil de atividade no hemisfério contralateral para a direção do movimento dos olhos, independentemente do conteúdo do problema associado ao assunto (Gur, 1975).

Assim, os movimentos oculares para a esquerda desencadeiam uma maior ativação no hemisfério direito e, pelo contrário, os movimentos oculares para a direita indicam uma elevada ativação no hemisfério esquerdo. Nesta ordem de ideias, estudos de Cole e Bakan (1985) registaram movimentos oculares laterais conjugados em indivíduos com maiores índices de alexitimia e com menores índices de alexitimia (Bermond, Vorst & Moorman, 2006). Este estudo com os movimentos oculares foi realizado numa sala, na qual o participante e o investigador estavam sentados frente a frente numa mesa, estando situado um quadro de madeira simétrico por trás do investigador, evitando distrair a atenção e os movimentos oculares do sujeito durante o teste. As respostas foram gravadas, e o sujeito deveria responder a 20 questões previamente demonstradas pelo inves-

tigador, de modo a que estes não procedessem a uma preferência ocular pelo lado esquerdo ou direito. Em seguida, após o investigador terminar cada questão foi registada a direção dos primeiros movimentos oculares (Cole & Bakan, 1985).

A direção característica dos olhos está associada a uma diversidade de variáveis cognitivas, afetivas e psicológicas. Também Bakan (1969) propôs que a tendência do movimento dos olhos numa determinada direção está relacionada a uma tendência para o hemisfério cerebral contralateral ser ativado (Bakan & Strayer, 1973).

Também Kinsbourne (1972) registou movimentos de olhos e da cabeça em alunos graduados conforme respondiam a perguntas realizadas por um experimentador que se encontrava sentado atrás deles. As gravações dos movimentos oculares foram feitas através de uma camara de vídeo oculta, tendo concluído que a direção do movimento estava relacionada com o seguinte problema: os sujeitos apresentaram uma tendência significativa para mover os seus olhos para a direita em relação a problemas verbais e para cima ou para a esquerda quanto a problemas espaciais. As diferenças na lateralização são mais fortes entre problemas verbais e espaciais, mas insignificante em problemas numéricos (Gur, 1975).

Existem evidências crescentes de que a análise das oscilações cerebrais é uma ferramenta importante para esclarecer mecanismos corticais do processamento emocional (Aftanas, Varlamov, Reva & Pavlov, 2003). O evento relacionado com as oscilações pode ser considerado uma base importante de sinalização funcional no sistema nervoso, relacionado com o processamento cognitivo e emocional e a interação cortico-hipocampal-límbica (Aftanas et al., 2003) sendo que, possivelmente, as ondas *theta* são o fenómeno intensivamente mais investigado em estudos neurofisiológicos que visam correlacionar os ritmos das ondas *theta* com as funções cognitivas (Başar, Schurmann & Sakowitz, 2001). A eletroencefalografia é uma medida poderosa que reflete a capacidade ou o desempenho do processamento das informações corticais (Klimesch, 1999).

As investigações realizadas a partir de eletroencefalografia por Aftanas et al. (2003) demonstraram que os pacientes com maiores índices de alexitimia possuíam uma deficiente sincronização do hemisfério esquerdo nas ondas *theta* quando em resposta ao estímulo, acompanhadas de eventos excessivos no hemisfério direito, relacionados com estímulos emocionais (Bermond, Vorst & Moorman, 2006). Ainda, num estudo efetuado por Bermond et al. (2004) e baseado numa tarefa de correspondência visual com estímulos, em sujeitos com maiores índices de alexitimia e com menores índices de alexiti-

mia, demonstrou-se que, sujeitos com maiores índices de alexitimia apresentaram reduções severas no processo de identificação e verbalização das emoções (Bermond, Vorst & Moorman, 2006).

## **1.6. Variáveis sociodemográficas e alexitimia**

É importante determinar se a alexitimia está associada a variáveis sociodemográficas como a idade, sexo ou estado económico por diversas razões: a natureza de qualquer correlação é importante para a transmissão de informação relativa à construção da alexitimia; qualquer associação é útil para comparar resultados entre amostras, bem como auxiliar na explicação de resultados inconsistentes, e por fim, permite conhecer as relações com as variáveis sociodemográficas, o que possibilita uma melhor interpretação do significado das pontuações de alexitimia em determinados indivíduos (Lane, Sechrest & Riedel, 1998).

Relativamente aos aspetos sociodemográficos, a alexitimia é mais prevalente e grave em pacientes psiquiátricos, psicossomáticos e somáticos (McGillivray, Becerra & Harms, 2017; Joukamaa, Saarijärvi, Muuriaisniemi & Salokangas, 1996). Um estudo realizado por Marchesi, Ossola, Tona e De Panfilis (2014) verificou diferenças entre sujeitos que estavam incluídos na amostra de participantes saudáveis e sujeitos portadores de um diagnóstico psiquiátrico, isto deve-se ao facto de estar presente um afeto negativo, sendo regulados pela gravidade da sintomatologia ansiosa, bem como depressiva.

Tem vindo a verificar-se uma associação entre presença da alexitimia e o residir sozinho, bem como maior prevalência no sexo masculino, com o baixo nível educacional e com o aumento da idade (Hirola et al., 2017; Mattila et al., 2006; Levant, Hall, William & Hasan, 2009). Ao encontro desta ideia, Franz et al. (2008) no seu estudo realizado com sujeitos da população alemã verificou que a alexitimia está associada à baixa escolaridade e a um baixo nível socioeconómico. Ainda estudos de Kirmayer e Robbins (1993) concluíram igualmente que a alexitimia está associada à baixa escolaridade quando o indivíduo demonstra dificuldade em distinguir sensações das emoções. Esta conclusão pode ser justificada devido ao facto de os indivíduos com maiores índices de alexitimia demonstrarem um interesse escasso na função cognitiva, analítica e de introspeção (Bagby, Taylor & Parker, 1994b).

Ainda no estudo de Franz et al. (2008) verificou-se maiores índices de alexitimia em sujeitos divorciados comparativamente com sujeitos casados, sendo que homens e mulheres que viviam juntos apresentavam índices significativamente menores relativamente aqueles sujeitos que residiam sozinhos, sendo que isto pode estar relacionado com

o facto de as pessoas solteiras demonstrarem menor satisfação com a vida, bem como maior *stress* psicológico, comparativamente com os sujeitos que estão casados ou vivem com o parceiro. Sujeitos com níveis mais elevados de alexitimia podem estar mais propensos a sofrer prejuízos a nível da comunicação das emoções, o que aumenta a probabilidade de residirem sozinhos.

Quanto ao estatuto socioeconómico, as pontuações dos indivíduos desempregados foram mais elevadas quando comparadas com sujeitos empregados. Quanto ao género, e na respetiva população, verificou-se que os níveis de alexitimia das mulheres eram ligeiramente menores as dos homens (Franz et al., 2008). O mesmo verificou-se num estudo de Kokkonen et al. (2001) apontando para uma maior prevalência da alexitimia em homens do que em mulheres. Ainda se verificaram diferenças entre os géneros, sendo que os homens e as mulheres demonstraram ser capazes de identificar e distinguir sensações das emoções. Ainda assim, as mulheres demonstraram menor dificuldade em descrever os sentimentos aos outros e com menor propensão para o estilo de pensamento orientado para o exterior comparativamente aos homens. Estas diferenças podem ser justificadas pelas disparidades relacionadas com o género, mais precisamente, nas experiências de aprendizagem na infância, refletindo as ideias culturais que se mantiveram ao longo do tempo para o *coping* das emoções, ou seja, a forma como o homem e a mulher foram ensinadas a lidar com as emoções (Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka & Kauhanen, 1999).

Neste contexto, segundo o paradigma de Emmerich (1973) o desenvolvimento dos papéis sexuais inicia-se na infância e permanece ao longo da vida adulta, neste sentido, existem três níveis de desenvolvimento: (1) aprendizagem de qual é o comportamento adequado para uma criança masculina ou feminina; (2) aquisição de conceitos sobre o que é apropriado para um potencial adulto masculino ou feminino e (3) formas de comportamento que são consideradas apropriadas para um adulto do sexo masculino ou feminino ao longo da vida. Este modelo sugere que cada estágio do desenvolvimento abrange diversas tarefas que devem ser adquiridas, estas cognitivas e sociais, sendo que as influências sociais podem estar associadas aos diferentes níveis (Citado em Katz, 1979). Neste sentido, esta hipótese poderá justificar as diferenças identificadas entre os géneros.

No estudo de Lindholm, Lehtinen, Hyyppä e Puuka (1990) verificou-se que a idade foi o fator mais significativo, sendo que reportaram que as características da alexitimia, bem como os níveis de alexitimia estão associadas com a idade avançada. Uma possível explicação pode ser o facto de os idosos terem vivido em ambientes culturais diferentes,

tendo por isso, aprendido diferentes maneiras de lidar com os seus afetos, comparativamente com a geração mais jovem (Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka & Kauhanen, 1990).

Em oposição estudos como os de Lyvers, Onuoha, Thorberg e Samios (2012) verificaram que os níveis de alexitimia diminuíram com o aumento da idade. Como tal, esta hipótese pode ser justificada através de evidências que sugerem que a consciência e a expressão emocional têm tendência para melhorar com o passar da idade (Bar-On & Parker, 2000 citado em Lyvers, Onuoha, Thorberg & Samios, 2012). Ainda, Matilla, Salminen, Nummi e Joukamaa (2006) verificaram uma correlação positiva entre alexitimia e a idade.

## **2. Ansiedade Social**

### **2.1. Conceito**

A resposta ansiosa é uma parte integrante do sistema adaptativo, sendo importante para a sobrevivência do indivíduo, o que lhe confere um papel fundamental em diversas situações do dia-a-dia (Gouveia, 2000). A ansiedade pode ser caracterizada como o sentimento de medo que provém da antecipação do perigo, ou seja, do acontecimento que o indivíduo percebe como um estímulo ameaçador (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) também conhecido como fobia social, é reconhecido pelo medo intenso e constante em situações sociais ou *performances*, nas quais o indivíduo demonstra receio em sentir-se envergonhado ou embaraçado. Este medo está associado à exposição social como ser o centro das atenções, o receio da ridicularização, ser observado por outrem, a interação com estranhos, falar, beber ou mesmo comer em público e falar ao telefone com alguém (Burato, Crippa & Loureiro, 2009). Uma maneira salutar de encarar as suas emoções é partilhá-las com as pessoas que nos rodeiam, algo complexo para indivíduos com TAS, com transtornos de comunicação, em que os indivíduos nunca aprenderam a comunicar. No entanto, há casos de TAS em que as habilidades de comunicação foram desenvolvidas corretamente, no entanto, não são utilizadas devido ao facto de estes indivíduos apresentarem altos níveis de ansiedade, receio ou angústia face às interações sociais (APA, 2014).

É comum que os indivíduos vivenciem graus ligeiros de ansiedade em algumas situações sociais, o que não impede um funcionamento social adequado, sendo que em alguns casos, demonstra ser vantajoso para a sua *performance* social, no entanto, a ansiedade em algumas situações sociais pode apresentar índices tão elevados que pode interferir no desempenho social, conduzindo ao seu evitamento (Gouveia, 2000). Trata-se de

uma perspectiva de avaliação interpessoal, ou seja, o indivíduo quando ansioso tem tendência a esta aceitação por parte de outrem (Vaz-Serra, Gonçalves & Firmino, 1986). O evitamento social é entendido como um mecanismo de defesa em confronto com situações percebidas pelo indivíduo como “perigosas” (Burato, Crippa & Loureiro, 2009). Existe assim uma ideação cognitiva associada, sendo essa a avaliação negativa de outros, a rejeição e a humilhação (Gouveia, 2000). A ansiedade, quando exagerada, e que perturba o funcionamento normal do indivíduo passa a ser patológica, podendo mesmo interferir no desenvolvimento saudável e social, no bem-estar e na sua saúde (Pereira & Lourenço, 2012).

Assim, indivíduos com ansiedade social tendem a dar bastante importância à transmissão de uma imagem desejada, ou, à falta de capacidade para transmitir essa imagem que pretendem projetar no outro, uma vez que, este tipo de ansiedade ocorria muitas vezes em indivíduos excessivamente motivados. Ainda assim, esta patologia poderia ocorrer em indivíduos que apresentam a combinação destes fatores (Vaz-Serra, Gonçalves & Firmino, 1986). A ansiedade social tem uma ligação direta com o autoconceito, podendo este ser um fator importante no modo como o indivíduo processa a informação (Vaz-Serra, Gonçalves & Firmino, 1986).

O medo social aparece nos jovens com maior frequência, devido a diversos fatores como o afastamento dos progenitores, no processo de formação do EU como indivíduo e interação com os grupos do contexto. O indivíduo com ansiedade social vai optar por um afastamento social, demonstrando medo irracional e exagerado da interação social (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Este estado emocional gera a ativação fisiológica: palpitações, tonturas, tremores, dificuldades na respiração que são estimulados por uma ameaça verídica ou precoce (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Outros sintomas que podem manifestar-se em momentos de ansiedade intensa são a diarreia, tensão muscular e transpiração (Pereira & Lourenço, 2012).

### **2.1.1. Subtipos**

Existem dois subtipos do transtorno da ansiedade social: o generalizado e o não-generalizado. O primeiro subtipo está relacionado com o receio da maioria das situações de interação social e de desempenho (Angélico, Crippa & Loureiro, 2012). É considerado o mais incapacitante, no sentido em que estes indivíduos vivenciam a ansiedade de forma mais intensa, tanto nas situações de interação social ou de *performance* em público (Pereira & Lourenço, 2012). Existe medo por parte destes em sentirem-se humilhados ou de uma avaliação negativa por parte de outrem, desde conversas com pessoas

desconhecidas ou consideradas superiores, até a participação numa conversa de grupo. O TAS generalizado revela uma forma mais severa da fobia social e com maior interferência na vida diária do indivíduo (Gouveia, 2000).

Conforme Hook e Valentiner (2002) o TAS generalizado está associado a níveis mais elevados de prejuízos sociais. Seguindo esta ordem de ideias, Manuzza et al., (1995) quando comparavam sujeitos com TAS não-generalizado e sujeitos com TAS generalizado, concluíram que indivíduos com TAS generalizado eram geralmente solteiros. Já o TAS não generalizado refere-se ao receio de uma situação de interação social específica ou no desempenho (Angélico, Crippa & Loureiro, 2012). É um subtipo que remete para uma ou duas situações mais concretas e restritas de desempenho, como escrever ou comer em público (Pereira & Lourenço, 2012). Deste modo, o evitamento social é entendido como um mecanismo de defesa em confronto com situações percebidas pelo indivíduo como uma ameaça (Burato, Crippa & Loureiro, 2009).

## **2.2. Etiologia**

Existem algumas hipóteses etiológicas que têm como objetivo explicar a origem da ansiedade social (fobia social), estas que englobam a interação de diversos fatores, caracterizando-se assim como um conceito multifatorial. Relativamente aos fatores genéticos, esta hipótese sugere que a evolução da fobia social está essencialmente associada a estudos de famílias. Deste modo, se um comportamento for influenciado de forma genética, tende a desenvolver-se em diversos membros de um seio familiar, sendo que no estudo de Fyer, Mannuzza, Chapman, Liebowitz e Klein (1993) foram apresentadas taxas de fobia social claramente mais altas nos familiares de fóbicos sociais quando comparados com familiares de outros grupos clínicos. No mesmo estudo foi demonstrado que a taxa de probabilidade de desenvolvimento desta perturbação é três vezes maior para familiares em indivíduos com fobia social, comparativamente com familiares de controlo sem nenhuma perturbação.

Ainda assim, e embora a predisposição genética para perturbação não esteja nitidamente determinada, os fatores temperamentais evidenciam ter um elemento hereditário relacionado com esta. Neste sentido, a timidez aparenta ser um dos aspetos de temperamento com maior correlação com a fobia social (Turner, Beidel, & Townsley, 1990). Outro fator temperamental associado à fobia social é o comportamento inibitório, estando associada à propensão para a criança reagir com receio, vergonha, desconfiança e embaraço quando está perante novas situações, nas relações com outras pessoas ou objetos

(Kagan, Reznick, & Snidman, 1988). No decurso de estudos concluiu-se que a o comportamento inibitório é um fator preditivo sólido da gravidade da fobia social (Dalrymple, Herbert e Gaudiano, 2007).

Quanto aos fatores familiares e à relação com os pares, estes têm um papel fundamental na predisposição do desenvolvimento da fobia social, bem como na manutenção desta perturbação. Devido à maioria dos estudos serem orientados com sujeitos com fobia social, não é exequível delimitar a natureza da etiologia destes fatores, sendo que alguns autores optam por designar os mesmos como aspetos predisponentes e de subsistência (Beidel & Turner, 2007).

Assim, o desenvolvimento de ansiedade e ansiedade social tendem a ocorrer em indivíduos que têm problemas de vinculação com os pais: estilo de vinculação desorganizado, ambivalente ou inseguro (Manassis, 2001; Eng, Heimberg, Hart, Schneier, & Liebowitz, 2001). Partindo do princípio do desenvolvimento, existe uma elevada relação entre comportamentos dos pais e a aptidão social dos filhos (Lieberman, Doyle, & Markiewicz, 1999). Por oposição, as crianças que mantêm uma vinculação segura têm mais facilidade em se juntar a grupos e também a estabelecer ligações salutareas com os outros (Hinde & Tamplin, 1983).

Estudos de retrospeção realizados com adultos apresentaram práticas parentais ou familiares que podem influenciar o desenvolvimento da ansiedade social através do isolamento da criança das atividades sociais, ou mesmo enfatizar exageradamente a opinião ou avaliação negativa dos outros, o que leva a uma menor sociabilidade e elevado evitamento de situações sociais (Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1989; Bruch & Heimberg, 1994). Ainda estudos realizados com crianças e adolescentes com elevada ansiedade social concluíram os mesmos tiveram pais demasiado protetores e rejeitantes, maior preocupação com a opinião de outrem, intimidando os filhos devido à sua timidez ou débil desempenho, separando-os do contacto social (Lieb et al., 2000; Caster, Inderbitzen, & Hope, 1999). Para sustentar esta hipótese, é de sublinhar, conforme alguns estudos realizados, a importância do estilo parental excessivamente protetor e intrusivo das figuras maternas de crianças socialmente inibidas e isoladas (Mills & Rubin, 1998; Rubin, Hastings, Stewart, Henderson, & Chen, 1997).

De acordo com os estudos descritos anteriormente está salientado o papel da modelação e da exposição limitada a situações sociais por parte dos pais, estes relacionados com a minimização do desconforto da criança face a situações desagradáveis. Isto deve-se ao facto de considerarem que estas não têm capacidades suficientes para lidar com

determinada situação, ou mesmo uma associação a características comuns entre a relação pai-filho que afetam as crenças e comportamentos, sendo que quando realçamos o papel das práticas parentais estas estão associadas a pais inibidos, com elevada ansiedade social, tendendo a modelar o evitamento social e a dificultar as interações sociais dos filhos (Daniels & Plomin, 1985).

No que toca às experiências traumáticas, em estudos de Öst e Hughdahl (1981) descobriram que 58% dos indivíduos com fobia social ao lembrarem-se das suas experiências traumáticas, acabavam por associá-las à sua perturbação. Ainda assim, a existência de experiências traumáticas não é um fator necessário, nem suficiente para o desencadear de uma fobia social. Contudo, o procedimento de condicionamento trata-se de um processo complexo que está associado a diversas variáveis do contexto, existindo possibilidade de ocorrer devido a um resultado de um processo cumulativo, ou seja, os acontecimentos que ocorreram no passado podem atuar como um fator de vulnerabilidade que predetermina o sujeito a responder com uma contestação de medo a outro caso traumático (Beidel & Turner, 2007).

Quanto aos processos cognitivos, existe a hipótese de que a fobia social está associada a crenças disfuncionais, bem como a falhas no processamento de informação, como por exemplo, a sobrestimação da ameaça respeitante à apreciação negativa dos outros (Clark & Wells, 1995).

Relativamente ao modelo biológico, este destaca que a amígdala tem um papel importante na ansiedade. Este modelo salienta que o hipocampo, que é uma parte integrante da rede neural da ansiedade, participa na consolidação e recuperação de memórias traumáticas, na inibição comportamental e na análise contextual de situações angustiantes (Fumark et al., 2002).

### **2.3. Implicações Interpessoais**

A ansiedade social (fobia social) para além de se manifestar através da timidez exagerada, interfere outras áreas da vida do indivíduo como na comunicação e na funcionalidade, comprometendo prejuízos no desempenho de papéis sociais, nas relações interpessoais, bem como nos aspetos da área profissional (Kessler, 2003). Os indivíduos com TAS tendem a sofrer de um medo exagerado de uma avaliação negativa, da humilhação ou de parecerem ridículos, apresentando um medo constante em que os outros percebam todos os seus sinais de ansiedade: o tremor na voz e nas mãos; o rubor facial e o suor excessivo; o falar; uma frase mal verbalizada ou um comportamento inadequado. Levando assim, que cometam erros quando expostos às situações temerosas, conduzindo-os à autocrítica e a um ciclo vicioso, na qual ao experimentarem ansiedade antecipatória

face à perspectiva de enfrentar a situação temida, acabam por aumentar a ansiedade durante a exposição social, o que reforça a auto percepção de fracasso (Stein & Kean, 2000).

Estudos realizados sobre TAS destacam que esta perturbação pode prejudicar a maioria das dimensões da vida do sujeito, como a performance profissional, na escola, limitações dos recursos financeiros, no bem-estar psicológico, a autoestima, as relações com os pares, e a participação social. Desta forma, aferiu-se que indivíduos portadores de TAS gastam mais em serviços de saúde e recebem menos devido à dificuldade em conseguir trabalho, aos problemas nas relações no trabalho e pela escassez de produtividade (Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Em suma, estes indivíduos têm tendência a depreciar os resultados positivos que alcançam em determinada tarefa social, sendo que quando estão perante uma situação intimidante existe um aumento de consciência de si mesmo, o que faz com que ocorra uma diminuição da atenção disponível para estímulos externos (Spurr & Stopa, 2002).

#### **2.4. Variáveis sociodemográficas e a ansiedade social**

A informação dos dados sociodemográficos pode contribuir para uma melhor compreensão de características e fatores de risco associados à fobia social (Fumark, 2002). Na discussão das origens da ansiedade é importante delimitar a idade de início do desenvolvimento, sendo esta uma variável relevante. No entanto, a determinação da idade de início da ansiedade social está longe de ser clara (Hudson & Rapee, 2000). Neste sentido, foram desenvolvidos diversos estudos com o objetivo de tentar esclarecer a influência de determinadas variáveis na ansiedade social.

Para os autores Hudson e Rapee (2000) é na altura da adolescência e no início da fase adulta que a fobia social se desenvolve. A hipótese destes autores pode ser explicada pelo facto de o aumento de autoconsciência ser um estímulo para o princípio de medos sociais, pois para além de essa consciência aumentar, existem também modificações no ambiente social do adolescente, mais propriamente no ambiente escolar. Com a formação de novas amizades, e sendo uma situação nova, tende a desencadear determinados medos como: o receio de não ser aceite e querido para as pessoas e o medo de ser gozado. Uma hipótese baseada na etologia sugere que a fobia social ocorre na adolescência e no início da idade adulta pois é a época em que o sujeito encontra o seu lugar no sistema social (Hudson & Rapee, 2000)

Contrariamente, Chartier, Walker e Stein (2003) nos seus estudos reportaram que a idade média dos medos sociais, nos seus entrevistados, iniciou-se nos 13 anos de idade, estes com o diagnóstico de fobia social, numa amostra com idades compreendidas entre

o 1 a 53 anos. Ainda no mesmo estudo, em 96% dos casos os medos sociais foram desenvolvidos aos 26 anos de idade. Ainda assim, outros estudos relataram que a ansiedade social esteve presente durante toda a vida ou antes dos 10 anos de idade, sugerindo que este transtorno pode ocorrer antes da adolescência, sendo que a fobia social foi incomum nos 25 ou mais anos de idade (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992).

Relativamente ao género, num estudo realizado para avaliar a fobia social em estudantes universitários da Nigéria não foram encontradas diferenças na prevalência da fobia social entre o sexo masculino e o sexo feminino (Bella & Omigbodun, 2008). Baños, Botella, Quero e Medina (2007) na amostra não clínica que envolvia 198 participantes foram encontradas diferenças significativas quanto ao sexo, dos quais as mulheres obtiveram uma pontuação significativamente maior comparativamente aos homens não clínicos. No entanto, não foram encontradas diferenças significativas quando considerada a amostra total.

Em oposição, Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, Hofmann e Ciso-A (2014) no seu estudo que envolveu participantes de 16 países Latino Americanos, a amostra era composta por 17,672 mulheres e 13,440 homens e 601 pacientes diagnosticados com fobia social, verificaram pequenas diferenças significativas na fobia social entre homens e mulheres, sendo que as mulheres pontuaram significativamente mais do que os homens em todas as medidas da escala em toda a amostra de participantes.

Turk et al. (1998) no seu estudo exploratório composto por 108 homens e 104 mulheres diagnosticados com fobia social verificou através de medidas de sintomas dessa perturbação que as mulheres indicavam maiores níveis de ansiedade do que os homens, ainda assim, diferenças entre o género verificou-se também quando foram examinadas situações sociais específicas. Assim, os homens e mulheres diagnosticados com fobia social parecem diferir no grau de medo, e não no tipo de situação social temida.

Alguns estudos verificaram maior prevalência de fobia social em jovens do que em idosos (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996). A este propósito, Acarturk et al. (2009) verificaram, na sua amostra com 4879 indivíduos com fobia social, que 73% dos sujeitos estavam a viver com um parceiro, 69% estava empregado e 53% da amostra eram mulheres com idade média de 42 anos, numa faixa de 18 a 64 anos.

Os indivíduos com fobia social têm maior propensão para piores condições económicas, classe social mais baixa, solteiros ou divorciados, vivem mais isolados, possuem menor produtividade no emprego, são desempregados, tendem a alterar muitas vezes de

emprego, um baixo nível educacional, abandono escolar precoce, ordenados inferiores, são financeiramente dependentes, e possuem maior comorbilidade com outros distúrbios mentais (Magee et al., 1996; Ruscio et al., 2008; Wittchen & Beloch, 1996; Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

## **Capítulo II: Conceptualização da investigação**

### **1. Metodologia**

No presente capítulo é apresentada a metodologia utilizada na investigação, os objetivos de estudo e as respetivas hipóteses, bem como a descrição da amostra, dos instrumentos utilizados e dos procedimentos desenvolvidos na recolha de dados. Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos através da análise estatística e a respetiva discussão.

#### **1.1. Objetivos e hipóteses do estudo**

##### **1.1.1. Objetivos específicos**

1. Avaliar a existência de uma correlação positiva entre alexitimia e ansiedade social.
2. Analisar a existência de diferentes níveis de alexitimia segundo o género.
3. Analisar a existência de diferentes níveis de ansiedade social segundo o género.
4. Descrever os níveis de ansiedade social em função do estado civil.
5. Descrever os níveis de alexitimia nas diferentes faixas etárias.
6. Descrever os níveis de ansiedade social segundo a profissão.

##### **1.1.2. Hipóteses**

Os objetivos de estudo têm como meta ir ao encontro das seguintes hipóteses:

H1: Existe uma correlação positiva entre alexitimia e ansiedade social.

H2: Existem diferenças significativas ao nível da alexitimia tendo em conta o género.

H3: Existem diferenças significativas entre os níveis de ansiedade social para o género.

H4: Existem diferenças significativas entre os níveis de ansiedade social em função do estado civil.

H5: Existem diferenças significativas entre os níveis de alexitimia para as diferentes faixas etárias.

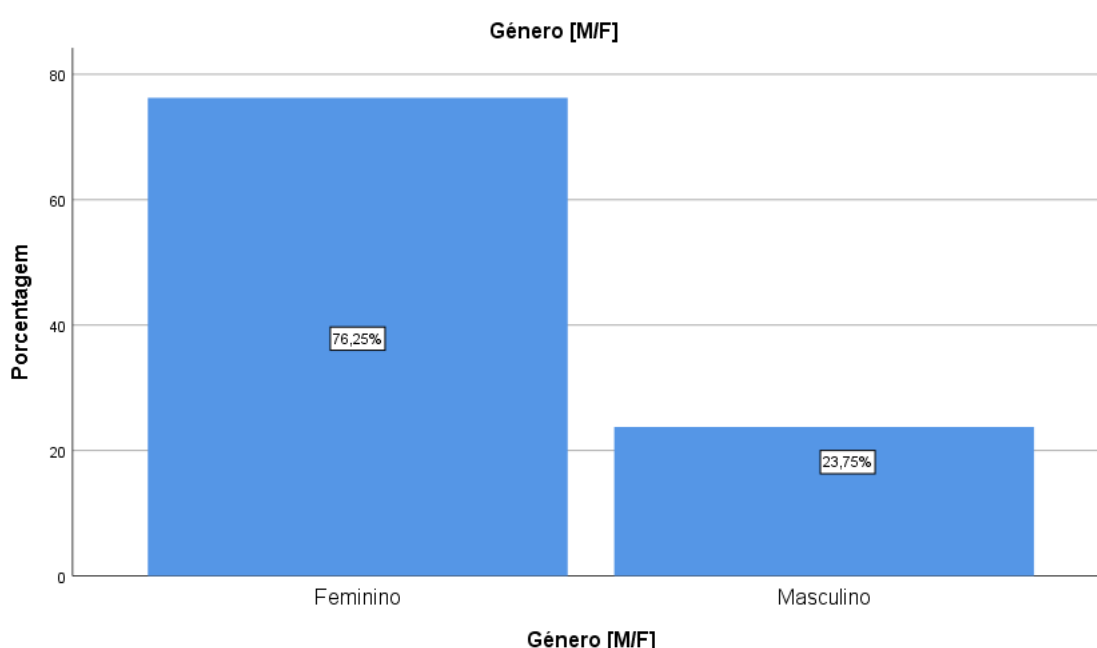
H6: Existem diferenças significativas para os níveis de ansiedade social tendo em a profissão.

### 1.1.2. Participantes

Na presente investigação utilizou-se uma amostragem por conveniência, sendo que os participantes foram selecionados através da disponibilidade para responder a um questionário online. Não foram definidos previamente quaisquer critérios de exclusão. No que diz respeito à caracterização da amostra temos cerca de 61 participantes são do género feminino (76,3%) e 19 do género masculino (23,8%). Os dados referentes a estas percentagens desta variável podem ser consultados no Gráfico 1.

**Gráfico 1**

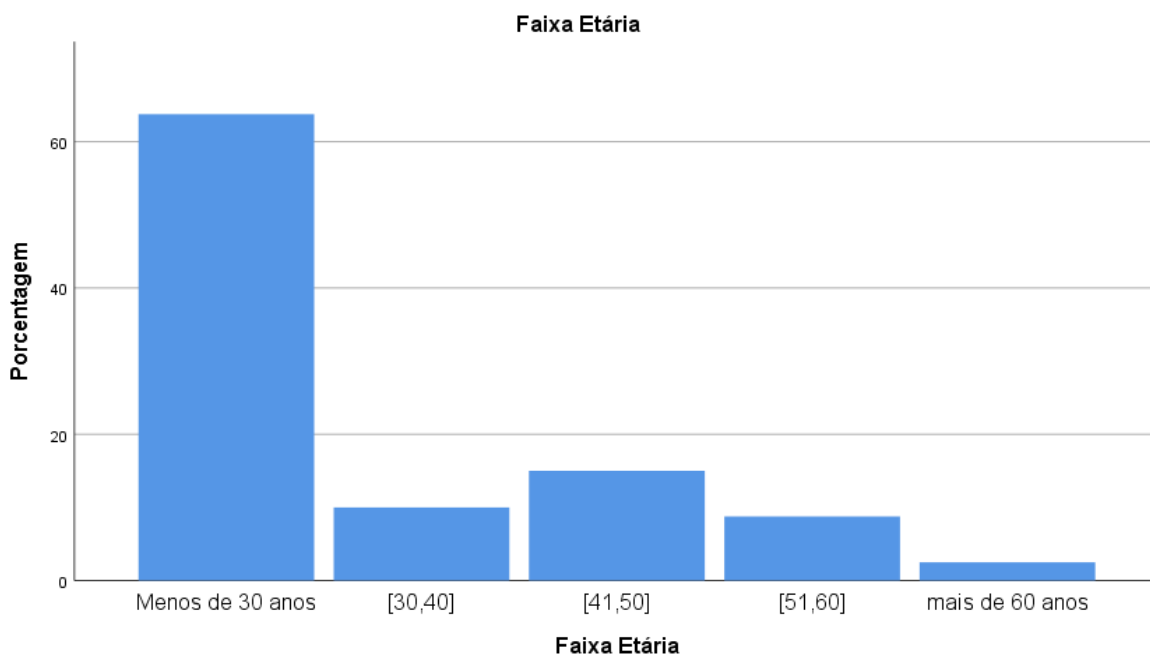
*Frequências relativas ao Género dos participantes da amostra*



Relativamente à idade dos participantes, a amostra total abrange uma faixa etária compreendida entre os 19 anos e os 65 anos. As idades foram divididas em subgrupos das quais, a nível percentual, encontram-se com maior representação sujeitos com menos de 30 anos (63,7%), em seguida idades compreendidas entre os 30 e 40 anos, inclusive, (10%), 41 e 50 anos, inclusive, (15%), entre os 51 e 60 anos, inclusive, (8,8%), e por fim, sujeitos com mais de 60 anos (2,5%). Os dados referentes às percentagens desta variável podem ser consultados no Gráfico 2.

## Gráfico 2

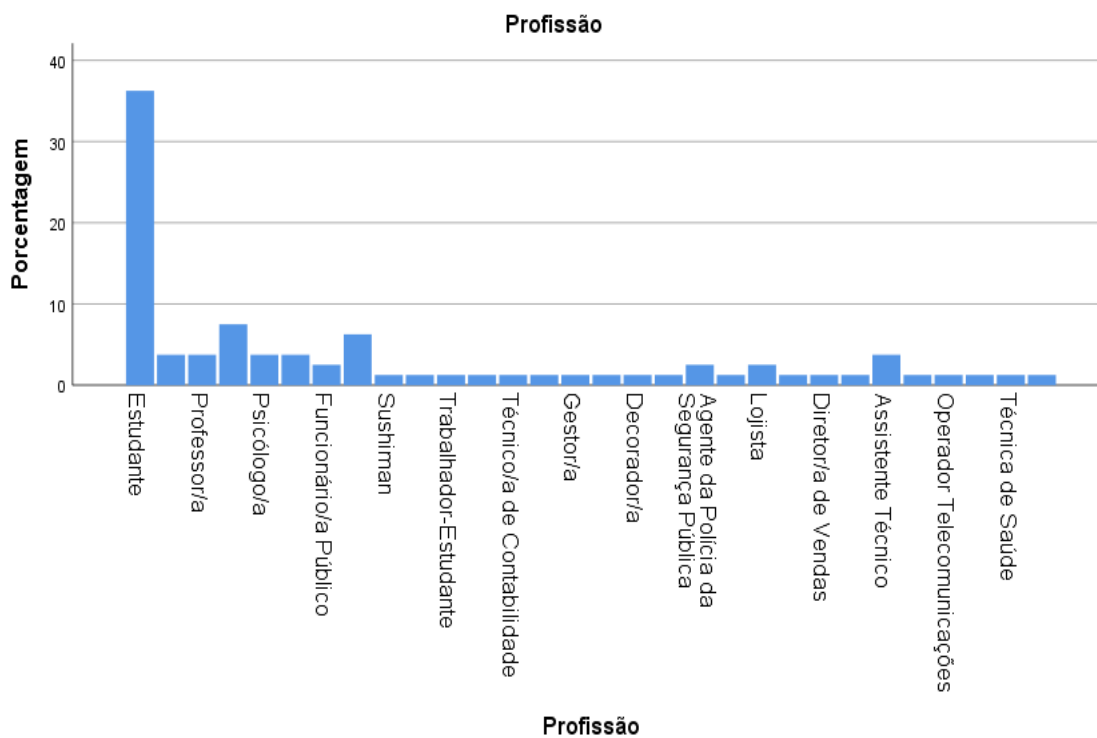
Distribuição percentual Faixa Etária



No que diz respeito à variável sociodemográfica Profissão dos participantes, com maior representatividade, encontram-se 29 indivíduos estudantes (36,3%) em seguida, 6 participantes são educadores de infância (7,5%), 5 sujeitos são assistentes operacionais (6,3%), 3 desempregados (3,8%), 3 professores (3,8%), 3 psicólogos/as (3,8%), 3 técnicos administrativos (3,8%), 3 assistentes técnicos (3,8%), 2 lojistas (2,5%). Os dados referentes às percentagens desta variável podem ser consultados no Gráfico 3.

**Gráfico 3**

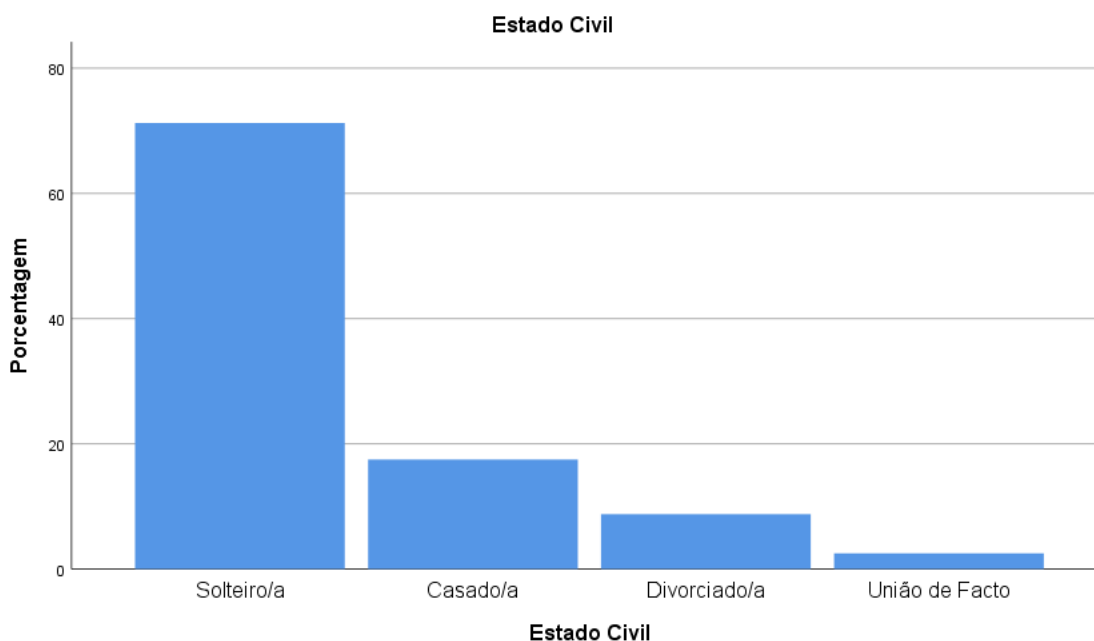
*Distribuição percentual da Profissão dos participantes da amostra*



Quanto ao Estado Civil, 57 participantes são solteiros/as (71,3%), 14 sujeitos são casados (17,5%), 7 são divorciados (8,8%), e por fim, 2 encontram-se em união de facto (2,5). Os dados referentes às frequências desta variável podem ser consultados no Gráfico 4.

#### Gráfico 4

Distribuição percentual do Estado Civil dos participantes da amostra



## 2. Instrumentos

Para a recolha de dados desta investigação foram utilizados três instrumentos nomeadamente: (1) Questionário Sociodemográfico; (2) Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20) (adaptada para a população portuguesa por Prazeres, Parker e Taylor, 2000) e (3) Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS) (Pinto Gouveia, Cunha & Salvador, 1997).

### 2.1.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico construído pelo grupo de investigação tem como objetivo a caracterização da amostra, englobando categorias descritivas, sendo essas: idade; género; estado civil e a situação profissional.

### 2.1.2. Escala de alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-

**20)** (Taylor, Bagby & Parker, 1992; adaptado para a população portuguesa por Prazeres, Parker e Taylor, 2000)

Atualmente, o instrumento mais utilizado para avaliar a alexitimia é o *20-item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) (Taylor, Bagby & Parker, 1992; Prazeres, Parker e Taylor, 2000). É uma medida de autorrelato, com 20 itens e elevada consistência interna,

que fornece, não só, uma avaliação contínua da alexitimia, como a inclusão e identificação de características que derivam do ponto de corte, que têm como objetivo a identificação de sujeitos com níveis altos ou baixos de alexitimia (Keefer, Taylor, Parker & Bagby, 2017). É uma escala de autoavaliação com opções de resposta do tipo *Likert* de 5 pontos, sendo: 1- Discordo Totalmente; 2- Discordo em Parte; 3- Não Discordo nem Concorde; 4- Concorde em parte e 5- Concorde Totalmente.

Esta escala é constituída por três fatores: (1) Dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais das emoções (DIS) composta por 7 itens; (2) Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (DDS) composta por 5 itens; e (3) Estilo de pensamento orientado para o exterior (POE) composta por 8 itens (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Prazeres et al., 2000).

A pontuação é obtida através da soma de todas as respostas dadas, invertendo os itens 4, 5, 10, 18, 19 sendo estes cotados de forma inversa. No que se refere à interpretação das pontuações, valores iguais ou menores a 51 pontos equivalem à ausência de níveis preocupantes de alexitimia; valores iguais ou superiores a 61 correspondem à presença de altos níveis de alexitimia e valores entre 52 e 60 equivale à possibilidade de níveis moderados de alexitimia (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Quanto às qualidades psicométricas, este instrumento apresenta um alfa de *Chronbach* de  $\alpha=0,79$ , representando uma boa consistência interna (Prazeres et al., 2000). No presente estudo, a consistência interna é de  $\alpha=0.774$ , revelando-se aceitável. Na tabela 1 encontra-se apresentado o alfa de *Cronbach* obtido através das estatísticas de confiabilidade.

**Tabela 1**

*Alfa de Cronbach do TAS-20*

### **Estatísticas de confiabilidade**

Alfa de Cronbach	N de itens
,774	20

### **2.1.3. Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS)** (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003)

A EAESDIS é uma escala de autorresposta que tem como objetivo avaliar o desconforto e o evitamento em situações sociais. É uma escala constituída por 44 itens que apresentam situações de desempenho, bem como de interação social, sendo que no final são apresentadas duas questões de resposta aberta relativas a duas situações que provoquem desconforto/ansiedade ao sujeito, essas que não tenham sido mencionadas nas questões anteriores da escala (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003). Em cada item o sujeito deve avaliar o *Desconforto/Ansiedade* numa escala tipo *Likert* de 1 a 4, sendo que 1 - Nenhum; 2 - Ligeiro; 3 - Médio e 4 - Severo. Quanto ao *Evitamento*, é avaliado também numa escala de *Likert* de 1 a 4, nomeadamente 1 - Nunca; 2 - Às vezes; 3 - Muitas Vezes e 5 - Sempre. Neste sentido, esta escala é constituída por duas subescalas, sendo possível calcular dois índices: *Evitamento* e *Desconforto/Ansiedade*. Quanto às pontuações totais para cada subescala, estas podem variar entre 44 a 176, sendo que pontuações elevadas em cada subescala, maior os níveis de ansiedade social e de evitamento (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003).

As qualidades psicométricas revelam uma consistência interna na subescala de *Desconforto/Ansiedade* com um alfa de *Cronbach* de .95 na amostra não clínica e na subescala *Evitamento* a consistência interna demonstrou ser elevada com um alfa de *Cronbach* de .94 na amostra não clínica (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003). Os 44 itens da escala possuem correlações item-total iguais ou superiores a .30 na amostra não clínica para a subescala *Ansiedade*, sendo que o mesmo ocorreu para a subescala de *Evitamento*. Ambas as subescalas possuem capacidade de discriminação entre sujeitos com perturbação de fobia social e sujeitos da população em geral (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003).

No presente estudo, os valores do alfa de *Cronbach* das duas subescalas apresentaram uma consistência interna excelente, com valores ligeiramente superiores aos dos autores,  $\alpha=0,96$  para o *Desconforto/Ansiedade* e  $\alpha=0,97$  para o *Evitamento*. Nas tabelas 2 e 3 podem ser consultados os valores do alfa de *Cronbach*.

## Tabela 2

Alfa de Cronbach da subescala *Desconforto/Ansiedade*

### Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,958	32

## Tabela 3

Alfa de Cronbach da subescala *Evitamento*

### Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,966	56

## 2.3. Procedimentos de recolha de dados e amostrais

Relativamente aos procedimentos utilizados no estudo, foi divulgado um *link* online, através das redes sociais. Esse *link* remetia para uma breve explicação relativa ao teor do estudo e confidencialidade dos dados, bem como incluía o consentimento informado. Apresentava ainda questões sobre as variáveis sociodemográficas e sobre as variáveis medidas pelos instrumentos de avaliação. Para que o questionário digital fosse divulgado foi necessário realizar um pedido à Ordem dos Psicólogos Portugueses, com o objetivo de legitimar a circulação dos instrumentos de avaliação psicológica via online, tendo o mesmo sido aprovado. Não foram definidos previamente quaisquer critérios de exclusão.

Responderam 253 participantes. No entanto, foram excluídos aqueles que não responderam a todas as questões do questionário, o que resultou numa amostra final de N= 80.

## 2.4. Resultados

Numa fase posterior da recolha de dados, os procedimentos relacionados com o tratamento de dados, foi realizado com recurso ao Microsoft Office Excel 2016. Seguidamente, os dados foram transcritos para o IBM SPSS *Statistics* 26, com o propósito de proceder à análise estatística dos mesmos. Numa fase posterior, os dados serão interpretados e discutidos. Serão também apresentados os resultados derivados do teste às hipóteses do estudo, sendo que os resultados foram obtidos através de *t-test*; *Kolmogorov-*

*Sminov* e ANOVA. Contudo, numa fase prévia da análise, é importante verificar se os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos são cumpridos.

Foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Sminov*, com o propósito de verificar a normalidade da amostra, para cada um dos instrumentos. Os resultados da respetiva análise são apresentados na tabela 4.

**Tabela 4**

*Testes de normalidade das variáveis*

### Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Identificação do participante	,073	80	,200*	,967	80	,037
Evitamento	,064	80	,200*	,985	80	,486
Desconforto e Ansiedade Social	,052	80	,200*	,986	80	,523
Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social (EAESDIS)	,060	80	,200*	,988	80	,678
Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção.	,120	80	,006	,962	80	,018
Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros.	,089	80	,178	,972	80	,075
Estilo de pensamento orientado para o exterior.	,084	80	,200*	,978	80	,177
TAS-20 Alexitimia	,058	80	,200*	,984	80	,412

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

A significância é maior que 5% nas variáveis *Alexitimia* (TAS-20) e nos fatores 2 (Dificuldade em descrever sentimentos aos outros) e 3 (Estilo de pensamento orientado para o exterior). Assim como para a variável *Ansiedade Social* (EAESDIS). Todas as variáveis referidas seguem normalidade.

Portanto, o resultado da análise à normalidade da amostra permitiu a utilização de testes paramétricos. Para as variáveis que não seguem normalidade serão utilizados testes não paramétricos. A inferência estatística que dá suporte ao estudo das hipóteses, terá por base a escolha de testes paramétricos ou não paramétricos.

Analisado o valor do coeficiente de Pearson, tratando-se de 2 variáveis quantitativas, a correlação é significativa para  $\alpha=1\%$  e positiva. Indo ao encontro da hipótese 1 que indica que existe uma correlação positiva entre a alexitimia e a ansiedade social. Os resultados da respectiva análise estão representados na tabela 5.

**Tabela 5**

*Correlação entre a Alexitimia e a Ansiedade Social*

Correlações			
		Alexitimia (TAS-20)	Ansiedade Social (EAESDIS)
Alexitimia (TAS-20)	Correlação de Pearson	1	,435**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	80	80
Ansiedade Social (EAESDIS)	Correlação de Pearson	,435**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	80	80

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Em seguida, a fim de testar se existem diferenças significativas entre ao nível da *Alexitimia* tendo em conta o género, nomeadamente a hipótese 2, foi utilizado o teste-t para amostras independentes. Verifica-se que através do Teste de *Levene* haver homogeneidade de variâncias, logo através do valor-p = 0,802 não se rejeita  $H_0$ . Conclui-se que existe igualdade das médias. Ou seja, na prática não existem diferenças significativas entre o género no que diz respeito à alexitimia, para uma significância de 5%. Tais resultados estão apresentados na tabela 6.

**Tabela 6**

*Teste de amostras independentes para a Alexitimia tendo em conta o género*

Teste de amostras independentes						
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias		
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)
Alexitimia (TAS-20)	Variâncias iguais assumidas	1,960	,165	,252	79	,802
	Variâncias iguais não assumidas			,224	26,551	,825

A fim de testar a hipótese 3, que postula que existem diferenças significativas entre os níveis de *Ansiedade Social* para o género, foi utilizado o teste-t para amostras independentes.

Verifica-se que através do Teste de *Levene* haver homogeneidade de variâncias, tanto para a ansiedade social como para o evitamento. Não se rejeita  $H_0$  e conclui-se que existe igualdade das médias, com um valor-p de 0,750 para o evitamento. Ou seja, na prática não existem diferenças significativas entre o género no que diz respeito ao Evitamento, para uma significância de 5%.

Em relação ao Desconforto e Ansiedade Social, para o valor-p de 0,023 rejeita-se  $H_0$ , concluindo que existem diferenças significativas tendo em conta o género para uma significância de 5%. Os resultados referidos estão representados na tabela 7.

**Tabela 7**

*Análise da diferença entre a Ansiedade Social para o género*

Teste de amostras independentes						
		Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias		
		Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)
Ansiedade Social	Variâncias iguais assumidas	,007	,931	-,097	79	,023
	Variâncias iguais não assumidas			-,099	20,713	,022
Evitamento	Variâncias iguais assumidas	,251	,618	,320	79	,750
	Variâncias iguais não assumidas			,341	22,299	,736

A fim de testar a hipótese 4, que refere que existem diferenças significativas entre os níveis de *Ansiedade Social* em função do estado civil. Utilizou-se o teste da ANOVA. Como se pode verificar na tabela 8.

**Tabela 8***Análise da diferença entre a Ansiedade Social em função do estado civil*

ANOVA					
Ansiedade Social					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	4226,515	4	1056,629	1,399	,245
Nos grupos	46833,993	76	755,387		
Total	51060,507	80			

Não existem diferenças significativas entre a variabilidade da tipologia do estado civil e *Ansiedade Social*, não rejeitando  $H_0$  para uma significância de 5%.

Com o intuito de testar a hipótese 5, que postula que existiam diferenças significativas entre os níveis de *Alexitimia* para as diferentes faixas etárias, foi utilizado o teste da ANOVA. Os resultados da análise estão apresentados na tabela 9 e 10.

**Tabela 9***Caracterização das faixas etárias da amostra***Faixa Etária**

		Frequência	Porcentagem
Válido	Menos de 30 anos	51	63,7
	[30,40]	8	10,0
	[41,50]	12	15,0
	[51,60]	7	8,8
	mais de 60 anos	2	2,5
	Total	80	100,0

**Tabela 10***Análise da diferença da Alexitimia para as diferentes faixas etárias*

ANOVA					
Alexitimia (TAS-20)					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	85,244	4	21,311	,181	,948
Nos grupos	10116,866	76	117,638		
Total	10202,110	80			

Não existem diferenças significativas entre a variabilidade da faixa etária e Alexitimia, não rejeitando  $H_0$  para uma significância de 5%.

Por fim, para testar a hipótese 6, que refere que existem diferenças significativas para os níveis de *Ansiedade Social* em função da Profissão. Para testar esta hipótese foi utilizado o teste da ANOVA. Os resultados estão representados na tabela 11.

**Tabela 11**

*Análise da diferença entre a Ansiedade Social em função da profissão*

<b>ANOVA</b>					
Ansiedade Social (EAESDIS)					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	94533,222	29	2954,163	1,154	,314
Nos grupos	140795,869	51	2559,925		
Total	235329,091	80			

Não existem diferenças significativas entre a variabilidade da profissão exercida e *Ansiedade Social*, não rejeitando  $H_0$  para uma significância de 5%.

### 3. Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a existência de uma correlação positiva entre *Alexitimia* e a *Ansiedade Social*, numa amostra não-clínica composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos. São vários os estudos que se têm debruçado sobre o conceito da alexitimia e da ansiedade social, no entanto existe ainda alguma escassez nos estudos que analisam a relação entre os mesmos.

No que concerne à hipótese 1, que postulava que existia uma correlação positiva entre a *Alexitimia* e *Ansiedade social*, os resultados obtidos indicam que à partida a correlação a existir, será positiva. Num estudo de Cox, Swinson, Shulman e Bordeau (1995) foi apurada uma alta prevalência da alexitimia em indivíduos com fobia social. Estes resultados vão de encontro à ideia de que as dificuldades em reconhecer e transmitir as próprias emoções podem representar um enorme obstáculo à interação social (Vanheule, Desmet, Meganck & Bogaerts, 2006). Esta hipótese também foi colocada num estudo recente de Dalbudak et al. (2013) numa amostra de 319 estudantes universitários, verificou que os estudantes com maiores índices de alexitimia possuíam pontuações mais altas na ansiedade social, podendo ser isto explicado pelo facto de esta associação estar articulada com altos níveis de ansiedade e sintomas fisiológicos causados pela mesma, na qual o indivíduo tende a evitar experimentar essas sensações, suprimindo assim as experiências emocionais em geral (Dalbudak et al., 2013 as cited in Aslan, Alpaslan, Gurkan, Aslan & Cenkseven, 1997).

Relativamente à hipótese 2, que indicava que existiam diferenças significativas no nível da *Alexitimia* tendo em conta o género, a maioria da amostra pertence ao género feminino. No que diz respeito a diferentes níveis de *Alexitimia* segundo o Género, verificou-se que não há evidências estatisticamente significativas, que nos levem a considerar que o género (masculino e feminino) apresentem níveis de *Alexitimia* diferentes. Esta hipótese vai de encontro ao estudo de Dalbbudak et al (2013) que num estudo realizado com 319 estudantes universitários, 85 homens e 234 mulheres, as pontuações médias da alexitimia não diferiram entre os géneros. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Larsen, van Strien, Eisinga e Engels (2007) na qual não foram igualmente encontradas diferenças significativas entre as pontuações totais e as subescalas do TAS-20 e o género. Tais resultados verificaram-se também numa amostra não-clínica composta por 769 indivíduos saudáveis (Loas et al., 2001). Numa perspetiva biológica, a ausência de diferenças significativas pode dever-se ao facto, de a experiência e a expressão emocional ser oposta no género, na qual o homem está “programado” para ser menos emocional e mais lógico (Levant, Hall, Williams & Hasan, 2009).

Quanto à hipótese 3, que postulava que existiam diferenças significativas entre os níveis de *Ansiedade Social* para o género, verificou-se que existem diferenças significativas ao nível do *Desconforto* e *Ansiedade Social*. Ao nível do *Evitamento* não existem diferenças significativas em relação ao género. Na prática, verificou-se que não existem evidências estatisticamente significativas, que nos levem a considerar que o género (masculino e feminino) apresentem níveis de *Evitamento* diferentes. Contrariamente à *Ansiedade Social*, onde as mulheres apresentam médias superiores aos dos homens. Uma razão plausível que justifique esta diferença pode estar relacionada com o facto de os fatores genéticos poderem desempenhar um papel na evolução de transtornos de ansiedade, e que as hormonas sexuais femininas e os seus ciclos podem ter influência no progresso, decurso e final desses transtornos nas mulheres (Shear, 1997; Williams, Marsh & Rasgon, 2007). Pode assim concluir-se que o género não influencia negativa ou positivamente os níveis de *Ansiedade Social*. Fazendo uma analogia face à literatura, pode perceber-se que os resultados desta hipótese vão ao encontro à maioria da literatura encontrada sobre a incidência do género feminino na ansiedade social (Asher & Aderka, 2018; Mackenzi & Fowler, 2013; McLean, Asnaani, Litz & Hoffmann, 2011).

A hipótese 4 que postulava que existiam diferenças significativas entre os níveis de *Ansiedade Social* em função do estado civil, não existiram evidências estatisticamente significativas que nos levem a considerar que entre as várias categorias do estado civil, existam níveis de *Ansiedade Social* diferentes. No entanto, verificou-se que a maior parte da amostra era solteira (N=57), sendo corroborada pelo estudo de Patel, Knapp, Henderson e Baldwin (2002) que tinha como foco a vida profissional, as limitações na ascensão profissional quanto a ocupar cargos administrativos, manter-se empregado e a renda familiar, com 8.501 pessoas sem transtorno psiquiátrico quando comparados com 63 pessoas com TAS, constatou-se que as pessoas diagnosticadas com TAS experienciaram prejuízos na vida pessoal, académica e profissional, além de dificuldades no relacionamento afetivo. A maioria era separada, divorciada ou solteira, demonstrando maior tendência a serem desempregadas ou a depender financeiramente de familiares. Neste sentido, o afastamento das relações, as dificuldades na participação em atividades profissionais e sociais, de lazer, assim como a limitação de contactos e ocupações, consistem em prejuízos funcionais que influenciam as ocupações diárias, a vida quotidiana, e consequentemente, implicações para a saúde do indivíduo (Morais, Crippa & Loureiro, 2008).

Quanto à hipótese 5, que postulava que existiam diferenças significativas entre os níveis de alexitimia para as diferentes faixas etárias, verificou-se que para os três fatores do TAS-20, quer para a variável Alexitimia não existiam diferenças significativas no que

diz respeito à faixa etária. Esta hipótese foi rejeitada, pois não existem evidências estatisticamente significativas para que entre as 5 categorias da faixa etária, existam níveis de alexitimia diferentes. Mesmo entre os fatores, analisados separadamente, que constituem a alexitimia. Tais desigualdades não se verificam. Isto vai de encontro aos estudos de Parker, Taylor e Bagby (1989) que com fim de avaliar a relação entre a alexitimia, as variáveis sociodemográficas e a inteligência, não verificaram qualquer relação entre a alexitimia e a idade. Noutro estudo verificou-se também uma relação negativa entre alexitimia e a idade (Lyvers et al., 2012). Esta hipótese veio contrariar o estudo de Pasini, Chiaie, Seripa e Ciani (1992) que numa amostra composta por 417 sujeitos sem patologias, verificou um aumento lento dos níveis de alexitimia com o avanço da idade, demonstrando diferenças significativas nos grupos de idades entre os 29, 30 e 49 anos quando comparados com grupos de idade entre 50 a 64 anos.

A hipótese 6 postulava que existiam diferenças significativas para os níveis da *Ansiidade Social* tendo em conta a profissão, verificou-se que quer para os dois fatores, quer para a variável *Ansiidade Social (EAESDIS)* que não existiam diferenças significativas no que diz respeito à profissão. Na prática, verifica-se que não existem evidências estatisticamente significativas que nos levem a considerar que entre as categorias da profissão, existam diferentes níveis de *Ansiidade Social*. Mesmo entre as subescalas, analisadas separadamente, que constituem a *Ansiidade Social*. Tais desigualdades não se verificaram. As médias de *ansiedade social* por profissão são equiparadas. Estes resultados vêm contrariar os estudos de Stein e Kean (2000) que verificaram que sujeitos com um grau moderado de fobia social têm 10% menor probabilidade de concluir o ensino secundário. Ainda assim, possuem, em média, ordenados 10% menores e 14% menor probabilidade de possuir uma função técnica ou diretiva na sua atividade profissional. Apesar de não se terem verificado diferenças entre a *ansiedade social* e a profissão, de facto, existem algumas particularidades de perdas relacionadas com esta perturbação, nomeadamente as limitações na progressão profissional face a ocupar cargos administrativos; bem como manter-se empregado; dificuldades para iniciar e manter relações afetivas; participar em atividades de lazer e procurar ajuda de profissionais (Lecubrier et al., 2000).

Este estudo teve algumas limitações que podem ter influenciado os resultados obtidos, nomeadamente a maioria da amostra é do sexo feminino (N=61) comparativamente ao número do género masculino (N=19), impossibilitando a generalização dos resultados e disparidade dos dados; o tamanho da amostra (N=80) que pode ter também comprometido a limitação de alguns resultados na hipótese; a duração do questionário online e também a amostragem por conveniência com participação voluntária.

Por fim, e tendo em conta a escassez de estudos sobre a alexitimia e ansiedade social, para as investigações futuras sugere-se que sejam selecionadas populações mais representativas, identificando assim diferenças ou semelhanças inequívocas e assim mais heterogêneas. Apesar de no presente estudo não se terem manifestado diferenças significativas, destaca-se a importância de explorar as variáveis sociodemográficas e sua influência nas diferentes variáveis, nomeadamente, o estado civil, a idade e/ ou o género para uma melhor compreensão dos fatores de risco. Considerando o ténue poder preditivo neste estudo, torna-se evidente a importância desenvolver estudos futuros que incidam sobre esta temática.

## Referências

- Acarturk, C., Smit, F., De Graaf, R., Van Straten, A., Ten Have, M., & Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population-based study. *Journal of affective disorders, 115*(3), 421-429.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.008>
- Aftanas, L. I., Varlamov, A. A., Reva, N. V., & Pavlov, S. V. (2003). Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neuroscience Letters, 340*(1), 57-60.  
[https://doi.org/10.1016/S0304-3940\(03\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3940(03)00070-3)
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. editing. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de *Habilidades sociais no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. Psicologia: Reflexão e Crítica, 25*(3), 467-476.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300006>
- Asher, M., Asnaani, A., & Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical psychology review, 56*, 1-12.  
[10.1016/j.cpr.2017.05.004](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004)
- Aurélio, D. I. C. F. (2010). *Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.  
Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00677>[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2439/1/ulfp035820\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2439/1/ulfp035820_tm.pdf).
- Bagby, R., Parker, J. e Taylor, G. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 23-32.  
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bakan, P., & Strayer, F. F. (1973). On reliability of conjugate lateral eye movements. *Perceptual and Motor Skills, 36*(2), 429-430.  
<https://doi.org/10.2466/pms.1973.36.2.429>

- Baños, R. M., Botella, C., Quero, S., & Medina, P. (2007). The Social Phobia and Anxiety Inventory: psychometric properties in a Spanish sample. *Psychological Reports, 100*(2), 441-450.  
<https://doi.org/10.2466/pro.100.2.441-450>
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia, 19*(1-2), 267-277.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders* (2nd ed.). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/11533-000>
- Bella, T. T., & Omigbodun, O. O. (2009). Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 44*(6), 458-463.  
[10.1007/s00127-008-0457-3](https://doi.org/10.1007/s00127-008-0457-3)
- Bermond, B., Vorst, H. C., & Moorman, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology. *Cognitive neuropsychiatry, 11*(3), 332-360.  
[10.1080/13546800500368607](https://doi.org/10.1080/13546800500368607)
- Blair, R. J. R., Morris, J. S., Frith, C. D., Perrett, D. I., & Dolan, R. J. (1999). Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. *Brain, 122*(5), 883-893.  
<https://doi.org/10.1093/brain/122.5.883>
- Bogen, J. E., & Bogen, G. M. (1988). Creativity and corpus callosum. *Psychiatric Clinics of North America, 11*(3), 293-302.  
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30481-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30481-7)
- Borens, R., Grosse-Schulte, E., Jaensch, W., & Kortemme, K. H. (1977). Is 'alexithymia' but a social phenomenon?. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28*(1-4), 193-198. [10.1159/000287063](https://doi.org/10.1159/000287063)
- Bruch, M. A., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and personal characteristics between generalized and nongeneralized social phobics. *Journal of Anxiety Disorders, 8*(2), 155-168.  
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0887-6185(94)90013-2)

- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P., & Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2(1), 57-65.  
<https://doi.org/10.1080/08917778908249326>
- Buchheim, A., Labek, K., Walter, S., & Viviani, R. (2013). A clinical case study of a psychoanalytic psychotherapy monitored with functional neuroimaging. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 677.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00677>
- Burato, K. R. D. S., Crippa, J. A. D. S., & Loureiro, S. R. (2009). Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. *Estudos de psicologia (Natal)*, 14(2), 167-174.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200010>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G., & Ciso-A Research Team. (2014). Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Personality and Individual Differences*, 64, 35-40.  
 10.1016/j.paid.2014.02.013
- Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103-108.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>
- Caster, J. B., Inderbitzen, H. M., & Hope, D. (1999). Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(3), 237-251.  
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00002-X](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00002-X)
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 20-23.  
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(12), 728-734.  
 10.1007/s00127-003-0720-6
- Chincacece, L. F. I. (2009). *Alexitimia e psicopatologia: Estudo exploratório em alunos de Psicologia* (Doctoral dissertation).  
<http://hdl.handle.net/10400.12/4428>

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41(68), 00022-3.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Cole, G., & Bakan, P. (1985). Alexithymia, hemisphericity, and conjugate lateral eye movements. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(3), 139-143.  
<https://doi.org/10.1159/000287905>
- Cox, B. J., Swinson, R. P., Shulman, I. D., & Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive psychiatry*, 36(3), 195-198.  
 10.1016/0010-440x(95)90081-6
- Daniels, D., & Plomin, R. (1985). Origins of individual differences in infant shyness. *Developmental Psychology*, 21(1), 118.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.21.1.118>
- Derntl, B., Finkelmeyer, A., Eickhoff, S., Kellermann, T., Falkenberg, D. I., Schneider, F., & Habel, U. (2010). Multidimensional assessment of empathic abilities: neural correlates and gender differences. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 67-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.10.006>
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1(4), 365-380.  
<https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.4.365>
- Fachada, O., M. (2018). *Psicologia das Relações Interpessoais (3ª ed.)*. Edições Sílabo, Lda, cap. 1, 82-83.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 97-115).
- Fonseca, R. P., Ferreira, G. D., Liedtke, F. V., Müller, J. D. L., Sarmiento, T. F., & Parente, M. A. D. M. P. (2006). Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: em busca de uma caracterização da Síndrome do Hemisfério Direito. *Psicologia USP*, 17(4), 241-262.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642006000400013>
- Formiga, N. S., da Silva Paulino, A., Batista, C. B., & da Silva, C. C. (2013). *Análise psicométrica da escala de alexitimia: verificação da consistência da estrutura fatorial em universitários da cidade de João Pessoa PB-Brasil*. *Psicologia PT – Portal do Psicólogo*.

- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker, O., & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *43*(1), 54-62.  
[10.1007/s00127-007-0265-1](https://doi.org/10.1007/s00127-007-0265-1)
- Freire, L. (2010). Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, *26*(1), 15.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100003>
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives of General Psychiatry*, *50*(4), 286–293.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160056007>
- Goldberg, S., MacKay-Soroka, S., & Rochester, M. (1994). Affect, attachment, and maternal responsiveness. *Infant Behavior and Development*, *17*(3), 335-339.  
[https://doi.org/10.1016/0163-6383\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0163-6383(94)90013-2)
- Gouveia, J. P. (2000). Ansiedade social: Da timidez à fobia social. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54.  
[10.1007/s10862-008-9102-4](https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4)
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *11*(1), 3-16.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271-299.  
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, *49*(8), 845-850.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>
- Gur, R. E. (1975). Conjugate lateral eye movements as an index of hemispheric activation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *31*(4), 751.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.31.4.751>

- Heiberg, A. N., & Heiberg, A. (1978). A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30(3-4), 205-210.  
10.1159/000287301
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality And Individual Differences*, 50(4), 451-456.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.004>
- Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R. M., Joukamaa, M., ... & Suvisaari, J. (2017). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 81-87.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.007>
- Hinde, R. A., & Tamplin, A. (1983). Relations between mother-child interaction and behaviour in preschool. *British Journal of Developmental Psychology*, 1(3), 231-257.  
<https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1983.tb00897.x>
- Hook, J. N., & Valentiner, D. P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 379-395.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy/9.4.379>
- Hoppe, K. D. (1988). Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 303-315.  
[https://doi.org/10.1016/S0193953X\(18\)30482-9](https://doi.org/10.1016/S0193953X(18)30482-9)
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior modification*, 24(1), 102-129.  
10.1177/0145445500241006
- Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M. L., & Salokangas, R. K. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive psychiatry*, 37(2), 144-147.  
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90576-3](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90576-3)
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.  
<https://doi.org/10.1126/science.3353713>

- Kaplan, C. D., & Wogan, M. (1976-1977). Management of pain through cerebral activation: An experimental analogue of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27(3-6), 144–153.  
<https://doi.org/10.1159/000287011>
- Katz, P. A. (1979). *The development of female identity*. *Sex Roles*, 5(2), 155–178.  
 doi:10.1007/bf00287928
- Keefer, K. V., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (2019). Taxometric analysis of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Further evidence that alexithymia is a dimensional construct. *Assessment*, 26(3), 364–374.  
<https://doi.org/10.1177/1073191117698220>
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 19-27.  
 10.1034/j.1600-0447.108.s417.2.x
- Kirmayer, L. J. (1987). Languages of suffering healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24(2), 119-136.  
<https://doi.org/10.1177/136346158702400204>
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1993). *Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale*. *Psychosomatics*, 34(1), 41–52.  
 10.1016/s00333182(93)71926-x
- Klimesch, W. (1999). EEG alpha and theta oscillations reflect cognitive and memory performance: a review and analysis. *Brain research reviews*, 29(2-3), 169-195.  
[https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(98\)00056-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(98)00056-3)
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., & Jokelainen, J. (2001). Perceived and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 33(1), 17-31.  
 10.1176/appi.psychotherapy.1979.33.1.17
- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, 42(9), 834 -844.  
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)00050-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)00050-4)

- Lane, R. D., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive psychiatry*, *39*(6), 377-385.  
10.1016/S0010440X(98)90051-7
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., & Engels, R. C. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of psychosomatic research*, *60*(3), 237-243.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.07.006>
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of men & masculinity*, *10*(3), 190.  
<https://doi.org/10.1037/a0015652>
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, *57*(9), 859-866.  
10.1001/archpsyc.57.9.859
- Lieberman, M., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (1999). Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: Associations with peer relations. *Child development*, *70*(1), 202-213.  
10.1111/1467-8624.00015
- Lindholm, T., Lehtinen, V., Hyypä, M. T., & Puukka, P. (1990). Alexithymic features in relation to the dexamethasone suppression test in a Finnish population sample. *The American journal of psychiatry*, *147*(9), 1216-1219.  
10.1176/ajp.147.9.1216
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., ... & Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of psychosomatic research*, *50*(5), 255-261.  
10.1016/S0022-3999(01)00197-0
- Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and emotion*, *18*(6), 741-766.  
<https://doi.org/10.1080/02699930341000275>

- Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, J., & Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58(3), 211-216.  
<https://doi.org/10.1097/00006842-199605000-00003>
- Lyvers, M., Onuoha, R., Thorberg, F. A., & Samios, C. (2012). *Alexithymia in relation to parental alcoholism, everyday frontal lobe functioning and alcohol consumption in a non-clinical sample*. *Addictive Behaviors*, 37(2), 205–210.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.10.012>
- Maciel, M. J. N., & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 5(1), 43-54.  
[http://psic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167704712006000100006&lng=pt&tlng=pt](http://psic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712006000100006&lng=pt&tlng=pt).
- MacKenzie, M. B., & Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: Exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 427-434.  
 10.1016/j.janxdis.2013.05.006
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 53(2), 159-168.  
 10.1001/archpsyc.1996.01830020077009
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.358>
- Manassis, K. (2001). Child–parent relations: Attachment and anxiety disorders. *Anxiety disorders in children and adolescents*, 255-272.  
 10.1017/CBO9780511994920.014
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders?. *Journal of psychosomatic research*, 49(1), 43-49.  
 10.1016/S0022-3999(00)00084-2

- Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (4), 972-978.  
10.1016/j.comppsy.2013.12.008
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 629-635.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>
- McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and psychosomatics*, 38(1-4), 81-90.  
<https://doi.org/10.1159/000287617>
- McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2017). Prevalence and demographic correlates of alexithymia: A comparison between Australian psychiatric and community samples. *Journal of clinical psychology*, 73(1), 76-87.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22314>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035.  
10.1016/j.jpsychires.2011.03.006
- Mills, R. S., & Rubin, K. H. (1998). Are behavioural and psychological control both differentially associated with childhood aggression and social withdrawal?. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 30(2), 132.  
<https://doi.org/10.1037/h0085803>
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 499-507.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00110-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00110-7)
- Morais, L. V. D., Crippa, J. A. S., & Loureiro, S. R. (2008). Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(1), 0-0.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000200007>

- Nemiah, J. C. (1973). Psychology and psychosomatic illness: reflections on theory and research methodology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 106-111.  
<https://doi.org/10.1159/000286478>
- Nemiah, J. C. (1996). Alexithymia: present, past--and future?. *Psychosomatic medicine*, 58(3), 217-218.  
 10.1097/00006842-199605000-00004
- Öst, L. G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19(5), 439-447.  
 10.1016/0005-7967(81)90134-0
- Pandey, R., Saxena, P., & Dubey, A. (2011). Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*, 7(4), 604-623.  
 10.5964/ejop.v7i4.155
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, M. (1992). Relationship between conjugate lateral eye movements and alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57(3), 94-101.  
<https://doi.org/10.1159/000288581>
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive psychiatry*, 30(5), 434-441.  
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90009-6](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90009-6)
- Patel, A., Knapp, M., Henderson, J., & Baldwin, D. (2002). The economic consequences of social phobia. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 221-233.  
 10.1016/S0165-0327(00)00323-2
- Pereira, L., & Yoshida, E. M. P. (2013). Eficácia adaptativa e alexitimia em universitários. *Trabalho apresentado no XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, Campinas.*
- Pereira, S. M., & Lourenço, L. M. (2012). O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 47-62.

- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. I., & Salvador, M. C. (2003). Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 291-311.
- Pirlot, G., & Corcos, M. (2012). Understanding alexithymia within a psychoanalytical framework. *The international journal of psychoanalysis*, 93(6), 1403-1425.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00657.x>
- Praceres, N., Parker, D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9-21.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109-121.
- Preece, D. A., Becerra, R., Boyes, M. E., Northcott, C., McGillivray, L., & Hasking, P. A. (2019). Do self-report measures of alexithymia measure alexithymia or general psychological distress? A factor analytic examination across five samples. *Personality and Individual Differences*, 155, 109721.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109721>
- Preece, D., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 119, 341-352.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.003>
- Rocha, V., Guerra, M. P., & Maciel, M. J. (2010). Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(46), 155-164.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000200003>
- rol Başar, E., artin Schürmann, M., & liver Sakowitz, O. (2001). The selectively distributed theta system: functions. *International Journal of Psychophysiology*, 39(2-3), 197-212.  
[https://doi.org/10.1016/S0167-8760\(00\)00141-0](https://doi.org/10.1016/S0167-8760(00)00141-0)

- Rubin, K. H., Hastings, P. D., Stewart, S. L., Henderson, H. A., & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all of the time. *Child development*, 68(3), 467-483.  
<https://doi.org/10.2307/1131672>
- Ruscio, A., Brown, T., Chiu, W., Sareen, J., Stein, M., & Kessler, R. (2008). Social Fears and Social Phobia in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological medicine*, 38(1), 15-28.  
 10.1017/S0033291707001699
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of psychosomatic research*, 46(1), 75-82.  
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00053-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00053-1)
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of general psychiatry*, 49(4), 282-288.  
 10.1001/archpsyc.1992.01820040034004
- Shear, M. K. (1997, February). Anxiety disorders in women: gender-related modulation of neurobiology and behavior. In *Seminars in reproductive endocrinology*, 15(1), 69-76. 10.1055/s-2008-1067969
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.  
<https://doi.org/10.1159/000286529>
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatric Clinics*, 11(3), 287-292.  
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30480-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30480-5)
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. *Psychotherapy and psychosomatics*, 56(3), 116-122.  
 10.1159/000288543
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of 'alexithymia'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 47-57.  
<https://doi.org/10.1159/000287043>

- Silva, A. N. D., Vasco, A. B., & Watson, J. C. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 31(2), 197-211.
- Silva, A. N., & Vasco, A. B. (2010). Alexitimia: Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica? Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 1, 675- 682.
- Silva, A. N., Vasco, A. B., & Watson, J. (2016). Alexithymia and emotional processing: a mediation model. Submitted to Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 0.1002/jclp.22422
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical psychology review*, 22(7), 947-975.  
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00107-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00107-1)
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive behaviors*, 37(4), 469-476.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.011>
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606-1613.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1606>
- Taycan, O., Özdemir, A., & Erdoğan Taycan, S. (2017). Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. *Noropsikiyatri Arsivi*, 54(2), 99–104.  
10.5152/npa.2016.12385
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.  
<https://doi.org/10.1177/070674370004500203>
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the american psychoanalytic association*, 61(1), 99-133.  
<https://doi.org/10.1177/0003065112474066>

- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Keefer, K. V., Parker, J. D. A. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric Investigation. *Psychological Assessment*, 20, 385-396.  
<https://doi.org/10.1037/a0014262>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. *The handbook of emotional intelligence*, 301-319.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 277-283.  
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00601-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00601-3)
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2015). Examining mindfulness and its relation to self-differentiation and alexithymia. *Mindfulness*, 6(1), 79-87.  
 10.1007/s12671-013-0233-7
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., ... & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of anxiety disorders*, 12(3), 209-223.  
 10.1016/s0887-6185(98)00010-3
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1990). Social phobia: Relationship to shyness. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 497-505.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90136-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90136-7)
- Valente, G. B. (2012). *A questão da simbolização na psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo). Retrieved from <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102012-153618/pt-br.php>
- van der Velde, J., van Tol, M. J., Goerlich-Dobre, K. S., Gromann, P. M., Swart, M., de Haan, L., ... & Aleman, A. (2014). Dissociable morphometric profiles of the affective and cognitive dimensions of alexithymia. *Cortex*, 54, 190-199.  
 10.1016/j.cortex.2014.02.017
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 109-117.  
<http://doi.org/10.1002/jclp.20324>

- Vanheule, S., Vandenberghe, J., Verhaeghe, P., & Desmet, M. (2010). Interpersonal problems in alexithymia: A study in three primary care groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 351-362.  
<https://doi.org/10.1348/147608309X481829>
- Vanheule, S., Verhaeghe, P., & Desmet, M. (2011). In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 84(1), 84-97.  
<http://dx.doi.org/10.1348/147608310x520139>
- Vaz-Serra, A., Gonçalves, S., & Firmino, H. (1986). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica* (2), 103-108.
- Vicente, L. B. (2005). Psicanálise e psicossomática-Uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 257-267.
- Wastell, C., & Taylor, A. (2002). Alexithimic mentalising: theory of mind and social adaptation. *Social Behavior and Personality*, 30(2), 141-148.  
<https://doi.org/10.2224/sbp.2002.30.2.141>
- Williams, K. E., Marsh, W. K., & Rasgon, N. L. (2007). Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Human Reproduction Update*, 13(6), 607-616.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Hill, B. (1990). Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54(1), 26-31.  
<https://doi.org/10.1159/000288373>
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Shay, L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3), 147-151.  
[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(92\)90023-J](https://doi.org/10.1016/0010-440X(92)90023-J)
- Wittchen, H. U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International clinical psychopharmacology*.  
 10.1097/00004850-199606003-00004
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*, 29(2), 309-323.  
 10.1017/s0033291798008174

Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research [Editorial]. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 345–347.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.08.011>