

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



A Influência da Alexitimia e do Estilo de Vinculação no  
Desencadeamento e na Manutenção da Perturbação de Pânico

**Ana Teresa Sustelo Cabrita Brás**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2008**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



A Influência da Alexitimia e do Estilo de Vinculação no  
Desencadeamento e na Manutenção da Perturbação de Pânico

**Ana Teresa Sustelo Cabrita Brás**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo Psicologia Clínica Dinâmica)**

**Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Gonçalves**

**2008**

## RESUMO

*Objectivo.* Com este estudo pretendeu-se compreender com maior clareza o papel da alexitimia e do estilo de vinculação evitante no desencadeamento e na manutenção da perturbação de pânico. *Método.* Foi estudada uma amostra de 23 indivíduos com perturbação de pânico, que foram comparados com 30 indivíduos com episódio depressivo *major* e com 30 estudantes universitários. Às três amostras foram aplicados quatro questionários: Questionário Sócio-Demográfico; Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20); Escala de Depressão do *Center for Epidemiologic Studies* (CES-D) e o Questionário “Experiências em Relações Próximas”(ERP). *Resultados.* Observaram-se diferenças significativas entre os dois grupos psicopatológicos e o grupo normal. Não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos psicopatológicos. *Conclusão.* Este estudo revela que a alexitimia e o estilo de vinculação evitante não diferencia a perturbação de pânico do episódio depressivo *major*. No entanto, revela a importante participação das duas variáveis estudadas ao nível da psicopatologia, nomeadamente, na perturbação de pânico.

**Palavras-chave:** *Perturbação de pânico, alexitimia, vinculação adulta, estilo de vinculação evitante.*

## ABSTRACT

*Objective.* The aim of the present study was to investigate the role of alexithymia and the avoidant attachment style in the genesis and onset of panic disorder. *Method.* A sample of 23 individuals with panic disorder was compared with 30 individuals with major depressive episode and with 30 university students. All the three samples completed four questionnaires: Social-Demographic Questionnaire; 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Depression Scale (CES-D) and the “Experiences in Close Relationships” Questionnaire (ECR). *Results.* A statistical significant difference was found between the two psychopathological groups and the normal group. However, no statistically significant differences were evident between the two psychopathological groups. *Conclusion.* The findings of this study suggest that alexithymia and the avoidant attachment style do not discriminate panic disorder from major depressive episode. Yet, it discloses the considerable role of both variables in psychopathology, particularly, in panic disorder.

**Key Words:** *Panic disorder, alexithymia, adult attachment, avoidant attachment.*

## ÍNDICE

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1: A Perturbação de Pânico.....</b>	<b>2</b>
1.1. Características da Perturbação de Pânico e das Crises de Pânico.....	2
1.2. Factores na Evolução Clínica da Perturbação de Pânico.....	4
1.3. Modelos Psicológicos de Conceptualização da Perturbação de Pânico.....	4
1.3.1. Modelo de Condicionamento Clássico.....	4
1.3.2. Modelo Cognitivo.....	5
1.3.3. Modelo Psicodinâmico.....	6
<b>Capítulo 2: A Alexitimia.....</b>	<b>11</b>
2.1. O Conceito e as Características da Alexitimia.....	11
<b>Capítulo 3: A Vinculação.....</b>	<b>13</b>
3.1. Teorias da Vinculação.....	13
3.1.1. A Vinculação em Bowlby e Contributos de Ainsworth.....	13
3.1.2. A Vinculação nos Adultos.....	15
3.2. Distúrbios na Vinculação Adulta: A Perturbação de Pânico e a Alexitimia...18	
<b>Capítulo 4: Metodologia da Investigação.....</b>	<b>22</b>
4.1. Plano da Investigação.....	22
4.1.1. Hipóteses.....	22
4.2. Instrumentos Utilizados.....	22
4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	23
4.2.2. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20).....	23
4.2.3. Escala CES-D.....	24
4.2.4. Questionário “Experiências em relações próximas” (ERP).....	25
4.3. Procedimentos.....	25
4.4. Análise Estatística.....	26

4.5. Caracterização das Amostras.....	26
<b>Capítulo 5: Resultados.....</b>	<b>30</b>
5.1. Resultados referentes às hipóteses formuladas.....	30
5.2. Outros resultados pertinentes.....	36
5.2.1. Resultados em relação à frequência das crises de pânico.....	36
5.2.2. Resultados em relação à presença/ausência de agorafobia.....	37
<b>Capítulo 6: Discussão dos resultados.....</b>	<b>39</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>44</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>46</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>53</b>
Anexo 1 - Critérios de diagnóstico para a perturbação de pânico ( <i>DSM-IV-TR</i> , 2002).....	54
Anexo 2 – Questionário Sócio-Demográfico.....	56
Anexo 3 – Quadro de Análise de Variância e de Comparações Múltiplas para a Idade e Escolaridade.....	59
Anexo 4 - Quadro do teste t-Student. Comparação médias entre as duas frequências semanais e mensais para a dimensão preocupação da vinculação.....	60
Anexo 5 – Quadro das médias e desvios padrão para todos os instrumentos na presença e ausência de agorafobia.....	61

## INTRODUÇÃO

A perturbação de pânico é uma perturbação da ansiedade acompanhada de alterações cognitivas e comportamentais, que podem ser mais ou menos incapacitantes. A sua característica principal é a presença de crises de ansiedade graves e intensas (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Apesar desta perturbação constituir, actualmente, um domínio de estudo e de intervenção, predominantemente, da corrente da psicologia cognitivo-comportamental foi Freud quem primeiro delimitou esta entidade nosológica, denominando-a *neurose de angústia* (Freud, 1895/1980). No entanto, presentemente, na literatura de âmbito psicodinâmico há falta de investigação, de informação, bem como de técnicas de intervenção específicas para esta perturbação.

A alexitimia e o estilo de vinculação são duas variáveis, de certa forma, inter-relacionadas, que parecem ter uma contribuição significativa na perturbação de pânico. Os estudos realizados na população com perturbação de pânico, além de escassos, não chegam a conjugar simultaneamente estas duas variáveis. Por outro lado, incluem pessoas com perturbação de pânico e com outras perturbações da ansiedade numa mesma categoria, não distinguindo, também, a perturbação de pânico com e sem agorafobia, ou focalizam-se apenas em pessoas com perturbação de pânico com agorafobia relacionando-a com outras dimensões, como a ansiedade de separação e as representações parentais.

O objectivo deste trabalho é estudar e esclarecer a influência das duas variáveis psicológicas - alexitimia e estilo de vinculação - no desencadeamento e manutenção da perturbação pânico.

No primeiro capítulo, procura-se dar uma visão sobre a perturbação de pânico; no segundo capítulo, procede-se à revisão de literatura sobre o conceito de alexitimia; no terceiro capítulo, faz-se uma revisão de literatura a respeito da vinculação; no quarto capítulo, indica-se a metodologia da investigação e, no quinto capítulo, apresentam-se os resultados obtidos; no sexto capítulo faz-se a discussão dos resultados. Por fim, procede-se às conclusões e considerações finais acerca do estudo realizado.

## **CAPITULO 1: A PERTURBAÇÃO DE PÂNICO**

### **1.1. Características da Perturbação de Pânico e das Crises de Pânico.**

A perturbação de pânico, inserida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da American Psychiatric Association, no *DSM-III*, no grupo de perturbações da ansiedade, caracteriza-se pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, de duração limitada, seguidos, pelo menos, por um mês de preocupação persistente de ter outro ataque de pânico, das suas consequências e das implicações ou da alteração comportamental significativa relacionada com os mesmos (*DSM-III*, 1980).

É uma perturbação com evolução crónica, que afecta em maior percentagem o sexo feminino e de percurso variável de doente para doente (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). A sua variabilidade advém, essencialmente, do contexto, da frequência, da intensidade, da (im)previsibilidade, dos tipos de cognição e da heterogeneidade das queixas sintomatológicas reportadas aquando de uma crise/ataque de pânico.

É uma perturbação que está, segundo o *DSM-IV-TR* (2002), associada a numerosos sintomas físicos, alterações comportamentais, cognitivas e emocionais. Os sintomas físicos mais frequentes, aquando de uma crise de pânico, são a taquicardia, as tonturas, o tremor, a sensação de sufoco, a sudação, a dor torácica, os arrepios ou calores, as parestesias e as náuseas (*DSM-IV-TR*, 2002). É de referir que a duração das crises reflecte-se no tipo de crise, isto é, crises com sintomas limitados são mais breves que as crises completas. A nível comportamental, estão associados comportamentos de evitamento, de fuga e uma atitude hipocondríaca (Taylor, Bagby & Parker, 1997; Gouveia et al., 2004). Por outro lado, a nível cognitivo, persiste, essencialmente, o medo de enlouquecer ou de perder o controlo, a despersonalização ou a desrealização e o medo de morrer (*DSM-IV-TR*, 2002; Gouveia et al., 2004). No plano emocional, são dominantes: o medo, o sentimento de estranheza e de apreensão, os sentimentos de incapacidade, de humilhação pela percepção de perda de controlo e desvalorização pessoal (Milrod et al., 1997). Estão associados, também, sentimentos de ansiedade constantes ou intermitentes que não estão centrados em

nenhuma situação ou acontecimento específico.

Segundo alguns autores (Liebowitz & Klein, 1981; Milrod et al., 1997; Gouveia et al., 2004), as crises de pânico iniciam-se frequentemente num período de vida em que existem factores indutores de stress - separação, doença grave num familiar, dificuldades económicas ou profissionais. No entanto, grande parte da sua ocorrência decorre no contexto de outras perturbações - perturbações ansiosas e depressivas-, sugerindo que os factores indutores externos não desempenham um papel específico precipitante da perturbação de pânico (Dozier, Stovall & Albus, 1999; Gouveia et al., 2004). Um outro tipo precipitante frequente das primeiras crises de pânico é a existência de um estado de intoxicação ou de privação com substâncias psicoactivas, como a marijuana, cocaína ou ecstasy (Gouveia et al., 2004).

Relativamente à ocorrência das crises de pânico, o DSM-IV-TR (2002) faz a distinção entre *crises de pânico inesperadas*, *crises de pânico situacionais* e *crises de pânico situacionalmente prováveis*. Nas crises de pânico inesperadas, o início da crise não está associado a um estímulo ou situação desencadeante. No entanto, segundo Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti e Scarpato (1992) as crises, inicialmente, ocorrem tipicamente no contexto de um conjunto de situações agorafóbicas (transportes, multidões, elevadores). Nas crises de pânico situacionais, a crise ocorre após ou na sequência da antecipação do estímulo/situação desencadeante. Por fim, nas crises de pânico situacionalmente prováveis, há uma ocorrência de crise perante a exposição a um desencadeante/estímulo situacional (DSM-IV-TR, 2002).

A frequência e a intensidade das crises de pânico têm uma grande variação. Algumas pessoas têm crises moderadamente frequentes (por exemplo, uma vez por semana); outras com maior frequência (por exemplo, diários) ou com menor frequência (por exemplo, duas por mês) (DSM-IV-TR, 2002).

Uma vez que as crises de pânico, característica essencial da perturbação de pânico, podem também ocorrer num outro contexto psicopatológico, foram definidos determinados critérios para o diagnóstico específico da perturbação de pânico. Neste contexto, refere-se, em anexo (Anexo 1), o diagnóstico diferencial proposto pelo DSM-IV-TR (2002).

## **1.2. Factores na Evolução Clínica da Perturbação de Pânico.**

A avaliação da co-morbilidade é outro aspecto fundamental a ter em conta, uma vez que interfere no curso da evolução e resultados do tratamento da perturbação de pânico. Segundo o *DSM-IV-TR* (2002), as taxas de co-morbilidade com a perturbação depressiva major variam entre os 10 % e 65% em sujeitos com perturbação de pânico. Os doentes com perturbação de pânico apresentam, frequentemente, tristeza e culpa acerca das suas dificuldades e limitações (Gouveia et al., 2004). Do ponto de vista clínico, o desenvolvimento da depressão agrava, habitualmente, a perturbação de pânico preexistente e os doentes em que co-ocorrem as duas perturbações tendem a apresentar quadros mais graves de perturbação de pânico e de depressão do que os doentes em que ocorre apenas uma das perturbações (Dozier et al., 1999; Gouveia et al., 2004).

A co-morbilidade com outras perturbações da ansiedade é igualmente comum. A fobia social e a perturbação da ansiedade generalizada têm também sido descritas em 15% a 30%, fobia específica em 2% a 20%, perturbação obsessivo-compulsiva até 10% e na perturbação de pós-stress traumático em 2% a 10% (*DSM-IV-TR*, 2002). A perturbação da ansiedade de separação na infância foi também associada a esta perturbação, bem como a co-morbilidade e a sobreposição de sintomas com a hipocondria (Milrod et al., 1997; Taylor et al., 1997; *DSM-IV-TR*, 2002). Muitas das pessoas com perturbação de pânico mostram uma atenção focada nas sensações corporais e são particularmente sensíveis a pequenas manifestações relacionadas com as sensações corporais receadas.

## **1.3. Modelos Psicológicos de Conceptualização da Perturbação de Pânico.**

Na tentativa de compreender a etiologia e a manutenção da perturbação de pânico surgiram, ao longo dos últimos 20 anos, vários modelos psicológicos. Apresentar-se-ão apenas os três modelos mais expressivos, dando-se um maior enfoque, em termos de desenvolvimento teórico, ao modelo psicodinâmico.

### ***1.3.1. Modelo de Condicionamento Clássico.***

Os modelos de condicionamento clássico surgiram com a observação de que o

receio e o evitamento de algumas situações estavam mais relacionados com o medo de experimentar uma crise de pânico e das sensações corporais, que lhe estavam associadas, do que com o receio da situação propriamente dita (Gouveia et al., 2004). Assim, Goldstein e Chambless (1978) sustentaram que a perturbação de pânico e a agorafobia podiam ser conceptualizadas como uma situação de «medo do medo». Sugeriram que, neste caso, a activação fisiológica da pessoa funcionaria como um estímulo condicionado que desencadearia a forte resposta condicionada da crise de pânico. Deste modo, após uma crise de pânico inicial, com activação intensa e de ansiedade, a pessoa tornar-se-ia hipervigilante em relação às suas sensações corporais, interpretando, tendencialmente, as sensações de ansiedade como sinais antecipatórios da ocorrência de uma crise de pânico. Desta forma, um estímulo interno (exemplo, tontura) poderia tornar-se um estímulo condicionado que provocaria a resposta condicionada de crise de pânico (Goldstein & Chambless, 1978).

Este modelo de condicionamento interoceptivo apresenta, no entanto, várias limitações. No plano conceptual, não é clara a distinção entre estímulo condicionado e resposta condicionada. Ou seja, a resposta de pânico (resposta condicionada) é definida pelas sensações corporais (estímulo condicionado), ficando pouco clara a distinção das duas. O mesmo acontece com o que se considera estímulo incondicionado e resposta incondicionada (Gouveia et al., 2004).

### ***1.3.2. Modelo Cognitivo.***

A partir dos anos 80, surgiram vários modelos cognitivos para explicar a etiologia e manutenção da perturbação de pânico. Situam-se na interacção de factores fisiológicos e psicológicos subjacentes a esta perturbação, sendo a ideia central a existência de um sistema de *feedback* positivo entre as modificações fisiológicas e a resposta da pessoa ao compreender essas modificações.

Um dos modelos mais conhecidos é a teoria cognitiva do pânico de Clark (1986). Segundo este autor, as pessoas com perturbação de pânico têm uma tendência estável para interpretar de forma errónea e catastrófica algumas sensações corporais (Clark & Salkovskis, 1987). Estas correspondem, na sua maioria, às sensações corporais

envolvidas nas respostas ansiosas habituais. Assim, o aspecto fundamental deste modelo é a interpretação errônea das sensações como sendo mais perigosas do que na realidade são.

Clark (1986) postula que podem estar associados vários estímulos ao início de uma crise de pânico. Estes poderão ser externos, mas na maioria são internos (sensações corporais, pensamentos, imagens) que, ao serem percebidos como ameaçadores, originam um estado de apreensão, acompanhado por um conjunto de sensações corporais produzidas pela ansiedade. Quando as sensações corporais são interpretadas de forma catastrófica, há uma elevação da apreensão que por sua vez produz novo aumento das sensações, que culminará na crise de pânico (Clark & Salkovskis, 1987).

### ***1.3.3. Modelo Psicodinâmico.***

Em 1895 com Freud, surgiu a primeira descrição do que hoje se denomina de perturbação de pânico. Nesta altura, dividiu a neurastenia em duas entidades distintas, a neurastenia propriamente dita e a neurose de angústia, descrevendo nesta última as crises de pânico. Nas suas primeiras concepções, a angustia surgia como resultado da transformação de energia libidinal não elaborada psiquicamente. No entanto, na sua obra *Inibição, Sintomas e Ansiedade* (Freud, 1926/1980), Freud apelou ao papel da ansiedade no sentido de alertar o ego para o perigo emergente de desejos proibidos. Esta formulação da ansiedade fez com que a mesma tomasse um papel central no quadro conceptual psicanalítico.

O modelo proposto por Milrod e colaboradores (1997) surge da constatação de que muitos pacientes com o diagnóstico de perturbação de pânico continuam a apresentar sintomas e a requerer mais intervenção após um primeiro tratamento. Os autores consideram que isto, em parte, estará relacionado com as intervenções que encaram os sintomas separados da personalidade do indivíduo. Neste sentido, a investigação de âmbito psicodinâmico, tem sugerido que existe uma predisposição psicológica que torna as pessoas vulneráveis à ocorrência da perturbação de pânico e à sua recorrência. Por exemplo, estas pessoas apresentam frequentemente distúrbios de personalidade, problemas relacionais, dificuldades em tolerar e definir as suas

experiências emocionais internas, conflitos inconscientes acerca de separação, raiva e sexualidade (Milrod et al., 1997). Assim, o modelo psicodinâmico explora a personalidade do paciente, a sua história de vida, o nível de funcionamento e a percepção de relações significativas.

Na tentativa de compreender a perturbação de pânico, Busch, Shear, Cooper, Shapiro e Leon (1995) estudaram os mecanismos de defesa que representam um papel importante no manuseamento da ansiedade. Os mecanismos de defesa são dinamismos intra-psíquicos que permitem evitar afectos e fantasias inconscientes ameaçadoras. Assim, os principais mecanismos de defesa encontrados são: a formação reactiva, a anulação, a somatização e a externalização (Busch et al., 1995).

O mecanismo de formação reactiva é um mecanismo de defesa em que o afecto é disfarçado no seu oposto. Por exemplo, a raiva pode aparecer como uma quantidade excessiva de cuidados ou preocupações (Milrod et al., 1997). Os pacientes com perturbação de pânico exibem, frequentemente, a formação reactiva como mecanismo inconsciente, solidificando o laço a outro significativo, num determinado momento em que o paciente experiencia que o laço está a ser ameaçado pela agressividade (Busch et al., 1995).

O mecanismo de defesa anulação serve um propósito similar ao da formação reactiva (Milrod et al., 1997). Este mecanismo assegura ao indivíduo (e à pessoa de quem se sente dependente) que qualquer afecto negativo, que se torna consciente ou que é expresso, foi retraído ou negado. A consciência deste mecanismo pode ajudar os pacientes a tomarem conhecimento da intensidade do seu desconforto com os sentimentos que são temporariamente expressos (Milrod et al., 1997).

Por último, os mecanismos de defesa de somatização e externalização expressam-se através da focalização nos sintomas físicos (somatização) e nos problemas dos outros (externalização), evitando assim aceder a estados emocionais e conflitos (Busch et al., 1995). Estes pacientes tendem a somatizar ao invés de tomar contacto com os seus estados internos (Milrod et al., 1997). Tipicamente, tendem a minimizar os sentimentos agressivos. No entanto, a agressividade inconsciente tem uma importância fundamental na vida mental aquando do desencadear da perturbação de pânico (Busch et al., 1999).

Num estudo, baseado em entrevistas clínicas com pessoas com perturbação de pânico, os investigadores Shear, Cooper, Klerman, Bush & Shapiro (1993) encontraram os seguintes pontos em comum: 1) todas as pessoas se descreveram como sendo medrosas, ansiosas ou tímidas enquanto crianças; 2) recordam-se dos seus pais como sendo agressivos, ameaçadores, críticos ou controladores; 3) frequentemente reportam desconforto com a agressividade; 4) muitos descrevem sentimentos crónicos de baixa auto-estima; 5) os seus companheiros/as são descritos como passivos e não agressivos; 6) os stressores, associados com a frustração e ressentimento, precederam o quadro de perturbação de pânico.

Milrod e colaboradores (1997), baseando-se nesta investigação, postulam que estes pacientes, na infância, apresentaram um comportamento inibido e com medo em situações não familiares no seu ambiente e colocam nos pais um sentido de segurança. Mas, porque nem sempre os pais podem providenciar o conforto desejado, estes pacientes desenvolvem um sentido de dependência receosa com as figuras parentais. Por outro lado, noutros indivíduos, um comportamento parental sistemático de rejeição ou de controlo pode conduzir, igualmente, ao mesmo estado de dependência receosa (Milrod et al., 1997; Manicavasagar Silove, Wagner & Pavlovic, 1999). Em ambos os cenários, a criança torna-se zangada, receosa em relação à perda e assustada por apresentar fantasias de destruição das figuras parentais de que depende (Milrod et al., 1997). Este ciclo é repetido aquando da idade adulta.

No mesmo estudo, desenvolvido por Shear e colaboradores (1993), encontrou-se uma sensibilidade à separação e, por outro lado, em alguns sujeitos, uma sensibilidade à proximidade que conduz a uma sensação de sufoco. Estes últimos sentem-se desconfortáveis acerca das suas necessidades de dependência que são sentidas como prejudiciais. Como consequência, sentem-se controlados pelos outros. Em ambos os casos, os pacientes tendem em experienciar a agressividade e a culpa associada com as suas preocupações de serem abandonados por pessoas de quem desesperadamente sentem que dependem (Shear et al., 1993; Milrod et al., 1997). Os afectos negativos são desconfortáveis e na maioria evitados. Esta situação leva-os a focalizar mais no desconforto físico do que no psicológico. Do ponto de vista de

Milrod e colaboradores (1997), a capacidade para descrever e explorar estados afectivos intensos de raiva e perda, associadas ao cenário da perturbação de pânico, auxilia na redução da ansiedade provocada por estes sentimentos altamente conflituosos.

Os principais conflitos presentes em pessoas com perturbação de pânico prendem-se com a excitação sexual, com a agressividade e com a separação e a independência (Milrod et al., 1997).

No primeiro conflito, relacionado com a excitação sexual, a tónica é colocada no efeito de excitabilidade que a crise de pânico pode provocar e que está intimamente ligada a conflitos sexuais sadomasoquistas, ou para distrair de pensamentos ou sentimentos ainda mais perturbadores (Milrod et al., 1997).

A agressividade ou a dificuldade em tolerar e modular sentimentos e pensamentos agressivos é um outro conflito inconsciente presente na população com perturbação de pânico (Busch, Milrod & Singer, 1999). Segundo Milrod e colaboradores (1997), o medo de sentimentos agressivos, acompanhados de fantasias vingativas conscientes e/ou inconscientes, desencadeia, frequentemente, crises de pânico. Assim, os pacientes com perturbação de pânico, com muita frequência fantasiam que a expressão da sua agressividade e raiva irão resultar no abandono das pessoas de quem eles mais necessitam. Por isso, podem, também, assumir a função auto-punitiva com a qual os pacientes podem reparar, inconscientemente, a culpa (Busch et al., 1999).

Por fim, o conflito inconsciente de separação/independência é evidenciado pelas referências dos pacientes a acontecimentos de vida que precederam o desencadear da perturbação de pânico e que envolviam separação ou perda real ou imaginada de objectos ambivalentes (Liebowitz & Klein, 1981; Milrod et al., 1997 Strodl & Noller; 2003). Os pensamentos associados à perturbação de pânico envolvem tipicamente medo de estar sozinho ou de cuidar de si próprio. Os pacientes sentem que não conseguem sobreviver sozinhos e muitas vezes necessitam de uma companhia para os proteger acerca destes e de outros perigos. Estes conflitos, segundo Milrod e colaboradores (1997), partilhando da mesma crença de Bowlby (1973/1998), têm as suas raízes nos acontecimentos conflituosos e/ou desapontantes

na infância e estão relacionados com dificuldades interpessoais.

Em síntese, o modelo psicodinâmico desenvolvido postula que certos indivíduos são susceptíveis de desenvolver perturbação de pânico devido a uma predisposição para a ansiedade associada a uma dificuldade em lidar com sentimentos negativos. Neste sentido, o conceito de alexitimia tem sido utilizado para descrever uma dificuldade na expressão e identificação de sentimentos (Capítulo 2). Por outro lado, esta predisposição é, também, associada a um temperamento receoso, estudado na perspectiva da teoria da vinculação (Capítulo 3).

## **CAPITULO 2: A ALEXITIMIA.**

### **2.1. O Conceito e as Características da Alexitimia.**

Inicialmente, a alexitimia foi descrita no contexto das doenças psicossomáticas. Nemiah e Sifneos (1970), através de investigações realizadas com doentes psicossomáticos, derivaram o conceito de alexitimia - etimologicamente ausência de palavras para as emoções. Foi postulado que, como resultado dos défices na capacidade de simbolicamente representar as suas emoções, o seu sofrimento emocional permaneceria não modulado, contribuindo para resultados físicos adversos (Nemiah & Sifneos, 1970). Neste sentido, Weinryb (1995) aponta, também, para uma perturbação ao nível da capacidade simbolização, para o facto das palavras usadas para as emoções serem desprovidas de significado psicológico, não transmitindo as condições psicológicas internas.

Krystal (1987) apresenta a alexitimia como sendo uma consequência da perturbação na experiência consciente afectiva que emerge, secundariamente, como consequência de experiências traumáticas ou no comprometimento da vinculação precoce, ou devido a uma regressão após um trauma significativo na vida adulta. Na primeira situação, numa etapa de desenvolvimento, anterior à aquisição da linguagem e do pensamento simbólico, o comprometimento é grave, uma vez que se traduz na dificuldade de mentalização, tornando-se um factor de risco para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas. No entanto, na segunda situação, o seu início seria na vida adulta, devido a tensões insuportáveis oriundas de situações traumáticas, assumindo assim um factor de protecção face a uma angústia desencadeada (Freyberger, 1977). Neste caso, há uma regressão ao funcionamento pré-verbal em que a tensão se liberta através do somático.

Neste sentido, alguns autores sugerem “que a alexitimia constitui não só um traço inerente disfuncional de personalidade, mas também constitui um acompanhamento secundário de trauma e, também, emerge secundariamente como consequência da vinculação e falhas nos laços estabelecidos” (Montebarocci, Codispoti, Baldaro, Rossi, 2004, p.501).

A alexitimia é, também, considerada um construto multidimensional, que pode

ser conceptualizado como um distúrbio na regulação dos afectos, reflectindo défices na regulação cognitiva e interpessoal das emoções (Taylor et al., 1997). É considerada como um traço dimensional, que tem uma distribuição normal na população geral e parece não estar relacionada com a inteligência, com o status socioeconómico, com o nível educacional ou cultural (Taylor et al., 1997).

Estes mesmos autores sugerem que as capacidades limitadas do indivíduo alexitimico para compreender e regular as emoções leva-o a focar, a ampliar e a mal interpretar as sensações corporais que se fazem acompanhar de excitação emocional. Assim, no campo emocional, existe uma dificuldade em reconhecer, descrever e discriminar as emoções, sendo as manifestações emocionais essencialmente sob a forma somática. As emoções são, na maioria, indistintas, vagas e inespecíficas (Taylor et al., 1997). No campo cognitivo, existe um predomínio do pensamento operatório, orientado para o exterior, com ausência da dimensão afectiva, onde a palavra e o pensamento perdem o seu valor simbólico (Taylor et al., 1997). Por fim, no campo interpessoal, as relações estabelecidas tendem a ser utilitárias, pragmáticas desprovidas de afecto, traduzindo-se numa dificuldade de apreender os sentimentos próprios e os de outrem (Prazeres, 2000). A tendência relacional é o evitamento, mas sobretudo a dependência ou a oscilação entre as duas (Taylor, et al., 1997). Assim, a “forma relacional alexitimica é considerada como uma forma de relação desumanizada que assinala uma tentativa de assegurar a sobrevivência psíquica por um indivíduo para quem a vida construtiva, desejante, conflitual e prazerosa parece inatingível” (Prazeres, 1996, p. 14).

Taylor e colaboradores (1997) consideram a alexitimia como um construto de personalidade que reflecte um distúrbio significativo na regulação dos afectos, associado a um estilo de vinculação inseguro, e que, constitui um importante factor de risco na doença física e psicológica que a implicam nas perturbações somatoformes e do humor, nos distúrbios alimentares, no abuso de substâncias e na perturbação de pânico. No entanto, apesar da alexitimia estar associada a uma série de perturbações psiquiátricas, não foi possível ainda demonstrar que existe uma causalidade directa com as classes de diagnóstico definidas (Celikel, Saatcioglu, 2007).

## **CAPITULO 3: A VINCULAÇÃO.**

### **3.1. Teorias da Vinculação.**

As conceptualizações teóricas de Bowlby e de Ainsworth constituem hoje a base da teoria da vinculação e permitiram o desenvolvimento de novos contributos neste campo.

#### ***3.1.1. A Vinculação em Bowlby e Contributos de Ainsworth.***

“O comportamento de apego é interpretado como qualquer forma de comportamento que resulta na consecução ou conservação, por uma pessoa, da proximidade de alguma outra diferenciada e preferida.” (Bowlby, 1973/1998, p.38).

A teoria da vinculação de J. Bowlby, baseado nas teorias da etnologia e da evolução, assenta no conceito de sistema comportamental de vinculação, que consiste num processo homeostático, que regula comportamentos na infância, de procura de proximidade e contacto (Bowlby, 1969/1990, /1973/1998). Este sistema comportamental, organizado na segunda metade do primeiro ano de vida, pretende a manutenção de comportamentos (sorrir, chorar, contacto visual) com uma ou mais figuras específicas, que providenciam segurança física ou psicológica (Bowlby, 1969/1990, /1973/1998).

De acordo com o autor, o sistema de vinculação é equivalente, em função, a outros sistemas comportamentais pulsionais como comer, acasalar e explorar (Bowlby, 1969/1990). Bowlby considerou que as crianças estão particularmente predispostas a procurar os seus pais em situações de angústia. Este comportamento, oferecendo uma vantagem de sobrevivência, protegendo-as do perigo ao mantê-las próximas dos seus cuidadores primários, teria uma função biológica adaptativa (Bowlby, 1969/1990, 1973/1998; Cassidy, 1999; Feeny & Noller, 1996).

Para além do comportamento de vinculação servir para manter o objectivo de proximidade, tem também outras funções de vinculação inter-relacionadas na exploração e no dominar o ambiente (Bowlby, 1969/1990). Em situações de aparente tranquilidade, sem ameaça, a criança é capaz de iniciar a sua actividade exploratória

em vez de ter um comportamento de vinculação. Por outro lado, a proximidade com o cuidador é procurada quando a criança percebe uma ameaça imediata no meio envolvente (Bowlby, 1969/1990, 1988). Então, o cuidador serve também como um refúgio seguro para o qual a criança pode regressar para obter segurança e conforto (Bowlby, 1969/1990, 1988).

O sistema de vinculação opera de acordo com os princípios da cibernética ou com a teoria de sistemas de controlo. Este modelo pressupõe que há um conjunto de características ambientais que accionam o sistema. Uma vez activado, o sistema inicia acções específicas que irão servir para atingir o objectivo definido. Assim que o objectivo é atingido, o sistema é desactivado. No caso da vinculação, os comportamentos de vinculação são iniciados quando a criança percebe que não consegue alcançar o cuidador com facilidade ou quando se sente com medo ou ameaçada (Sperling & Berman, 1994).

Uma preposição fundamental na teoria da vinculação, para que um sistema de vinculação seja activado ou desactivado com eficácia, é o desenvolvimento na criança de modelos de funcionamento internos (*internal working models*) da figura de vinculação e de si na interacção com essa mesma figura (Bowlby, 1988). Estes modelos permitem à criança ter a consciência da ausência da figura de vinculação e de reconhecer que a mesma está a aproximar-se de si. Segundo Ainsworth e colaboradores (1978) estes modelos de funcionamento internos tornam-se cada vez mais complexos com a experiência e, através das experiências de vinculação precoces, a criança acumula conhecimento e desenvolve uma série de expectativas (modelos internos funcionamento) acerca de si, dos outros que lhe são significativos e do mundo social alargado.

O envolvimento de Mary Ainsworth, nas investigações de Bowlby acerca da vinculação, trouxe à conceptualização da vinculação novas metodologias experimentais de investigação, bem como uma orientação no desenvolvimento infantil. Desta forma, Ainsworth e colaboradores (1978) desenharam um programa experimental de observação, denominado de *situação estranha*, onde observaram diferentes comportamentos de vinculação na interacção mãe-criança (Ainsworth et al., 1978). Através destas observações identificaram tipos distintos de vínculos que

eram notórios após a reunião da mãe com a criança, depois de uma breve separação. O tipo mais comum era o estilo seguro em que a criança mostrava sinais de angústia quando deixado com um estranho, procurando o cuidador após o seu regresso e, posteriormente, regressava à exploração do meio (Ainsworth et al., 1978). Identificaram, paralelamente a este tipo, mais dois estilos de vinculação que denominaram inseguros - o evitante e o ansioso/ambivalente. No contexto da situação estranha, o estilo evitante é caracterizado por angústia durante a separação e por rejeição da figura de vinculação após a reunião (Ainsworth et al., 1978). O estilo ansioso/ambivalente é caracterizado por um nível de angústia face à separação e por um misto de aproximação e de rejeição após a reunião com a figura de vinculação (Ainsworth et al., 1978).

### ***3.1.2. A Vinculação nos Adultos.***

“A vinculação adulta é uma tendência estável de um indivíduo fazer esforços substanciais na procura e manutenção de proximidade para contactar com um ou mais indivíduos que providenciam um sentimento subjectivo de segurança física e psicológica” (Montebarocci et al., 2004, p.499).

Bowlby (1969/1990), na sua teoria acerca da vinculação postula que a relação mãe-criança é a raiz do funcionamento intra e interpessoal mais tarde durante a infância e na idade adulta. Neste sentido, vários investigadores têm explorado a possibilidade de que os estilos de vinculação definidos por Ainsworth e colaboradores (1978), na infância, continuem a existir na idade adulta, tendo um papel importante nas relações românticas.

Na sequência de investigações neste domínio, foram identificados paralelismos entre as dinâmicas, os sentimentos e os comportamentos associados com a vinculação entre a criança e o cuidador e aquelas associadas com as experiências românticas na idade adulta (Shaver, Hazen & Bradshaw, 1988). Estas semelhanças incluem procura e manutenção da proximidade física com o parceiro, confiança depositada no parceiro de disponibilidade continuada, voltar para o parceiro na obtenção de conforto aquando de ameaça física ou emocional e ficar angustiado

perante separações, ameaças à relação ou na sequência da perda.

Neste seguimento, Hazen e Shaver (1987) hipotetizaram que os três estilos identificados pela Ainsworth e colaboradores (1978) correspondem aos três estilos de vinculação nas relações amorosas adultas, isto é, o estilo seguro, o evitante e o ansioso/ambivalente. Desta forma, construíram como medida de avaliação três afirmações alternativas, remetendo cada uma delas para um dos três estilos de vinculação hipotetizados (Hazen & Shaver, 1987). Num estudo de Feeny e Noller (1990), através desta medida de escolha forçada de três itens e do recurso a uma *checklist* acerca da história de vinculação, verificou-se que sujeitos com um estilo seguro reportavam experiências positivas nas suas relações familiares durante a infância, enquanto os sujeitos com um estilo ansioso/ambivalente recordavam a falta de suporte. Estes resultados sugerem que as vivências precoces de vinculação têm uma influência na orientação das relações interpessoais na vida adulta e, também, na personalidade e nos estilos de vinculação na idade adulta (Feeny & Noller, 1990, Shaver & Rothbard, 1994; Feeny, 1999). Com base nestes resultados, Feeny (1999), declara que as expectativas acerca da disponibilidade e da capacidade de resposta das figuras de vinculação são incorporadas em modelos de funcionamento interno destas figuras que conduzem as percepções e os comportamentos nas relações posteriores, na idade adulta.

Por fim, Shaver & Rothbard (1994) concluem que é de esperar que adultos com um estilo de vinculação seguro vejam os outros como sendo de confiança, vivendo as relações como sendo uma fonte de suporte e de conforto. Os adultos com um estilo evitante verão os outros, normalmente, como sendo de não confiança e as relações são sentidas como ameaçadoras. Por último, espera-se que os adultos com um estilo de vinculação ansioso/ambivalente vejam os outros como parceiros desejáveis de relação, mas como imprevisíveis e difíceis de compreender. Estas expectativas, acerca de cada um dos estilos de vinculação, foram, também confirmadas por outros autores (Hazen & Shaver, 1987; Feeny & Noller, 1990; Hindy & Schwarz, 1994). Estes autores verificaram que os sujeitos seguros viam-se a si próprios como sendo de confiança e fáceis de lidar e que viam os outros, na generalidade, como bem intencionados. As suas experiências amorosas eram descritas como amigáveis,

felizes e de confiança e com a crença que o amor romântico pode ser de longa duração. Ao contrário, sujeitos com um estilo de vinculação inseguro - evitantes e ansiosos/ambivalentes - tinham menos confiança em si próprios, não viam os outros como sendo tanto de confiança, não acreditando na duração das relações românticas. Referem, também, um outro aspecto importante, que enquanto os sujeitos evitantes tendem a associar as relações com o medo da proximidade, os sujeitos ansiosos/ambivalentes tendem a associar as relações com o ciúme, emoções extremas e fortes desejos de reciprocidade.

Um outro ponto a mencionar é a forma como os estilos de vinculação nos adultos são associados a padrões característicos de resposta à angústia. Kobak e Sceery (1988), afirmaram que os indivíduos seguros deveriam lidar com os sentimentos negativos de forma relativamente construtiva, tendo consciência da sua angústia e procurariam nos outros suporte e conforto. Estas estratégias têm a sua origem nas suas experiências com cuidadores responsivos. Os indivíduos evitantes tenderiam a reagir com pouca consciência da sua angústia ou dos sentimentos negativos e com pouca manifestação de zanga ou angústia, estratégia aprendida para reduzir o conflito com cuidadores rejeitantes ou insensíveis. Por fim, os indivíduos ansiosos/ambivalentes são descritos como tendo uma constante consciência dos sentimentos negativos. Focalizam a sua atenção nestes sentimentos de uma forma hipervigilante e mostram expressões exacerbadas de medo e de zanga. Estas estratégias foram aprendidas como forma de manter o contacto com cuidadores inconsistentes (Kobak & Sceery, 1988).

No entanto, a investigação sobre a vinculação adulta apresenta diferentes aspectos da teoria de Bowlby. O sistema de vinculação na infância emerge como um processo genético, mas que se desenvolve como um processo experiencial baseado na repetição de interações entre a figura cuidadora e a criança (Berman, Marcus & Berman, 1994). Nos adultos, contudo, nas relações íntimas ou amorosas, requerem a existência de um processo mais recíproco que envolve quer a procura de proximidade, quer as funções de cuidador. Cada membro do casal necessita de agir de forma protectora e cuidadora, bem como ser capaz de aceitar a protecção e a prestação de cuidados. A dinâmica figura parental/criança é largamente

unidireccional, com o cuidador fornecendo cuidados e protecção e a criança demonstrando comportamentos de vinculação, ou seja, de procura. Nos adultos, ambos os parceiros exibem quer prestação de cuidados, quer a procura de proximidade e os significados destes comportamentos são determinados por ambos os parceiros na relação (Berman et al., 1994). Para além disso, nas relações românticas adultas, está praticamente, sempre envolvida a componente da sexualidade, enquanto nas crianças a capacidade para a resposta sexual é muito limitada (Feeny & Noller, 1996).

Ao contrário da vasta literatura acerca da continuidade e descontinuidade dos estilos de vinculação durante a infância, pouco é conhecido acerca da estabilidade dos estilos de vinculação através do percurso de vida ou acerca de factores que possam precipitar mudanças de um estilo para outro, durante a idade adulta. No entanto, Shaver & Rothbard (1994) sugerem que uma das formas como os modelos de funcionamento interno das relações poderão mudar será através da desconfirmação das experiências sociais. Esta suposição é consistente com os resultados encontrados por Sroufe, Egeland e Kreutzer (1990) que sugerem que as mudanças no meio ambiente e/ou através de repetidas interacções com modelos de relações desconfirmatorias de parceiros, forçam o individuo a acomodar modelos de funcionamento interno às experiências presentes, em vez de as assimilarem à estrutura representacional existente.

### **3.2. Distúrbios na Vinculação Adulta: A Perturbação de Pânico e a Alexitimia.**

Bowlby (1969/1990, 1973/1998) propôs um modelo de desenvolvimento com implicações claras na manifestação de psicopatologia. Actualmente, vários autores estão de acordo que existe uma relação clara entre o estilo inseguro de vinculação e determinados quadros psicopatológicos nos adultos. É o caso da perturbação de pânico, da alexitimia, da ansiedade generalizada, das perturbações afectivas, das perturbações do comportamento alimentar, do abuso de substâncias e das perturbações da personalidade (Bowlby, 1969/1990, 1973/1998; Brisch, 2004; Dozier et al., 1999; Parker, 1994; Taylor et al., 1997).

Dozier e colaboradores (1999) consideram que as perturbações da ansiedade são

caracterizadas por uma combinação de medo e evitamento. Sugerem que, quando o medo predomina, a perturbação envolve, primariamente, a internalização de sintomas. Por outro lado, quando predomina o evitamento, a perturbação envolve a externalização de sintomas. Os autores defendem que as estratégias que maximizam a expressão das necessidades de vinculação estão associadas a perturbações onde predomina a internalização. Ao contrário, as estratégias que minimizam a expressão das necessidades de vinculação estão associadas a perturbações mais externalizadas. A perturbação de pânico é caracterizada primariamente pelo medo. No entanto, tendo em conta que a agorafobia pode coexistir, o evitamento é também importante (Dozier et al., 1999).

Bowlby (1973/1998) propôs que quase todas as formas de ansiedade são melhor explicadas, considerando a disponibilidade da figura de vinculação. Sugere que a excessiva protecção pode ser um factor de risco na génese da ansiedade de separação, argumentando que a agorafobia na idade adulta seria uma extensão da ansiedade de separação que seria, por sua vez, uma manifestação do estilo de vinculação inseguro entre a criança e o seu cuidador. No entanto, Manicavasagar e colaboradores (1999) encontraram resultados que apontam para a presença de figuras de vinculação negligentes e, não tanto demasiado protectoras.

Na idade adulta, segundo Strodl e Noller (2003), é possível que conflitos interpessoais aumentem o medo de abandono, aumentando por sua vez a ansiedade de separação e o comportamento agorafóbico em indivíduos com elevada preocupação nos relacionamentos interpessoais. Da mesma forma, outros autores, em relação à perturbação de pânico, argumentam que o primeiro episódio de crise de pânico ocorre, na maioria dos casos, especialmente nas mulheres, aquando de uma ameaça ou de uma separação real, ou perda de uma pessoa amada (Liebowitz & Klein, 1981; Shear et al., 1993; Milrod et al., 1997).

Taylor e colaboradores (1997), em referência à teoria de Bowlby, afirmam que a alexitimia, tal como a perturbação de pânico, estará ligada a um estilo de vinculação inseguro. Estes indivíduos permaneceriam excessivamente dependentes de outros, não tendo adquirido a capacidade de integrar a regulação da ansiedade. Afirmam que os pacientes em que co-ocorrem a alexitimia e a perturbação de pânico mostram um

desenvolvimento de transição de objecto incompleto, focalizando-se nas sensações para a sua auto-regulação, apresentando um défice no processo cognitivo de processamento da emoção (Taylor et al., 1997). Desta forma, aproximam-se do modelo psicodinâmico de Milrod e colaboradores (1997) quando referem que estes pacientes tendem a somatizar ao invés de tomar contacto com os seus estados internos, minimizando os sentimentos agressivos.

Assim, Taylor e colaboradores (1997) consideram a perturbação de pânico resultante de défices cognitivos no processamento e regulação das emoções, consistentes com o construto de alexitimia. As somatizações, típicas das crises de pânico, resultariam de uma regressão a um estágio anterior pré-verbal, relacionada com uma vinculação insegura, resultante de respostas inconsistentes por parte das figuras de vinculação. Na mesma linha, Fonagy e colaboradores (2002), também, chamam a atenção para a importância de outros significativos, especialmente dos cuidadores, na emergência da alexitimia, apontando, também, para uma significativa associação entre os modelos internos de funcionamento parental dos pais, como sendo frios e super protectores.

Neste sentido, Wearden e colaboradores (2005) realizaram um estudo onde mostram que o estilo de vinculação evitante está associado ao elevado número de sintomas reportados e que a sua relação é mediada pela alexitimia. Este estudo contempla tão somente a população normal, dando-nos apenas referência à existência da inter-relação destas duas variáveis. No entanto, um estudo semelhante, realizado por Waller e Scheidt (2006) e utilizando o TAS-20, conclui que existe um número significativo de pacientes somatoformes com dificuldades em identificar sentimentos. Estes mesmos autores, num outro estudo, mas com população adolescente, encontraram uma relação entre um estilo de vinculação seguro e a expressão não-verbal de emoções. O estilo evitante estaria antes associado a uma inibição da expressão emocional.

Os estudos realizados na população com perturbação de pânico, para além de escassos, não chegam a conjugar simultaneamente a alexitimia e o estilo de vinculação evitante. E, por outro lado, incluem pessoas com perturbação de pânico e com outras perturbações da ansiedade numa mesma categoria, não distinguem a

perturbação de pânico com e sem agorafobia, ou focalizam-se apenas em pessoas com perturbação de pânico com agorafobia relacionando-a com outras dimensões, como a ansiedade de separação e as representações parentais.

Espera-se, no presente estudo esclarecer a participação da alexitimia e do estilo de vinculação evitante na perturbação de pânico.

Pela revisão de literatura apresentada, estas duas variáveis surgem inter-relacionadas no âmbito da psicopatologia, onde o estilo de vinculação inseguro se evidencia na origem da alexitimia (Taylor et al., 1997; Fonagy et al., 2002). Por outro lado, existem referências que, indirectamente, parecem relacionar a alexitimia com o estilo de vinculação evitante, quando se referem à pouca consciência da angústia e, conseqüentemente, à pouca manifestação de emoções negativas nos indivíduos com o estilo de vinculação evitante na sua relação com os outros (Kobak et al., 1988; Milrod et al., 1997). Como consequência, parece surgir a somatização como manifestação emocional (Busch et al., 1995; Taylor et al., 1997; Milrod et al., 1997; Dozier et al., 1999).

Desta forma, será de esperar que ambas as variáveis (alexitimia e estilo de vinculação evitante) tenham uma expressão elevada em indivíduos com perturbação de pânico que tendem a somatizar perante a dificuldade de tomarem contacto com os seus conflitos internos (exemplo: separação e independência) e, conseqüentemente, com os seus estados emocionais negativos.

## **CAPITULO 4: METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.**

### **4.1. Plano da Investigação.**

O objectivo do presente estudo é o de averiguar a importância das duas variáveis - a alexitimia e o estilo de vinculação - no desencadeamento e na manutenção da perturbação de pânico. Para esse efeito, foram comparados três grupos: uma amostra de pacientes com perturbação de pânico, uma amostra de pacientes deprimidos (depressão *major*) e uma amostra da população geral (grupo de controlo).

Neste sentido, pretendeu-se, ao comparar duas classes de diagnóstico diferentes, compreender como estas duas variáveis poderiam ser associadas a diferentes formas de psicopatologia e se, eventualmente, discriminariam duas classes de diagnóstico distintas. Com efeito, como vimos, alguns autores sublinham que não foi ainda demonstrada a existência de uma causalidade directa destas variáveis com as classes de diagnóstico definidas. Por outro lado, ao incluir uma amostra da população geral, pretendeu-se verificar a prevalência destas duas variáveis na população psicopatológica quando comparada com a geral.

#### **4.1.1. Hipóteses.**

Como primeira hipótese (**H1**), espera-se a amostra com perturbação de pânico apresente valores de alexitimia e de evitamento mais elevados quando comparada com a amostra geral. Na segunda hipótese (**H2**), sendo a perturbação de pânico uma perturbação com elevada expressão somática, espera-se que esta amostra apresente valores de alexitimia e de evitamento mais elevados quando comparada com a amostra com depressão *major*. Como terceira hipótese (**H3**), espera-se que a amostra com perturbação de pânico apresente uma pontuação mais baixa na escala de depressão, quando comparada com a amostra com depressão *major*. Por último, na quarta hipótese (**H4**), espera-se que, no conjunto dos indivíduos, haja uma correlação positiva entre os valores de alexitimia e de evitamento.

### **4.2. Instrumentos Utilizados.**

No presente estudo foram utilizados três instrumentos de avaliação. Foi utilizada

uma escala de avaliação de alexitimia (TAS-20), uma escala de avaliação de depressão (CES-D) e um questionário de vinculação nos adultos (“Experiências em Relações Próximas”). Para além dos referidos instrumentos de avaliação, foi elaborado um questionário sócio-demográfico, composto por uma primeira parte comum aos três grupos e por uma segunda parte adequada e específica a cada um dos dois grupos psicopatológicos (Anexo 2).

#### **4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico.**

O questionário sócio-demográfico foi construído tendo em conta as variáveis básicas da caracterização das amostras (idade, escolaridade, estado civil), bem como variáveis relacionadas, especificamente, com a revisão de literatura apresentada (estado civil dos pais, perdas significativas, número de relações amorosas) que remetem para aspectos relacionais, isto é de separação e perda, e que poderiam ter uma relação importante com as duas variáveis em estudo (alexitimia e estilo de vinculação evitante). Por outro lado, nos dois grupos psicopatológicos, pareceu importante recolher informação específica a cada psicopatologia (quando teve a primeira e última crise de pânico, frequência das crises de pânico, presença/ausência de agorafobia, presença de episódio depressivo único ou recorrente e quando teve o primeiro episódio depressivo *major*, presença/ausência de terapêutica medicamentosa, bem como a frequência de consultas de psicologia e sua duração), também com o objectivo de averiguar se haveriam relações ao nível das variáveis em estudo.

#### **4.2.2. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20).**

A escala TAS-20 é uma escala de auto-resposta adaptada por Prazeres, em 1996, à população portuguesa, com 20 itens, com o objectivo de avaliar o grau de alexitimia. Os 20 itens encontram-se distribuídos em três factores: factor 1-dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção (8 itens); factor 2-dificuldade em descrever sentimentos aos outros (5 itens) e factor 3-estilo de pensamento orientado para o exterior (8 itens) (Ribeiro, 2007). A resposta é dada numa escala ordinal de concordância tipo *likert* de cinco posições,

oscilando entre o *concordo totalmente* ao *discordo totalmente*.

O questionário fornece uma nota global, resultante da soma de todos os itens e uma nota por cada dimensão. Ao nível da nota global, os indivíduos podem ser categorizados como *Não Alexitimicos* ( $TAS \leq 51$ ), *Intermédio* ( $51 < TAS < 61$ ) e *Alexitimicos* ( $TAS \geq 60$ ).

É uma escala que apresenta uma adequada consistência interna ( $\alpha=0.79$ ) e uma precisão teste-reteste excelente (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

#### **4.2.3. CES-D Scale (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale).**

A escala CES-D é uma escala de auto-relato, construída para medir a sintomatologia depressiva. Esta pode ser aplicada à população geral (Radloff, 1977).

Os itens da CES-D foram seleccionados a partir de outras escalas, de forma a representar os vários componentes da sintomatologia depressiva: humor deprimido, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desamparo e falta de esperança, atraso psicomotor, perda de apetite e distúrbios do sono.

A sua consistência interna é elevada e a estabilidade teste-reteste é aceitável. Relativamente à sua validade, esta foi estabelecida por padrões de correlação com outras escalas de auto-relato, por correlação com níveis clínicos de depressão e por relação com outras variáveis (Radloff, 1977).

Esta escala, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha, é constituída por 20 itens, de fácil aplicação e cotação. É questionada a frequência que o indivíduo teve, na semana anterior à da aplicação da escala, cada uma das reacções e comportamentos referidos nos diversos itens. Assim, tem como objectivo enfatizar o estado actual.

As respostas são dadas de acordo com a seguinte escala: *Nunca ou muito raramente* (menos de 1 dia); *Ocasionalmente* (1 a 2 dias); *Com alguma frequência* (3 ou 4 dias); *Com muita frequência ou sempre* (5 a 7 dias). Cada item é cotado numa escala de 0 a 3. Os resultados variam entre 0 e 60, considerando-se que valores mais elevados são correspondentes a sintomatologia depressiva mais grave. Os autores da versão portuguesa propuseram um ponto de corte de 20 (valores iguais ou superiores sugerem a existência de uma depressão).

#### **4.2.4. Questionário “Experiências em Relações Próximas”(ERP)**

O questionário ERP é um questionário de autoavaliação, constituído por 36 itens, que avaliam duas dimensões básicas do estilo de vinculação nos adultos, a evitação (18 itens) e a preocupação (18 itens) e que se encontram intercalados de forma sistemática, correspondendo os números ímpares à escala de evitação e os números pares à escala de preocupação (Moreira et al., 2006).

É uma escala traduzida e validada para a população portuguesa, com duas versões (feminina e masculina), apresentando níveis elevados de precisão por consistência interna (Moreira et al., 2006). As duas dimensões - evitação e preocupação - emergiram da análise factorial de um conjunto abrangente de itens em uso corrente na avaliação da vinculação nos adultos (Moreira et al., 2006).

A resposta é dada numa escala de sete pontos, em que apenas são legendados os pontos extremos: 1-discordo fortemente e 7-concordo fortemente; e o ponto central, ou seja, o ponto 4 –neutro/misto.

### **4.3. Procedimentos.**

Para a realização da presente investigação, todos os sujeitos deram o acordo da sua participação através do Consentimento Informado, página de rosto em cada grupo dos questionários.

A recolha das amostras clínicas (perturbação de pânico e episódio depressivo *major*) decorreu no Serviço de Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Central de Faro (DPSM-HCF), com autorização da Comissão de Ética e do Conselho de Administração. A recolha da amostra de estudantes universitários decorreu na Universidade do Algarve.

A aplicação, nas duas amostras clínicas, foi feita num único momento e individualmente e, na amostra de estudantes universitários, do curso do 1º ano de Assessoria e Administração, foi feita, também num único momento, mas colectivamente. Os instrumentos de avaliação foram, para as três amostras, apresentados na mesma ordem. Em primeiro, foi apresentado o Questionário Sócio-Demográfico, em segundo o TAS-20, em terceiro o CES-D e, em quarto o ERP.

#### **4.4. Análise Estatística.**

A amostra foi caracterizada em termos de presença de alexitimia, identificada pela TAS-20 e pela presença de depressão, identificada pelo CES-D, através da estatística descritiva. As médias nas dimensões de preocupação e evitação foram obtidas pelo questionário ERP.

Foi, também averiguada a relação entre as diversas variáveis, abordadas no Questionário Sócio-Demográfico, com os resultados obtidos no TAS-20, no CES-D e no ERP.

Na realização dos cálculos utilizaram-se o teste de comparações múltiplas, o teste t de Student, bem como uma regressão linear múltipla.

#### **4.5. Caracterização das Amostras.**

No estudo foram recolhidas três amostras: a primeira amostra, designada Geral, é constituída por estudantes universitários, da Universidade do Algarve e é formada por 30 indivíduos; a segunda amostra, com 23 indivíduos, é constituída por pessoas com Perturbação de Pânico, tendo sido recolhida no DPSM-HCF; por fim, a terceira amostra, é constituída por 30 pessoas com Episódio Depressivo *Major*, tendo sido, também, recolhida no DPSM-HCF.

Foram eliminados quatro sujeitos por não terem respondido à totalidade dos itens nos questionários apresentados. A amostra final conta com a avaliação de 83 indivíduos.

Assim, na primeira amostra, de 30 indivíduos estudantes universitários, 18 são do sexo feminino (60.0%) e 12 do sexo masculino (40.0%). A média das idades é de 26.97, com o desvio padrão de 5.97, sendo a idade mínima de 19 e a máxima de 43 anos. Na segunda amostra, de 23 indivíduos com perturbação de pânico 19 são do sexo feminino (82.6%) e 4 do sexo masculino (17.4%). A média das idades é de 35.43, com o desvio padrão de 9.06, sendo a idade mínima de 19 e a máxima de 65 anos. Por fim, na terceira amostra, de 30 indivíduos com episódio depressivo *major*, 26 são do sexo feminino (86.7%) e 4 do sexo masculino (13.3%). A média das idades é de 40.13, com o desvio padrão de 13.01, sendo a idade mínima de 21 e a máxima de 62 anos.

Em relação à escolaridade, utilizou-se o número máximo de anos completos, estando os respectivos resultados mencionados no Quadro 1.

**Quadro 1. Médias e desvios padrão obtidos para as variáveis idade e escolaridade nas três amostras.**

AMOSTRAS	Idade		Escolaridade	
	Média	DP	Média	DP
Geral (N=30)	26.97	5.97	12.37	1.15
P. Pânico (N=23)	35.43	9.06	13.22	3.98
E. Depressivo (N=30)	40.13	13.01	9.73	3.70

Relativamente a com quem cada sujeito vive, na amostra geral, 8 sujeitos vivem com o seu parceiro romântico (26.7%), 14 vivem com um dos pais (46.7%), 7 vivem sozinhos (23.3%) e 1 vive com outras pessoas que não as referidas (3.3%). Na amostra com perturbação de pânico, 12 sujeitos vivem com o seu parceiro romântico (52.2%), 7 vivem com um dos pais (30.4%), 2 vivem sozinhos (8.7%) e 1 vive sozinho com os filhos (4.3%) e 1 vive com outras pessoas que não as referidas (4.3%). E, na amostra com episódio depressivo major, 21 sujeitos vivem com o seu parceiro romântico (70.0%), 2 vivem com um dos pais (6.7%), 5 vivem sozinhos (16.7%) e 1 vive sozinho com os filhos (3.3%) e 1 vive com outras pessoas que não as referidas (3.3%).

Quanto ao estado civil das três amostras, os dados encontram-se reportados no Quadro 2.

**Quadro 2. Frequências e percentagens obtidas para a variável estado civil nas três amostras.**

	Geral		P. Pânico		E. Depressivo	
	f	%	f	%	f	%
Solteiro/a sem parceiro/a	12	40.0	4	17.4	5	16.7
Solteiro/a com parceiro/a	10	33.3	4	17.4	1	3.3
Casado/a	4	13.3	7	30.4	18	60.0
União Facto	3	10.0	4	17.4	2	6.7
Divorciado/a	0	0.0	2	8.7	2	6.7
Separado/a	0	0.0	1	4.3	1	3.3
Viúvo/a	1	3.3	1	4.3	1	3.3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Quanto ao estado civil dos pais das três amostras, os dados encontram-se descritos no Quadro 3.

**Quadro 3. Frequências e percentagens obtidas para a variável estado civil dos pais nas três amostras.**

	Geral		P. Pânico		E. Depressivo	
	f	%	f	%	f	%
Casado/a	19	63.3	13	56.5	15	50.0
União Facto	2	6.7	0	0.0	3	10.0
Divorciado/a	4	13.3	4	17.4	5	16.7
Separado/a	3	10.0	0	0.0	2	6.7
Viúvo/a	2	6.7	6	26.1	5	16.7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Relativamente às variáveis específicas das duas amostras psicopatológicas, verificou-se que, quanto à frequência das crises de pânico, 5 indivíduos têm frequência diária de crises (21.7%), 8 têm crises semanais (34%) e 10 têm crises mensais (43.5%).

Dos 23 indivíduos com perturbação de pânico, 2 tiveram a sua primeira crise há menos de um ano (8.7%), 5 tiveram num intervalo de há 1 a 5 anos (21.7%), 7 tiveram num intervalo de há 6 a 10 anos (30.4%) e 9 tiveram há mais de 10 anos (39.1%). Quanto à ocorrência da última crise, 6 indivíduos tiveram-na há um dia (26.1%), 7 há menos de um mês (30.4%), 7 no intervalo de há dois a meses (30.4%) e 3 há mais de cinco meses (13%).

A agorafobia está presente em 69.6% dos casos (16 indivíduos) (Quadro 4).

**Quadro 4. Distribuição dos indivíduos em relação à presença de Agorafobia na amostra com Perturbação de Pânico (N=23)**

Presença de Agorafobia	Frequência	Percentagens
Sim	16	69.6
Não	7	30.4
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>

Na amostra com episódio depressivo *major* apurou-se que 9 indivíduos apresentam episódio depressivo *major* único (30.0%) e 21 apresentam episódio

depressivo *major* recorrente (70.0%). Em relação à ocorrência do primeiro episódio depressivo, 1 indivíduo teve há menos de um mês (3.3%), 1 há menos de um ano (3.3%), 14 tiveram num intervalo de há um a cinco anos (46.7%), 5 num intervalo de há 6 a 10 anos (16.7%), 2 num intervalo de há 10 a 15 anos (6.7%) e 7 há mais de 15 anos (23.3%).

Em relação à realização de medicação e de consultas de psicologia, os dados para as duas amostras psicopatológicas, encontram-se referidos no Quadro 5.

**Quadro 5. Distribuição dos indivíduos das duas amostras psicopatológicas em relação a medicação e consultas de psicologia.**

AMOSTRAS	Medicação				Consultas Psicologia				Total	
	Sim		Não		Não		Não			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
P. Pânico (N=23)	16	69.6	7	30.4	20	87.0	3	13.0	23	100.0
E. Depressivo (N=30)	24	80.0	6	20.0	27	90.0	3	10.0	30	100.0

Na amostra com perturbação de pânico, dos 16 indivíduos que realizam terapêutica medicamentosa, 13 tomam antidepressivos (81.3%), 13 estão a tomar ansiolíticos (81.3%) e 2 indivíduos tomam, também, neurolépticos (12.5%). Nos 24 indivíduos, com episódio depressivo major, que realizam terapêutica medicamentosa, 16 tomam antidepressivos (66.7%), 9 tomam ansiolíticos (37.5%) e 7 indivíduos não sabem que medicação estão a tomar (29.2%).

Por fim, quanto ao tempo de consultas de psicologia, na amostra de 20 sujeitos com perturbação de pânico com regularidade consultas, 3 têm consultas há cerca de um mês (15.0%), 10 no intervalo de há cerca de dois meses a um ano (35.0%) e 7 há mais de um ano (35.0%). Na amostra de indivíduos com episódio depressivo major, dos 27 sujeitos que têm com regularidade consultas, 3 têm há cerca de um mês (11.1%), 14 no intervalo de há cerca de dois meses a um ano (51.9%) e 10 há mais de um ano (37.0%).

## CAPITULO 5: RESULTADOS.

O presente capítulo para além de reportar os resultados das hipóteses formuladas, também irá explorar as relações entre as variáveis incluídas no questionário sócio-demográfico que demonstraram resultados pertinentes com a alexitimia e o estilo de vinculação evitante.

### 5.1. Resultados referentes às hipóteses formuladas.

Na amostra normal, de estudantes universitários, a média de resultados obtidos através do TAS-20 foi 46.67, ou seja, a média dos indivíduos inquiridos situa-se na categoria de *Não Alexitimico*. Na amostra com perturbação de pânico, a média de resultados, no mesmo instrumento, foi 61.87. Desta forma, corresponde à categoria de *Alexitimico*. Por fim, na amostra com episódio depressivo major, a média foi 63.9 no TAS-20, pertencendo, também, à categoria de *Alexitimico*.

**Quadro 6. Médias e desvios padrão no TAS-20 e para os três factores**

AMOSTRAS	TAS 20		f1		f2		f3	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Geral	46.67	8.13	15.93	4.6	12.10	3.45	18.63	4.17
P. Pânico	61.87	15.67	25.09	7.19	15.70	5.16	21.09	5.89
E. Depressivo	63.9	9.52	24.27	5.59	17.33	4.51	22.30	4.11

Em relação à distribuição dos indivíduos, das três amostras, nas categorias do TAS-20, os dados encontram-se referidos no Quadro 7.

**Quadro 7. Distribuição dos indivíduos nas categorias do TAS-20**

Categorias TAS-20	Geral		P. Pânico		E. Depressivo Major	
	f	%	f	%	f	%
Não Alexitimico	21	70.0	6	26.1	6	20.0
Intermédio	8	26.7	2	8.7	3	10.0
Alexitimico	1	3.3	15	65.2	21	70.0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Em relação às dimensões de preocupação e evitação, do instrumento de ERP, os

resultados encontram-se reportados no Quadro 8.

**Quadro 8. Médias e desvios padrão nas dimensões Preocupação e Evitação no ERP**

AMOSTRAS	Preocupação		Evitação	
	Média	DP	Média	DP
Geral	73.17	14.37	37.80	12.94
P. Pânico	81.65	23.99	58.61	25.74
E. Depressivo	85.07	17.29	58.33	21.62

Os resultados, apresentados no Quadro 9, mostram que existem diferenças significativas entre os três grupos no TAS-20. E, verificou-se, com base na comparação de médias dos resultados no TAS-20 (Quadro 10) que existe uma diferença significativa entre o grupo geral e os dois grupos psicopatológicos (ambos  $p < .05$ ), sendo a média de resultados dos grupos psicopatológicos superior à do grupo geral. Não existem diferenças significativas entre os dois grupos com psicopatologia (Quadro 10).

**Quadro 9. Resultados do TAS-20: análise de variância**

Resultados brutos TAS-20	gl	F	Sig.
Amostra	2	20.821	.000

**Quadro 10. Resultados do TAS-20: comparações múltiplas (Scheffe)**

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferença Médias	Sig.
Geral	P. Pânico	-15.203	.000
	E. Depressivo Major	-17.233	.000
P. Pânico	E. Depressivo Major	-2.030	.806

Tendo em conta estes resultados, na tentativa de averiguar se existem diferenças significativas entre os três grupos para os três factores do TAS-20, realizaram-se mais três análises de variância, uma para cada um dos factores do TAS-20. Os resultados, apresentados no Quadro 11, mostram que existem diferenças significativas entre os três grupos para os três factores.

**Quadro 11. Resultados dos factores do TAS-20: análise de variância**

<b>Resultados brutos dos factores TAS-20</b>		<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Dificuldade em identificar sentimentos (f1)	Amostra	2	21.886	.000
Dificuldade em descrever sentimentos (f2)	Amostra	2	11.243	.000
Pensamento orientado para o exterior (f3)	Amostra	2	4.742	.011

Assim, verificou-se que, para os dois primeiros factores (f1 e f2), as únicas diferenças significativas são entre o grupo geral e o grupo com perturbação de pânico e com episódio depressivo *major*, sendo as médias mais elevadas nos grupos com psicopatologia (Quadro 12). Para o terceiro factor (f3), apenas se registou uma diferença significativa entre o grupo geral e o grupo com episódio depressivo *major* ( $p=.013$ ). Não existem diferenças entre o grupo geral e o de perturbação de pânico, nem entre os dois grupos psicopatológicos (Quadro 12).

**Quadro 12. Resultados dos factores do TAS-20: comparações múltiplas (Scheffe)**

<b>Variável Dependente</b>	<b>(I) Grupo</b>	<b>(J) Grupo</b>	<b>Diferença de médias (I-J)</b>	<b>Sig.</b>
Dificuldade em identificar sentimentos (f1)	Normal	P. Pânico	-9.154	.000
		E. Depressivo Major	-8.333	.000
	P. Pânico	E. Depressivo Major	.820	.877
Dificuldade em descrever sentimentos (f2)	Normal	P. Pânico	-3.596	.015
		E. Depressivo Major	-5.233	.000
	P. Pânico	E. Depressivo Major	-1.638	.403
Pensamento orientado para o exterior (f3)	Normal	P. Pânico	-2.454	.174
		E. Depressivo Major	-3.667	.013
	P. Pânico	E. Depressivo Major	-1.213	.648

A análise de variância da dimensão evitação e da dimensão preocupação do questionário ERP nos três grupos (geral, perturbação de pânico e episódio depressivo

*major*) mostra que existem diferenças significativas entre os mesmos (Quadro 13).

**Quadro 13. Resultados do ERP: análise de variância**

Resultados Brutos nas duas dimensões		gl	F	Sig.
Preocupação (Total)	Amostra	2	3.267	.043
Evitação (Total)	Amostra	2	9.912	.000

A comparação múltipla de médias mostra que existem diferenças significativas quanto à dimensão de evitação entre o grupo normal e o grupo com perturbação de pânico ( $p=.002$ ) e com o grupo com episódio depressivo major ( $p=.001$ ). No entanto, não existem diferenças significativas quanto à dimensão de preocupação entre os grupos (Quadro 14).

**Quadro 14. Resultados do ERP: comparações múltiplas (Scheffe)**

Variável Dependente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferença de médias (I-J)	Sig.
Preocupação (Total)	Normal	P. Pânico	-8.486	.259
		E. Depressivo Major	-11.900	.050
	P. Pânico	E. Depressivo Major	-3.414	.801
Evitação (Total)	Geral	P. Pânico	-20.809	.002
		E. Depressivo Major	-20.533	.001
	P. Pânico	E. Depressivo Major	.275	.999

O Quadro 15 apresenta a pontuação média na CES-D das três amostras em estudo.

**Quadro 15. Médias e desvios padrão na CES-D**

AMOSTRAS	CES-D	
	Média	DP
Geral	14.33	9.54
P. Pânico	30.78	12.74
E. Depressivo	33.67	11.04

No Quadro 16 apresentam-se os resultados referentes à distribuição dos

indivíduos, nas três amostras, quanto ao ponto de corte proposto para a população portuguesa para a CES-D.

**Quadro 16. Distribuição dos indivíduos quanto ao ponto de corte na CES-D**

Categorias CES-D	Geral		P. Pânico		E. Depressivo <i>Major</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Acima do ponto de corte	7	23.3	20	87.0	30	100.0
Abaixo do ponto de corte	23	76.7	3	13.0	0	0.0
<b>Total</b>	30	100.0	23	100.0	30	100.0

Pela análise de variância verificou-se que existem diferenças significativas entre os grupos quanto aos resultados obtidos na CES-D (Quadro 17).

**Quadro 17. Resultados na CES-D: análise de variância**

CES-D (Total)	gl	F	Sig.
Amostra	2	26.147	.000

Assim, verificou-se, mais uma vez, que não existem diferenças significativas quanto aos resultados médios de depressão entre os dois grupos com psicopatologia (Quadro 18). No entanto, registaram-se diferenças significativas entre o grupo geral e ambos os grupos psicopatológicos (ambos  $p < .05$ ), sendo as médias dos resultados na CES-D mais elevadas nos grupos com psicopatologia (Quadro 18).

**Quadro 18. Resultados na CES-D: comparações múltiplas (Scheffe)**

(I) Grupo	(J) Grupo	Diferença de médias (I-J)	Sig.
Geral	P. Pânico	-16.449	.000
	E. Depressivo Major	-19.333	.000
P. Pânico	E. Depressivo Major	-2.884	.643

Através do cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, verificou-se que existe uma correlação positiva média ( $r = .56$ ) estatisticamente significativa ( $p = .000$ ) entre a alexitimia e a evitação (Quadro 19). Através do mesmo teste de correlações, verificou-se que a correlação entre a relação alexitimia e preocupação é, também, significativa e positiva, sendo mais fraca que a relação anterior (Quadro 19). Por último, também, existe uma correlação significativa entre a alexitimia e a depressão

( $p=.001$ ;  $p<.01$ ), que também é positiva ( $r=.63$ ). Esta parece ser a variável isolada com maior correlação com a alexitimia (Quadro 19).

**Quadro 19. Correlações de Pearson para todas as dimensões avaliadas no conjunto dos indivíduos (N=83)**

	TAS-20	F1	F2	F3	CES-D	Preocupação
F1	.86**					
F2	.82**	.56**				
F3	.72**	.38**	.45**			
CES-D	.63**	.63**	.51**	.33**		
Preocupação	.37**	.39**	.30**	.16	.25*	
Evitação	.56**	.41**	.61**	.35**	.43**	.19

\*\* A correlação é significativa a 0.01.

\* A correlação é significativa a 0.05.

Recorreu-se à análise da regressão linear múltipla com o objectivo compreender a relação entre as variáveis consideradas neste estudo na predição da variabilidade dos resultados no TAS-20. Utilizando o método ascendente passo a passo, verifica-se que o modelo obtido ao 3º passo, composto pelas variáveis depressão, evitação e preocupação, é o que parece explicar melhor a alexitimia. Assim, estas variáveis em conjunto predizem 51.5% da variação dos resultados na escala de alexitimia (Quadro 20)

**Quadro 20. Modelos de regressão linear (v. dependente: pontuação em alexitimia)**

Modelos	Variáveis independentes	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Beta	Sig.
1	Depressão	.629	.395	.388	.629	.000
2	Depressão Evitação	.705	.497	.485	.477 .354	.000 .000
3	Depressão Evitação Preocupação	.730	.533	.515	.436 .335 .197	.000 .000 .016

De uma outra forma, com base na comparação de médias dos resultados, reportadas no Quadro 21, do conjunto dos indivíduos, nos grupos *Alexitimico* e *Não Alexitimico*, nas duas dimensões de vinculação, verificou-se que existem diferenças significativas. Estas diferenças dizem respeito tanto à dimensão de evitação, como, também, de preocupação (Quadro 22). Estes resultados vão ao encontro dos

resultados anteriores.

**Quadro 21. Médias e desvios padrão nos grupos *Alexitimico* e *Não Alexitimico* nas duas dimensões de vinculação do ERP**

<b>Dimensões</b>	<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Preocupação (Total)	Não Alexitimico	33	75.03	18.19
	Alexitimico	37	87.70	18.86
Evitação (Total)	Não Alexitimico	33	37.88	15.45
	Alexitimico	37	62.22	23.13

**Quadro 22. Comparação das médias entre grupos *Alexitimico* e *Não Alexitimico* nas duas dimensões de vinculação do ERP (teste t de Student)**

<b>Dimensões</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>Diferença médias</b>
Preocupação (Total)					
Igualdade de variâncias assumida	-2.854	.670	68	.006	-12.672
Evitação (Total)					
Igualdade de variâncias assumida	-5.111	.016	68	.000	-24.337

## **5.2. Outros resultados pertinentes.**

Na sequência do tratamento estatístico, inerente ao teste das hipóteses formuladas cruzaram-se, também, para uma melhor compreensão da perturbação de pânico, as variáveis retiradas do questionário sócio-demográfico. No entanto, apresentar-se-ão apenas os resultados cuja exploração foi significativa nas variáveis em estudo. Assim, verificaram-se pertinentes os resultados do tratamento das seguintes variáveis: a frequência das crises de pânico e a presença/ausência de agorafobia.

### **5.2.1. Resultados em relação à frequência das crises de pânico.**

Relativamente à influência da frequência das crises de pânico nos vários instrumentos de avaliação, procedeu-se à realização do teste t de Student. Nesta sequência, verificaram-se diferenças significativas para a dimensão preocupação entre a frequência diária de crises e as semanais (Quadro 24). A média da dimensão de preocupação é mais elevada na frequência de crises semanais (Quadro 23).

**Quadro 23. Médias e desvios padrão, na dimensão preocupação do ERP, na frequência de crises diárias e semanais.**

<b>Dimensão ERP</b>	<b>Frequência crises</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Preocupação (Total)	Diárias	5	58.40	30.729
	Semanais	8	88.13	16.848

**Quadro 24. Comparação médias entre as duas frequências para a dimensão preocupação da vinculação do ERP (teste t de Student)**

<b>Dimensão ERP</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>Diferença de médias</b>
Preocupação (Total) Igualdade de variâncias assumida	-2.278	.334	11	.044	-29.725

Também se verificaram diferenças significativas, na dimensão de preocupação, na frequência de crises diárias e mensais (Quadro 26), sendo a média na dimensão de preocupação superior quando as crises são mensais (Quadro 25).

**Quadro 25. Médias e desvios padrão, na dimensão preocupação, na frequência de crises diárias e mensais.**

<b>Dimensão ERP</b>	<b>Frequência crises</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Preocupação (Total)	Diárias	5	58.40	30.729
	Mensais	10	88.10	19.570

**Quadro 26. Comparação médias entre as duas frequências para a dimensão preocupação da vinculação (teste t de Student)**

<b>Dimensão ERP</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>Diferença de médias</b>
Preocupação (Total) Igualdade de variâncias assumida	-2.300	.507	13	.039	-29.700

No entanto, não se registaram diferenças significativas, na dimensão de preocupação, em relação à frequência das crises semanais e mensais (Anexo 4).

### **5.2.2. Resultados em relação à presença/ausência de agorafobia.**

Em relação ao efeito da presença/ausência da agorafobia nos resultados obtidos pelos instrumentos de avaliação utilizados, procedeu-se à realização de um teste de

amostras independentes t de Student (Quadro 27). Através deste e, não assumindo igualdade de variâncias, obtemos uma única diferença significativa, na dimensão de evitação da vinculação ( $p=.037$ ). A média da dimensão evitação é, significativamente, superior nos casos de agorafobia (Anexo 5).

**Quadro 27. Comparação de médias entre a presença e ausência de agorafobia para a dimensão evitação da vinculação (teste t de Student).**

<b>Dimensão ERP</b>		<b>Teste t de Student para igualdade de médias</b>			
		<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>Diferença médias</b>
<b>Evitação (Total)</b>	Igualdade de variâncias não assumida	2.229	20.196	.037	17.920

## CAPITULO 6: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

Na análise dos resultados, na caracterização das três amostras utilizadas, verificou-se que o sexo masculino está pouco representado nas duas amostras psicopatológicas (17.4% na amostra com perturbação de pânico e 13.3% na amostra com episódio depressivo *major* - Quadro 1), o que limita as possibilidades de realizar um estudo comparativo no sentido de averiguar se existiriam, por exemplo, diferenças quanto ao sexo nas variáveis consideradas. Por outro lado, verificou-se, também, uma diferença significativa da idade da amostra geral com as duas amostras psicopatológicas (Quadro 1 e Anexo 3), sendo a amostra geral mais jovem. No que diz respeito ao número de anos completos de escolaridade, verificou-se apenas uma diferença significativa da amostra de indivíduos com episódio depressivo *major* quanto à amostra geral e à amostra de perturbação de pânico. Assim, a amostra com episódio depressivo *major* reúne menos anos completos de escolaridade (Quadro 1 e Anexo 3). No entanto, tal facto parece não ser relevante uma vez que pelo menos a alexitimia não parece estar relacionada com o status socioeconómico e com o nível educacional ou cultural (Taylor et al., 1997). Por último, sublinha-se a inexistência de diferenças significativas quanto às restantes variáveis presentes no questionário sócio-demográfico.

Quanto à análise dos resultados das hipóteses formuladas, verificou-se que a primeira hipótese foi confirmada: o grupo com perturbação de pânico apresentou valores superiores de alexitimia e de evitação em relação ao grupo normal (Quadro 10 e 14). Encontraram-se, igualmente, diferenças significativas quando se consideraram separadamente os factores f1 (dificuldade em identificar sentimentos) e f2 (dificuldade em descrever sentimentos) identificados na escala de alexitimia (TAS-20), verificando-se, também, uma diferença significativa nestes factores entre o grupo normal e o grupo com perturbação de pânico (Quadro 12).

Todos estes resultados revelam a dificuldade, dos indivíduos com perturbação de pânico, em reconhecer emoções, bem como dificuldades no processo de expressão emocional. Desta forma, as capacidades limitadas do indivíduo alexitimico para compreender e regular as emoções leva-o a focar, a ampliar e a mal interpretar as

sensações corporais que se fazem acompanhar de excitação emocional (Taylor et al., 1997) Assim, através do mecanismo de defesa de somatização, que se expressa através da focalização nos sintomas físicos, parecem evitar aceder a estados emocionais e conflitos. Estes pacientes tendem a somatizar ao invés de tomar contacto com os seus estados internos, apresentando grande dificuldade no processo de olhar para dentro (Milrod et al., 1997). Assim, no campo emocional, existe uma dificuldade em reconhecer, descrever e discriminar as emoções, sendo as manifestações emocionais essencialmente sob a forma somática.

Em relação aos resultados da dimensão da evitação, significativamente superiores do que os do grupo normal, estes parecem remeter para um desconforto com a proximidade, bem como para uma dificuldade em depender e confiar nos outros. Desta forma, este resultado, parece enquadrar-se num dos pressupostos de Shear e colaboradores (1993), onde os indivíduos com perturbação de pânico, sentir-se-iam desconfortáveis acerca das suas necessidades de dependência, sentidas como prejudiciais.

Parece importante sublinhar que a alexitimia e o estilo de vinculação evitante estão presentes na perturbação de pânico, discriminando os indivíduos com perturbação de pânico dos da amostra geral, evidenciando a importância destas duas variáveis no desencadeamento e na manutenção da perturbação de pânico.

Quanto à segunda hipótese, não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos psicopatológicos nas dimensões consideradas, sendo, assim, a hipótese é rejeitada (Quadro 10 e 14). Desta forma, os resultados totais da alexitimia e do estilo de vinculação evitante não discriminam a perturbação de pânico do episódio depressivo *major*. No entanto, dá-nos a informação que os indivíduos com episódio depressivo *major*, também, apresentam um défice no processo cognitivo de processamento das emoções, bem como um desconforto com a proximidade com os outros.

Este facto sugere que a alexitimia e o estilo de vinculação evitante poderão ser frequentes nestas duas formas de patologia, ou mesmo na população psiquiátrica em geral, e não permite confirmar uma relação específica com a perturbação de pânico. Este resultado vai ao encontro dos pressupostos de alguns autores que referem que,

apesar da alexitimia estar associada a uma série de perturbações psiquiátricas, não existe ainda uma causalidade directa com as classes de diagnóstico definidas (Taylor et al., 1997; Celikel et al., 2007). Por outro lado, o estilo de vinculação evitante está, também, associado a uma série de perturbações, tais como: perturbações afectivas, perturbações do comportamento alimentar, do abuso de substâncias e das perturbações da personalidade (Bowlby, 1969/1990, 1973/1998; Brisch, 2004; Dozier et al., 1999; Parker, 1994; Taylor et al., 1997).

No que diz respeito à terceira hipótese, de se esperar que os indivíduos com perturbação de pânico tivessem valores mais baixos de depressão do que os do grupo com episódio depressivo *major*, foi refutada. Embora o resultado médio do grupo de deprimidos seja ligeiramente mais elevado do que o do grupo com perturbação de pânico, a diferença não é estatisticamente significativa (Quadro 18).

A presença de sintomatologia depressiva nos indivíduos com perturbação de pânico tem sido, regularmente, referida: estes sujeitos apresentam, frequentemente, tristeza e culpa acerca das suas dificuldades e limitações (Gouveia et al., 2004); muitos descrevem sentimentos crónicos de baixa auto-estima (Shear et al., 1993); outros, sentimentos de incapacidade, de humilhação e desvalorização pessoal (Milrod et al., 1997). Em muitos casos deve mesmo falar-se de co-morbilidade com a perturbação depressiva *major*. Segundo o DSM-IV-TR (2002) 10% a 65% dos indivíduos com perturbação de pânico sofrem igualmente de perturbação depressiva *major*. Na nossa amostra, dos 16 indivíduos com perturbação de pânico e que realizam terapêutica medicamentosa, 81.3% estavam a realizar terapêutica antidepressiva, sugerindo a presença de sintomatologia depressiva moderada ou grave, indo ao encontro dos resultados obtidos na CES-D. No entanto, ficam dois aspectos por esclarecer, se a presença de sintomatologia depressiva ocorreu antes ou aquando da perturbação de pânico e se a perturbação de pânico co-ocorreu com a classe de diagnóstico de depressão *major*.

Por último, parece importante referir que, este resultado poderá igualmente ajudar a explicar que não tenha sido possível encontrar diferenças significativas entre os dois grupos psicopatológicos no que diz respeito à alexitimia e ao estilo de vinculação (segunda hipótese). Assim, seria pertinente fazer uma comparação entre

um grupo de indivíduos com perturbação de pânico clinicamente deprimidos, outro sem sintomatologia depressiva significativa e um grupo de indivíduos com depressão *major*. Desta forma, averiguar-se-ia se existiriam diferenças significativas entre os três grupos considerados e/ou se a variável *depressão* teria um peso explicativo, significativo, na expressão da alexitimia e do estilo de vinculação evitante.

Em relação à quarta hipótese, de se esperar que a alexitimia fosse melhor explicada pelo estilo de vinculação evitante, a hipótese foi, apenas parcialmente, confirmada. Assim, verificou-se que a alexitimia é melhor explicada por um conjunto de variáveis (Quadro 20) – depressão, estilo de vinculação evitante e preocupado – do que apenas por uma única variável, introduzindo complexidade ao seu conceito e desenvolvimento. No entanto, a correlação entre a alexitimia e o estilo de vinculação evitante é positiva e forte (Quadro 19), indicando que a qualidade da vinculação e da regulação afectiva, na idade adulta, estão intimamente ligadas.

Por outro lado, através de uma outra análise, com a constituição de um grupo só com os indivíduos na categoria de Alexitimico no TAS-20 (Quadro 21), esperou-se obter um resultado mais expressivo quanto à relação entre a alexitimia e o estilo de vinculação evitante. Não só se verificaram diferenças significativas quanto à dimensão de evitação, mas também quanto à dimensão de preocupação da vinculação (Quadro 22). Estes resultados vão ao encontro de que o estilo de vinculação inseguro - preocupado e evitante – estaria relacionado com a alexitimia (Taylor et al., 1997), indo também ao encontro dos resultados referidos anteriormente (Quadro 20).

Assim, estes resultados remetem para a importância da perspectiva da teoria da vinculação nas interacções complexas entre os comportamentos de vinculação dos adultos e as características alexitimicas. Neste sentido, Kobak e Sceery (1988), referem que os indivíduos evitantes tenderiam a reagir com pouca consciência da sua angústia ou dos sentimentos negativos e com pouca manifestação de zanga ou angústia, aprendida como estratégia para reduzir o conflito com os cuidadores rejeitantes ou insensíveis. Esta conceptualização parece enquadrar-se no conceito de alexitimia, interligando as duas variáveis.

Por fim, apuraram-se outros resultados que poderão ter algum interesse. No que respeita à frequência das crises de pânico, também se apuraram diferenças

significativas, para a dimensão de preocupação, entre a frequência semanal e mensal com a frequência diária (Quadro 24 e 26). No entanto, este resultado parece não ter uma explicação clara, ficando por esclarecer noutros estudos.

Em relação à presença/ausência de agorafobia, verificou-se que a média da dimensão de evitação é, significativamente, superior nos casos onde está presente agorafobia (Quadro 27). Este resultado parece consistente com os pressupostos de Bowlby (1973/1998) em que agorafobia na idade adulta seria uma manifestação do estilo de vinculação inseguro. Por outro lado, este resultado parece contraditório com as premissas de Strodl e Noller (2003), que associam o comportamento agorafóbico à elevada preocupação nos relacionamentos interpessoais e, não tanto, à evitação. Ainda assim, estes resultados parecem ser consistentes com os resultados anteriores, isto é, o estilo evitante parece ser a dimensão de vinculação mais associada à psicopatologia e sua gravidade.

## CONCLUSÃO

Na presente investigação procurou-se averiguar a influência da alexitimia e do estilo de vinculação no desencadeamento e na manutenção da perturbação de pânico. De uma forma geral, verificou-se que estas duas dimensões psicológicas exercem, tal como foi hipotetizado, uma influência significativa ao nível da perturbação de pânico, estando, também, inter-relacionados entre si.

Assim, os défices alexitimicos do grupo com perturbação de pânico sugerem a presença de um nível de funcionamento afectivo primitivo, onde o indivíduo opera num estágio precoce, pré-verbal, e a somatização parece surgir como forma de expressão. Neste sentido, fica patente a dificuldade em identificar sentimentos e a tendência de confundi-los com sensações físicas. Por outro lado, o estilo de vinculação inseguro, principalmente o estilo evitante de vinculação, surge com maior correlação com as restantes variáveis psicopatológicas, nomeadamente com a alexitimia e com a depressão.

Na perturbação de pânico, com a ausência de um objecto internalizado como fonte de segurança, as crises de pânico parecem exercer uma função reguladora de afectos, reflectindo, por sua vez, um padrão de estilo de vinculação inseguro. Desta forma, os comportamentos de evitamento, com finalidade de protecção, típicos de indivíduos com perturbação de pânico, parecem estar relacionados, também, com o evitamento emocional/afectivo/relacional.

Uma evidência importante é que não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos psicopatológicos quanto às variáveis consideradas. Assim, a alexitimia e o estilo de vinculação evitante parecem não discriminar categorias psicopatológicas.

Esta situação pode dever-se ao facto do grupo com perturbação de pânico apresentar sintomatologia depressiva significativa e por isso não se distinguir do grupo com episódio depressivo *major*. De qualquer forma, ao nível da psicopatologia, fica claro que, em ambos os grupos, estão presentes a alexitimia e o estilo de vinculação inseguro – evitante –, demonstrando um comprometimento ao nível da regulação dos afectos, com repercussões no comportamento e no

aparecimento de sintomas.

Um outro aspecto a considerar é o da questão de que as medidas de auto-relato poderão não fornecer uma avaliação pertinente dos indivíduos. No entanto, as eventuais limitações na capacidade de auto-avaliação exigida para responder ao questionário, no caso de um indivíduo com dificuldades em identificar e em expressar adequadamente as suas emoções, tornam ainda mais significativos os resultados obtidos.

Pelos resultados obtidos e pelo que foi referido, parece importante concluir que, na perturbação de pânico, em termos psicoterapêuticos, torna-se fundamental procurar formar uma aliança terapêutica de segurança. Assim, reúne-se a condição essencial para se proporcionar a aquisição de capacidades de regulação de emoções num nível verbal, aumentando a consciência e a regulação afectivas. Desta forma, pretende-se potenciar e desenvolver a capacidade de tomada de consciência com as emoções, identificá-las e diferencia-las de estados psicológicos. Em última instância, significa desenvolver competências emocionais, focando na expressão e exploração de experiências afectivas.

Ao mesmo tempo, é importante considerar os sentimentos negativos e o desconforto acerca das necessidades de dependência em relação a outros significativos, que parecem estar interrelacionados com a alexitimia, tornando-se este outro domínio de intervenção. Neste sentido, torna-se relevante melhorar o funcionamento interpessoal, pela identificação de conflitos interpessoais e individuais, bem como a sua relação com as experiências emocionais. Assim, e através de técnicas como a clarificação e a confrontação, o terapeuta pode fazer emergir sentimentos, pensamentos e comportamentos à consciência do indivíduo, auxiliando-o a sentir-se menos ameaçado por distorções perceptivas e a ganhar uma visão mais objectiva de si próprio. Por outro lado, através da técnica de interpretação, é facilitado o processo de recuperação de afectos, memórias e fantasias relevantes que poderão operar na situação actual, de perturbação de pânico, do indivíduo.

Por último, na constatação da presença significativa de sintomatologia depressiva, torna-se, também, premente, atender aos sentimentos de incapacidade, de desvalorização pessoal e de culpa no processo terapêutico.

## Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3ª ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais-Texto Revisto*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., DiNardo, P. A., & Cerny, J. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 320-328.
- Berman, W. H., Marcus, L., & Berman, E. R. (1994) Attachment in marital relations. In M. B. Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (p. 204-231). The Guilford Press. New York.
- Blatt, S. J. & Diamond, D. (1994). Internal working models and the representational world in attachment and psychoanalytic theories. In M. B. Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (p. 72-97). The Guilford Press. New York.
- Bowlby, J. (1990). Apego. A natureza do vínculo. Vol. 1 (2ª ed). (Cabral, A., trad.). São Paulo: Martins Fontes Editora (Obra original publicada em 1969).
- Bowlby, J. (1998). Separação. Angustia e raiva. Vol. 2 (3ª ed). (L. H. B. Hegenberg, O. S. Mota & M. Hegenberg, trad.). São Paulo. Martins Fontes Editora (Obra original publicada em 1973).

- Bowlby, J. (1998). *Perda. Tristeza e depressão*. Vol. 3 (2ª ed). (V. Dutra, trad.). São Paulo: Martins Fontes Editora (Obra original publicada em 1973)
- Bowlby, J. (1988). *A secure-base*. New York: Basic Books.
- Brisch, K. H. (2004). *Treating attachment disorders. From theory to therapy*. The Guilford Press. New York.
- Busch, F.N. (2006) Psychodynamic treatment of panic disorder. *Primary Psychiatry*, 13 (5), 61-66.
- Busch, F. N., Shear, M. K., Cooper, A. M., Shapiro, T., & Leon, A. C. (1995). An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 183 (5), 299-303.
- Busch, F. N., Milrod, B. L., & Singer, M. B. (1999) Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*., 8, 234-242.
- Cassidy, J. & Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press. New York.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M., & Salkovskis, M.P. (1987). *Cognitive therapy for panic attacks: Therapist's Manual*. Oxford, University of Oxford.
- Celikel, F. C., & Saatcioglu, O (2007). Alexithymia and anxiety sensitivity in turkish depressive, anxiety and somatoform disorder outpatients. *International*

*Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(2), 140-145.

Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P. R., *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (p. 497-519). The Guilford Press. New York.

Faravelli, C., Pallanti, S., Biondi, F., Paterniti, S., & Scarpato, M. A. (1992). Onset of Panic Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149 (6), 827-828.

Feeny, J. (1999) Adult Romantic Attachment and Couple Relationships. In Cassidy, J. & Shaver, P. R. *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (p. 355-377). The Guilford Press. New York.

Feeny, J. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. Sage Publications.

Feeny, J., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.

Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the View Point of Attachment Theory and Research. In Cassidy, J. & Shaver, P. R., *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (p. 595-624). The Guilford Press. New York.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

Freud, S. (1895/1980). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada de neurose de angústia. In *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Edição Electrónica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Versão 2.0. Imago Editora.

- Freud, S. (1926/1980). Inibição, Sintomas e Ansiedade. In *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Edição Electrónica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Versão 2.0. Imago Editora.
- Freyberger, H. (1977) Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychoterapy Psychosomatic*, 8, 337-342.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59
- Gouveia, J. P., Carvalho, S., & Fonseca, L. (2004) *Pânico. Da compreensão ao tratamento*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hazen, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hindy, C. G. & Schwartz, J. C. (1994) Anxious romantic attachment in adult relationships. In M, B, Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (p. 179-203). The Guilford Press. New York.
- Kobak, R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (6), 861-869.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and perceptions of self and others. *Child Development*, 88, 135-146.
- Krystal, H. (1987). *Integration and self-healing. Affect-trauma-alexithymia*.

Hillsdale: The Analytic Press.

- Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1981). Differential diagnosis and treatment of panic attacks and phobic states. *Annual Reviews*, 32, 583-599.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., & Pavlovic, D. H. (1999) Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 422-428.
- Milrod B.L., Busch F.N., Cooper A.M., & Shapiro T. (1997) *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J., Oliveira, A. P., Filipe, L. A., & Faustino, M. (2006). “Experiências em relações próximas”, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: tradução e validação para a população portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 3-27.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern trends in psychosomatic medicine*. Vol.2. London: Butterworth press.
- Parker, G. (1994). Parental bonding and depressive disorders, In M. B. Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (p. 299-312). The Guilford Press. New York.

- Prazeres, N. (1996). Ensaio de um estudo sobre a alexitimia com o Rorschach e a escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação-Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Prazeres, N. Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Jan-Jun., Vol.2*, 109-121. 2000. Porto. Portugal.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da escala de alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación, 9 (1)*, 9-21.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1 (3)*, 385-401.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português*. Portugal: Quarteto.
- Seligman, M. E. (1988). Competing theories of panic, in S. R. In J. D. Maser (eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale NJ, Erlbaum.
- Shaver, P., Hazen, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as Attachment: The Integration of three behavioral Systems. In R. J. Sternberg & M. L. Barnes, *The psychology of love* (p. 68-99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Shaver, P., & Rothbard, J. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman, *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (p. 31-66). The Guilford Press. New York.
- Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. A. (1993) Psychodynamic model of panic disorder. *American Journal Psychiatry*,

150(6), 859- -866.

- Sperling, M & Berman, W. (1994). The Structure and Function of Adult attachment, In M, B, Sperling & W. H. Berman, *Attachment in Adults. Clinical and developmental perspectives* (p. 3-28). The Guilford Press. New York London, 1994.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363-1373.
- Strodl, E. & Noller, P. (2003) The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 10, 171-185.
- Taylor G. J., Bagby R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. United Kingdom.
- Waller, E., & Scheidt, E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18 (1), 13-14.
- Weinryb, R. M. (1995). Alexithymia: old wine in new bottles? *Psychoanalysis and contemporary thought*, 18 (2), 159-195.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### Critérios de diagnóstico para a perturbação de pânico

(*DSM-IV-TR, 2002*)

Este diagnóstico tem os seguintes critérios para a Perturbação de Pânico Sem Agorafobia: O *Critério A*: ambos (1) e (2), sendo que o (1) ataques de pânico inesperados e recorrentes e o (2) pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês, ou mais, de um, ou mais, das seguintes situações, a saber: (a) preocupação persistente acerca de ter novos ataques, (b) preocupação acerca das implicações dos ataques ou das suas consequências, (c) uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques; o *Critério B*, ausência de Agorafobia; o *Critério C*, os ataques de pânico não são provocados pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, medicação, abuso de drogas, cafeína), ou de um estado físico geral (hipertiroidismo, hipoglicémia, feocromocitoma, disfunções vestibulares, hiperparatiroidismo, perturbação convulsiva e situações cardíacas); o *Critério D*, os ataques de Pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação Obsessiva Compulsiva, Perturbação de Pós-Stress Traumático ou Perturbação da Ansiedade de Separação.

Para o diagnóstico de Perturbação de Pânico são necessários pelos menos dois ataques de pânico inesperados (American Psychiatric Association, 2002). Os sujeitos com perturbação de pânico têm também, frequentemente, ataques de pânico situacionalmente predispostos, bem como ataques de pânico ligados a situações (situacionais), embora estes últimos sejam menos comuns (American Psychiatric

Association, 2002).

Há que referir um outro diagnóstico para a Perturbação de Pânico onde se verifica a presença de Agorafobia. Neste, os critérios anteriores mantêm-se, excepto o *critério B*. Aqui a presença de agorafobia tem que se verificar (American Psychiatric Association, 2002). Assim, os critérios de diagnóstico para a agorafobia são os seguintes (American Psychiatric Association, 2002): *Critério A*, ansiedade por se encontrar em lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil, ou embaraçosa, ou nos quais possa não ter ajuda disponível no caso de ter um ataque de pânico inesperado ou situacionalmente predisposto ou, ainda, com sintomas semelhantes aos do pânico. Os medos agorafóbicos envolvem tipicamente um conjunto característico de situações que incluem estar só fora de casa, estar numa multidão, esperar numa fila, atravessar uma ponte e viajar de autocarro, comboio ou automóvel. No *Critério B*, as situações são evitadas ou enfrentadas com intenso mal-estar ou ansiedade de vir a ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico, ou requerem a presença de uma pessoa de confiança. Por último, no *Critério C*, a ansiedade ou evitamento fóbico não são melhor explicados por outra perturbação mental, tal como a Fobia Social, Fobia Específica, Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação de Pós-Stress Traumático ou a Perturbação da Ansiedade.

## Anexo 2

### Questionário Sócio-Demográfico

**Data:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino  Feminino  **Idade:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** Menos que o 4º Ano  4ºAno  6ºAno  9ºAno   
12ºAno  Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

-Casado/a  -União de Facto  -Divorciado/a  -Separado/a  -Viúvo/a

-Solteiro  (Com parceiro romântico  Sem parceiro romântico )

**Estado Civil dos seus pais:**

-Casado/a  -União de Facto  -Divorciado/a  -Separado/a  -Viúvo/a

**Já perdeu alguém próximo e/ou significativo?**

Não

Sim  Quem? Pai  Mãe  Companheiro/a   
Filho  Outros \_\_\_\_\_

**Número de relações amorosas até à actualidade:** \_\_\_\_\_

**Com quem vive:**

Ambos os Pais  Mãe  Pai  Sozinho  Companheiro/Marido   
Outros  Quem \_\_\_\_\_

(Versão 1- Para a Perturbação de Pânico)

**Quando teve a primeira crise de pânico?**

(Escolha apenas a opção que se adequa à sua situação)

- Dias  Há quantos dias? \_\_\_\_\_
- Semanas  Há quantas semanas? \_\_\_\_\_
- Meses  Há quantos meses? \_\_\_\_\_
- Anos  Há quantos anos? \_\_\_\_\_

**Quando teve a última crise de pânico?**

(Escolha apenas a opção que se adequa à sua situação)

- Dias  Há quantos dias? \_\_\_\_\_
- Semanas  Há quantas semanas? \_\_\_\_\_
- Meses  Há quantos meses? \_\_\_\_\_

**Frequência das crises de pânico:**

- Diárias  Quantas vezes? \_\_\_\_\_ Semanais  Quantas vezes? \_\_\_\_\_
- Mensais  Quantas vezes? \_\_\_\_\_

**Tem ansiedade por se encontrar em lugares ou situações nos quais a fuga possa ser difícil ou que não possa ter ajuda caso tenha uma crise de pânico (ex. estar numa multidão, estar fora de casa, viajar de carro, de autocarro ou comboio)?**

Não  Sim

**Evita determinadas situações ou enfrenta-as com intenso mal-estar ou ansiedade de vir a ter uma crise de pânico ou necessita da presença de uma pessoa de confiança?**

Não  Sim

**Toma medicação para as crises de pânico?**

-Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

**Tem regularmente consultas de Psicologia?**

-Não  Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

(Versão 2- Para a Episódio Depressivo Major)

<b>Este é o seu primeiro episódio depressivo?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<b>Quando teve início o <u>primeiro</u> episódio depressivo?</b> (Escolha apenas a opção que se adequa à sua situação)		
<input type="checkbox"/> Há anos	Há quantos?	_____
<input type="checkbox"/> Há meses	Há quantos?	_____
<input type="checkbox"/> Há semanas	Há quantas?	_____
<b>Toma medicação para a depressão?</b>		
-Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual? _____
<b>Tem regularmente consultas de Psicologia?</b>		
-Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Há quanto tempo? _____

### Anexo 3

#### Quadro de resultados para a Idade e Escolaridade: análise de variância

Resultados Brutos nas duas dimensões sócio-demográficas		gl	F	Sig.
Idade	Amostra	2	13.730	.000
Escolaridade	Amostra	2	9.283	.000

#### Resultados da Idade e Escolaridade: comparações múltiplas (Scheffe)

Variável Dependente	(I) Grupo	(J) Grupo	Diferença de médias (I-J)	Sig.
Idade	Geral	P. Pânico	-8.47	.011
		E. Depressivo <i>Major</i>	-13.17	.000
	P. Pânico	E. Depressivo <i>Major</i>	-4.70	.233
Escolaridade	Geral	P. Pânico	-0.85	.620
		E. Depressivo <i>Major</i>	2.63	.007
	P. Pânico	E. Depressivo <i>Major</i>	3.48	.001

#### Anexo 4

**Quadro do teste t-Student: Resultados da comparação médias entre as duas frequências, semanais e mensais, das crises de pânico para a dimensão preocupação da vinculação do ERP, no grupo com perturbação de pânico**

	t	Sig.	gl	Sig. (bilateral)	Diferença de médias
Preocupação (Total) Igualdade de variâncias assumida	.003	.511	16	.998	.025

## Anexo 5

### Quadro das médias e desvios padrão para todos os instrumentos na presença e ausência de agorafobia no grupo com perturbação de pânico

	<b>Presença de Agorafobia</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
Escala de Alexitimia (Total)	Sim	16	61.75	17.090
	Não	7	62.14	13.018
Escala de Depressão (Total)	Sim	16	32.19	13.526
	Não	7	27.57	10.983
Preocupação (Total)	Sim	16	81.44	28.074
	Não	7	82.14	11.838
Evitação (Total)	Sim	16	64.06	28.843
	Não	7	46.14	9.406
Dificuldade em identificar sentimentos	Sim	16	24.75	7.362
	Não	7	25.86	7.290
Dificuldade em descrever sentimentos	Sim	16	16.25	5.627
	Não	7	14.43	3.952
Pensamento orientado para o exterior	Sim	16	20.75	6.039
	Não	7	21.86	5.928