

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ALEXITIMIA E IMPLICAÇÕES NO PROCESSO
TERAPÊUTICO: A VISÃO DO TERAPEUTA**

Patrícia Alexandra Sousa Mata Ribeiro da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ALEXITIMIA E IMPLICAÇÕES NO PROCESSO
TERAPÊUTICO: A VISÃO DO TERAPEUTA**

Patrícia Alexandra Sousa Mata Ribeiro da Silva

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2016

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Ana Nunes da Silva. Por todo o apoio dado ao longo do último ano. Pela paciência ao ouvir as minhas dúvidas. Por todas as palavras de motivação. Por acreditar em mim e me dar força para seguir as minhas ideias. Por despertar o meu interesse pela investigação e por me ajudar a fazer sempre mais e melhor.

A todos os psicólogos que participaram nesta investigação, pela disponibilidade, pela simpatia e pelo incentivo. Aos que me tentaram ajudar na procura de mais contactos para realizar entrevistas. Sem vocês nada disto seria possível.

À Maria. Por todas as chamadas e mensagens trocadas a horas tardias, pela disponibilidade e amabilidade ao ouvir as minhas preocupações. Por todo o apoio, todas as palavras de incentivo, por todas as trocas de ideias. Por todos os encontros para trabalhar, por me dares motivação quando mais precisava. Obrigada por crescermos juntas ao longo deste ano, não podia ter pedido uma colega de tese melhor.

À minha Carol. Por todos estes cinco anos de partilha. Pela paciência para atenderes as minhas chamadas, por teres sempre uma palavra querida. Por me acompanhares em todas as fases deste longo caminho, sempre de mãos dadas. Obrigada pelo apoio incondicional, pela amizade. Foste o melhor que a faculdade me deu. Que seja para sempre.

Às melhores amigas de sempre, “As do costume”. À Dani por todos os abraços de saudades e de apoio, por acreditar cegamente em mim. À Rafa por todos os mimos e pelas palavras de força. À Vanessa por partilhar comigo tantas aventuras e por estar sempre disponível. À Di por todos os telefonemas, por todo o apoio incondicional, por toda a motivação, por estar sempre presente ao longo de todos os altos e baixos. Obrigada por toda a compreensão, por todo o amor.

Aos de sempre. Ao que cresceram comigo e me viram alcançar cada etapa. À Joana, ao Nuno e à Silvestre por compreenderem as minhas ausências e as minhas falhas. E, em

especial, à Isa por todo o apoio, todas as palavras, todos os cafés partilhados ao longo deste ano. Obrigada por acreditarem em mim.

À minha família da faculdade, “A Ralé de Psicologia”. Ao Sérgio, ao João, à Nicole, à Tânia, à Catarina, à Patrícia, à Vânia, à Nadine, ao André, à Marta e, especialmente, à Inês (a primeira pessoa que conheci na faculdade). Por crescerem comigo, por partilharem todos os altos e baixos, todos os desafios e todos os sucessos a meu lado. Cada um de vocês teve um contributo particular para este grupo e para o meu crescimento.

A todos os outros amigos que tive o prazer de conhecer na faculdade. Em especial, à Marta, por todas as aventuras, por todas as palavras. À Beatriz por ser das pessoas mais queridas e genuínas que conheço. À Ana Rita e à Susana por partilharem comigo este ano e a experiência do estágio, por todas as conversas e lanches no bar. E ao Tiago, por me ter ajudado a crescer, por acreditar em mim e me motivar a ser mais e melhor.

À Zé e ao Luís. Por serem os meus segundos pais, por disponibilizarem a vossa casa para eu trabalhar, por quererem o meu bem e por gostarem tanto de mim.

À minha família. À minha mãe por todo o apoio incondicional desde sempre, por me querer sempre ajudar a sentir melhor, por me mandar sair de casa para descontraír. Ao meu pai por todas as palavras de apoio, por ter paciência para mim. Ao meu irmão pela preocupação, por todos os abraços de apoio, por todos os favores que me faz quando preciso. À minha irmã por me ajudar sempre que pode, por querer partilhar tanto comigo e por estar sempre ao meu lado. Obrigada pela paciência, pela compreensão, pela força que me dão. Obrigada por serem as pessoas que estão sempre disponíveis para mim. Não sei o que faria sem vocês.

Aos meus avós. À minha avó Teresa por ser a estrela mais brilhante do céu e por estar sempre a olhar por mim. À minha avó Isaura por todos os mimos e palavras de força antes de partir. Ao meu avô João por acreditar em mim e por todas as palavras carinhosas.

Obrigada pelo vosso amor, tenho saudades vossas. Ao meu avô Hélder por estar sempre presente e por querer tanto o meu bem.

Ao Luís. A peça essencial do *puzzle*. Por toda a paciência nas horas mais difíceis, por compreender as minhas ausências e por fazer tudo para que eu me sinta bem. Por todo o amor e apoio incondicional. Por acreditar em mim e estar sempre ao meu lado. Por toda a motivação e por me ajudar a crescer, a fazer mais e melhor. Sem ti, nada disto fazia sentido. Obrigada por poder crescer a teu lado. Amo-te.

RESUMO

A alexitimia é definida de acordo com três elementos fundamentais: dificuldade em identificar emoções, dificuldade em comunicar emoções e pensamento orientado para o exterior (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Foram realizados estudos que demonstram algumas conclusões acerca do impacto que um nível elevado de alexitimia pode ter no processo terapêutico, demonstrando que este tipo de funcionamento pode estar associado a piores resultados terapêuticos e a sintomas residuais após a terapia (e.g., Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2004). O presente estudo, exploratório e qualitativo, visa potenciar o aumento da compreensão das implicações de um nível elevado de alexitimia no processo terapêutico, de acordo com a perspectiva do terapeuta.

A recolha de dados baseou-se na realização de entrevistas semiestruturadas a sete participantes (membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses). A análise temática dos dados, através da utilização do *software* QSR NVivo 11, permitiu a criação de um sistema hierárquico de categorias. Os resultados permitem perceber que os terapeutas estão, de forma geral, familiarizados com a alexitimia e que têm este conceito em conta na sua prática terapêutica. As principais implicações de um nível elevado de alexitimia parecem estar ao nível do estabelecimento inicial da relação terapêutica, da manutenção do processo terapêutico, da dimensão dos resultados terapêuticos e do impacto no próprio terapeuta.

Foram salientadas estratégias de intervenção da área Cognitivo-Comportamental, da Terapia Existencial-Humanista e algumas estratégias transversais a diversas orientações teóricas como potencialmente úteis neste contexto.

Finalmente, apresentam-se algumas limitações do presente estudo e sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: *alexitimia, processo terapêutico, estratégias terapêuticas, estudo qualitativo*

ABSTRACT

Alexithymia is defined by three main elements: difficulty in identifying feelings, difficulty in communicating feelings and externally-oriented thinking (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Studies show an impact of a high level of alexithymia in the therapeutic process, with worse therapeutic results and residual symptoms after therapy (e.g., Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2004). This exploratory and qualitative study aims at increasing the understanding of the implications a high level of alexithymia has in the therapeutic process, from the therapist's perspective.

Data was collected by conducting semi-structured interviews to seven participants (full members of the Portuguese Order of Psychologists). A thematic analysis was done with QSR NVivo 11 software and enabled to create a hierarchic category system. The results allowed to conclude that therapists are generally familiarized with the alexithymia concept and take this concept into account in their therapeutic praxis. The main implications of a high level of alexithymia seem to be related to the establishing of the therapeutic relationship, to the maintenance of the therapeutic process, to the size of the therapeutic results and the impact on the therapists themselves. We highlighted intervention strategies in the cognitive-behavioural area, in existential-humanistic therapy and some transversal strategies to several theoretical orientations as being potentially useful in this context.

Finally, some limitations of this study are referred and future investigations are suggested.

Keywords: *alexithymia, therapeutic process, therapeutic strategies, qualitative study*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
Emoção e Regulação Emocional	1
Alexitimia	2
Valor do Constructo de Alexitimia para o Processo Terapêutico.....	4
Impacto na Relação Terapêutica, no Processo Terapêutico e nos Resultados Terapêuticos	4
Estratégias/Soluções psicoterapêuticas.....	6
Relevância do Estudo	7
METODOLOGIA	7
Enquadramento Metodológico.....	7
Desenho da Investigação	8
Questão Inicial	8
Objetivos	8
Caracterização da Amostra.....	8
Instrumentos	9
Questionário Sociodemográfico.....	9
Guião da Entrevista Semiestruturada.....	9
Procedimentos.....	9
Procedimento de Seleção e Recolha de Dados	9
Procedimento de Análise de Dados.....	11
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	11
Domínio 1: Conhecimento e definição do constructo de alexitimia.....	12
Domínio 2: Integração da variável alexitimia na conceptualização de caso	17

Domínio 3: Implicações de um nível elevado de alexitimia.....	20
Domínio 4: Estratégias de intervenção terapêutica	24
Domínio 5: Influência de outros fatores	27
Domínio 6: Investigação Futura	29
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	40

LISTA DOS ANEXOS

Anexo A – *Email* enviado aos participantes

Anexo B – Informações sobre o estudo e consentimento informado

Anexo C – Ficha de recolha de dados sociodemográficos

Anexo D – Guião da entrevista semiestruturada

Anexo E – Sistema hierárquico de categorias

UMA PEQUENA TEORIA

As pessoas observam as cores de um dia apenas no seu princípio e fim, mas para mim é óbvio que um dia se funde numa multitude de tonalidades e entoações, a cada momento que passa. Uma única hora pode consistir em milhares de cores diferentes. Amarelos ceráceos, azuis de morrinha. Negros tenebrosos. No meu trabalho, faço questão de os notar.

- Markus Zusak, *A Rapariga que Roubava Livros*

Introdução

Emoção e Regulação Emocional

A emoção é um estado psicológico complexo que envolve três componentes distintos: experiência subjetiva, resposta fisiológica e resposta comportamental ou expressiva (e.g., Hockenbury & Hockenbury, 2007). As emoções surgem da avaliação automática das situações em relação às necessidades, objetivos e preocupações (Greenberg, 2004). São uma fonte de informação que integra a experiência, atribuindo-lhe um significado, valor e direção, preparando o ser humano para a ação (Greenberg, 2004). As emoções desempenham, assim, diversas funções a nível da comunicação, da orientação, da prevenção e da sinalização, permitindo a regulação da satisfação das necessidades e promovendo adaptação e bem-estar (Vasco, 2009a).

Um constructo que importa então salientar é o constructo de regulação emocional. Segundo Gross e Muñoz (1995), a regulação emocional pode compreender dois fenómenos: a regulação de algo através das emoções e a regulação das próprias emoções. Interessa aqui focar o segundo fenómeno que é definido como um processo de manipulação no próprio ou nos outros dos antecedentes da emoção ou de um ou mais componentes da resposta emocional – comportamental, subjetivo ou fisiológico (Gross & Levenson, 1993). Neste sentido, Gross (1998) postula que a regulação emocional permite ao indivíduo criar um efeito nas emoções que experiencia (i.e., aumentar, diminuir ou manter as componentes da resposta emocional), podendo exercer influência nas dimensões do processamento emocional (comportamental, cognitiva, experiencial, social e fisiológica). Segundo Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional é um conceito multidimensional que está relacionado com a compreensão e a consciência das próprias emoções, com a aceitação das emoções, com a capacidade de monitorização e de controlo de comportamentos impulsivos, com a capacidade de recorrer a estratégias de regulação emocional que modulem as respostas

emocionais tendo em conta os objetivos individuais e as situações experienciadas. Quando uma destas capacidades não é adquirida ou não está presente pode ser indicativo de dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). Desta forma, a desregulação emocional envolve a resposta não adaptativa a emoções (Gratz & Roemer, 2008).

Nesta linha de pensamento, pretende-se destacar a alexitimia.

Alexitimia

A desregulação emocional pode estar relacionada com a alexitimia que expressa um modo de funcionamento caracterizado por dificuldades nos processos de consciência, experienciação, expressão, diferenciação e regulação emocional, havendo capacidades reduzidas em atribuir à emoção a sua função comunicativa e de tendência de ação (e.g., Silva & Vasco, 2010; Taylor, Bagby, & Luminet, 2000). Uma vez que o processo de regulação emocional possui um valor adaptativo que permite ao indivíduo lidar com diversas situações ao longo da vida (e.g., John & Gross, 2004; Vasco, 2009b) e que a alexitimia se refere a dificuldades de regulação emocional, torna-se relevante estudar este conceito.

A alexitimia é uma palavra que deriva do Grego – *a* tem um sentido de negação, significa falta ou ausência, *lex* significa palavra e *thymos* significa emoção ou sentimento – que pode ser traduzida para “sem palavras para os sentimentos” (Freire, 2010). Ao longo das últimas décadas houve uma evolução na tentativa de conceptualização deste conceito. Foi, originalmente, utilizado por Sifneos (1973) para designar um conjunto particular de características cognitivas e afetivas típicas de pacientes com patologia somática que exibiam dificuldade em representar simbolicamente as suas emoções. Foi a criação deste termo por Sifneos que despoletou uma grande quantidade de investigação acerca deste constructo, levando a diversas tentativas de criação de uma conceção de alexitimia.

Nesta sequência, Taylor, Bagby e Parker (1997) tentaram chegar a uma definição consensual de alexitimia. De acordo com estes autores, a alexitimia é definida de acordo com três fatores fundamentais: dificuldade em identificar sentimentos/emoções, dificuldade em comunicar sentimentos/emoções e pensamento orientado para o exterior (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Estes autores propõem que as características associadas ao conceito de alexitimia refletem défices ao nível do processamento cognitivo e da regulação emocional (Taylor et al., 1997).

Fazendo uma pequena consideração em relação à investigação na área da etiologia da alexitimia, salienta-se a vantagem em considerar um modelo de múltiplos fatores para um aumento da compreensão deste constructo (Silva, Vasco, & Watson, 2013b). Segundo Silva et al., (2013b) devemos, então, considerar a possibilidade de estarem vários fatores envolvidos na etiologia da alexitimia: os fatores hereditários (e.g., Jørgensen, Zachariae, Skytthe, & Kyvik, 2007), a qualidade das relações de vinculação na infância (e.g., Taylor et al., 1997; Troisi, D'Argenio, Peracchio, & Petti, 2001) e a exposição a acontecimentos traumáticos (e.g., Freyberger, 1977).

Adicionalmente, através dos estudos realizados, verificou-se que a alexitimia estava presente em diversas perturbações, como: perturbações alimentares (e.g., Petterson, 2004), abuso e dependência de substâncias (e.g., Speranza et al., 2004), perturbações de ansiedade e depressão (e.g., Panayiotu et al., 2015; Zeitlan & McNally, 1993) e perturbação de *stress* pós-traumático (e.g., Hyer, Woods, & Boudewyns, 1991). A investigação realizada sugere, também, uma associação entre alexitimia e perturbações de personalidade, tais como: perturbação de personalidade *borderline*, narcísica e anti-social (e.g., Sifneos, 1973; Taylor, 2000). Verificou-se, também, uma associação entre alexitimia e perturbações do espectro do autismo (Aaron, Benson, & Park, 2015). Destaca-se aqui a importância de olhar para este

constructo não como um traço destas perturbações, mas como uma condição co-mórbida (Taylor, 1984).

O interesse crescente pela alexitimia, ao longo das últimas décadas, conduziu ao desenvolvimento de diversos instrumentos destinados a avaliar este constructo. Estes são, essencialmente, de auto ou hétero-relato, como: o Questionário Psicossomático do Hospital *Beth Israel* (Sifneos, 1973); a escala de alexitimia do *MMPI* (Kleiger & Kinsman, 1980); a Escala de Alexitimia de Toronto (Bagby, Parker, & Taylor, 1994) ou o Questionário de alexitimia *Bermond-Vorst* (Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999). No entanto, o uso de auto relatos com pacientes alexitímicos tem sido criticado, devido à possível dificuldade por parte dos mesmos em aceder ao seu mundo interno (Silva et al., 2013b). De forma a ultrapassar estas limitações, alguns investigadores aconselham combinar a aplicação de medidas de auto ou hétero-relato com medidas que avaliem a capacidade de identificar ou expressar emoções, tais como, observação, entrevista e testes projetivos (e.g., Porcelli & Mihura, 2010; Silva et al., 2013b).

Por fim, salienta-se a importância e a utilidade, para a psicoterapia, de olhar para a alexitimia como uma característica psicológica do pensamento, das emoções e dos processos subjacentes (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2005). Ogrodniczuk, Piper e Joyce (2011) sugerem que a alexitimia é um constructo dimensional (i.e. as pessoas apresentam um nível ou um grau de alexitimia). Nesta linha de pensamento, Silva, Vasco e Watson (2013a) propõem o uso do termo *funcionamento alexitímico* em vez de alexitimia.

Valor do Constructo de Alexitimia para o Processo Terapêutico

Impacto na relação terapêutica, no processo terapêutico e nos resultados terapêuticos.

Apesar da existência de diversos estudos que demonstram que existe uma prevalência elevada de pacientes com funcionamento alexitímico na população clínica, muito frequentemente esta

dimensão não é tida em conta na intervenção terapêutica (Silva et al., 2013b). É de grande importância ter esta dimensão em conta por diversos motivos. Em primeiro lugar, a incapacidade que os pacientes alexitímicos têm em transmitir a natureza experiencial dos seus problemas pode prejudicar a comunicação eficaz das suas dificuldades e, desta forma, pode ser difícil estabelecer um plano de intervenção adequado (Silva et al., 2013b). Em segundo lugar, segundo McCallum, Piper, Ogrodniczuk e Joyce (2003), níveis elevados de alexitimia, em especial a dificuldade em comunicar sentimentos e o pensamento orientado para o exterior, estão associados a piores resultados terapêuticos. Em terceiro lugar, existe evidência que a presença de características alexitímicas é preditora de sintomas residuais após a terapia (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2004). Em quarto lugar, tendo em conta que as emoções permitem aceder a necessidades e que no funcionamento alexitímico o processamento emocional se encontra comprometido, encontra-se, também, limitada a capacidade de regular a satisfação das necessidades do indivíduo (e.g. Vasco, 2009a; Vasco 2009b). Isto pode ter impacto quer a nível do processo terapêutico, quer a nível dos resultados terapêuticos.

Ogrodniczuk, Piper e Joyce (2008) observaram que a reação do terapeuta ao paciente com funcionamento alexitímico medeia em parte as dificuldades em comunicar sentimentos e o pensamento orientado para o exterior nos sintomas gerais e nos objetivos terapêuticos. Isto é, a perceção que os terapeutas têm relativamente aos pacientes pode influenciar os resultados terapêuticos. Assim os pacientes alexitímicos podem apresentar resultados terapêuticos insatisfatórios porque os seus terapeutas os percebem como tendo menos qualidades, sendo menos compatíveis ou como menos significativos como membros do grupo (em terapia de grupo) (Ogrodniczuk et al., 2005).

Hesse e Floyd (2011) destacam, em população não clínica, a presença de dificuldades relacionais em pessoas com funcionamento alexitímico, argumentando que a alexitimia provoca um défice comunicacional que causa dificuldades relacionais. Neste sentido, as

dificuldades relacionais podem expressar-se, também, na relação terapêutica (Ogrodniczuk et al., 2008).

Segundo Taylor et al. (1997), existe um risco em focar a terapia nas consequências das dificuldades emocionais, mais do que na origem do problema, parecendo haver uma necessidade do foco terapêutico ser ao nível das tarefas emocionais ligadas aos processos emocionais envolvidos no funcionamento alexitímico.

Estratégias/Soluções psicoterapêuticas. Norcross (2002) salienta a importância de adaptar a intervenção psicoterapêutica às necessidades e às características individuais de cada paciente. Desta forma, deduz-se a importância de adaptar a intervenção terapêutica ao indivíduo tendo em consideração o nível de alexitimia. Tendo em conta as limitações apresentadas anteriormente, alguns autores desenvolveram estudos com o objetivo de aumentar a compreensão face a uma intervenção psicoterapêutica mais adequada com pacientes com funcionamento alexitímico.

Existiram tentativas de desenvolver tratamentos específicos para reduzir a alexitimia, como por exemplo: o Tratamento para a Redução da Alexitimia (Levant, Halter, Hayden, & Williams, 2009); e uma intervenção de três passos focada em eventos perturbadores específicos (Vanheule, Verhaeghe, & Desmet, 2010).

Ogrodniczuk (2007) destaca a relevância de identificar formas de comunicação terapêutica que reduzam as características alexitímicas. Por sua vez, Taylor (2000) sugere o recurso a técnicas psicoterapêuticas que promovam a consciência emocional e a integração de elementos simbólicos de esquemas emocionais de forma a potenciar a redução das características alexitímicas. Nesta linha de pensamento, Silva et al. (2013b) sugerem que modelos que promovam exploração e consciência emocional num contexto de segurança, valorização do outro e confiança podem ser uma solução para o desenvolvimento de competências emocionais e relacionais no contexto do funcionamento alexitímico. Assim, a

focagem (Gendlin, 1998), a escrita expressiva (Pennebaker & Chung, 2007), a mentalização (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), a terapia comportamental dialética (Lineham, 1993) e modelos de terapia focada nas emoções (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004) parecem ser modelos/técnicas úteis neste contexto indo de encontro às necessidades salientadas.

Relevância do Estudo

Tendo em conta o que foi referido nos pontos anteriores, parece importante ter em conta o nível de funcionamento alexitímico no contexto psicoterapêutico.

Ogrodniczuk (2007) salientou a importância da investigação sobre este constructo se centrar em formas de intervir em contexto terapêutico. Desta forma é relevante estudar a visão dos terapeutas relativamente às implicações que a alexitimia tem para o processo terapêutico.

Metodologia

Enquadramento Metodológico

O presente estudo segue uma abordagem de natureza qualitativa, tendo um carácter descritivo e exploratório que se fundamenta no reconhecimento da necessidade de exploração de áreas pouco desenvolvidas pretendendo ampliar o conhecimento das mesmas (e.g., Silverman, 2000). É, assim, considerada a interatividade do processo de recolha e análise dos dados, destacando-se a necessidade de flexibilidade do investigador que assume a responsabilidade das interpretações realizadas (Strauss & Corbin, 1998).

O foco de interesse é a compreensão das percepções dos participantes em relação às implicações da alexitimia no processo terapêutico, o que é facilitado por uma metodologia qualitativa.

Desenho da Investigação

Questão Inicial. Considerando o carácter exploratório do estudo, a presente investigação parte da seguinte questão inicial: Qual a visão dos psicólogos acerca do impacto da alexitimia no processo terapêutico?

Objetivos. De seguida encontram-se listados os objetivos desta investigação:

1. Avaliar o conhecimento do constructo de alexitimia por parte dos psicólogos.
2. Explorar a compreensão que os psicólogos têm acerca deste constructo.
3. Explorar se é realizada e como é realizada a avaliação da alexitimia em contexto psicoterapêutico por parte dos psicólogos.
4. Explorar as implicações que o funcionamento alexitímico tem para a relação terapêutica, para o processo terapêutico e para o resultado terapêutico.
5. Perceber quais as estratégias mais utilizadas por parte dos psicólogos para gerir/lidar com as dificuldades associadas aos fatores/ características da alexitimia.
6. Identificar estratégias consideradas eficazes pelos psicólogos para intervir no contexto da alexitimia, de forma a potenciar um modelo de intervenção nesta área.
7. Compreender a influência de outros fatores, como a personalidade e a sintomatologia.

Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por seis participantes do sexo feminino e um participante do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 28 e os 37 anos ($M=33$, $DP=4.062$). Os sete participantes são psicólogos de diferentes orientações teóricas (e.g., Cognitiva, Dinâmica, Cognitivo-Comportamental, Integrativa e Psicanalítica), com diferentes graus de ensino (dois com Doutoramento, dois com a licenciatura pré-Bolonha e três com Mestrado Integrado em Psicologia) e com uma média de 10,3 anos de experiência. Dos participantes cinco frequentam supervisão e seis frequentam ou frequentaram formação

em sociedades de psicoterapia (e.g., Associação Portuguesa de Terapia Cognitivo-Comportamental, Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica, Sociedade Portuguesa de Psicanálise, Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar e Instituto de Psicologia Aplicada e Formação).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. O questionário sociodemográfico (Anexo C) tem questões que incidem sobre os dados sociodemográficos dos participantes (e.g., sexo, idade, grau de escolaridade) e dados relativos à sua experiência profissional (e.g., orientação teórica, número de anos de experiência, número médio de casos acompanhados, frequência de supervisão, frequência e local de formação). A utilização deste questionário permite caracterizar os participantes e contextualizar os dados recolhidos.

Guião da entrevista Semiestruturada. Foi utilizado um guião de entrevista semiestruturada (Anexo D), construído para a presente investigação tendo por base a questão de investigação, os objetivos enunciados e os princípios propostos pela literatura sobre investigação qualitativa. Este guião foi organizado por blocos temáticos, permitindo algum grau de flexibilidade na captação de conteúdos e permitindo a reformulação ou a criação de questões pertinentes à medida que os dados foram recolhidos (e.g., Daly, 2007).

Procedimentos

Procedimento de Seleção e Recolha de Dados. Após a realização do guião foram realizados dois pré-testes com o objetivo de testar a estrutura da entrevista, de realizar as alterações necessárias, aperfeiçoar algumas questões e de estimar um tempo médio da duração da entrevista. Após esta primeira fase, foi estabelecido o contato com os psicólogos, através de *e-mail* (Anexo A) ou por contato telefónico, de forma a convidá-los a participar na

investigação. Neste primeiro contato foi enviado um consentimento informado informal (sem referência ao termo alexitimia).

A amostra foi de conveniência. No entanto, os participantes tinham de preencher alguns requisitos: ser membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses e ter acompanhado um mínimo de 10 casos.

Previamente ao início da entrevista procedia-se à apresentação do entrevistador, à assinatura do consentimento informado (Anexo B), e ao preenchimento do questionário sociodemográfico (Anexo C). Foi fornecida informação acerca dos objetivos do estudo e da duração da entrevista. Foi, também, garantida a confidencialidade e os participantes foram informados da possibilidade de desistência. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada a cada participante, com gravação áudio mediante autorização prévia. De forma a assegurar que as respostas fossem em função do mesmo constructo foi fornecida uma definição estandardizada de alexitimia após as primeiras questões (ver Anexo D). Após a realização das questões procedia-se ao agradecimento pela disponibilidade e pela participação.

Procedimento de Análise de Dados. As entrevistas foram transcritas na sua totalidade e foram analisadas através do processo de análise temática recorrendo ao *software* QSR NVivo 11. A análise temática é um método que permite identificar, analisar e descrever padrões (temas) presentes nos dados. Adequa-se a estudos de natureza exploratória como o presente estudo, sendo um processo flexível e independente de uma moldura teórica constituído por seis fases (Braun & Clarke, 2006). A primeira fase implicou uma familiarização com os dados (transcrição e leituras repetidas das entrevistas) que permitiu a criação de ideias iniciais acerca dos mesmos. A segunda fase implicou o processo de codificação inicial que permitiu a organização dos dados em códigos específicos quando se observava um dado padrão. Esta organização baseou-se, essencialmente, na análise dos dados recolhidos nas entrevistas, mas também em conceitos previamente descritos na literatura

sobre o tema (e.g., Charmaz, 2006). A terceira fase consistiu na agregação de códigos em temas potenciais, juntando todos os dados relevantes para cada tema potencial, tornando-se possível a construção de um sistema de categorias com diversos níveis. A quarta fase implicou a revisão de todos os temas criados em relação com os respetivos códigos e com todos os dados. A quinta fase implicou um refinamento das especificidades de cada tema e da geração de nomes e definições para cada tema. O sistema hierárquico de categorias final é, assim, o resultado de um processo contínuo de interpretação e recodificação em função de todos os dados que foram surgindo ao longo da análise, havendo um processo cíclico entre a codificação e a análise de dados (e.g., Wiggins & Riley, 2011). As categorias não são mutuamente exclusivas no sentido em que pode encontrar-se o mesmo extrato em diversas categorias. Importa salientar que a credibilidade das análises realizadas foi assegurada com a verificação dos resultados por um consultor externo com experiência clínica na área da alexitimia e com experiência nesta metodologia de investigação. Esta consultoria conduziu ao reajuste e à renomeação de categorias. A sexta fase consiste na análise final dos dados em relação com a questão de investigação e a literatura existente, que se encontra descrita na secção dos resultados e discussão.

Tendo como referência a questão inicial e os objetivos desta investigação considera-se que, por um lado, a criação das categorias foi realizada através de um processo abduutivo, integrando a razão e a criatividade de forma a explicar os fenómenos em estudo e, por outro lado, a relação entre os dados e a teoria foi analisada de forma dedutiva, existindo uma comparação dos dados obtidos com fenómenos já descritos na literatura (e.g., Daly, 2007).

Apresentação e discussão de resultados

Tendo em conta a natureza exploratória do estudo surgiu um número elevado de categorias. Na revisão final das categorias, algumas foram renomeadas, outras eliminadas e

outras foram agrupadas. Ainda assim, surgem categorias com apenas uma referência. Estas categorias foram mantidas porque se considera que são relevantes para a análise global dos resultados e para uma maior discriminação dos temas e dos subtemas. Os critérios de inclusão em cada uma das categorias foram a revisão de literatura realizada, a referência ao tema pelos participantes na entrevista e a relevância para os objetivos do presente estudo.

A análise temática das entrevistas resultou em 97 categorias interrelacionadas que geraram diversos temas e subtemas organizados em seis domínios distintos: (1) Conhecimento e definição do constructo de alexitimia; (2) Integração da variável alexitimia na conceptualização de caso; (3) Implicações de um nível elevado de alexitimia na terapia; (4) Estratégias de intervenção terapêutica; (5) Influência de outros fatores; e (6) Investigação Futura. Estas categorias foram organizadas num sistema hierárquico de categorias (Anexo E). De seguida, explicar-se-á cada categoria, recorrendo à apresentação de exemplos de excertos e à reflexão acerca dos mesmos.

Domínio 1: Conhecimento e definição do constructo de alexitimia

Os psicólogos sabem o que é a alexitimia? Como definem este constructo? Qual a sua visão do mesmo? Tendo em conta a análise das entrevistas surgiram quatro categorias distintas neste domínio (Anexo E). Este domínio direciona-se para o primeiro e o segundo objetivos deste estudo.

1.1. Presença do conhecimento do constructo de alexitimia. Este tema representa o conhecimento dos participantes em relação ao termo alexitimia. Todos os participantes afirmaram conhecer o termo alexitimia. Estes resultados (sete referências de sete fontes diferentes) demonstram que o termo alexitimia é familiar a todos os entrevistados. Isto vai ao encontro do primeiro objetivo deste estudo e sugere, com base nesta amostra e de forma cautelosa, que os psicólogos conhecem o termo alexitimia.

Entrevistadora: (...) *O que eu queria focar aqui é o conceito de alexitimia. (...)*

Em primeiro lugar, queria saber se conhece este termo.

Participante 1: **Conheço.**

1.2. Definição do constructo de Alexitimia. Este tema representa a definição que os psicólogos têm de alexitimia e está relacionado com o segundo objetivo do estudo. Das 12 referências relativas à definição do constructo de alexitimia surgem quatro temas. O primeiro subtema refere-se à dificuldade em identificar emoções e é o tema mais referido (cinco referências). Este subtema corresponde a um dos três componentes da definição de alexitimia de Taylor et al. (1997).

Entrevistadora: (...) *em primeiro lugar queria saber se conhece este termo, ah e se conhece, qual é a definição que tem na mente dele ou o que é que considera por alexitimia.*

Participante 5: *A **dificuldade em identificar os seus próprios sentimentos** e em exprimir aos outros o que é que, quais é que eles são.*

O segundo subtema que surge é a dificuldade em comunicar emoções, sendo referenciado três vezes e correspondendo, também, a um dos três componentes da definição de alexitimia de Taylor et al. (1997).

Participante 4: *Ah apesar de não o conhecer muito muito bem. Ah... Aquilo que eu sei é que tem de facto um bocadinho a ver com essa ideia de identificação e **também comunicação ao outro, não é, das próprias emoções.***

O terceiro subtema corresponde à dificuldade de regulação emocional, tendo sido referenciado três vezes. Este subtema representa uma definição mais abrangente de alexitimia, mostrando-se menos específica.

Participante 3: *Hmm, ok, há aqui assim uma ideia de dificuldade de ler as emoções, uma dificuldade talvez que é um conceito assim um bocado*

*abrangente, não é? Mas talvez aqui a **dificuldade de processar as emoções, de regulação emocional também.***

Por fim, o quarto subtema refere-se à ausência de definição. Apenas um participante não tem presente uma definição de alexitimia.

Entrevistadora: *E desse conceito o que é que tem mais presente? Como é que o define?*

Participante 2: *Ah... Ora bem, eu tenho sempre **alguma dificuldade em colocar assim, em trocar por miúdos** este tipo de conceitos porque eu utilizo muito (...) aquilo que eu sinto com a pessoa ou junto da pessoa para trabalhar com isso.*

Estes resultados demonstram que a maior parte da amostra consegue definir a alexitimia com pelo menos um dos componentes da definição de Taylor et al. (1997). No entanto, não surgiu o terceiro componente: o pensamento orientado para o exterior. Isto sugere que os participantes não associam este último componente ao constructo de alexitimia.

1.3. Visão do constructo de alexitimia. Este tema representa a forma como os participantes vêem o constructo de alexitimia. Das sete referências relativas à visão do constructo de alexitimia, quatro são relativas à visão do constructo em termos de processos subjacentes. Neste subtema é destacada a forma de olhar para este conceito tendo em conta os processos subjacentes ao mesmo (e.g., a dificuldade em identificar emoções, a dificuldade em comunicar emoções, etc.) ao invés de olhar para a alexitimia como um todo.

Participante 1: *(...) Se calhar quando eu penso nos casos eu não penso propriamente em termos da alexitimia, mas penso em termos da identificação das emoções e da comunicação das emoções, etc. (...). Se calhar, eu penso na alexitimia não tanto em termos de conceito em si, **mas se calhar em termos dos processos que ela envolve.***

As restantes três referências são relativas à visão do constructo de alexitimia em termos de níveis de um contínuo. Este subtema surgiu nas primeiras entrevistas. No entanto, deve ser analisado com precaução uma vez que acabou por ser induzido pela entrevistadora nas entrevistas posteriores. Surge nesta secção porque se considerou a relevância da percepção dos participantes acerca do mesmo. Este subtema acaba por ir ao encontro da noção de funcionamento alexitímico referido na introdução (Silva, Vasco, & Watson, 2013a).

Entrevistadora: (...) *não sei como é que, como é que é o seu olhar para este conceito. Se é, por exemplo, mais em termos de nível, como um contínuo (...) ou se olha para ele mais como uma ausência ou presença (...) dessas três características. (...)*

Participante 5: *Acho que é **um contínuo**. Ah, tal como já disse, porque acho que não só na... Não só nos pacientes, mas em todas as pessoas em geral (...).*

*Portanto acho que são fatores a ser trabalhados em qualquer paciente. Que existem como um contínuo sim e **acho que existem, também, como contínuo ao longo da vida**, não é? (...) Portanto, acho que existe como, vejo como um contínuo entre, **vá entre o 0 e o 100**, seria a utopia e... Acho que vai variando nos próprios pacientes em função dos momentos (...).*

1.4.Hipóteses relativas à etiologia da alexitimia. Este tema representa a percepção dos participantes relativamente à etiologia da alexitimia. É uma categoria que surgiu no discurso dos participantes, não existindo questões na entrevista neste sentido. Após algumas referências dos primeiros participantes decidiu-se questionar os participantes seguintes. Das 10 referências relativas às hipóteses acerca da etiologia da alexitimia, duas são referentes à influência das relações precoces no desenvolvimento de características alexitímicas indo ao encontro da literatura (e.g., Troisi et al., 2001).

Participante 3: (...) *olhamos muitas vezes para a **relação primária**, que naturalmente eu não vou dizer também porque não é a causa de tudo, mas na verdade é digamos que é a primeira relação, não é, que um bebê tem com a mãe, ou que tem com o mundo e a forma de muitas vezes também ir vivendo isso e ir vivenciando isso. E se não existe esse espaço também, se nunca existiu este espaço para vivenciar as emoções ou se foi também sempre um espaço de... E nós vemos muito isso em pacientes, não é, na história que às vezes nos trazem, de que não houve, por exemplo, este espaço relacional, um espaço de afeto (...).*

Três das referências estão relacionadas com a influência de vivências traumáticas no desenvolvimento de características alexitímicas, o que vai, também, ao encontro da literatura (e.g., Freyberger, 1977).

Participante 2: *Normalmente isto está associado a **traumas do foro emocional em idades mais precoces** (...). Eu vejo a alexitimia assim muito nesta base, ou seja, estando diretamente relacionada (...).*

Quatro das referências estão relacionadas com a influência dos modelos de socialização ao longo do desenvolvimento.

Participante 4: (...) *porque se **calhar são pessoas que não tiveram experiências de socialização no sentido mais emocional, psicológico, mas mais um bocadinho no sentido funcional**. O que interessava era se calhar um bocadinho mais em termos de se está bem, fisicamente bem, se como bem, um bocadinho mais neste sentido funcional e não tanto ‘como é que estás?’, sentar-se ao lado e brincar, ah..., nomear emoções, não é. (...) Se ninguém nomear (...) também não vou desenvolver isso em mim, não é?*

Por fim, uma das referências nesta categoria refere-se ao subtema da influência dos mass media.

Participante 6: (...) a divulgação 'mass media' para a sociedade no geral (...) e acho que não há muita sensibilidade para abordar as questões emocionais ou até para desmistificar este estereótipo que é imposto aos homens, por exemplo do não falar de emoções (...) E acho que este tipo de vocabulário podia ser trabalhado até em termos de 'mass media' e acho que não é (...) não há muita linguagem emocional, não há, é tudo muito na folia (...).

Domínio 2: Integração da variável alexitimia na conceptualização de caso

Os psicólogos integram a variável alexitimia na conceptualização de caso? Avaliam esta dimensão? Como realizam esta avaliação? Este domínio vai ao encontro do terceiro objetivo deste estudo e conta com dois temas principais (Anexo E).

2.1. Avaliação da Alexitimia. Este tema representa a forma como os participantes realizam a avaliação da alexitimia. Das 14 referências presentes neste tema, 11 são relativas ao subtema da avaliação clínica. Dentro deste subtema surgem diversos tópicos relevantes que refletem a forma como os participantes realizam a avaliação da alexitimia. Em primeiro lugar, surge a auto-observação com duas referências, que se refere à capacidade do terapeuta refletir sobre si mesmo, sobre o que está a sentir com o paciente e, através disso, realizar uma avaliação.

Participante 3: (...) e ver uma parte de nós que está ali presente e está a ouvir a pessoa e está a querer conhecê-la e temos uma outra parte que é quase o que nós às vezes chamamos o **supervisor interno** que é um conceito que é interessante porque é estarmos numa escuta, mesmo numa escuta ativa (...).

Estar a ouvir a pessoa e ao mesmo tempo estar a ouvir-me a mim enquanto estou a ouvir a pessoa.

De seguida, surge a avaliação a partir da relação estabelecida, com duas referências,

que reflete a possibilidade de avaliar a existência de um nível de alexitimia através da interação na relação.

Participante 6: (...) *nós não fazemos um 'screening' completo e tal, não é, não vamos muito por ali, mas eu acho que **a interação na relação dá para perceber se existe ou não algum nível de alexitimia.***

Surge, também, a avaliação na supervisão com uma referência, que reflete a possibilidade de realizar a avaliação com um supervisor.

Entrevistadora: *Que tipo de avaliação é que faz?*

Participante 3: *É que faço? Naturalmente o que eu costumo fazer, portanto, **numa primeira leitura do caso é levá-lo a supervisão** (...).*

Ainda no subtema da avaliação clínica surge a entrevista clínica como meio de avaliação da alexitimia. Esta aparenta ser a forma de avaliação preferencial da alexitimia, contando com cinco referências de quatro fontes.

Participante 6: (...) *Normalmente nas primeiras sessões, ah, eu procuro **recolher informação de forma informal no meio da entrevista**, ah, explorando, por exemplo, os exemplos do dia-a-dia que os nossos pacientes trazem, aquelas queixas muito circunscritas. (...) perceber como é que a pessoa se exprime, se ativa emoções e se utiliza vocabulário emocional, no fundo. E se o vocabulário que utiliza bate com as emoções que deveria entre aspas, não é, estar a sentir naquele momento. (...) E, e através desses exemplos do dia-a-dia, é que eu faço essa avaliação, **durante a entrevista**, no meio da conversa, não aplico um inventário estruturado.*

Por fim, surge a observação como fonte potencial de avaliação da alexitimia, sendo referida apenas uma vez por uma fonte.

Participante 7: (...) *tal como este conceito, muitos outros, ah... São preocupações que tenho em contexto de consulta, em termos de observação direta e de avaliação do discurso que a pessoa tem, da postura. E este é um aspeto que eu tenho sempre em consideração, ah... Independentemente de o catalogar ou não como alexitimia. (...) Ah, mas a mim foco-me muito na questão da observação.*

O segundo tema que surge é o tema da avaliação formal da alexitimia que inclui dois subtemas. Das três referências que surgem neste tema, duas são referentes ao subtema da avaliação da alexitimia através de instrumentos de autorrelato.

Participante 4: (...) *passamos sempre um **Millon**, portanto, para avaliar aqui os traços de personalidade e normalmente quando pensamos, portanto, nos resultados também estas coisas surgem. Portanto de alguma forma isso também está contemplado.*

Surge, também, uma referência relativa à aplicação de técnicas projetivas para realizar a avaliação da alexitimia.

Participante 2: *Eu por norma, ah, com adultos, gosto muito de aplicar o **Rorschach** na perspetiva do Exner (...). É, é uma prova que me é muito útil, que me ajuda a perceber isto e que, também, nos dá indicadores fundamentais.*

2.2. Considerações acerca da importância da avaliação da alexitimia. Este tema é caracterizado por reflexões realizadas pelos participantes acerca da importância da avaliação da alexitimia. Surgem quatro referências em que os participantes tecem considerações acerca da importância da mesma e justificam a sua opinião.

Entrevistadora: (...) *até que ponto é que consideras importante avaliar este conceito, seja de que forma for, em clínica?*

Participante 6: ***Eu acho de extrema importância**, tendo em conta que o nosso instrumento, na maior parte dos casos, é a palavra e a interação verbal, se a*

pessoa tem dificuldade, por exemplo, em comunicar as suas emoções, ah, acho mais difícil o trabalho. Ou seja, o afinarmos aqui o vocabulário entre nós (...).

Domínio 3: Implicações de um nível elevado de alexitimia na terapia

Quais as implicações de um nível elevado de alexitimia dos pacientes para a relação terapêutica, para o processo terapêutico e para o resultado terapêutico? Qual o impacto no próprio terapeuta? Como lidam os terapeutas com as dificuldades sentidas? Este domínio vai ao encontro do quarto e do quinto objetivo deste estudo e é constituído por quatro temas principais (Anexo E).

3.1. Impacto negativo na relação terapêutica. Este tema compreende referências acerca do impacto de um nível elevado de alexitimia na relação terapêutica. Neste tema surgem seis referências. Quatro delas são relativas ao subtema de dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica que se refere a uma maior dificuldade em estabelecer a relação terapêutica com pacientes com um nível elevado de alexitimia, o que vai ao encontro da literatura (e.g., Hesse & Floyd, 2011).

Entrevistadora: (...) em termos de relação sente algum impacto, por exemplo, com algum paciente que tenha um nível mais elevado de um desses três aspetos, ou mesmo dos três?

Participante 1: Eu acho que sim, sim, existe essa relação. Ou seja, é óbvio que um paciente alexitímico vai ter mais dificuldades na relação terapêutica, digamos.

Surge outro subtema, com duas referências, relativo ao estabelecimento de relações superficiais com pacientes com um nível elevado de alexitimia (ou um dos componentes elevado).

Participante 1: (...) *A alexitimia às vezes ajuda-nos a pensar em termos, ou seja, por exemplo, deixe-me pensar. Quando a gente tem clientes que têm este pensamento orientado para o exterior, por exemplo, muitas vezes **tendem a estabelecer relações que são relativamente formais**, ou que não são envolvidas, digamos.*

De uma forma geral, os participantes consideram que é possível estabelecer uma relação terapêutica suficientemente boa com pacientes com características alexitímicas. No entanto, sugerem que este estabelecimento da relação é moroso e que pode haver uma tendência a estabelecer relações pouco envolvidas (essencialmente quando o pensamento orientado para o exterior tem um nível elevado).

3.2.Implicações no processo terapêutico. Este tema representa a percepção dos participantes acerca das potenciais implicações de um nível elevado de alexitimia para o processo terapêutico. Conta com 11 referências e com diversos subtemas. O primeiro subtema, com uma referência, é relativo a dificuldades em partilhar informação relevante, o que vai ao encontro da revisão de literatura realizada (Silva et al., 2013b).

Participante 2: *Uma das dificuldades que nós sentimos com estes pacientes é que têm uma **dificuldade extrema em invocar a sua história de vida** (...). E, portanto, nós temos **dificuldade em ter uma visão compreensiva** do que trouxe a pessoa até aqui.*

O segundo subtema refere-se aos dropouts, com três referências de três participantes é o que aparenta ter um maior impacto percebido no processo terapêutico.

Participante 3: (...), *às vezes não há tempo porque as pessoas fazem **'dropouts'**, não é, porque no fundo ou, ah, quando começam a surgir estas questões, se nós não as identificamos imediatamente **as pessoas saem, abandonam**.*

De seguida, surge, com duas referências, o subtema relativo à estrutura das sessões que é dividido em dois tópicos: falar mais do que os pacientes e foco no conteúdo. Estes tópicos refletem a percepção de que com estes pacientes se torna necessário falar mais no início do processo e que o foco nos processos é mais difícil.

Participante 2: *O que eu noto em termos de evolução terapêutica com estas pessoas é que eu **falo muito ao início** (...) mas tenho que falar mesmo que falar por eles (...).*

Surge um subtema relativo a maiores dificuldades na estruturação da relação (i.e., em termos de regras), que conta com três referências.

Participante 3: (...) *Se nós não identificamos isso a pessoa vai agir e o agir é muitas vezes **falta às sessões, chega tarde, vai embora**.*

Um subtema que surge com duas referências é relativo à influência na tomada de decisão e espelha a importância de realizar escolhas tendo em conta o nível de alexitimia e os objetivos terapêuticos.

Participante 1: *Se eu tiver um cliente que tem estas dificuldades, então no fundo, eu **tenho de fazer uma escolha**. Que é: **ou** trabalho com ele a outro nível digamos, a um nível mais de comportamento ou a um nível mais de estratégias mais pragmáticas **ou então**, se quiser ter algum trabalho que de alguma maneira passa por um trabalho mais emocional, então eu tenho de fazer um trabalho prévio (...).*

Na generalidade, os participantes revelam perceber algumas implicações de um nível elevado de alexitimia do paciente em termos de processo terapêutico, tal como referidas anteriormente. Parece haver uma percepção geral que as características alexitímicas moldam o processo terapêutico, mas não o impedem.

3.3. Impacto nos resultados da terapia. Este tema representa a percepção dos participantes acerca do impacto de um nível elevado de alexitimia nos resultados terapêuticos. Tem seis referências, sendo que duas pertencem ao subtema maior dificuldade em atingir resultados.

Entrevistadora: (...) *sente alguma maior dificuldade em atingir os resultados com este tipo de pacientes?*

Participante 2: *Sim, é mais lento, é **mais lento**.*

Duas referências pertencem ao subtema dos resultados finais dependem dos objetivos iniciais.

Participante 1: (...) *em **última análise os resultados da terapia, definem-se em função dos objetivos**. O que acontece é que, às tantas os objetivos em pessoas com alexitimia podem ser mais moderados digamos, à partida.*

O último subtema deste tema refere-se à menor dimensão dos resultados, com duas referências.

Participante 1: (...) *em termos de resultados se a gente pensasse em termos de uma lógica absoluta, **então os resultados seriam menos ambiciosos ou menos extensos**, digamos do que numa pessoa que sem alexitimia.*

De uma forma geral, os participantes percebem que é possível atingir resultados terapêuticos satisfatórios com estes pacientes, sendo necessário ter em consideração os subtemas acima referidos.

3.4. Impacto no terapeuta. Este tema representa a percepção dos participantes acerca do impacto que um nível elevado de alexitimia pode ter nos terapeutas. É constituído por dois subtemas. Um deles é referente às dificuldades sentidas pelos terapeutas, com 10 referências, que inclui os seguintes tópicos: cansaço e sono; contra-transferência; sentimento de culpa; e sentimento de frustração. O sentimento de frustração é a

dificuldade mais referida pelos terapeutas (seis referências), parecendo ser a que tem maior impacto.

Participante 2: (...) *São os pacientes que nos frustram mais (...).*

O segundo subtema, com seis referências, é referente à forma de lidar com as dificuldades sentidas com estes pacientes e inclui os seguintes tópicos: aceitação das dificuldades sentidas; adaptar os horários das sessões; estar atento à estrutura da sessão; respeito pelos objetivos do paciente; e relevância da supervisão. O último tópico é o único que conta com duas referências, sendo que todos os outros têm uma referência.

Participante 1: *Eu acho que a supervisão é bastante útil, porque de alguma maneira ter outra pessoa a dizer isto pode ser relevante, também, e ter paciência e perceber que há clientes que têm os seus ritmos diferentes (...).*

Domínio 4: Estratégias de intervenção terapêutica

Que estratégias de intervenção são consideradas mais úteis neste contexto? Quais as estratégias consideradas menos úteis? Este domínio vai ao encontro do sexto objetivo deste estudo e conta com dois temas principais (Anexo E).

4.1. Estratégias consideradas pouco úteis com pacientes com um nível elevado de alexitimia. Este tema representa a percepção dos participantes acerca de estratégias percebidas como menos úteis no contexto de um nível elevado de alexitimia no paciente. É constituído por dois subtemas tendo um total de quatro referências. O primeiro é relativo a estratégias da área da Gestalt. Segundo dois participantes este tipo de estratégias não é considerada útil em pacientes com um nível elevado de alexitimia.

Participante 2: *Há pessoas a quem eu peço coisas mais de Gestalt, por exemplo, ou auto-retratos ou coisas mais a nível da expressão plástica e estas pessoas têm muita dificuldade em entrar por aí (...).*

O segundo subtema é relativo a interpretações maciças que é considerado pelo participante 3 algo que não é eficaz com estes pacientes.

Participante 3: (...) *Mas, ah, às vezes o que não, não... São **interpretações maciças**. Por exemplo, ou seja, eu chegar ali à pessoa e dizer-lhe o que é que ela está a sentir e ser eu a dar um nome e ser eu quase a fazer uma interpretação e uma teoria à volta da pessoa.*

4.2. Estratégias consideradas úteis com pacientes com um nível elevado de alexitimia.

Este tema representa a perceção dos participantes acerca de estratégias de intervenção potencialmente úteis neste contexto. Tem um total de 32 referências e engloba cinco subtemas. Estes subtemas englobam estratégias de intervenção que os participantes consideram úteis no contexto da alexitimia. Em primeiro lugar, surge o subtema das estratégias da área da EMDR, referido apenas por um participante.

Participante 2: *Começa logo aí. Haver poucas memórias da, da história quer dizer que houve pouco conteúdo emocional. E, portanto, nós temos dificuldade em ter uma visão compreensiva do que trouxe a pessoa até aqui. Daí que o **EMDR depois pode ir trabalhar sintomas corporais** e não propriamente memórias visuais.*

Em segundo lugar, surge a técnica da caixa de areia, referido apenas por um participante.

Participante 2: *Então é assim, o que eu sinto, é eu com estas pessoas tenho que ir por estratégias mais expressivas, por exemplo são pessoas com quem eu vou utilizar a **técnica da caixa de areia**, por exemplo. Porque não, a pessoa não precisa de estar a expressar o que é que sente ou a contar sobre o que vai dentro de si, vai construir.*

Em terceiro lugar surgem as estratégias da área da Terapia Cognitivo-Comportamental, com um total de 10 referências. Este subtema engloba as seguintes estratégias ou técnicas potencialmente úteis no contexto da alexitimia: mindfulness; modulação; psicoeducação; questionamento socrático; registos da intensidade da dor; e treino de assertividade. A psicoeducação e o *mindfulness* parecem ser as estratégias percebidas como mais úteis neste contexto, tendo em conta o número de referências.

Participante 1: *Ah, e uma parte mais introspetiva, mais **psico-educativa** de facilitar o acesso do cliente às suas próprias emoções.*

Participante 2: *E eu às vezes, eu já me aconteceu ter pessoas assim que depois acabamos por acabamos por fazer em '**mindfulness**'. E a pessoa simplesmente estar ali comigo já é **organizador**.*

Em quarto lugar, surge um subtema relativo a estratégias da área da Terapia Existencial-Humanista, com cinco referências, que engloba as seguintes estratégias: consciencialização corporal; exploração de emoções através do canal preferencial do paciente; exploração dos sentidos; focagem; e utilização de imagens ou metáforas. Alguns destes resultados vão ao encontro da revisão de literatura realizada (e.g., Taylor, 2000; Silva et al., 2013b; Gendlin, 1998).

Participante 6: *(...) mas este género, ok, de **focagem** no próprio, de 'grounding', parecem-me técnicas que talvez possam, ah, funcionar para que a pessoa se sinta.*

Em quinto e último lugar, surge o subtema referente a estratégias transversais a diversas áreas/orientações teóricas, com 13 referências. Este subtema engloba as seguintes estratégias de intervenção: aumento da consciência; ludoterapia; meta-processamento; silêncio terapêutico; trabalho na relação terapêutica; e utilização de uma linguagem comum. Alguns destes resultados coadunam-se com a revisão de literatura (Silva et al., 2013b). Destes

tópicos destacam-se, devido ao número de referências, o meta-processamento, o trabalho na relação terapêutica e a utilização de uma linguagem comum.

Participante 3: *Sim. De alguma maneira, uma vez mais, se calhar indicando um pouco esta pergunta do que é que vai sentindo, **perguntando ao paciente um bocado o indicador o que é que vai sentindo ou que é que está a sentir neste momento enquanto está a falar disso, eu também devolvendo um pouco o que é que eu também estou a sentir, fazendo uma ligação se calhar com algumas sessões passadas em que também já tínhamos falado disso, ah, e por vezes até o próprio momento de um certo silêncio também (...).***

Participante 3: (...) *o **trabalho na relação** é muito importante também para **desenvolver a questão emocional** (...)*

Participante 4: *Porque acho que é mesmo um desafio, ah... Comunicar e chegar à pessoa numa linguagem que não é bem se calhar a linguagem mais habitual, não é? (...) muitas vezes estas pessoas vão buscar **metáforas daquilo que melhor conhecem**, que é a teoria deles, para explicar aquilo que sentem. Ah... E ir um bocadinho atrás daquele mundo (...).*

Domínio 5: Influência de outros fatores

Os participantes consideram que a personalidade, a sintomatologia, entre outros, influencia o nível de alexitimia? Este domínio corresponde à consideração da influência de outros fatores na problemática da alexitimia. Vai, assim, ao encontro do sétimo objetivo deste estudo e conta com cinco temas principais.

5.1. Personalidade. Três dos participantes consideram que existe uma sobreposição entre personalidade e alexitimia.

Participante 1: *Até porque a alexitimia depois **sobrepõe-se** com outras coisas, em termos de aquilo que é, mais uma vez, do psicopatológico, sei lá, **perturbação evitante ou esquizóide da personalidade**, etc.*

5.2. Sintomatologia. Neste tema, surgem quatro subtemas que representam a percepção dos participantes acerca da influência entre alexitimia e psicose, stress pós-traumático, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva, indo ao encontro da revisão de literatura realizada (e.g., Panayiotu et al., 2015; Zeitlan & McNally, 1993; Hyer, Woods, & Boudewyns, 1991).

Participante 1: *Eu acho que há uma sobreposição entre estes fatores, ou seja, aquilo que é a alexitimia muitas vezes traduz-se em sintomatologia e vice-versa. Por exemplo, sei lá, eu estou a pensar no **stress pós-traumático** (...).*

5.3. Défices Cognitivos. Neste tema surge uma referência acerca da consideração na influência de défices cognitivos no desenvolvimento de características alexitímicas.

Participante 2: *Porque eu já tive alguns casos em que havia de facto um **atraso mental**, um comprometimento a nível cognitivo e aqui, eu penso que havia também uma **relação direta**, não é. Porque se há uma incapacidade em compreender o mundo também há uma incapacidade em nomear emoções.*

5.4. Medicação. Neste tema surge a questão da medicação promover características alexitímicas, contando com uma referência.

Participante 2: *E que há uma **alexitimia virtual**, é isso que eu noto às vezes, as pessoas vêm sobremedicadas e não conseguem pensar. (...) aí não é uma alexitimia verdadeira, **foi induzida por medicamentos em excesso**.*

5.5. Psicossomática. Neste tema surgem considerações realizadas por um participante em relação à ligação da psicossomática e da alexitimia.

Participante 2: *Muito da psicossomática, penso que sim. Sim, eu acho que a alexitimia também se mascara com alguma psicossomática. Não digo que seja em todos os casos.*

Domínio 6: Investigação Futura

Que necessidades de investigação? O que pode e deve ser melhor estudado e mais aprofundado? Considerou-se relevante criar este domínio no sentido de inferir possíveis caminhos de investigação futura através das opiniões dos participantes. Assim, o último domínio conta com quatro temas, cada um com uma referência, que nos podem sugerir caminhos a seguir após esta investigação. Apenas quatro participantes teceram considerações acerca deste tópico. Estes temas representam necessidades dos participantes em termos de investigação e de conhecimento para a prática clínica (Anexo E).

6.1. Pensar em termos de processos emocionais subjacentes.

Participante 1: *Portanto, o que eu acharia mais interessante é de facto pensar na alexitimia não tanto como um constructo em si, mas **em relação a um conjunto de processos emocionais.***

6.2. Pensar em termos da influência da educação.

Participante 5: *(...) penso mais a alexitimia nos últimos anos como um constructo que pode ser útil para pensar vá, ou trabalharmos quase para qualquer pessoa (...). Mas acho que é um constructo útil para pensar nisso. Ah, **até que ponto, a educação e aquilo que se transmite está a fomentar o desenvolvimento, ah, destes fatores, ou que por outro lado possa caminhar cada vez mais para ser cada vez mais patologia desta ordem.***

6.3. Pensar em termos de estratégias de intervenção.

Participante 6: (...) *eu achava que na alexitimia a investigação era mais útil, ah, quando tremia mais para o nosso trabalho diário, não é, em termos noções de estratégias e de cautelas e de avisos e desafios que algumas componentes desta, deste problema, desta componente de comunicação pode surgir e não tanto uma categoria verdadeiramente.*

6.4. Desenvolvimento de uma linguagem comum entre os terapeutas.

Participante 3: *Isto sobretudo não tanto no conceito em si mas nestes três pontos, e que nós às vezes de facto quando vemos e nós que somos de áreas diferentes e às vezes o problema da linguagem também acho que acontece connosco (...). Mais literatura sobre isso ou mais comunicação entre nós terapeutas sobre isso acho que é muito importante.*

Através da análise dos resultados torna-se possível refletir acerca dos mesmos. Importa referir que os resultados vão ao encontro dos objetivos deste estudo. Em primeiro lugar, os resultados permitem perceber que os terapeutas parecem estar, de forma geral, familiarizados com a alexitimia e que parecem conseguir defini-la com, pelo menos, um componente da definição de Taylor et al. (1997), à exceção do componente do pensamento orientado para o exterior. Em segundo lugar, os resultados permitem refletir acerca da avaliação que os terapeutas fazem da alexitimia. Neste contexto destaca-se a entrevista clínica como meio de avaliação da alexitimia. Em terceiro lugar, estes resultados permitem compreender que são sentidas, pelos terapeutas, implicações de um nível elevado de alexitimia. Estas parecem estar ao nível do estabelecimento inicial da relação terapêutica e do estabelecimento de relações menos envolvidas, da dificuldade de manutenção do processo terapêutico e da forma como as características alexitímicas moldam o processo terapêutico em termos de tomada de decisão, da maior dificuldade em atingir resultados e da menor

dimensão dos mesmos e, por fim, do impacto no próprio terapeuta em termos de dificuldades sentidas e de como lidam com as mesmas, destacando-se a relevância da supervisão. Em quarto lugar, estes resultados permitem refletir acerca de algumas estratégias potencialmente úteis neste contexto, essencialmente ao nível de estratégias de intervenção da área Cognitivo-Comportamental (e.g., psicoeducação, *mindfulness*), da Terapia Existencial-Humanista (e.g., focagem, consciencialização corporal, etc.) e algumas estratégias transversais a diversas orientações teóricas (e.g., meta-processamento, trabalho na relação terapêutica, utilização de uma linguagem comum). Em quinto lugar, estes resultados permitem refletir acerca da sobreposição da sintomatologia (e.g., depressiva, ansiosa, etc.), da personalidade, de défices cognitivos, da medicação e da psicossomática com a alexitimia, sendo necessário ter em consideração esta sobreposição em contexto clínico. Por fim, estes resultados permitiram uma reflexão acerca das necessidades desta amostra de terapeutas em termos de investigação nesta área, concentrando-se ao nível do estudo de modelos de intervenção, do estudo em termos de processos subjacentes, do desenvolvimento de uma linguagem comum entre os terapeutas e do estudo da influência da educação no desenvolvimento de características alexitímicas. Importa sublinhar que não é possível realizar inferências destes resultados dada a dimensão da amostra.

Conclusão

O presente estudo teve como foco a exploração da percepção dos psicólogos face ao constructo da alexitimia, em termos de definição, de aplicação prática (i.e., avaliação, implicações na terapia e estratégias utilizadas) e de investigação futura. Permitiu, assim, aumentar a compreensão sobre a forma como os psicólogos vêem a temática da alexitimia no contexto terapêutico.

Importa salientar algumas limitações desta investigação. Em primeiro lugar, a amostra reduzida que acaba por não permitir a saturação das categorias. Em segundo lugar, o facto de ter sido a mesma investigadora a realizar as diversas fases da metodologia: as entrevistas, as transcrições e as codificações das mesmas. De forma a ultrapassar estas limitações, seria relevante replicar este estudo com uma amostra maior e com a colaboração entre vários investigadores em cada uma das fases supramencionadas (possibilitando, também, o aperfeiçoamento da metodologia). Esta replicação poderia enriquecer o estudo e aumentar a credibilidade dos resultados (e.g., através do acordo inter-juízes), levando à possibilidade de abstrair informação adicional dos mesmos.

Salientam-se, também, aspetos positivos do presente estudo: a construção e aperfeiçoamento do guião da entrevista através dos pré-testes realizados; a utilização de uma metodologia de análise de dados que permite uma exploração abrangente dos dados; a inovação do estudo no sentido em que não existe nenhum estudo idêntico em Portugal; e a possibilidade de abstrair ideias preliminares interessantes dos resultados obtidos. A existência de investigação neste sentido pode aumentar a compreensão do impacto da alexitimia no processo psicoterapêutico, bem como a compreensão dos processos subjacentes. Desta forma, espera-se que este estudo seja um passo para permitir o desenvolvimento de estudos de modelos mais adequados para se intervir com pacientes com funcionamento alexitímico.

Futuramente, parece, também, interessante realizar estudos no sentido das sugestões dos participantes: no sentido de pensar em termos da influência que a educação pode ter no desenvolvimento de características alexitímicas; no sentido de desenvolver uma linguagem comum entre os terapeutas; no sentido de pensar em termos dos processos subjacentes à alexitimia; e no sentido de compreender que estratégias são eficazes ou como se deve intervir neste contexto, o que vai de encontro às necessidades revistas na literatura (e.g., Ogradniczuk, 2007).

Referências bibliográficas

- Aaron, R., Benson, T.L., & Park, S. (2015). Investigating the role of alexithymia on the empathic deficits found in schizotypy and autism spectrum traits. *Personality and Individual Differences* 77, 215–220.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bermond, B., Vorst, H. C., Vingerhoets, A. J., & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 241-251.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies & human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 15-24.

- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-342.
- Gendlin, E. (1998). *Focusing-Oriented Psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 41-54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 14-25.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J.J., & Muñoz, R.F. (1995). Emotional Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). The impact of alexithymia on initial interactions. *Personal Relationships*, 18, 453-470.

- Hockenbury, D. H. & Hockenbury, S. E. (2007). *Discovering psychology*. New York: Worth Publishers.
- Hyer, L., Woods M. G., & Boudewyns, P. A. (1991). PTSD and Alexithymia: Importance of emotional clarification in treatment. *Psychotherapy*, 28(1), 129-139.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8.785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 369-375.
- Kleiger, J.H., & Kinsman, R.A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 17-24.
- Levant, R. F., Halter M. J., Hayden, E., & Williams, C. (2009). The efficacy of Alexithymia Reduction Treatment: A pilot study. *Journal of Men's Studies*, 17, 75-84.
- Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- McCallum, M., Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., & Joyce, A.S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia, and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 133-144.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.

- Ogrodniczuk, J.S. (2007). Alexithymia: Considerations for the psychotherapist. *Psychotherapy Bulletin*, 42(1), 4-7.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Joyce, A.S. (2004). Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 150-161.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Joyce, A.S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 206-213.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Joyce, A.S. (2008). Alexithymia and therapist reactions to the patient: expression of positive emotion as a mediator. *Psychiatry*, 71(3), 257-265. doi: 10.1521/psyc.2008.71.3.257.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Joyce, A.S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190, 43-48.
- Panayiotu, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K.L., Sy, J.T., & Björqvinnsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 206-216.
- Pennebaker, J. W., & Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman & R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 263-284). New York: Oxford University Press.

- Petterson, R. (2004). Nameless desire: Alexithymia and the anorectic patient. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(1) 77-90.
- Porcelli, P., & Mihura, J.L. (2010). Assessment of Alexithymia With the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 128–136.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Silva, A. N., & Vasco, A. B. (2010). Alexitimia: Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica? *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1, 675-682.
- Silva, A. N., Vasco, A. B., & Watson, J. (2013a). Alexithymia and Emotional Processing as Phenomena Pertinent to all Theoretical Orientations. *International Journal of Psychotherapy*, 17(3), 5-19.
- Silva, A. N., Vasco, A.B., & Watson, J. (2013b). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2(31), 197-211.
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: A practical handbook*. London: Sage Publications.
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Diaz, F., Lang, F., Venisse, J., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O., & Jeammet, P. (2004). Alexithymia, Depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: Sage Publications.

- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 1-15.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observerrated measures. In R. Bar-On & J.D.A Parker (Eds.). *Handbook of emotional intelligence* (pp. 301-319). San Francisco: Jossey-Bass.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Mental Disease*, 189(5), 311-316.
- Vanheule, S., Verhaeghe, P., & Desmet, M. (2010). In search of a frame work for the treatment of alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 84-97.
- Vasco, A. B. (2009a). *Sinto, Logo Também Existo!* Comunicação apresentada no III Seminário Espaço S – Emoções e Juventude – Abordagem Psicológica das Emoções – Cascais, 19-20 Novembro.
- Vasco, A. B. (2009b). *Regulation of Needs Satisfaction as the Touchstone of Happiness*. Comunicação apresentada na 16ª Conferência da European Association for Psychotherapy – Meanings of Happiness and Psychotherapy – Lisboa.

Wiggins, S., & Riley, S. (2011). Discourse analysis. In M. A. Forrester (ed.), *Doing qualitative research in Psychology, a practical guide* (pp.135-153), London: Sage.

Zeitlan, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessivecompulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 658-660.

ANEXOS

Anexo A

Email enviado aos participantes

O meu nome é Patrícia Ribeiro Silva e estou a realizar um estudo sobre dificuldades de regulação emocional e o seu impacto no processo psicoterapêutico no âmbito da minha dissertação de mestrado em Psicologia Clínica do Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Venho convidá-lo para participar neste estudo, sendo importante que:

- Seja membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses
- Tenha acompanhado mais de 10 casos

A participação neste estudo consiste numa entrevista, com duração aproximada de meia hora, gravada através de áudio. O objetivo é aumentar a compreensão da visão dos terapeutas acerca de dificuldades de regulação emocional e do seu impacto na psicoterapia.

A sua participação é voluntária e confidencial e pode desistir a qualquer momento. Se o desejar, no final da investigação, ser-lhe-ão enviados os resultados do estudo previamente à sua publicação.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento através deste contacto eletrónico. Se estiver interessado em participar, pode enviar-me o seu contacto telefónico e agendaremos uma data.

Grata pela disponibilidade.

Pela equipa de investigação,

Ana Catarina Nunes da Silva

Patrícia Ribeiro Silva

Anexo B

Informações sobre o estudo e consentimento informado

Consentimento Informado

Eu, Patrícia Ribeiro da Silva, venho, por este meio, convidá-lo(a) a participar num estudo sobre dificuldades de regulação emocional e o seu impacto no processo psicoterapêutico. Este projeto de investigação insere-se no contexto da realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, do Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva.

Tendo em conta a temática do estudo, é fundamental a participação de diversos psicólogos e agradeço, desde já, a sua disponibilidade em colaborar.

Será realizada uma entrevista com o objetivo de aumentar a compreensão da visão dos terapeutas acerca de dificuldades de regulação emocional e do seu impacto na psicoterapia. A duração da entrevista será de, aproximadamente, meia hora e esta será gravada através de áudio.

A sua participação é voluntária e poderá desistir a qualquer momento, se assim o desejar. A confidencialidade de todos os dados está assegurada, uma vez que não será identificado pelo seu nome e que após a finalização do estudo as gravações áudio serão destruídas. Os resultados deste estudo servirão objetivos científicos, podendo simultaneamente contribuir para a intervenção psicoterapêutica. Após a finalização do estudo, existe a possibilidade de ser fornecida informação aos participantes acerca dos resultados do mesmo, sendo fornecida posteriormente uma cópia do artigo a que esta investigação dará origem.

Disponibilizo-me, desde já, para prestar esclarecimentos adicionais através dos seguintes contactos:

Telemóvel: 915537200

Correio eletrónico: patriciaa_soussi@hotmail.com

Declaro que estou suficientemente informado acerca da forma como este estudo vai decorrer e aceito participar:

(assinatura do participante)

OBRIGADA

Patrícia Ribeiro da Silva

Ana Catarina Nunes da Silva

Faculdade de Psicologia

Anexo C

Ficha de recolha de dados sociodemográficos

Número do participante: _____

Data: ____ / ____ / ____ **Sexo:** F M **Idade:** _____

Escolaridade: Licenciatura (5 anos) Mestrado Doutoramento

Orientação teórica: _____

Anos de experiência: _____

Número médio de casos que já acompanhou: _____

Frequenta supervisão: Sim Não

Frequenta ou frequentou formação em sociedade de psicoterapia: Sim Não

Se respondeu sim, qual?: _____

Anexo D

Guião da entrevista semiestruturada

Alexitimia e implicações no processo terapêutico: A Visão do terapeuta

Entrevista semiestruturada

1. Tema Geral: Conhecimento e definição do constructo de Alexitimia

Blocos temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Conhecimento do constructo de Alexitimia	Compreender se os participantes conhecem este constructo.	<i>Conhece o termo Alexitimia?</i> <i>Já ouviu falar de alexitimia?</i>
Definição de Alexitimia	Perceber qual a definição que os participantes têm para a alexitimia. Perceber que características são associadas ao conceito de Alexitimia.	<i>Como define a alexitimia?</i> <i>Quais os componentes do constructo de Alexitimia?</i>
Definição estandardizada de Alexitimia	Fornecer a definição estandardizada de forma a todos os participantes responderem em função da mesma definição.	<i>A alexitimia é definida de acordo com três elementos fundamentais, que incluem: dificuldade em identificar emoções, dificuldade em comunicar emoções e pensamento orientado para o exterior. (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).</i>

2. Tema Geral: Importância e realização da avaliação da alexitimia e da integração na conceptualização de caso

Blocos temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Avaliação do nível de alexitimia dos pacientes	Compreender se os participantes consideram importante avaliar o nível de alexitimia. Compreender se avaliam esta dimensão. Compreender como avaliam esta dimensão.	<i>Considera importante avaliar o nível de alexitimia dos pacientes?</i> <i>Na sua prática terapêutica, avalia o nível de alexitimia dos pacientes?</i> <i>Como avalia?</i>

Conceptualização de caso	Compreender se os participantes consideram importante a integração desta variável na conceptualização de caso.	<i>Considera importante integrar o nível de alexitimia dos pacientes da conceptualização de caso?</i>
	Compreender se integram esta dimensão na conceptualização de caso.	<i>Integra esta variável, o nível de alexitimia, na conceptualização de caso?</i>
	Compreender como fazem esta integração e quando.	<i>Como faz esta integração? E quando?</i>

3. Tema Geral: Impacto no processo terapêutico e estratégias utilizadas

Blocos temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Implicações de um nível elevado de alexitimia	<p>Compreender quais as implicações de um nível elevado de alexitimia dos pacientes para a relação terapêutica, para o processo terapêutico e para o resultado terapêutico.</p> <p>Compreender como é que o participante se sente perante a ineficácia de algumas estratégias e como lida com isso.</p>	<p><i>Na sua opinião, quais as implicações de um nível de alexitimia elevado para a relação terapêutica?</i></p> <p><i>Na sua opinião, quais as implicações de um nível de alexitimia elevado para o processo terapêutico?</i></p> <p><i>Na sua opinião, quais as implicações de um nível de alexitimia elevado para o resultado terapêutico?</i></p> <p><i>Como se sente face à ineficácia de algumas estratégias? Como lida com esta ineficácia?</i></p>
Estratégias de intervenção	<p>Compreender se os participantes consideram relevante a utilização de estratégias terapêuticas neste contexto e se as utilizam.</p> <p>Identificar quais as estratégias de intervenção que os participantes percebem como mais eficazes. Compreender quais as estratégias de intervenção mais referidas pelos psicólogos.</p>	<p><i>Na sua opinião considera importante a utilização de estratégias de intervenção no contexto da alexitimia?</i></p> <p><i>Utiliza alguma estratégia terapêutica para intervir no nível de alexitimia elevado dos pacientes?</i></p> <p><i>Que estratégia (s) utiliza?</i></p> <p><i>Na sua opinião, quais as estratégias que considera mais úteis ou eficazes para intervir no contexto de um nível de alexitimia elevado?</i></p>

Influência de outros fatores	Compreender a opinião dos psicólogos acerca da possível influência de outros fatores, tais como, a personalidade e a sintomatologia.	<i>Na sua opinião, existe influência de outros fatores, tais como a personalidade e a sintomatologia, quer na avaliação do nível de alexitimia, quer na intervenção, quer no impacto no processo terapêutico? Pode explicitar esta influência?</i>
-------------------------------------	--	--

4. Tema Geral: Necessidades de investigação

Blocos temáticos	Objetivos	Exemplos de questões
Investigação Futura	Perceber se existem necessidades em termos de investigação futura. Compreender a opinião dos participantes acerca da investigação nesta área.	<i>Há alguma área que gostasse que estivesse mais desenvolvida neste contexto? Há alguma lacuna que gostassem de ver preenchida? Na sua opinião, quais deveria ser os próximos passos a dar na área de investigação que possam contribuir para uma maior compreensão desta temática e do seu impacto no processo terapêutico?</i>
Questões dos participantes	Perceber se há algo a acrescentar por parte dos participantes. Dar a oportunidade aos participantes de colocarem questões.	<i>Considera relevante acrescentar algo ao que foi dito? Há alguma coisa que gostasse de me perguntar?</i>

Anexo E

Sistema Hierárquico de Categorías

Sistema Hierárquico de Categorias

Categorias	Fontes	Referências
1. Conhecimento e definição do constructo de Alexitimia	7	36
1.1. Presença do conhecimento do constructo de Alexitimia	7	7
1.2. Definição do constructo de Alexitimia	7	12
Dificuldade em identificar emoções	5	5
Dificuldade em comunicar emoções	3	3
Dificuldade de regulação emocional	3	3
Ausência de definição	1	1
1.3. Visão do constructo de Alexitimia	3	7
Em termos de processos subjacentes	2	4
Em termos de níveis de um contínuo	3	3
1.4. Hipóteses relativamente à etiologia da alexitimia	5	10
Influência das relações precoces	2	2
Influência de vivências traumáticas	2	3
Influência dos modelos de socialização	4	4
Influência dos <i>mass media</i>	1	1
2. Integração da variável Alexitimia na conceptualização de caso	7	18
2.1. Avaliação da Alexitimia	6	14
Avaliação Clínica	5	11
Auto-observação	1	2
Avaliação a partir da relação estabelecida	2	2
Avaliação na supervisão	1	1
Entrevista clínica	4	5
Observação	1	1

Avaliação Formal da Alexitimia	3	3
Instrumentos de autorrelato	2	2
Técnicas projetivas	1	1
<hr/>		
2.2. Considerações acerca da importância da avaliação da alexitimia	4	4
<hr/>		
3. Implicações de um nível elevado de alexitimia na terapia	7	39
<hr/>		
3.1. Impacto negativo na relação terapêutica	4	6
Dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica	3	4
Estabelecimento de relações superficiais	2	2
<hr/>		
3.2. Implicações para o processo terapêutico	5	11
Dificuldade em partilhar informação relevante	1	1
<i>Dropouts</i>	3	3
Estrutura das sessões	2	2
Falar mais do que os pacientes	1	1
Foco no conteúdo	1	1
Mais dificuldades na estruturação da relação	2	3
Influência na tomada de decisão	1	2
<hr/>		
3.3. Impacto nos resultados da terapia	4	6
Maior dificuldade em atingir resultados	2	2
Resultados finais dependem dos objetivos iniciais	2	2
Menor dimensão dos resultados	1	2
<hr/>		
3.4. Impacto no terapeuta	5	16
Dificuldades sentidas pelos terapeutas	5	10
Cansaço e sono	1	1

Contra-transferência	2	2
Sentimento de culpa	1	1
Sentimento de frustração	4	6
Formas de lidar com as dificuldades sentidas com estes pacientes	4	6
Aceitação das dificuldades sentidas	1	1
Adaptar os horários das sessões	1	1
Estar atento à estrutura da sessão	1	1
Respeito pelos objetivos do paciente	1	1
Relevância da supervisão	2	2
<hr/>		
4. Estratégias de intervenção terapêutica	7	36
<hr/>		
4.1.Estratégias consideradas pouco úteis com pacientes com um nível elevado de alexitimia	3	4
Estratégias da área da Gestalt	2	3
Interpretações maciças	1	1
<hr/>		
4.2.Estratégias consideradas úteis com pacientes com um nível elevado de alexitimia	7	32
Estratégias da área da EMDR	1	3
Técnica da caixa de areia	1	1
Estratégias da área da Terapia Cognitivo-Comportamental	4	10
<i>Mindfulness</i>	2	2
Modelagem	1	1
Psicoeducação	3	3
Questionamento socrático	1	1

Registos da intensidade da dor	1	1
Treino de assertividade	1	1
Estratégias da área da Terapia Existencial- Humanista	4	5
Consciencialização corporal	1	1
Exploração de emoções através do canal preferencial do paciente	1	1
Exploração dos sentidos	1	1
Focagem	1	1
Utilização de imagens e metáforas	1	1
Estratégias transversais a diversas áreas/orientações teóricas	6	13
Aumento da consciência	1	2
Ludoterapia	1	1
Meta-processamento	2	2
Silêncio terapêutico	1	1
Trabalho na relação terapêutica	3	4
Utilização de uma linguagem comum	3	3
5. Influência de outros fatores	4	12
5.1. Personalidade	3	3
5.2. Sintomatologia	4	5
<i>Stress</i> Pós-Traumático	1	1
Ansiedade	1	1
Depressão	2	2
Psicose	1	1

5.3.Défices cognitivos	1	2
5.4.Medicação	1	1
5.5.Psicossomática	1	1
6. Investigação Futura	4	4
6.1.Pensar em termos de processos emocionais subjacentes	1	1
6.2.Pensar em termos da influência da educação	1	1
6.3.Pensar em termos de estratégias de intervenção	1	1
6.4.Desenvolvimento de uma linguagem comum entre os terapeutas	1	1