



## Somatização e Alexitimia: Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários<sup>1</sup>

Vera Almeida (*Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, Portugal*) &  
Paulo P. P. Machado<sup>2</sup> (*Universidade do Minho, Portugal*)

(Recibido 20 noviembre 2003/ Received November 20, 2003)

(Aceptado 18 febrero 2004 / Accepted February 18, 2004)

**RESUMO.** A somatização é um grave problema nos cuidados de saúde primários. Vários factores tem sido estudados para explicar a somatização, sendo a alexitimia um dos factores mais investigados. Embora exista trabalho anterior acerca da alexitimia e de algumas condições médicas, ainda pouca pesquisa tem sido efectuada entre pacientes somatizadores nos cuidados primários. O objectivo deste estudo descritivo transversal é investigar a relação entre a somatização e a alexitimia em pacientes dos cuidados primários. 143 pacientes de quatro Centros de Saúde da Região do Porto completaram as seguintes medidas: TAS-20, a PILL, a EEC, e uma versão reduzida da SCL-90. Os resultados indicam-nos que a somatização é um fenómeno comum entre os pacientes dos centros de saúde, estando associado a uma elevada morbilidade física e psiquiátrica. Quanto à associação entre somatização e a alexitimia, inicialmente constatámos uma associação positiva e moderada, mas ao procedermos ao controlo das variáveis ansiedade e depressão, essa associação diminui significativamente, tornando-se fraca. Os resultados mostraram-nos também que a alexitimia não se revelou factor preditivo

---

<sup>1</sup> Esta pesquisa foi apoiada pelo PRODEP III, medida 5, acção 5.3, para formação avançada de docentes no ensino superior. Queremos agradecer ao coordenador da Sub-Região de Saúde do Porto, Dr. Francisco Rocha Pinto, aos directores dos Centros de Saúde, Dr. Jorge Silva (C.S. Campanhã), Dr. Dias Campos (C.S. Paredes), Dr. Ernesto Mendes (C.S. Valongo) e Dr. Barbosa Ferreira (C.S. Castelo da Maia) e aos colegas do ISCS-N, Dra. Piedade Vieitas, Dra. Joana Soares, Dra. Sofia Soares e Dr. Paulo Azevedo, pela sua colaboração. Queremos agradecer a todos os alunos estagiários que, nestes centros de saúde, colaboraram na recolha dos dados e ao André Castro e Ricardo Martins na codificação e introdução dos dados. Por fim queremos agradecer ao Dr. Rui Serôdio pela ajuda no tratamento estatístico dos dados.

<sup>2</sup> Correspondencia: Departamento de Psicologia. Universidade do Minho. Campus de Gualtar. 4700 Braga, (Portugal), Email: [pmachado@iep.uminho.pt](mailto:pmachado@iep.uminho.pt)

da somatização. A investigação futura deverá avaliar a relação entre estas duas variáveis de forma a que sejam desenvolvidas intervenções eficazes para os pacientes somatizadores que tendem a sobrecarregar os cuidados de saúde primários.

**PALAVRAS CHAVE.** Somatização. Alexitimia. Cuidados de saúde primários. Estudo descritivo transversal.

**ABSTRACT.** Somatization is a severe problem in the primary health care system. Several factors have been studied to understand somatization, and alexithymia is one of the most frequently assessed. Although there are previous studies that assess the relationship between alexithymia and some medical conditions, fewer exist on the presence of alexithymia amongst somatizing patients in the primary health care system. The objective of the current research is to study the relationship between alexithymia and somatization in a group of patients involved in visits to their primary health care physician. One hundred and forty-three patients completed the Toronto Alexithymia Scale, the Pennebaker Inventory of Limbic Languidness, Emotional Expression and Control Scale, and the SCL-90. Results showed that somatization is a frequent phenomenon in the primary health care system users, and is associated with highest levels physical and psychological morbidity. However, although the association between alexithymia and somatization was initially positive and of moderate size, it became weak when we controlled for levels of depression and anxiety. Results also showed that alexithymia levels didn't predict for somatization. Future research should carefully assess the relationship between these two variables in order to develop efficient interventions for somatizing patients that tend to overflow primary care services.

**KEYWORDS.** Somatization. Alexitimia. Taken care of primary care. Descriptive transversal study.

**RESUMEN.** La somatización es un grave problema en los cuidados de atención primaria. Varios factores se han estudiado para explicar la somatización, siendo la alexitimia uno de los más investigados. A pesar de que existen trabajos sobre la relación entre alexitimia y algunas condiciones médicas, hay pocas investigaciones con pacientes somatizadores en cuidados primarios. El objetivo de este estudio descriptivo transversal fue investigar la relación entre somatización y alexitimia en pacientes de atención primaria. Un total de 143 pacientes de cuatro Centros de Salud de la región de Oporto completó las siguientes medidas: TAS-20, PILL, EEC y una versión reducida del SCL-90. Los resultados muestran que la somatización es un fenómeno común entre los pacientes de los centros de salud, estando asociada a una elevada morbilidad física y psiquiátrica. Con respecto a la asociación entre somatización y alexitimia, inicialmente constatamos una asociación positiva y moderada, pero al controlar el nivel de ansiedad y depresión esa asociación disminuyó significativamente. Los resultados mostraron también que la alexitimia no se reveló como factor predictor de la somatización. Futuras investigaciones deberán evaluar la relación entre estas dos variables con el objetivo de desarrollar intervenciones eficaces para pacientes somatizadores que tienden a sobrecargar los cuidados de atención primaria.

**PALABRAS CLAVE.** Somatización. Alexitimia. Cuidados de atención primaria. Estudio descriptivo transversal.

### Introdução

A somatização tem sido estudada ao longo do tempo por médicos, psiquiatras e psicólogos, sendo um conceito que tem despertado muito interesse em várias áreas de estudo. Apesar do interesse por este conceito, este permanece complexo e ambíguo dadas as múltiplas conceptualizações que tem sido alvo. Apesar desta dificuldade na definição de somatização, parece consensual que a somatização se caracterize pela presença de sintomas físicos que não são explicados por uma condição médica. DeGucht & Fischler (2002) numa revisão exaustiva dos aspectos conceptuais e metodológicos relacionados com este conceito, chegaram à conclusão que a somatização tem sido estudada essencialmente segundo duas formas distintas: (1) Como uma manifestação somática de perturbação psicológica; (2) Como perturbação somática ou a experiência de sintomas sem explicação médica. Na primeira abordagem podem incluir-se as definições de somatização de Lipowski (1988) e de Bridges e Goldberg (1985). Na segunda abordagem incluem-se ainda três definições mais restritas: (1) a somatização operacionalizada pela contagem de sintomas- sendo esta a definição mais abrangente de somatização (Kellner, 1990; Mayou, 1993); (2) a somatização avaliada através da gravidade dos sintomas (Escobar, 1997; Kroenke *et al.*, 1997); (3) a somatização que considera características específicas cognitivas e/ou comportamentais como uma parte necessária para a somatização (Barsky, 1995; Lipowski, 1988; Rief & Hiller, 1999). Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado uma elevada prevalência de sintomas somáticos na população geral e em contextos médicos como é o caso dos cuidados de saúde primários. Segundo Kellner (1990) os pacientes somatizadores representam entre 10 a 30% de todas as consultas médicas. Estes pacientes são caracterizados por apresentarem queixas físicas que provocam desajustamento funcional significativo sem haver uma explicação médica para esses sintomas. Segundo Kroenke, Spitzer, DeGruy, & Swindle (1998) o interesse crescente no estudo da somatização nos cuidados de saúde primários foi motivado pelo facto de: (1) causar desajustamento no funcionamento do paciente e uma diminuição na sua qualidade de vida; (2) estar associada a um aumento da utilização dos cuidados de saúde resultando em excessivas consultas, exames e prescrições médicas; (3) estes pacientes serem mais difíceis e desafiadores de tratar e cuidar; (4) terem sido desenvolvidas recentemente estratégias de tratamento eficaz desta perturbação nos cuidados de saúde primários.

Da grande diversidade de factores que têm sido estudados para explicar o fenómeno da somatização, incluindo traços de personalidade, processos emocionais, hipotetizados como factores de risco para o desenvolvimento e para a persistência da somatização, a alexitimia tem sido um dos constructos mais avaliados. Sifneos (1973) propôs este conceito em consequência das observações clínicas de pacientes psicossomáticos, que eram pacientes entediados, incapazes de introspecção, e de falar acerca dos seus sentimentos. Daí a definição de alexitimia que etimologicamente significa, sem palavras para as emoções.

A alexitimia como foi inicialmente definida por Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976) corresponde a um déficit na capacidade de usar processos cognitivos para regular as próprias emoções. Esta incapacidade engloba: (1) a dificuldade em identificar os próprios sentimentos; (2) a dificuldade em descrever esses sentimentos aos outros; e, (3) um estilo cognitivo externamente orientado ou não psicológico. Inicialmente pensou-se que a alexitimia seria um factor predisponente para as doenças psicossomáticas como a hipertensão e a colite ulcerosa, só mais tarde surgiu a ideia de que a alexitimia poderia também predispor as pessoas a sintomas somáticos sem explicação médica (Taylor, Bagby & Parker, 1997) ou seja, a chamada somatização. Esta relação entre alexitimia e somatização está patente na formulação mais recente de Taylor, Bagby & Parker (1997) acerca das relações entre a alexitimia e somatização em que as dificuldades na regulação emocional subentendidas na alexitimia, levariam a: (1) uma focalização, amplificação, e interpretação errónea das sensações somáticas que acompanham a activação emocional conduzindo à hipocondria e à somatização; (2) uma predisposição para a perturbação psicológica ou a experiência de afectos negativos indiferenciados que leva ao desenvolvimento de perturbações afectivas; e (3) um aumento da actividade do sistema nervoso autónomo e respostas neuroendócrinas potenciadas, criando condições que podem levar ao desenvolvimento de perturbações somáticas.

A seguir apresentamos uma revisão dos estudos (ver Tabela 1) que procuraram testar algumas destas relações, incluímos apenas aqueles que utilizaram a escala TAS, como instrumento de avaliação da alexitimia, por ser a escala mais utilizadas na medida da alexitimia, tendo sido traduzida para várias línguas com boas propriedades psicométricas. Em primeiro lugar revemos, os estudos que analisaram a associação entre somatização e alexitimia; no segundo, os estudos que analisavam as diferenças de somatização entre os sujeitos alexitímicos e os não alexitímicos; e um terceiro tipo de estudos que comparava as diferenças entre os somatizadores e um grupo de controlo.

TABELA 1. Estudos de associação entre a alexitimia e a somatização.

Autores	Amostra	Tipo de estudo	Conclusão
Deffen et al & Wilton (1991)	844 vitas	Conhecido	Conhecido entre somatização e alexitimia
Witt & Witt (1994)	10140entes psiquiátricos	Conhecido	Associação entre alexitimia e sintomas somáticos em indivíduos com transtornos
Bach & Bach (1995)	1040entes com perdas de memória e com perdas de memória	Longitudinal	Alexitimia surge como preditor de somatização
Koolman, Bol, Koolmans, & Thibaut (2001)	127 sujeitos de diferentes sintomas físicos	Longitudinal	Alexitimia não prediz a persistência de sintomas físicos sem intervenção médica
Bach, Bach & Zorn (1996)	12540entes psiquiátricos e 1790entes CSD	Conhecido	Conhecido entre alexitimia e somatização
Bach, Heiser & Biele (1996)	1740entes internados em clínica médica como internados	Conhecido	Associação entre sintomas somáticos e alexitimia (que descreve o estado de depressão)
Irwin & Simonson-Senechal (2001)	11740entes psiquiátricos de Babilônia	Conhecido	Conhecido entre alexitimia e somatização (descreve o estado de depressão e sintomas físicos)
Tyrba, Engh, Lynn, Dooly, & Keefer (1998)	460entes físicos de medicina comportamental	Comparativo	Associação entre alexitimia e somatização em indivíduos com transtornos físicos
Bach, Bach, Botwin, & Fitchner (1994)	450entes psiquiátricos com sintomas físicos	Comparativo	Associação entre alexitimia e sintomas físicos em indivíduos com transtornos físicos
Tyrba (1997)	1180entes e familiares em tratamento psiquiátrico	Comparativo	Os pacientes aleximicos em tratamento psiquiátrico apresentam sintomas físicos
Bach & Bach (1996)	400entes com perdas de memória e 2000entes físicos	Comparativo	Os aleximicos com perdas de memória apresentam sintomas físicos
Tyrba et al (2001)	1040entes de saúde	Comparativo	Os sintomas físicos são mais aleximicos que os sintomas físicos
Koolman, Bol, Irwin, Thibaut, & Koolmans (2000)	16940entes com sintomas físicos e 1520entes com sintomas físicos e transtornos físicos	Comparativo	Os aleximicos com sintomas físicos apresentam sintomas físicos e transtornos físicos

Todos os estudos revistos indicam uma associação positiva entre a somatização e a alexitimia. Numa revisão recente da literatura sobre a relação entre a somatização e a alexitimia, DeGucht & Heiser (2003), recorrendo a técnicas quantitativas de medição da força das associações em 18 estudos, concluíram que a média das correlações era de  $r = 0,23$  entre a alexitimia geral e o relato de sintomas somáticos. Quanto ao facto da alexitimia ser um factor preditivo da somatização, os dados são inconclusivos uma vez que os resultados dos dois estudos encontrados são contraditórios e apenas o estudo de Bach & Bach (1995) que aponta para essa relação, é de natureza longitudinal.

Contudo, não podemos deixar de ter em consideração a divergência das amostras utilizadas que vão desde amostras psiquiátricas como no estudo de Wise & Mann (1994), à população geral (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001) a estudantes (Pennebaker & Watson, 1991) ou doentes com perturbações somatoformes (Bach & Bach, 1996). O segundo tipo de estudos analisa as diferenças na somatização entre o grupo de sujeitos alexitímicos e o grupo de sujeitos não alexitímicos, recorrendo para isso a uma conceptualização da alexitimia como variável nominal utilizando um ponto de corte definido e estabelecendo-se assim os dois grupos. Dos estudos revistos apenas um deles (Taylor *et al.*, 1997) encontrou níveis de somatização mais elevados no grupo de alexitímicos. Se nos reportarmos à revisão de DeGucht & Heiser (2003) acerca desta mesma questão, feita de cinco estudos, os resultados encontrados por estes autores mostram, em quatro deles, níveis mais elevados no relato de sintomas somáticos entre os sujeitos alexitímicos. Por último, nos estudos que comparam os valores da alexitimia entre um grupo de somatizadores e um grupo de controlo, dois encontram níveis mais altos de alexitimia no grupo de somatizadores. Estes resultados vão ao encontro dos dados relatados por DeGucht & Heiser (2003) acerca destas mesmas diferenças. Contudo, uma questão deve ser tida em conta na análise destes estudos, o facto de a metodologia de avaliação da somatização variar consideravelmente, desde a contagem do número de sintomas físicos, a entrevistas psiquiátricas estruturadas, critérios da DSM, etc., dependendo da conceptualização teórica subjacente ao próprio conceito de somatização.

O objectivo do presente estudo descritivo transversal (Montero & León, 2002) é o de avaliar as relações entre alexitimia e somatização junto de utentes dos cuidados primários de saúde, sendo aqui apresentado segundo a estrutura proposta por Bobenrieth (2002).

## Método

### *Sujeitos*

Participaram no estudo 143 sujeitos (44 homens e 99 mulheres) recrutados em vários centros de saúde da Sub-Região de Saúde do Norte de Portugal. A idade dos participantes variava entre os 18 e os 65 anos ( $\bar{X} = 43$ ,  $DP = 15,4$ ). A maioria (65%) dos participantes é casada e de nível educacional baixo - 44,1% dos participantes tem o ensino primário incompleto ou nulo. No entanto, 21,7% de participantes que têm entre 10 a 12 anos de estudo e 18,2% têm mais de 12 anos de estudo. Quanto à profissão, como podemos ver na Tabela 2, há uma distribuição mais ou menos equilibrada pelos vários níveis profissionais segundo a classificação de Graffar (1956). Por fim, quanto à situação profissional constatamos que apenas cerca de metade dos participantes se encontra empregado, 55% da amostra. A Tabela 2 apresenta a descrição da amostra nas variáveis demográficas e nas variáveis clínicas e de utilização dos recursos de saúde

**TABELA 2.** Descrição da amostra - dados demográficos e clínicos.

VARIÁVEIS		x	%
Sexo	Feminino	99	69,2%
	Masculino	44	30,8%
Estado civil	Solteiro	32	22,4%
	Casado	99	69%
	União de facto	2	1,4%
	Divorçado	4	2,8%
	Separado	1	0,7%
	Viuvo	10	7%
Distribuição	Mais de 12 anos	26	18,2%
	10 a 12 anos de estudo	31	21,7%
	8 a 9 anos de estudo	5	3,5%
	6 anos de estudo	18	12,6%
	Analfabeto/Analfabeto completo	68	48,1%
Escolaridade	Nível 1	15	10,5%
	Nível 2	15	10,5%
	Nível 3	23	16,1%
	Nível 4	26	18,2%
	Nível 5	18	12,6%
	Nível 6	46	32,2%
Situação profissional	Empregado	79	55,2%
	Ex-libitina	7	4,9%
	Desempregado	10	7%
	Reformado por invalidez	5	3,5%
	Reformado por idade	8	5,6%
	Doméstica	24	16,8%
	Estudante	10	7%
	Doenças	Com doenças	75
Sem doenças		68	47,6%
Medicação	Fora medicação	74	51,7%
	Não fora medicação	69	48,3%
	Fora medicação psiquiátrica	24	16,8%
Número de doenças	Utilizando frequentemente	70	48,9%
	Não utilizando frequentemente	73	51,1%
Cronologia da especificidade	Sim	72	50,3%
	Não	71	49,7%
Cronologia	Sim	51	35,7%
	Não	92	64,3%

A maioria dos participantes tem pelo menos uma doença física (52,4%), sendo as mais frequentes do foro osteo-articular (12,6%) seguidas das metabólicas (7%), respiratórias (4,9%) e cardiovasculares (2,8%), indo estes dados ao encontro dos dados obtidos por Cabral (2002) num estudo que realizou sobre a saúde e a doença em Portugal. É de notar uma grande dispersão dos dados quanto às restantes doenças, que se tendem a apresentar em grupos de doenças. Mais de metade dos participantes está medicada (51%), e destes utentes 16,8% toma medicação psicotrópica (antidepressivos, ansiolíticos,

sedativos ou hipnóticos). Relativamente à utilização dos recursos de saúde, constatamos que cerca de metade (48,9%), da nossa amostra é constituída por utilizadores frequentes (UF) dos centros de saúde. Verificamos também que cerca de metade (50,3%) dos participantes frequenta consultas de especialistas, e 35,7% já efectuou pelo menos uma cirurgia. Os participantes vão, em média, ao médico 3,61 vezes por ano e estão doentes, em média, 9,37 dias por ano, alterando a sua actividade cerca de 7,77 dias por ano.

#### *Instrumentos*

- *Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL)* (Pennebaker, 1982), traduzida e adaptada para este estudo, é uma medida de sintomas e sensações físicas comuns, constituída por 54 itens e que tem como objectivo avaliar a frequência da ocorrência desses sintomas. No contexto do presente estudo a escala demonstrou um bom nível de consistência interna *alfa de Cronbach* de 0,88 com o método binário e de 0,90 com o método do somatório, com a maioria dos itens a apresentarem correlações superiores a 0,15. Desta forma a escala ficou constituída por 54 itens originais. Estes valores são muito semelhantes aos verificados nas análises da escala original por Pennebaker (1982), ou seja, *alfas* de 0,88 e 0,91 para o método binário e para o do somatório, respectivamente.
- *Escala de Expressão e de Controlo Emocional* (Bleiker, Ploeg, Hendriks, Leer, & Klein, 1993) (versão portuguesa de Veríssimo, Mota-Cardoso & Taylor, 1998); é uma medida de controlo emocional desenvolvida para avaliar como é que os indivíduos se comportam quando estão zangados, tristes ou deprimidos. É constituída por 18 itens que se agrupam em 3 subescalas cada uma delas com 6 itens (i.e., interiorização emocional, exteriorização emocional e controlo da ansiedade, raiva ou depressão). No presente estudo, as várias subescalas apresentaram valores elevados de consistência interna com valores do *alfa de Cronbach* situados entre 0,86 e 0,90, valores estes mais elevados do que os encontrados pelo autor aquando do estudo da construção da escala.
- Escala de Alexitimia (TAS-20) (Bagby, Taylor, & Parker, 1994) (versão portuguesa Prazeres (1996), é uma escala de auto-relato constituída por 20 itens e que tem por objectivo avaliar a alexitimia. O resultado da TAS pode ser usado dimensionalmente ou nominalmente, com um score superior a 60 indicando a existência da alexitimia ou com valores parciais de vários factores (i.e., factor 1- dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção, factor 2- dificuldade em descrever os sentimentos aos outros, factor 3- estilo de pensamento orientado para o exterior). Esta escala mostrou níveis adequados de consistência interna *alfa de Cronbach* para a escala total = 0,72.
- Escala de sintomas (SCL-90) (Derogatis, 1977; versão portuguesa, Baptista, 1993), é uma medida de auto-relato desenvolvida para avaliar padrões de sintomas psicológicos junto de indivíduos com vários tipos de psicopatologia. Compreende três escalas globais (i.e., Índice de Gravidade Geral, Índice de Perturbação Sintomática Positiva, e Total de Sintomas Positivos) e nove escalas de sintomas (i.e., somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão,



ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). No presente estudo foram utilizadas apenas os itens das subescalas de somatização, ansiedade e depressão. Os índices de consistência interna (alpha de Cronbach), foram adequados variando entre 0,80 (somatização) e 0,89 (depressão).

#### *Procedimentos*

Os participantes foram recrutados nos vários locais, aquando das visitas ao seu médico de família no respectivo centro de saúde. A administração dos vários instrumentos aos participantes foi realizada entre Maio de 2002 e Setembro de 2002, por estagiários de Psicologia Clínica, que receberam treino pela autora do trabalho. O consentimento informado foi obtido na primeira abordagem aos utentes. Posteriormente, eram lidas as instruções dos vários instrumentos, pedindo-se aos participantes que preenchessem os questionários, estando o psicólogo estagiário presente de forma a esclarecer qualquer dúvida. A ordem de apresentação das escalas foi contrabalançada. O tempo aproximado de preenchimento dos instrumentos foi de 30 minutos. As variáveis, alexitimia e somatização foram recodificadas para definir diferentes grupos na mesma amostra, no intuito de procedermos às análises comparativas. No caso da variável, somatização criaram-se 2 grupos com base na mediana (1,42) do valor obtido no SCL-90 (subescala de somatização), uma vez que grande parte dos estudos que revimos recorria a este método para classificar em grupos os somatizadores e os não somatizadores. Para a alexitimia criaram-se 2 grupos com base no ponto de corte apresentado pelos autores da escala (61). Assim, dividimos a amostra em dois grupos: os alexitímicos e os não alexitímicos com base neste ponto de corte.

#### **Resultados**

A Tabela 3 apresenta as variáveis demográficas (idade e escolaridade) e clínicas (número de doenças, medicamentos consumidos, cirurgias, visitas ao médico, dias doente e dias alterou actividade por doença) para o grupo dos somatizadores e para o grupo dos não somatizadores. Como anteriormente referimos, utilizámos a mediana para dividir os participantes nestes dois grupos.

**TABELA 3.** Médias e desvios padrão das variáveis demográficas, clínicas e psicológicas nos somatizadores e nos não somatizadores.

	Somatizadores n=65		Não Somatizadores n=77		t (p2)
	Médias	D.P.	Médias	D.P.	
Idade	45,65	14,58	39,87	15,54	-2,06 *
Educidade	389	190	529	204	4,20 *
E <sup>o</sup> de estudo	112	128	062	087	-2,74 *
E <sup>o</sup> médio matric	118	161	074	132	-1,77
E <sup>o</sup> de inglês	077	138	062	128	-0,09
E <sup>o</sup> de inglês médio	497	925	240	293	-2,28 **
E <sup>o</sup> de inglês docente	13,53	23,55	562	12,14	-2,40 **
E <sup>o</sup> de inglês médio matricidade	11,09	24,09	424	10,95	-2,30 **
<b>SCI</b>					
Ansiedade	173	068	095	054	-7,72 *
Depressão	176	071	103	057	-6,80 *
<b>Alexitimia</b>					
Total	5849	11,17	5179	10,88	-3,05 *
<b>Controlo Emocional</b>					
Controlo	198	050	234	071	3,48 *
Interoceptivo emocional	2,19	0,86	2,15	0,70	-0,16
Intra-interceptivo emocional	2,11	0,75	2,11	0,67	,014

\*p<0,01 \*\*p<0,05

Para analisarmos a associação entre a alexitimia e a somatização procedemos ao cálculo da correlação (r de Pearson) entre estas duas variáveis. Contudo, pelo facto da ansiedade e a depressão terem sido apontadas como variáveis parasitas nesta relação (c.f., Lundh e Simonsson-Sarnecki, 2001), optámos por realizar as correlações parciais controlando estas duas variáveis, os resultados são apresentados na Tabela 4.

**TABELA 4.** Correlações e correlações parciais entre a alexitimia e a somatização.

	Correlações parciais controlando a ansiedade e a depressão			
	Alexitimia	Ansiedade	Depressão	Ansiedade+depressão
P.I.L. total	0,32	0,11	0,01	0,01
P.I.L. não	0,38	0,19	0,13	0,13
SCI somatização	0,37	0,15	0,09	0,09

\*p<0,01 \*\*p<0,05

Os resultados mostram uma associação positiva entre a somatização e a alexitimia (r de Pearson entre 0,32 a 0,37, dependendo da medida de somatização), contudo, ao controlarmos a ansiedade e a depressão essa associação tende a diminuir e quase desaparece (r de Pearson entre 0,01 a 0,13).

Seguidamente, nas várias análises de regressão utilizámos o método passo-a-passo (*stepwise*), sendo que no modelo da regressão incluímos como preditores as variáveis ansiedade, depressão, alexitimia e as dimensões do controlo emocional. Foram também incluídas nas análises, as variáveis demográficas, idade e escolaridade, e as variáveis

clínicas, número de doenças e de consultas. Ao optarmos por realizar as análises de regressão múltipla, tivemos em consideração os resultados obtidos com as outras análises, o que determinou a escolha das variáveis a regredir (ver Tabela 5). É de referir que algumas das variáveis ora assumiam o papel de dependentes ora de independentes consoante os objectivos das análises.

**TABELA 5.** Análise de regressão múltipla para a predição da somatização.

Variável dependente	Variável independente	$\beta$	t
Somatização ( $r^2=0,48$ ; $F=33,76$ ; $p<0,000$ )	Ansiedade	0,38	3,37 <sup>*</sup>
	Idade	0,27	4,17 <sup>*</sup>
	Depressão	0,24	2,14 <sup>**</sup>

Relativamente à somatização, procurámos saber quais as variáveis que a prediziam e verificámos que a ansiedade, a idade e a depressão são as variáveis que têm um valor preditivo significativo ( $F_{(3, 142)} = 33,76$ ;  $p<0,05$ ).

### Discussão

A somatização parece ser um fenómeno comum entre os pacientes dos cuidados de saúde primários. Os resultados indicam que os pacientes somatizadores revelam uma elevada morbilidade física e psiquiátrica, indo mais vezes ao médico de clínica geral, estando mais vezes doentes por ano, alterando mais dias a sua actividade por causa dos seus sintomas, revelam-se mais ansiosos e deprimidos, com níveis mais elevados de alexitimia e com mais dificuldade no controlo emocional. Daí a necessidade de recurso a instrumentos que permitam identificar estes pacientes nos cuidados de saúde primários de forma a que possam ser alvo de intervenções adequadas. Ao procurarmos analisar a associação entre a alexitimia e a somatização, verificámos que a associação inicialmente encontrada era moderada, sendo semelhante ao valor obtido na maior parte dos estudos que investigava esta relação (c.f., DeGucht & Heiser, 2003). No entanto, quando procedemos ao controlo das variáveis que tem sido apontadas como variáveis parasitas, a ansiedade e a depressão (Kooiman, 1997; Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001) verificámos que a magnitude desta associação diminui ou quase desaparece como já tinha acontecido em estudos anteriores (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001; Rief *et al.*, 1996). Em estudos posteriores será importante utilizarem-se metodologias prospectivas no sentido de perceber a importância que a ansiedade e a depressão terão nesta associação entre a somatização e a alexitimia (Lumley, 2000).

Relativamente à hipótese da alexitimia ser um factor preditor da somatização, não foi possível confirmar, uma vez que encontrámos outras variáveis como predictoras da somatização, como a ansiedade, a idade e a depressão. Além disso, a metodologia transversal que utilizámos neste trabalho não nos permitiria inferir acerca da alexitimia como factor predisponente para a somatização, uma vez que seria necessária uma metodologia de carácter longitudinal. Contudo, num estudo muito recente de Kooiman *et al.* (2003) de tipo prospectivo, concluiu-se que a alexitimia parece não desempenhar um papel importante nos sintomas de pacientes somatizadores.

Algumas hipóteses têm sido levantadas para a falta de associação entre estas duas variáveis. Lundh e Simonsson-Sarnecki (2001) defendem que pode ser simplesmente que a alexitimia e a somatização não tenham relação entre si ou ainda que possa existir uma associação, mas que a TAS não seja capaz de captar por não possuir validade suficiente como medida da alexitimia. Para testar esta segunda hipótese, Kooiman e colaboradores (2003) defendem mesmo que se deva utilizar uma combinação da TAS com outros instrumentos que meçam a capacidade para identificar e expressar emoções. Provavelmente a pesquisa futura deverá seguir novas linhas procurando esclarecer muitos das falhas que tem sido encontradas até aqui, contribuindo assim para uma maior compreensão deste fenómeno tão complexo e interessante como é a somatização.

### Referências

- Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43-48.
- Bach, M. & Bach, D. (1996). Alexithymia in Somatoform Disorder and Somatic Disease: A comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 150-152.
- Bach, M., Bach, D., Bohemer, F., & Nutzinger, D. (1994). Alexithymia and somatization: Relationship to DSM-III-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 529-538.
- Bach, M., Bach, D., & Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and Somatization. *Psychosomatics*, 37, 451-458.
- Bagby, R., Taylor, G., & Parker, J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico*. Tese de doutoramento não publicada, submetida no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Barsky, A. (1995). Somatoform disorders and personality traits. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 399-402.
- Bleiker, E., Ploeg, H., Hendriks, J., Leer, J.W., & Klein, W. (1993). Rationality, Emotional Expression and Control: Psychometric Characteristics of a Questionnaire for Research in Psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 861-872.
- Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bridges, K. & Goldberg, D. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569.
- Cabral, M. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: ICS.
- De Gucht, V. & Fischler, B. (2002). Somatization: A Critical Review of Conceptual and Methodological Issues. *Journal of Psychosomatics*, 43, 1-9.
- De Gucht, V. & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatization. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – I for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Escobar, J. (1997). Developing practical indexes of somatization for use in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 323-328.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courier*, 6, 455.

- Kellner, R. (1990). Somatization: theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 178, 150-160.
- Kooiman, K. (1997). Alexithymia and Somatically Unexplained Physical Symptoms. Em A. Vingerhoets, F. Van Bussel, & A. Boelhouwer, A. (Eds.), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease* (pp. 1-14). Netherlands: Tilburg University Press.
- Kooiman, C., Bolk, J., Brand, R., Trijsburg, R., & Rooijmans, H. (2000). Is Alexithymia a Risk Factor for Unexplained Physical Symptoms in General Medical Outpatients? *Psychosomatic Medicine*, 62, 768-778.
- Kooiman, C., Bolk, J., Rooijmans, H., & Trijsburg, R. (2003). *Alexithymia does not predict the persistence of medically unexplained physical symptoms*. Manuscrito submetido a publicação.
- Kroenke, K., Spitzer, R., DeGruy, F., Hahn, S., Linzer, M., Williams, J., Brody, D., Davies, M. (1997). Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archive of General Psychiatry*, 54, 352-358.
- Kroenke, K., Spitzer, R., DeGruy, F., & Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39, 263-272.
- Lipowski, Z. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1358-1368.
- Lumley, M. (2000). Alexithymia and negative emotional conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 51-54.
- Lundh, L.G. & Simonsson-Sarnecki (2001). Alexithymia, Emotion and Somatic Complaints. *Journal of Personality*, 69, 483-510.
- Mayou, R. (1993). Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 69-83.
- Montero, I. & León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Nemiah, J. Freyberger, H., & Sifneos, P. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. Em O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol. 2) (pp. 430-439). Londres: Butterworths.
- Pennebaker, J. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. Nova York: Springer-Verlag.
- Pennebaker, J. & Watson, D. (1991). The psychology of somatic symptoms. Em L.J. Kirmayer, & J. M. Robins (Eds.), *Current Concepts of Somatization, Research and Clinical Perspectives* (pp. 21-36). Washington: American Psychiatric Press.
- Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um Estudo sobre Alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Tese de Mestrado não publicada submetida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Rief, W., Heuser, J., & Fichter, M. (1996). What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology*, 52, 423-429.
- Rief, W. & Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507-518.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: University Press.
- Taylor, G., Bagby, R., Ryan, D. Parker, J., Doody, K., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Veríssimo, R., Mota-Cardoso, R., & Taylor, G. (1998). Relationships between Alexithymia, Emotional Control and Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 75-80.

Wise, T. & Mann, L. (1994). The relationship between somatosensory amplification, Alexithymia and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 515-521.