



Universidade do Minho

Instituto de Educação e de Psicologia

Vera Margarida Seabra de Almeida

Somatização e Expressão Emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários

Tese de Doutoramento

Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob orientação do Professor Doutor Paulo P.P. Machado

Março de 2006

Declaração

Nome: Vera Margarida Seabra de Almeida

Endereço electrónico: vera.almeida@clix.pt Telefone: 22 4157177 / _____

Número do Bilhete de Identidade: 9848925

Título Tese: Somatização e Expressão Emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários

Orientador: Professor Doutor Paulo P. P. Machado

Ano de conclusão: 2006

Designação do Ramo de Conhecimento do Doutoramento: Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ____/____/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Doutor Paulo Machado pela sua disponibilidade constante, pela atitude positiva e encorajamento e pelas soluções que apresentou ao longo das várias fases deste processo.

Ao Professor Doutor Óscar Gonçalves pela atitude inspiradora e de incentivo que permitiu iniciar este projecto.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, pelo apoio financeiro, e em particular à Professora Doutora Emília Areias, pela compreensão e apoio que demonstrou ao libertar-me de algumas tarefas institucionais e também à D. Rosaria pela sua simpatia e ajuda.

Aos finalistas do curso Psicologia Clínica do ISCS-N de 2002/2003 pela colaboração na recolha de dados do primeiro estudo nos vários centros de saúde, e especialmente ao André e ao Ricardo pela ajuda na introdução dos dados e ao Ricardo pelo olhar rigoroso que lançou à versão final da tese.

Aos meus amigos e colegas Xana e Zé Carlos pelas horas de escuta mútua e de entre-ajuda que partilhámos nos últimos anos.

Ao Rui Serôdio e à Isabel Pinto pela ajuda imprescindível e pelo espírito pragmático nas múltiplas possibilidades que representava o tratamento estatístico dos dados.

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, Piedade Vieitas, Joana Soares, Sofia Soares e Paulo Azevedo, pela sua colaboração no primeiro estudo.

Ao Dr. Dias Campos pela autorização e abertura à realização do segundo estudo e à Dra. Fátima Fonseca pelo acolhimento. A todos os médicos que me confiaram os seus doentes, para a realização do segundo estudo, nomeadamente à Dra. Alzira, Dra. Amália, Dra. Antónia, Dr. Armando Baptista, Dra. Conceição, Dra. Loreta, Dra. Luísa, Dra. Maria do Céu, Dra. Margarida e Dr. Rui Coelho.

A todas as “*Marias das Doenças*” (como se auto-intitulavam) que contaram e escreveram histórias de dor e de doença, tornando esta tese possível, devo um agradecimento e um pedido de desculpas por não ter podido ajudar mais.

Ao Dr. Rui Duarte pela colaboração e reconhecimento desta pesquisa, numa fase particularmente difícil, pela amizade demonstrada e pela garantia que me deu acerca da integridade da minha saúde mental, ensinando-me a saber parar e a recomeçar de novo.

A toda a minha família e em especial à minha mãe pelo apoio incondicional, talvez esta tese ajude a dar-lhes uma ideia do que andei a fazer nos últimos quatro anos.

Ao Rui, por ser o meu Norte e à Salomé por me trazer para a realidade a todo o momento e me mostrar o que é que realmente importa.



União Europeia
Fundo Social Europeu



Acção co-financiada pelo FSE e Estado Português

Somatização e Expressão Emocional – Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários

Resumo

A somatização é um importante problema clínico e socioeconómico que causa elevados níveis de disfuncionalidade nos pacientes e acarreta graves problemas para os serviços de saúde, dada a utilização frequente que estes fazem dos serviços e as dificuldades na relação com os profissionais de saúde.

Em Portugal não se conhecem trabalhos que tenham estudado este fenómeno nos cuidados de saúde primários. A nossa investigação tenta colmatar esta lacuna através da realização de dois estudos empíricos acerca da somatização e da expressão emocional em contextos de saúde. O primeiro, de natureza exploratória, procurou investigar e caracterizar os somatizadores na sua relação com os processos emocionais e com a utilização dos serviços de saúde. A amostra, constituída por 143 pacientes, foi recrutada em quatro centros de saúde da região do Porto. Todos os participantes completaram um conjunto de medidas para avaliar: características clínicas e sociodemográficas, a alexitimia, o controlo emocional, a somatização, a ansiedade e a depressão. Foram realizadas análises comparativas e de associação. Os principais resultados comparativos mostraram que: (1) os somatizadores são mais velhos e menos escolarizados que os não somatizadores; utilizam com mais frequência os serviços de saúde; estão mais dias doentes e têm que alterar mais vezes as suas actividades do que os não somatizadores; (2) os somatizadores revelam-se mais ansiosos e deprimidos, com níveis mais altos de alexitimia e com maior dificuldade em controlar as suas emoções. As análises de relação mostraram que há uma correlação positiva entre somatização e alexitimia mas que tende a diminuir quando se controlam as variáveis ansiedade e depressão. As análises de predição mostraram que a somatização é predita pela idade, pela ansiedade e pela depressão.

Baseados nas relações que encontrámos entre processos emocionais, somatização e perturbação emocional, implementámos um segundo estudo que visava dois objectivos: (1) implementar duas intervenções de expressão emocional em somatizadores nos cuidados de saúde e (2) avaliar a

eficácia desses dois tipos de intervenção. Foi utilizado um desenho pré-teste/pós-teste com dois grupos experimentais e um grupo de controlo de não-intervenção. Uma das intervenções baseou-se no paradigma da expressão escrita de Pennebaker na qual se pediu aos pacientes para escreverem 3 dias acerca de acontecimentos de vida traumáticos. A outra intervenção baseou-se na terapia cognitiva-narrativa breve com a duração de três sessões. Avaliou-se o impacto das intervenções através de medidas da qualidade de vida, da perturbação emocional, e da sintomatologia física, antes da intervenção, logo após e dois meses depois. Sessenta e oito somatizadores, terminaram todas as avaliações. A análise de resultados mostrou que ambas as intervenções tiveram resultados positivos: (1) na diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão; (2) na melhoria da qualidade de vida tanto na saúde física como na saúde mental (vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental); (3) na diminuição da sintomatologia física. Quanto às análises de moderação, constatámos que os somatizadores com níveis mais altos de pensamento orientado para o exterior diminuam mais os seus sintomas depressivos e os somatizadores com mais dificuldade em identificar sentimentos apresentavam menos melhorias na capacidade física.

Somatization and Emotional Expression – A Study in Primary Health Care

Abstract

Somatization is an important clinical and socioeconomic problem causing high levels of impairment in patients and serious problems on health services, given their frequent use of the services and difficulties in the relationship with the health professionals.

In Portugal there are no research results regarding this phenomenon in primary health care services. This research tries to fill this gap by conducting two empirical studies concerning somatization and emotional expression in primary health care settings. The first one, exploratory, aimed at investigating and characterizing somatizers, its relationship with emotional processes and use of the health services. The sample, consisting of 143 patients, was recruited in four health centers of the Porto region. All participants completed a set of measures to evaluate: clinical and sociodemographic characteristics, alexithymia, emotional control, somatization, anxiety and depression. Comparative and association analyses were carried out. The main results showed that: (1) somatizers were older and less scolarized than non somatizers; they used more frequently health services; they were sick more days and have to modify more times their activities than non-somatizers; (2) somatizers were more anxious and depressed, with highest levels of alexithymia and more difficulty in controlling their emotions. Correlation analyses showed a positive correlation between somatization and alexithymia which tended to diminish when the anxiety and depression variables were controlled. Prediction analyses revealed that somatization was predicted by age, anxiety and depression.

Based on the relations found between emotional processes, somatization and emotional disturbance, we undertook a second study with two goals: (1) implement two interventions focused on emotional expression with somatizers in primary healthcare settings and (2) evaluate the effectiveness of these two types of intervention. This study used a pretest/pos-test design with two experimental groups and a non-intervention control group. One of the interventions was based on Pennebaker's writing paradigm in which patients were asked to write 3 days about traumatic life events. The other intervention was based on a brief (three session) cognitive-narrative therapy. The

impact of the interventions was evaluated, through measures of quality of life, emotional distress and physical symptomatology, before the intervention, immediately after and at two months follow-up. Sixty-eight somatizers finished all the evaluations. The results showed that both interventions had positive results in: (1) reducing depression and anxiety levels; (2) improving the quality of life, both in physical and mental health (vitality, social function, emotional performance and mental health) and; (3) reducing the physical symptomatology. Analyses of moderating variables showed that somatizers with highest levels of externally oriented style of thinking showed highest improvement in depressive symptoms; and somatizers with most difficulty in identifying feelings showed least improvement in physical capacity.

Índice

Declaração.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract.....	vii
Índice.....	ix
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 2: SOMATIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	7
2.1. HISTÓRIA E DEFINIÇÃO DO CONCEITO	7
2.1.1. Conceito de histeria e de hipocondria.....	8
2.2. CLASSIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DA SOMATIZAÇÃO	10
2.2.1. Somatização como manifestação somática de perturbação psicológica	10
2.2.2. Somatização como perturbação somática	12
2.2.3. Aparecimento de constructos alternativos	15
2.3. SOMATIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	18
2.3.1. Utilização dos cuidados de saúde primários	18
2.3.2. Caracterização dos utilizadores frequentes	20
2.3.3. Somatização e os utilizadores frequentes	22
2.4. CONCLUSÃO	25
CAPÍTULO 3: REGULAÇÃO E EXPRESSÃO EMOCIONAL.....	27
3.1. REGULAÇÃO EMOCIONAL.....	27

3.1.1. História da regulação emocional.....	27
3.1.2. Modelo de regulação emocional de Gross.....	28
3.2. EXPRESSÃO E NÃO-EXPRESSÃO EMOCIONAL	31
3.2.1. Definições e funções.....	31
3.2.2. Modelo de Kennedy-Moore e Watson.....	33
3.2.3. Constructos de não-expressão emocional	36
3.3. SAÚDE E EXPRESSÃO EMOCIONAL	38
3.3.1. Saúde e não-expressão emocional	38
3.3.2. Somatização e alexitimia	42
3.3.3. Variáveis moderadoras	46
3.4. CONCLUSÃO	47
CAPÍTULO 4: PARADIGMA DA EXPRESSÃO EMOCIONAL	49
4.1. TRABALHO PERCURSOR DE PENNEBAKER	49
4.2. EXPRESSÃO EMOCIONAL EM AMOSTRAS CLÍNICAS	52
4.2.1. Revisão de estudos.....	52
4.2.2. Expressão emocional em pacientes com sintomas físicos	56
4.2.3. Meta-análises	59
4.3. MECANISMOS TEÓRICOS DE EXPRESSÃO EMOCIONAL	61
4.3.1. Modelo de inibição	61
4.3.2. Modelo cognitivo.....	63
4.3.3. Modelo de auto-regulação	66
4.4. VARIÁVEIS MODERADORAS DA EFICÁCIA DO PARADIGMA DE EXPRESSÃO EMOCIONAL.....	68
4.4.1. Questões metodológicas de aplicação do paradigma da expressão emocional	68
4.4.2. Alexitimia como moderadora da expressão emocional	72
4.5. CONCLUSÃO	74
CAPÍTULO 5: INTERVENÇÃO COGNITIVA-NARRATIVA.....	77
5.1. CONTRIBUTOS DO CONSTRUTIVISMO PARA A PSICOTERAPIA.....	77
5.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA TERAPIA COGNITIVA-NARRATIVA	80
5.3. FASES DA PSICOTERAPIA COGNITIVA-NARRATIVA	83

5.4. APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVA-NARRATIVA A CONTEXTOS DE SAÚDE	85
5.4.1. Terapia cognitiva-narrativa no enfarte do miocárdio.....	85
5.4.2. Terapia cognitiva-narrativa na dispepsia	86
5.4.3. Terapia cognitiva-narrativa na interrupção médica da gravidez	88
5.5. CONCLUSÃO	90
CAPÍTULO 6: METODOLOGIA DO ESTUDO EXPLORATÓRIO	91
6.1. AMOSTRA	91
6.1.1. Selecção da amostra.....	91
6.1.2. Caracterização da amostra	92
6.2. INSTRUMENTOS	95
6.2.1. Emotional Expression and Control Scale (EEC, Bleiker et al., 1993).....	96
6.2.2. Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL, Pennebaker, 1982).....	99
6.2.3. Symptom Checklist 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1977)	103
6.2.4. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al., 1994)	107
6.3. PROCEDIMENTOS	109
6.3.1. Recolha de dados	109
6.3.2. Tratamento de dados.....	109
6.4. DESENHO DO ESTUDO.....	110
CAPÍTULO 7: RESULTADOS DO ESTUDO EXPLORATÓRIO	111
7.1. PROCESSOS EMOCIONAIS E SOMATIZAÇÃO - ESTUDOS DE COMPARAÇÃO	111
7.1.1. Médias e desvios padrão das medidas de somatização, perturbação emocional, alexitimia e controlo emocional	111
7.1.2. Diferenças entre somatizadores e não somatizadores	113
7.1.3. Diferenças entre UF e não UF	115
7.1.4. Diferenças entre alexitímicos e não alexitímicos.....	116
7.2. PROCESSOS EMOCIONAIS E SOMATIZAÇÃO - ESTUDOS DE RELAÇÃO	118
7.2.1. Relação entre variáveis demográficas e psicológicas	118
7.2.2. Relação entre variáveis clínicas e psicológicas.....	119
7.2.3. Correlações entre variáveis psicológicas	120

7.2.4. Correlações parciais.....	122
7.3. PROCESSOS EMOCIONAIS E SOMATIZAÇÃO - ESTUDOS DE PREDIÇÃO	124
7.3.1. Variáveis preditoras da somatização.....	124
7.3.2. Variáveis preditoras da UF	124
7.3.3. Variáveis preditoras da alexitimia	125
CAPÍTULO 8: DISCUSSÃO DO ESTUDO EXPLORATÓRIO.....	127
8.1. METODOLOGIA	127
8.2. RESULTADOS.....	128
8.3. CONCLUSÃO	132
CAPÍTULO 9: METODOLOGIA DO ESTUDO DE INTERVENÇÃO	133
9.1. PARTICIPANTES.....	133
9.1.1. Seleção dos participantes	133
9.1.2. Caracterização dos participantes.....	135
9.2. INSTRUMENTOS	138
9.2.1. Medical Outcomes Study – Short-Form Health Survey (MOS-SF 36, Ware, 1986).....	138
9.2.2. Patient Health Questionnaire (PHQ-15, Kroenke, 2002).....	141
9.2.3. Symptom Checklist 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1977)	142
9.2.4. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al. 1994)	143
9.2.5. Ficha sociodemográfica e clínica.....	143
9.3. INTERVENÇÕES DE EXPRESSÃO EMOCIONAL	144
9.3.1. Intervenção de expressão emocional escrita	144
9.3.2. Intervenção cognitiva-narrativa	145
9.4. PROCEDIMENTOS	147
9.4.1. Local	147
9.4.2. Materiais utilizados.....	147
9.4.3. Avaliações	148
9.5. DESENHO DO ESTUDO.....	149
CAPÍTULO 10: RESULTADOS DO ESTUDO DE INTERVENÇÃO	151

10.1. EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES DE EXPRESSÃO EMOCIONAL	151
10.1.1. Impacto na perturbação emocional	151
10.1.2. Impacto na qualidade de vida	155
10.1.3. Impacto na sintomatologia física	166
10.2. ESTUDO DE VARIÁVEIS MODERADORAS NAS INTERVENÇÕES DE EXPRESSÃO EMOCIONAL.....	169
10.2.1. Alexitimia, perturbação emocional, uso de medicação psicotrópica e doenças.....	169
CAPÍTULO 11: DISCUSSÃO DO ESTUDO DE INTERVENÇÃO	173
11.1. METODOLOGIA	173
11.2. RESULTADOS.....	175
11.3. CONCLUSÃO	182
CAPÍTULO 12: CONCLUSÃO.....	185
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189

Lista de Figuras

FIGURA 3.1: MODELO PROCESSUAL DE REGULAÇÃO EMOCIONAL (ADAPTADO DE GROSS, 1998).....	30
FIGURA 3.2: PROCESSO DE EXPRESSÃO EMOCIONAL (ADAPTADO DE KENNEDY-MOORE & WATSON, 1999). ...	35
FIGURA 4.1: TIPOS DE RESULTADOS INFLUENCIADOS PELA TAREFA ESCRITA (ADAPTADO DE SMYTH, 2003)....	52
FIGURA 4.2: MODELO DOS EFEITOS DA EXPRESSÃO ESCRITA NOS PROCESSOS COGNITIVOS E NO COMPORTAMENTO (ADAPTADO DE KLEIN, 2002).	64
FIGURA 4.3: MODELO DE REGULAÇÃO EMOCIONAL ACERCA DOS EFEITOS DA EXPRESSÃO ESCRITA NA SAÚDE (ADAPTADO DE LEPORE, GREENBERG, BRUNO, & SMYTH, 2002).....	66
FIGURA 4.4: MODELO TEÓRICO DE POTENCIAIS MODERADORES DA NECESSIDADE E DOS BENEFÍCIOS DA EXPRESSÃO EMOCIONAL (ADAPTADO DE LUMLEY, 2004).....	71
FIGURA 5.1: ESQUEMA GERAL DA INTERVENÇÃO EM MULHERES QUE ESTÃO PERANTE A DECISÃO DE INTERROMPER A GRAVIDEZ NO DECURSO DE UM DPN ADVERSO (ADAPTADO DE ROCHA, 2005).....	88
FIGURA 9.1: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS UTENTES NO ESTUDO.	134
FIGURA 9.2: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA.	135
FIGURA 9.3: PLANO DA INTERVENÇÃO COGNITIVA-NARRATIVA E FASES DE AVALIAÇÃO.....	146
FIGURA 9.4: ESQUEMA GERAL DA IMPLEMENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.	148
FIGURA 10.1: VALORES DE ANSIEDADE EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	152
FIGURA 10.2: VALORES DE DEPRESSÃO EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	154
FIGURA 10.3: FUNÇÃO FÍSICA EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	156
FIGURA 10.4: DESEMPENHO FÍSICO EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	157
FIGURA 10.5: DOR FÍSICA EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	159
FIGURA 10.6: VITALIDADE EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	160
FIGURA 10.7: FUNÇÃO SOCIAL EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	162
FIGURA 10.8: DESEMPENHO EMOCIONAL EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	163

FIGURA 10.9: SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	165
FIGURA 10.10: SINTOMATOLOGIA FÍSICA EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	167

Lista de Tabelas

TABELA 2.1: CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DE SOMATIZAÇÃO COMO PERTURBAÇÃO SOMÁTICA.	11
TABELA 2.2: CARACTERÍSTICAS DOS DIFERENTES CONCEITOS RELACIONADOS COM A SOMATIZAÇÃO FUNCIONAL (ADAPTADO DE DEGUCHT & FISCHLER, 2002).	14
TABELA 2.3: CARACTERIZAÇÃO DOS UTILIZADORES FREQUENTES (ADAPTADO DE JYVÄSJÄRVI, 2001).	20
TABELA 2.4: CRITÉRIOS OPERACIONAIS PARA OS CINCO GRUPOS DE UF (ADAPTADO DE KARLSSON ET AL., 1997).	21
TABELA 2.5: REVISÃO DOS ESTUDOS DA SOMATIZAÇÃO NOS CSP.	23
TABELA 3.1: CONSTRUCTOS USADOS NA INVESTIGAÇÃO DA REGULAÇÃO EMOCIONAL (ADAPTADO DE GROSS, 1999).	30
TABELA 3.2: DEFINIÇÃO DE CONCEITOS FORA DO DOMÍNIO DA NÃO-EXPRESSÃO EMOCIONAL.	37
TABELA 3.3: SÍNTESE DOS ESTUDOS DA EXPRESSÃO/NÃO-EXPRESSÃO EMOCIONAL E A DOENÇA ONCOLÓGICA.	39
TABELA 3.4: SÍNTESE DOS ESTUDOS DA EXPRESSÃO/NÃO-EXPRESSÃO EMOCIONAL E A DOENÇA CORONÁRIA.	41
TABELA 3.5: ASSOCIAÇÃO ENTRE A ALEXITIMIA E A SOMATIZAÇÃO.	43
TABELA 3.6: DIFERENÇAS QUANTO À SOMATIZAÇÃO EM ALEXITÍMICOS E NÃO ALEXITÍMICOS.	45
TABELA 3.7: DIFERENÇAS QUANTO À ALEXITIMIA EM SOMATIZADORES E NÃO SOMATIZADORES.	45
TABELA 4.1: RESULTADOS AVALIADOS NOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA META-ANÁLISE DE MEADS (2003).	59
TABELA 4.2: RESULTADOS DE ESTUDOS QUE NÃO APOIAM O MODELO DA INIBIÇÃO.	62
TABELA 5.1: DESAFIOS DO CONSTRUTIVISMO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA (ADAPTADO DE GONÇALVES, 1997A).	82
TABELA 5.2: CARACTERÍSTICAS DO DOENTE E DO MANUAL DE INTERVENÇÃO NARRATIVA PARA DOENTES VÍTIMAS DE ENFARTE DO MIOCÁRDIO (ADAPTADO DE GONÇALVES ET AL., 1996).	86
TABELA 6.1: DESCRIÇÃO DA AMOSTRA - DADOS DEMOGRÁFICOS.	93
TABELA 6.2: DESCRIÇÃO DA AMOSTRA – DADOS CLÍNICOS E UTILIZAÇÃO RECURSOS DE SAÚDE.	94

TABELA 6.3: CORRELAÇÃO E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DA SUBESCALA INTERIORIZAÇÃO DA EXPRESSÃO EMOCIONAL.	97
TABELA 6.4: CORRELAÇÃO E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DA SUBESCALA EXTERIORIZAÇÃO EXPRESSÃO EMOCIONAL.	98
TABELA 6.5: CORRELAÇÃO E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DA SUBESCALA CONTROLO EMOCIONAL.	98
TABELA 6.6: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE EEC.....	99
TABELA 6.7: CORRELAÇÕES E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DO PILL (USANDO O MÉTODO BINÁRIO).	101
TABELA 6.8: CORRELAÇÕES E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DO PILL (USANDO O MÉTODO DO SOMATÓRIO).	102
TABELA 6.9: CORRELAÇÃO E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DA SUBESCALA DE SOMATIZAÇÃO.	105
TABELA 6.10: CORRELAÇÃO E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DA SUBESCALA DE ANSIEDADE.	105
TABELA 6.11: CORRELAÇÃO E ALFA DE CRONBACH DOS ITENS DA SUBESCALA DE DEPRESSÃO.	106
TABELA 6.12: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS SUBESCALAS DO SCL 90.	106
TABELA 6.13: CORRELAÇÕES E ALFA DE CRONBACH DA TAS-20.....	108
TABELA 7.1: MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO DAS MEDIDAS PSICOLÓGICAS.	112
TABELA 7.2: MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO DAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS EM FUNÇÃO DO SEXO.....	113
TABELA 7.3: MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E PSICOLÓGICAS NOS SOMATIZADORES E NOS NÃO SOMATIZADORES.	114
TABELA 7.4: MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E PSICOLÓGICAS NOS UF E NÃO UF.....	116
TABELA 7.5: MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E PSICOLÓGICAS NOS ALEXITÍMICOS E NÃO ALEXITÍMICOS.....	117
TABELA 7.6: MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS E DEMOGRÁFICAS (IDADE, ESCOLARIDADE).	118
TABELA 7.7: MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS E CLÍNICAS	119
TABELA 7.8: MATRIZ DE CORRELAÇÕES PARA AS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS: SOMATIZAÇÃO, ANSIEDADE, DEPRESSÃO, ALEXITIMIA E DIMENSÕES DO CONTROLO EMOCIONAL.	121

TABELA 7.9: CORRELAÇÕES E CORRELAÇÕES PARCIAIS ENTRE A ALEXITIMIA E A SOMATIZAÇÃO.	123
TABELA 7.10: CORRELAÇÕES E CORRELAÇÕES PARCIAIS ENTRE SOMATIZAÇÃO E Nº DE CONSULTAS.	123
TABELA 9.1: CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS QUANTO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	136
TABELA 9.2: CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS QUANTO ÀS VARIÁVEIS CLÍNICAS.....	137
TABELA 9.3: ALFA DE CRONBACH PARA AS SUBESCALAS DA SF-36 POR FASES DO ESTUDO.	140
TABELA 9.4: ALFA DE CRONBACH PARA A SAÚDE FÍSICA E SAÚDE MENTAL POR FASES DO ESTUDO	141
TABELA 9.5: ALFA DE CRONBACH PARA AS SUBESCALAS DA SCL90 POR FASES DO ESTUDO.	142
TABELA 9.6: ALFA DE CRONBACH PARA AS SUBESCALAS DA SF-36 POR FASES DO ESTUDO.	143
TABELA 10.1: VALORES DE ANSIEDADE EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	152
TABELA 10.2: VALORES DE DEPRESSÃO EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	153
TABELA 10.3: FUNÇÃO FÍSICA EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	155
TABELA 10.4: DESEMPENHO FÍSICO EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	157
TABELA 10.5: DOR FÍSICA EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	158
TABELA 10.6: VITALIDADE EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	160
TABELA 10.7: FUNÇÃO SOCIAL EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	161
TABELA 10.8: DESEMPENHO EMOCIONAL EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	163
TABELA 10.9: SAÚDE MENTAL EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.	165
TABELA 10.10: SINTOMATOLOGIA FÍSICA EM FUNÇÃO DO GRUPO E DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	167

Capítulo 1: Introdução

Apesar da longa história do conceito de somatização este continua a despertar um enorme interesse entre médicos, psiquiatras e psicólogos por resultar da conceptualização da relação entre corpo e mente.

Pensar a somatização é pensar numa miscelânea de definições e de conceptualizações teóricas. Uma das definições mais simples e mais comuns de somatização caracteriza-a pela manifestação de sintomas físicos na ausência de uma patologia orgânica ou pela amplificação de queixas somáticas que acompanham uma patologia física e que não podem ser explicadas medicamente. Contudo, a somatização tem sido estudada e conceptualizada por diferentes correntes teóricas, encontrando-se o maior número de trabalhos dentro da disciplina da psiquiatria. No entanto, comum a todas as abordagens deste fenómeno, encontramos a expressão do sofrimento dos pacientes que somatizam e a consequente incapacidade e desajustamento físico, emocional e social que daí advém.

Foi no âmbito do nosso trabalho nos cuidados de saúde primários que fomos dando conta deste fenómeno, através de um conjunto de pacientes que nos era encaminhado para o serviço de Psicologia, com algumas características que os diferenciavam dos restantes pacientes. Estes apresentavam um conjunto de queixas somáticas diversas, inespecíficas, muitas vezes sem explicação médica, apesar de inúmeros procedimentos diagnósticos, entretanto realizados pela equipa médica. Dada a recorrência das queixas, estes utentes começam a ser vistos pelos seus médicos de família como exigentes e frustrantes face à ineficácia dos tratamentos prescritos e à utilização excessiva que fazem dos serviços de saúde.

Empiricamente estes doentes pareciam apresentar uma dificuldade efectiva na expressão de sentimentos e emoções. Ficou então claro que este parecia ser um dos caminhos que era necessário percorrer em termos experimentais. O estudo do papel das emoções na saúde e na doença tem uma longa história, acreditando-se, de uma forma geral, que a expressão das emoções é benéfica para a saúde, e a inibição e repressão emocional resulta numa activação crónica e mal-adaptativa do corpo com consequências prejudiciais para a saúde. Embora a relação entre várias condições médicas e a expressão emocional esteja traduzida num conjunto de pesquisas empíricas realizadas nos últimos anos, poucos estudos se têm debruçado sobre a relação entre expressão emocional e somatização. É neste âmbito que surge a motivação desta tese no sentido de estudar a relação entre somatização e expressão emocional, no contexto específico dos cuidados de saúde primários.

Em termos genéricos, são dois os principais objectivos delineados para esta investigação: por um lado, conhecer e caracterizar os somatizadores nos cuidados de saúde primários portugueses, e por outro, implementar e avaliar intervenções de expressão emocional em somatizadores. Estes objectivos traduzem-se na conceptualização de dois estudos empíricos distintos. No primeiro, visa-se a caracterização dos somatizadores em termos clínicos e sociodemográficos, procurando também estudar a relação da somatização com alguns processos emocionais e com a utilização dos serviços de saúde. No segundo estudo, procura-se implementar uma intervenção de expressão emocional escrita e outra cognitiva-narrativa a utentes somatizadores, avaliando posteriormente a sua eficácia terapêutica e investigando igualmente o papel moderador de algumas variáveis nos resultados.

Para contextualizar teoricamente esta investigação, o segundo capítulo desta tese analisa a evolução histórica da noção de somatização, tentando clarificar alguma da confusão conceptual que gira em torno deste tema, revisitando conceitos percursores da noção actual de somatização. São sistematizadas duas abordagens, na classificação e na avaliação da somatização, como organizadoras das principais definições deste constructo. São também apontados alguns instrumentos de avaliação correspondentes a cada uma destas classificações. Como alguns critérios de definição da somatização se revelam muito restritivos, não incluindo um conjunto de pacientes com perturbações não diferenciadas, apresentam-se alguns constructos alternativos que surgiram na evolução da classificação da somatização. É descrita numa segunda parte deste capítulo, a noção de utilizador frequente dos cuidados de saúde primários, analisando-se e caracterizando-se algumas das

dificuldades que representa este fenómeno nos serviços de saúde. Termina-se o capítulo com a apresentação de dados epidemiológicos relativos à somatização nos cuidados de saúde primários.

O terceiro capítulo aborda o domínio da regulação emocional onde se enquadra a expressão e a não-expressão das emoções. Começamos por traçar a história da regulação emocional conceptualizando este constructo à luz do modelo processual de regulação emocional de Gross (1999). Este é um dos modelos que mais resultados de investigação tem gerado nos últimos anos. O estudo dos processos emocionais tem-se traduzido essencialmente na pesquisa de diferenças individuais na expressão emocional e, por isso, sistematizamos neste capítulo alguns dos conceitos mais utilizados. Um dos domínios que mais pesquisa tem originado neste âmbito tem sido o papel da não-expressão emocional na saúde. Nesta sequência, apresentamos algumas definições e funções da expressão e da não-expressão emocional, descrevendo a este propósito, o modelo recente que Kennedy-Moore e Watson (1999) propuseram acerca do processo de expressão emocional e, das formas e consequências que a não-expressão pode assumir. Identificamos alguma confusão conceptual relativa aos constructos usados no campo da não-expressão emocional. Assim, discutimos a sistematização de Garssen e Remie (2004), apontando semelhanças e diferenças entre os constructos mais investigados. Na terceira parte deste capítulo fazemos uma revisão dos estudos que analisam a relação entre não-expressão emocional e saúde, apresentando uma revisão selectiva da literatura para a doença oncológica e para a doença coronária. Revemos também a associação da somatização com a alexitimia, por ser um dos processos de não-expressão emocional que tem merecido mais atenção por parte dos investigadores na sua relação com várias condições clínicas. Como a literatura recente sugere que as ligações entre regulação emocional e saúde podem ser complexas, terminamos este capítulo com a sistematização de algumas variáveis moderadoras que tem sido apontadas como intervenientes neste processo.

A pesquisa acerca da relação entre expressão emocional e saúde tem-se desenvolvido simultaneamente numa abordagem mais experimental, em que se destacam estudos que avaliam a eficácia de intervenções de expressão emocional com base no paradigma da escrita desenvolvido por Pennebaker (1993). Este autor introduziu um paradigma que solicita aos participantes que escrevam alguns dias acerca das suas experiências emocionais e/ou traumáticas, sendo depois avaliados os efeitos no funcionamento

fisiológico e psicológico desses indivíduos. Iniciamos este quarto capítulo apresentando o trabalho precursor de Pennebaker e descrevendo a sua técnica laboratorial, sistematizando de acordo com uma meta-análise de Smyth (1998), os tipos de resultados influenciados pela tarefa escrita em amostras saudáveis. Face aos resultados encorajadores dos primeiros estudos ao nível da saúde física dos participantes, muita investigação evoluiu para o domínio clínico, tendo sido conduzidos estudos em várias condições médicas. Numa segunda parte deste capítulo, apresentam-se alguns dos dados obtidos nesta área, incluindo uma revisão de estudos que avaliam o impacto desta intervenção em pacientes com sintomas físicos, sintetizando os principais resultados na saúde física e psicológica. Terminamos esta parte com a apresentação dos resultados de duas meta-análises. Numa terceira parte revemos alguns dos mecanismos teóricos envolvidos na expressão emocional, explorando assim explicações possíveis para a eficácia destas intervenções. Descrevemos também três modelos teóricos que dão conta de mecanismos inibitórios, cognitivos e de auto-regulação da expressão emocional, acompanhando com dados de pesquisas a favor desses modelos. Por fim, analisam-se algumas diferenças metodológicas entre os vários estudos, já que essas diferenças podem constituir-se como variáveis moderadoras da eficácia deste paradigma, desenvolvendo uma revisão acerca da alexitimia como variável moderadora da expressão emocional na saúde.

Como o acto de escrita de acontecimentos de vida significativos pode ser conceptualizado numa perspectiva narrativa, a intervenção cognitiva-narrativa pode também ser vista como uma intervenção de expressão emocional já que neste tipo de intervenção a linguagem tem a função central de expressão e de construção emocional. Apresentamos neste quinto capítulo, a terapia cognitiva-narrativa referindo os contributos do construtivismo para a psicoterapia e apresentando o modelo teórico tal como foi formulado por Gonçalves (1998b). Em seguida, apresentamos as fases da psicoterapia cognitiva-narrativa, descrevendo sinteticamente os objectivos e os passos de cada uma dessas fases. Numa segunda parte deste capítulo debruçamo-nos sobre a aplicação de intervenções do tipo cognitivo-narrativo em contextos de saúde, nomeadamente em pacientes vítimas de enfarte de miocárdio, em pacientes com dispepsia e em mulheres que sofreram uma interrupção médica da gravidez, particularizando características específicas dos manuais de intervenção e resultados terapêuticos obtidos.

O sexto capítulo descreve a metodologia do primeiro estudo empírico que pretende conhecer e caracterizar os utentes somatizadores dos cuidados de saúde primários na região do Porto, relacionando a somatização com alguns processos emocionais como a alexitimia e o controlo emocional. Neste capítulo descreve-se e caracteriza-se a amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados assim como o desenho deste estudo de natureza exploratória.

No sétimo capítulo apresentam-se os resultados deste primeiro estudo, começando com os resultados descritivos, evoluindo em complexidade para os resultados de relação e terminando nos de predição.

A discussão dos resultados do primeiro estudo, e a comparação com os dados de outros estudos realizados neste domínio é realizada no oitavo capítulo.

Com base nos resultados obtidos no primeiro estudo exploratório e de natureza correlacional partimos para a implementação do segundo estudo empírico, cuja metodologia é apresentada no capítulo nono. Assim, descrevemos a aplicação das duas intervenções de expressão emocional e avaliamos a sua eficácia relativamente à saúde física, à qualidade de vida e à perturbação emocional. Neste capítulo são descritos os participantes somatizadores, os instrumentos utilizados, as intervenções aplicadas e o desenho do estudo.

No décimo capítulo apresentam-se os resultados encontrados relativamente à eficácia das intervenções e comparam-se com os do grupo de controlo. Descrevem-se também os resultados do estudo das variáveis de moderação neste processo.

No décimo primeiro capítulo tecem-se algumas considerações relativas à metodologia empregue, apontando algumas dificuldades sentidas, bem como se discutem e comparam os resultados obtidos com estudos afins, referindo por fim algumas limitações desta pesquisa.

No décimo segundo e último capítulo revisitamos os objectivos deste trabalho, sintetizamos as principais contribuições desta investigação e reflectimos sobre alguns dos desenvolvimentos futuros que este tema poderá suscitar.

Capítulo 2: Somatização nos cuidados de saúde primários

A somatização nos cuidados de saúde primários é um fenómeno clínico importante pelas implicações que tem não só do ponto de vista individual mas também social. Enquanto que outras condições clínicas tem merecido mais atenção nos cuidados de saúde primários, talvez as dificuldades na definição, na classificação e no tratamento da somatização tenha feito com que este problema seja subestimado, na prática clínica e também na investigação. Nesta revisão teórica procuramos clarificar algumas destas questões traçando a evolução do conceito, apresentando algumas das formas de classificação e de avaliação e caracterizando este problema nos cuidados de saúde primários.

2.1. História e definição do conceito

A somatização é um conceito actual que ao longo do tempo tem sido definido de inúmeras formas, sendo a ambiguidade deste muitas vezes referida na pesquisa relacionada com a somatização (Sharpe, Mayou, & Bass, 1995 cit. por Van der Feltz-Cornelius & Van Dick, 1997). Vamos analisar brevemente a evolução histórica da somatização de forma a tentar compreender a origem de alguma da ambiguidade em torno deste conceito já que ele próprio é o resultado de várias mudanças na conceptualização da doença ao longo do tempo.

2.1.1. Conceito de histeria e de hipocondria

A primeira entidade de doença cujas características diziam respeito a sintomatologia física com uma origem biológica e psicológica, foi a noção de histeria. As primeiras referências ao conceito de histeria remontam ao antigo Egito, sendo à data definido como a manifestação de sintomas físicos que aparentavam estar ligados a uma qualidade sexual intrínseca. Existem, ainda, algumas referências a este conceito na Grécia, onde a sintomatologia física da histeria era atribuída ao útero solto das mulheres. No trabalho de Hipócrates, a histeria é descrita a partir da manifestação de sintomas como, sensação de sufoco, falta de apetite, perda de voz, tremores, espasmos, inconsciência temporária e mesmo a morte. Hipócrates apresenta também uma noção de hipocondria, que empiricamente define como a combinação de um ânimo deprimido e ansiedade com sintomas físicos, decorrendo essa sintomatologia de uma causa física, nomeadamente a sobrecarga de bÍlis negra no organismo.

Contudo, foi Briquet (1859, citado por Kellner, 1991) já no séc. XIX, o primeiro a estudar clinicamente a histeria analisando e acompanhando pacientes que sofriam desta perturbação por um período de dez anos. Nesse estudo concluiu que a histeria era mais frequente nas mulheres mais jovens pertencentes às classes sociais mais baixas bem como era frequente também em homens (contrariando o pressuposto da psicopatologia clássica que delimitava a incidência da histeria apenas ao sexo feminino) e não era causada por um útero solto como se pensava na antiguidade. Briquet defendia que as circunstâncias sociais que limitavam o desenvolvimento pessoal contribuÍam para o desenvolvimento da doença e que o prognóstico da histeria era favorável. É também o primeiro autor a sugerir o papel do cérebro, enquanto lugar de processos psicológicos, na etiologia desta perturbação, remetendo a origem da histeria para a integração da dimensão biológica, psicológica e social. Esta abordagem representou um avanço significativo para o conhecimento da altura acerca da etiologia da histeria que se pensava, até então, apenas biológica.

Posteriormente, Freud descreve meticulosamente os pacientes histéricos, analisando os seus sintomas, sentimentos, emoções, atitudes e experiências subjectivas, investigando o papel dos sentimentos e emoções na etiologia da doença. O modelo de Freud sugeria que no diagnóstico da histeria, as queixas somáticas podiam ser o resultado de problemas mentais, sendo a sua abordagem nova e controversa para o meio científico da época. Freud (1901, citado por Van der Feltz-Cornelius & Van Dick, 1997) baseado no pressuposto da

importância etiológica dos problemas mentais no aparecimento de sintomas físicos, introduz o conceito de neurose histérica ou também chamada de psiconeurose ou de histeria de conversão, referindo-se ao conjunto de queixas somáticas com uma origem psíquica como o trauma sexual precoce ou conflitos sexuais infantis.

Outro conceito que Freud introduz, por oposição ao de neurose histérica, é o de neurastenia ou neurose actual. Estes dois conceitos são diferenciados pelo autor através dos factores etiológicos, sendo que a neurose histérica possuía uma origem psíquica, ou seja, os sintomas físicos seriam expressões simbólicas de conflitos sexuais infantis. Na neurose actual, por sua vez, a etiologia seria exclusivamente somática, ou seja, os sintomas seriam consequência directa de tensão sexual não resolvida no momento presente. Já o neurologista Beard em 1868, citado por Van der Feltz-Cornelius e Van Dick em 1997, atribui as queixas físicas como fadiga e exaustão nervosa na neurastenia, aos factores sociais como pressão no trabalho e barulho, considerando também que os órgãos sexuais congestionados seriam um importante factor etiológico, recomendando como tratamento da neurastenia além do descanso, a remoção cirúrgica do útero, nas mulheres, e da próstata, nos homens.

Perley e Guze (1962) citados por Van der Feltz-Cornelius e Van Dick (1997) caracterizaram a histeria pela presença de múltiplas queixas físicas concomitantemente com a presença de sintomas de ansiedade e de depressão. Este conceito de histeria foi o precursor da perturbação de somatização como foi definido na DSM-III (1980). Já no séc. XX o conceito de histeria é banido do vocabulário médico surgindo na DSM-III em várias categorias, como a das perturbações dissociativas, a de perturbação de personalidade histriónica e a das perturbações somatoformes, onde se inclui a perturbação de somatização e a hipocondria. A partir desta resenha histórica podemos concluir que o conceito de histeria evoluiu ao longo do tempo adoptando diferentes nomenclaturas, embora mantendo-se relativamente fiel aos critérios nosológicos iniciais. Assim sendo podemos considerar a histeria como o conceito precursor de uma definição mais actual: a somatização.

É então a partir destes dois conceitos: de neurose histérica, de etiologia psíquica e o conceito de neurose actual, de etiologia somática, que assenta a actual divisão em duas abordagens na conceptualização de somatização. Podemos assim concluir que o conceito

de neurose histérica e o conceito de neurastenia são os precursores das definições actuais de somatização.

2.2. Classificação e avaliação da somatização

Em consequência do conceito de somatização ter sofrido ao longo do tempo inúmeras mutações resultantes das contribuições de vários autores que o tentaram definir, não conseguimos traçar uma evolução cronológica e linear a partir das noções de histeria e de hipocondria.

Surgem vários desenvolvimentos que se traduzem na conceptualização da somatização como uma manifestação somática de perturbação psicológica e numa outra linha surgem também um conjunto de definições que encaram a somatização como perturbação somática ou a manifestação de sintomas sem explicação médica, não pesquisando qualquer tipo de causalidade para a perturbação. O ponto de divergência entre estas duas abordagens reside na conceptualização da origem da sintomatologia física. Se a primeira abordagem, originária dos trabalhos de Freud, afirmava que a sintomatologia física assentava na perturbação psicológica, na segunda, de facto, não há uma pesquisa causal para os sintomas somáticos.

Vamos apresentar de seguida as principais definições que foram elaboradas ao longo do tempo, enquadrando-as nestas duas principais abordagens.

2.2.1. Somatização como manifestação somática de perturbação psicológica

Nesta categoria as definições de somatização são enquadradas à luz da teoria psicanalítica já que se procura uma causalidade psíquica para as manifestações somáticas. Uma das primeiras definições de somatização, que espelha esta abordagem, foi a que foi Stekel introduziu em 1943 citado por Kellner (1991) definindo-a como o processo pelo qual os conflitos neuróticos se podem apresentar sob a forma de perturbação física. Também Menninger (1947) citado no mesmo trabalho de Kellner, descreveu as reacções de

somatização como expressões viscerais de ansiedade que podem dessa forma manter-se inconscientes.

Também a definição inicial de somatização que Lipowski propõe (1968, cit. por DeGucht & Fischler, 2002) se enquadra nesta linha psicanalítica definindo este conceito como a tendência para experienciar, conceptualizar e/ou comunicar estados psicológicos ou conteúdos através de sensações corporais, alterações funcionais ou metáforas somáticas. Mais tarde, em 1987, Lipowski reformula a sua definição de somatização acrescentando a dimensão de procura de ajuda médica, definindo-a como a tendência para experienciar e comunicar a perturbação psicológica sob a forma de sintomas somáticos e a procurar ajuda médica para eles.

Tabela 2.1: Critérios para a Definição de Somatização como Perturbação Somática.

Bridges e Goldberg (1985)	<p>Os pacientes apresentam sintomas físicos aos seu médico;</p> <p>Esses sintomas são atribuídos pelo paciente a um problema físico;</p> <p>Estabelecimento de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica;</p>
Kirmayer e Robbins (1991)	<p>Existência de um diagnóstico de perturbação de depressão major ou de perturbação de ansiedade;</p> <p>Apresentação de sintomas físicos não orgânicos;</p> <p>Esses sintomas são atribuídos unicamente a problemas somáticos;</p> <p>Rejeição de atribuições psicossociais aos sintomas físicos;</p>
Craig, Boardman, e Mills (1993)	<p>Necessidade de informação médica objectiva no julgamento do sintoma ser explicado ou não medicamente;</p> <p>Necessidade de dois avaliadores para medir a presença de uma perturbação psiquiátrica e a natureza do sintoma físico (com ou sem explicação médica);</p> <p>Testar o pressuposto de que o sintoma somático apresenta a manifestação psiquiátrica que foi diagnosticada.</p>

Outra definição que sugere a existência de uma relação causal entre a experiência de perturbação psicológica e a apresentação de sintomas somáticos é a de Bridges e Goldberg (1985) que exige como critério operacional de somatização provas de perturbação psiquiátrica. Ou seja, segundo os critérios de Bridges e Golberg, a somatização seria diagnosticada quando os pacientes apresentassem sintomas físicos ao seu médico e atribuíssem esses sintomas a um problema físico sendo à posteriori diagnosticados por um

psiquiatra com uma perturbação psiquiátrica. Dentro desta abordagem que exige como critério para a definição da somatização o estabelecimento de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, incluem-se as definições de Kirmayer e Robbins (1991) e a de Craig, Boardman, e Mills (1993) que sistematizamos na Tabela 2.1. Nesta tabela apresentamos também os critérios requeridos para a definição de somatização.

É interessante verificar que é precisamente a relação entre somatização, ansiedade e depressão que se constitui como núcleo central da divergência na operacionalização da noção de somatização, sendo que na perspectiva da somatização como perturbação somática a ansiedade e a depressão aliam-se à somatização.

2.2.2. Somatização como perturbação somática

Um outro conjunto de definições de somatização caracterizam-se pelo pressuposto básico da apresentação de sintomas somáticos como central da somatização, excluindo pressupostos acerca da causalidade. A definição de Lipowski em 1988 de somatização, inclui-se nesta categoria ao definir a somatização como a tendência a experienciar e a comunicar perturbação somática e os sintomas sem explicação médica/patológica e a atribuí-los a doença física e a procurar ajuda médica para eles. Nesta definição Lipowski não inclui qualquer procura de causalidade.

Nesta linha, surgem as conceptualizações de somatização que não remetem para uma perturbação psíquica subjacente, através da constatação clínica nomeadamente de Mayou (1993) de um grande número de pacientes que surgiam nos cuidados de saúde primários com sintomas somáticos sem explicação médica que não são acompanhados por uma perturbação psicológica evidente. Dentro desta abordagem da somatização como perturbação somática, três orientações mais específicas podem ser distinguidas:

A somatização definida no sentido mais abrangente, conceptualiza-a pela simples contagem de sintomas, onde podemos incluir a definição de Kellner (1990). Nesta linha inclui-se também a definição de Mayou (1993) em que a somatização é definida através de sintomas físicos não orgânicos, ou seja, os chamados sintomas sem explicação médica;

A somatização definida através de um critério (e.g., carácter crónico ou recorrente dos sintomas, número de grupos de sintomas envolvidos, grau de incapacidade associada e consumo médico). Nesta categoria incluem-se as definições de somatização segundo a DSM-III (1980), DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), ICD-10 (1993), *abridged somatization* (Escobar, Rubio, Canino, & Karno, 1989) e *multisomatoform disorder* (Kroenke et al., 1997), sendo as duas últimas, definições que surgem como constructos alternativos ao do sistema de classificação psiquiátrica da DSM.

A somatização considerada por englobar características específicas cognitivas e/ou comportamentais como partes necessárias da somatização. Aqui incluem-se as definições de Lipowski (1988), de Barsky (1995) e de Rief e Hiller (1999).

Podemos então sistematizar os conceitos ligados à somatização numa abordagem funcional, descrevendo semelhanças e diferenças entre estes no que diz respeito ao número de sintomas sem explicação médica requeridos como ponte de corte, à duração dos sintomas, à presença ou ausência de critério de gravidade como a interferência com a vida diária e o consumo médico, ao número de grupos de sintomas exigidos e à presença ou ausência de características psicológicas específicas.

Como verificamos na Tabela 2.2, os desenvolvimentos na conceptualização de somatização foram-se traduzindo em alterações nos critérios de definição nas várias versões da DSM ao longo do tempo. Uma das diferenças mais notórias tem a ver com o ponto de corte dos sintomas exigidos para a definição da somatização. Anteriormente à DSM-III, Perley e Guze (1962, cit. por DeGucht & Fischler, 2002) foram os pioneiros na definição de somatização ao estabelecerem um ponto de corte, limitando o número de sintomas exigidos para o diagnóstico de histeria, definindo trinta e sete sintomas como critério operacional para a sua definição, com base em critérios estatísticos realizados em estudos sucessivos. Na DSM-III eram exigidos, para um diagnóstico positivo de somatização, catorze sintomas para as mulheres e doze sintomas para os homens. Na DSM-III-R de uma lista de trinta e cinco sintomas passaram a ser exigidos treze sintomas tanto para os homens como para as mulheres.

Tabela 2.2: Características dos diferentes conceitos relacionados com a Somatização Funcional (adaptado de DeGucht & Fischler, 2002).

Conceito	Nº SSEM	Duração	Interferência com a vida	Consumo médico	Grupo sintomas	Características psicológicas
DSM-III	12(M), 14(F)	Antes dos 30	+	+	-	-
SSI	4(M), 6 (F)	Antes dos 30	+	+	-	-
DSM-III-R	13	Antes dos 30	+	+	-	-
MSD	3	1/mês, 1 sintoma nos últimos 2 anos	+	-	-	-
DSM-IV	8	Antes dos 30	+	+	4	-
PSD	7	2 anos	+	+	2	+
ICD-10	6	2 anos	+	+	2	-

NB: SSEM - Sintomas Sem Explicação Médica; DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-3rd edition; SSI - Somatic Symptom Index; DSM-III-R - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-3rd edition-revised; MSD - Multisomatoform Disorder; DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition; PSD - Polysymptomatic Somatoform Disorder; ICD-10 - Classification of Mental and Behavioral Disorders.

Posteriormente, na DSM-IV, com base numa re-análise de uma amostra psiquiátrica, são exigidos apenas oito sintomas de dor, tanto para os homens como para as mulheres, que pertencem a quatro grupos claramente definidos (de partes diferentes do corpo). Actualmente, de acordo com a quarta edição da DSM, a perturbação de somatização caracteriza-se pela presença de múltiplas dores recorrentes e gastrointestinais, sexuais e pseudoneurológicas que surgem ao longo dos anos. Para se preencherem os critérios de diagnóstico para a perturbação de somatização, as queixas físicas do doente não devem ser induzidas intencionalmente e devem levar a procurar ajuda médica ou serem acompanhadas de redução na actividade social, profissional ou doutras áreas de funcionamento.

A DSM-IV coloca a perturbação de somatização num grupo de perturbações que inclui a perturbação somatoforme indiferenciada, a perturbação de conversão, a perturbação de dor, a hipocondria, a perturbação dismórfica corporal e a perturbação somatoforme sem outra especificação. As características essenciais destas perturbações envolvem sintomatologia que sugere uma perturbação física para a qual não há dados médicos que sustentem as

queixas. Clinicamente, a somatização caracteriza-se por queixas físicas significativas que resultam num desajustamento que leva à procura de serviços médicos. Estes problemas são crónicos e causam stress considerável aos pacientes e às suas famílias (Mayonard, 2003).

2.2.3. Aparecimento de constructos alternativos

Segundo alguns autores os critérios de somatização da DSM-IV são muito restritivos e os pacientes com perturbações somatoformes não diferenciadas ou inespecíficas ficam muito longe da classificação nestas perturbações (Fink, 1993; Kirmayer, Robbins, & Paris, 1994). Além da maioria dos doentes dos cuidados de saúde primários não preencherem os critérios exigidos para a perturbação de somatização, demonstram também considerável disfuncionalidade, comorbilidade psiquiátrica e uma utilização excessiva dos cuidados de saúde. Além disso o clínico deve investigar não só as experiências actuais dos sintomas mas também a história dos sintomas o que não acontece no sistema de classificação da DSM-IV.

Um dos primeiros constructos alternativos a aparecer foi o de *abridged somatization*, sendo proposto por Escobar, Burnam, Karno, Forsythe, e Golding (1987), tendo sido desenvolvido no sentido de facilitar a pesquisa sistemática da somatização em populações clínicas e comunitárias. A necessidade deste constructo surgiu da observação de que a perturbação de somatização, como estava definida na DSM-III, era extremamente rara na comunidade e em contextos clínicos e por isso, falhava na captação da maioria dos pacientes que apresentavam elevados níveis de sintomas físicos não explicados medicamente.

Define-se a perturbação de *abridged somatization* quando existe uma história de quatro sintomas sem explicação médica para os homens e seis sintomas para as mulheres, de uma lista de trinta e cinco sintomas potenciais propostos para a perturbação de somatização segundo a DSM-III. Escobar chama ao índice de avaliação da *abridged somatization* o Somatic Symptom Index (Escobar et al., 1989). Este constructo apresenta vantagens em relação à definição da DSM, já que é pouco praticável provar uma longa lista de sintomas somáticos nos contextos dos centros de saúde.

Outro constructo que surge como resultado da pesquisa acerca da somatização nos cuidados de saúde primários é o de *multisomatoform disorder*, sendo proposto por Kroenke, Spitzer, DeGruy, e Swindle em 1998. A perturbação de *multisomatoform disorder* é considerada como uma perturbação intermediária entre a perturbação de somatização e a perturbação de *abridged somatization*, sendo considerada moderadamente grave. Em termos clínicos, é feito um diagnóstico desta perturbação quando um paciente relata três ou mais sintomas sem explicação física de uma lista de quinze sintomas, acompanhada de uma história de somatização crónica, considerada superior a dois anos. Este limiar de sintomas identifica um sub-grupo de doentes nos cuidados de saúde primários com um risco elevado de ter somatização clinicamente significativa. Kroenke e o seu grupo (1998) referem algumas vantagens da utilização desta medida da somatização:

- i) O conceito de *multisomatoform disorder* é baseado em sintomas actuais e não ao longo da vida;
- ii) Este conceito assenta numa lista de quinze sintomas e não de trinta e cinco;
- iii) Uma vez que a *multisomatoform disorder* é diagnosticada através de um limiar de sintomas em vez da média, inclui mais doentes com perturbação de somatização e também com *abridged somatization*.

O instrumento de diagnóstico de *multisomatoform disorder* é o PRIME-MD (Spitzer, Williams, & Kroenke, 1994) que é constituído por dois componentes: um instrumento de auto-relato do paciente, o PHQ-15, combinado com um guia de avaliação do clínico que consiste numa entrevista estruturada que este usa para seguir as respostas positivas ao questionário do paciente. O questionário de auto-relato pede ao paciente que indique de uma lista de quinze sintomas, aqueles que o tem incomodado no último mês. Na existência de três ou mais sintomas positivos, o clínico, usa a entrevista. O objectivo deste instrumento é que o clínico decida, baseado na informação contida no registo médico, se os sintomas que o paciente experiencia tem uma explicação médica que seja responsável pela sua gravidade. Este instrumento oferece a vantagem de demorar menos tempo na sua administração, sem sacrificar a utilização da informação médica, que é essencial para decidir quais os sintomas que são ou não explicados medicamente. DeGucht e Fischler (2002) enunciam também mais algumas vantagens do PRIME-MD:

- i) O limiar de sintomas é altamente preditivo do ajustamento;

- ii) Há uma focalização em sintomatologia actual;
- iii) Não há exigências em relação a grupos de sintomas envolvidos ou características psicológicas;
- iv) A organicidade é excluída com base em critérios objectivos.

Desta forma, restringir o diagnóstico das perturbações somatoformes aos critérios da DSM, impede a abrangência de um importante grupo de pacientes somatizadores nos cuidados primários que experienciam desajustamento no funcionamento global, comorbilidade psiquiátrica e difíceis relações médico-paciente bem como o excesso de utilização dos cuidados de saúde, daí a importância do aparecimento destes constructos alternativos que permitem assim estudar um grande número de pacientes que surgem nos seus médicos de família com muitas queixas físicas para as quais não se encontra uma explicação médica.

Muita da dificuldade no estudo da somatização pode ser atribuída à ambiguidade deste termo. A somatização tanto pode ser conceptualizada como constructo categorial ou como constructo dimensional. Por um lado, a somatização estudada como constructo categorial classifica os sujeitos nos que somatizam e nos que não somatizam. Por outro lado, estudada numa perspectiva dimensional temos num extremo as perturbações somatoformes e noutro extremo, os somatizadores dos cuidados de saúde primários, dando-nos assim mais liberdade na pesquisa para abarcar uma percentagem considerável de sujeitos, normalmente utilizadores frequentes dos serviços de saúde, mas que não preenchem os critérios de diagnóstico da DSM e que por isso ficariam de fora de uma possível intervenção clínica.

Procurámos descrever as várias abordagens de classificação e respectiva medição da somatização, havendo contudo vantagens e desvantagens na utilização destes constructos. Quando conceptualizamos a somatização enquanto manifestação somática de perturbação psicológica, encontramos a vantagem de dirigir a atenção para a morbilidade psiquiátrica que está muitas vezes camuflada, especialmente nas perturbações de ansiedade e de depressão. No entanto, esta abordagem não tem em conta os indivíduos que apresentam sintomas sem explicação médica que não são acompanhados por uma perturbação de ansiedade ou de depressão. Por outro lado, esta abordagem presume a existência de uma relação causal entre ansiedade e depressão e sintomas sem explicação médica.

Por oposição, a conceptualização da somatização como perturbação somática ou funcional, permite na investigação, englobar um conjunto de sujeitos que apesar de não terem todos os critérios da DSM-IV para uma perturbação de somatização, apresentam bastantes queixas físicas e um elevado grau de disfuncionalidade. Contudo, esta abordagem da somatização enquanto perturbação somática, em termos conceptuais e metodológicos sofre de uma multitude de conceitos e ao nível da avaliação, de pontos de corte de sintomas tão díspares que trazem uma série de dificuldades quando se pretendem analisar e comparar estudos nesta área.

Não há concordância quanto à definição de somatização, como pudemos constatar pela diversidade de abordagens e pelas inúmeras definições deste conceito ao longo do tempo. Como Van der Feltz-Cornelius e Van Dick (1997) referem, a somatização faz parte de um conjunto de conceitos que pertencem a um nível conceptual mais elevado e essencialmente porque remete para o debate constante acerca da existência ou não de uma ligação entre factores psicológicos e sintomas físicos tendo como objectivo final a determinação de uma causalidade para a sintomatologia do indivíduo. Contudo, este debate parece inconclusivo, na medida em que explica o carácter descritivo e a neutralidade etiológica da noção de somatização.

2.3. Somatização nos cuidados de saúde primários

2.3.1. Utilização dos cuidados de saúde primários

Actualmente, os cuidados de saúde primários enfrentam alguns problemas nomeadamente em relação à insuficiência dos recursos e ao grande número de utentes que cada médico tem que atender. A esses problemas vem juntar-se um outro, o dos utentes que recorrem com frequência a estes serviços, nomeadamente nos centros de saúde.

Recentemente têm havido um interesse crescente por esta questão já investigada há alguns anos: a dos Utilizadores Freqüentes (UF) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os utilizadores freqüentes constituem uma categoria de utentes que recorre freqüentemente aos serviços de saúde em busca de consultas médicas, pedido de exames, etc. Segundo

alguns estudos que avaliaram a percepção que os médicos têm destes doentes, estes são vistos como muito exigentes, difíceis e frustrantes (O` Dowd, 1988). Estes utentes dos CSP constituem um desafio para os serviços dada a excessiva utilização que fazem dos mesmos e também pelas dificuldades que surgem na relação entre os utentes e o seu médico de clínica geral.

Um estudo realizado na Suécia por Smedby (1974, cit. por Karlsson, Lehtinen, & Joukamaa, 1994) mostrou que cerca de 10% dos utentes dos cuidados de saúde consumiam cerca de 43% de todas as consultas médicas demonstrando, conseqüentemente, taxas de absentismo ao trabalho quatro vezes superiores, devido às suas queixas físicas. Também citada no mesmo trabalho está a investigação de Videman e colegas (1976) que concluí que cerca de 12% da população dos cuidados de saúde primários utilizavam cerca de 50% dos serviços médicos enquanto que os que estavam mais doentes usavam apenas 35,5% dos serviços médicos disponíveis. Também no Canadá, Browne et al. (1982, cit. por Karlsson et al., 1994) verificaram que cerca de 13% dos pacientes eram responsáveis por 46% de todas as visitas ao médico. Ou seja, uma pequena parte dos utentes dos cuidados de saúde faz uma utilização muito frequente dos serviços de saúde, sendo responsáveis por um elevado gasto económico no seu atendimento.

Alguns estudos empíricos que têm sido desenvolvidos neste âmbito para identificar este grupo de utentes, recorrem à operacionalização do conceito de UF através do número de consultas por ano que estes fazem. Por exemplo, Jyväskylä (2001) definiu os UF como os utentes que fizeram oito ou mais consultas com o médico de família no último ano. Já Karlsson, Joukamaa, Lathi, Lehtinen, e Kokki-Saarinen, em 1997, apresentaram outro critério de definição dos UF: todos os utentes que tivessem realizado onze ou mais consultas com o seu médico de família. Segundo uma revisão exaustiva realizada por Jyväskylä (2001), de uma série de estudos com esta população, em que foram analisadas as várias definições de UF, a média de consultas por ano de um utilizador frequente varia de seis a dezasseis.

Além do critério número de consultas durante um determinado período de tempo, para identificação dos utilizadores frequentes, há também outros métodos utilizados, um deles, consiste em analisar os 10% dos utentes que fizeram mais consultas, durante um determinado período de tempo, por idade e por sexo. Uma outra forma de detectar utilizadores frequentes consiste em fazer a média das consultas por idade e por sexo, num

determinado período de tempo e os utilizadores frequentes são aqueles que ultrapassam esse valor médio.

Grande parte dos estudos encontrados quanto à prevalência destes utentes nos cuidados de saúde primários referem-se a trabalhos desenvolvidos na Europa, especialmente no Norte da Europa. Exemplo disso é o trabalho de Jyväskylä e o seu grupo em 1998, desenvolvido na Finlândia, que procurou descrever a proporção dos UF entre os utentes dos cuidados de saúde primários, concluindo que aproximadamente 5% da população eram UF. Segundo uma revisão efectuada pelo mesmo autor no ano de 2001, a prevalência deste grupo de utentes varia entre 4 a 18% dependendo dos critérios usados. Não foram encontrados dados epidemiológicos em relação à prevalência dos utilizadores frequentes nos CSP em Portugal.

2.3.2. Caracterização dos utilizadores frequentes

Jyväskylä (2001) num estudo que investiga os factores psicossociais e familiares e a morbilidade crónica associada aos UF, salienta algumas das características, sistematizadas na Tabela 2.3, que ressaltam quando compara utentes UF com utentes não UF.

Tabela 2.3: Caracterização dos Utilizadores Frequentes (adaptado de Jyväskylä, 2001).

Características clínicas	Os UF fizeram mais consultas ao médico de família (23,5%) que os não UF (4,2%); Os UF fizeram mais visitas sem marcação do que os não UF;
Características demográficas	Havia mais pacientes solteiros e divorciados entre os UF; Tinham um nível educacional mais baixo e menos formação profissional (especialmente as mulheres); Havia mais pessoas com reformas de invalidez e desempregadas; Tinham um nível socio-económico mais baixo;
Morbilidade crónica	Os UF tinham principalmente doenças do aparelho circulatório, do sistema musculoesquelético e perturbações psiquiátricas; Os UF tinham mais doenças do aparelho respiratório, circulatório, endócrino e nervoso.

Um outro estudo bastante original realizado por Karlsson et al. (1997), na Finlândia, vem confirmar a existência de uma elevada morbilidade não só física mas também psiquiátrica entre os UF nos cuidados de saúde primários. Assim um dos objectivos da sua investigação foi o de classificar estes utentes em agrupamentos clínicos, traçando diferentes perfis clínicos dos UF. Através do seu trabalho foi possível identificar cinco grupos clínicos distintos entre os UF: os pacientes com doença física pura, os pacientes com doença psiquiátrica; os pacientes em crise; os pacientes somatizadores crónicos e os pacientes com múltiplos problemas. As principais características de cada um dos grupos clínicos aparecem sumarizadas na Tabela 2.4.

Tabela 2.4: Critérios operacionais para os cinco grupos de UF (adaptado de Karlsson et al., 1997).

Físico	Uma ou mais doenças físicas crónicas; Não existência de doença psiquiátrica; Não existência de stressores psicossociais, abuso de substâncias ou dificuldades interpessoais duradouras; Não existência de sintomas somáticos funcionais, múltiplos de longa duração;
Psiquiátrico	Doença psiquiátrica; Não existência de dificuldades interpessoais graves ou abuso de substâncias; Se existirem manifestações físicas de uma doença psiquiátrica apenas <i>somatização facultativa</i> ;
Crise	Um stressor definido na situação de vida (e.g. problemas conjugais, doença familiar grave); Não existência de doença psiquiátrica; Não existência de dificuldades interpessoais graves ou abuso de substâncias;
Somatizador	Existência actual de pelo menos 3 sintomas físicos de longa duração que não podem ser justificados pela doença física (estes sintomas não podem estar melhor relacionados com o grupo psiquiátrico); Os doentes tem eles próprios que pensar que os seus sintomas são causados por uma doença física; Não existência de dificuldades interpessoais graves ou abuso de substâncias;
Multi-problema	Problemas em pelo menos 3 das seguintes áreas: uma doença psiquiátrica, uma ou mais doenças físicas crónicas, problemas interpessoais graves e múltiplos, abuso de substâncias, dificuldades sociais que levam à procura dos serviços de assistência social.

Esta classificação multidimensional que nos é proposta pelo grupo de trabalho de Karlsson, vai mais longe que a classificação tradicional que categoriza os pacientes em apenas dois grupos: os doentes físicos e os doentes psiquiátricos. A utilidade desta grelha de classificação traduz-se na identificação mais eficaz para os profissionais que lidam com este tipo de pacientes na sua prática clínica diária, permitindo assim um acompanhamento ou encaminhamento diferencial dos diversos tipos de pacientes consoante as necessidades.

Relativamente ao grupo dos utilizadores frequentes somatizadores, verificou-se que estes tendiam a apresentar várias doenças físicas, tornando a detecção da somatização uma tarefa difícil. Este grupo de utentes encontrava-se menos satisfeito com a sua saúde física e era essencialmente constituído por mulheres. Alguns destes utentes tinham também doença psiquiátrica. A sua tendência para somatizar era de longa duração, a sua sintomatologia física era múltipla e os sintomas físicos eram atribuídos a doenças físicas o que os diferenciava claramente do grupo psiquiátrico e do grupo de crise.

2.3.3. Somatização e os utilizadores frequentes

Vários estudos têm analisado as doenças psiquiátricas nos utentes dos CSP e têm encontrado uma prevalência que varia entre 14 a 36% em países ocidentais recorrendo a métodos normalizados (Fink, Jensen, & Borgquist, 1995; Üstun & Sartorius, 1995; cit. por Fink, Soreson, Engberg, Holm, & Munk-Jorgensen, 1999). Contudo, menos trabalhos aparecem quando se pretende estudar especificamente as perturbações somatoformes, havendo poucos estudos que utilizem critérios normalizados para as perturbações de somatização.

Procurámos fazer uma revisão de alguns desses trabalhos que analisam a prevalência da somatização nos cuidados de saúde primários, verificando que estes estudos são realizados principalmente em países do Norte da Europa como a Dinamarca (Fink et al., 1999), Finlândia (Jyväsjarvi, 2001) e nos EUA (Allen, Gara, Escobar, Waitzkin, & Silver, 2001; Escobar, 1997; Kroenke & Spitzer, 1998). Como vimos no ponto atrás, estes dois últimos autores, procuraram desenvolver instrumentos de identificação dos somatizadores nos cuidados de saúde primários no intuito de facilitar aos profissionais de saúde uma detecção destes utentes, especificamente o SSI (Escobar, 1997) e o PRIME-MD (Kroenke & Spitzer, 1998). Estes instrumentos surgem para além do sistema clássico da DSM, por se

ter verificado que havia uma elevada percentagem de utentes que não preenchiam os critérios para o diagnóstico das perturbações somatoformes mas que apresentavam um conjunto de queixas físicas, sendo importante operacionalizar-se a somatização através de constructos alternativos.

Tabela 2.5: Revisão dos estudos da somatização nos CSP.

Autores	Local	Amostra	Método	Resultados
Bridges e Goldberg (1985)	Reino Unido	500 utentes CSP	Crítérios de Bridges e Golberg para a somatização	Mais de metade dos doentes com perturbação mental preenchiam os critérios de somatização
Kirmayer et al. (1993)	Canadá	685 utentes CSP	DIS, SSI e WI	26,3% preenchiam os critérios para um ou mais tipos de somatização
Üstun e Sortirius (1995)	Estudo multicêntrico	Utentes CSP	ICD 10	2,7% tinham perturbação de somatização
Lobo et al. (1996)	Espanha	Utentes CSP	Crítérios de Bridges e Golberg para a somatização	9,4% tinham perturbação de somatização
Fink et al. (1999)	Dinamarca	191 utentes CSP	SCL25, WI	Entre 22 a 58% preenchiam os critérios para perturbação somatoforme
Gureje et al. (1997) cit. por Gureje e Simon (1999)	Turquia, Grécia, Alemanha, Índia, Nigéria, Holanda, Reino Unido, Japão, França, Brasil, Chile, China, Itália e USA.	Utentes CSP	ICD10, SSI	3% tinham perturbação de somatização (ICD10); 30% (SSI)
Gureje e Simon (1999)	Turquia, Grécia, Alemanha, Índia, Nigéria, Holanda, Reino Unido, Japão, França, Brasil, Chile, China, Itália e USA.	25916 utentes CSP	ICD10, SSI	19,7% tinham síndrome de somatização (SSI)
Allen et al. (2001)	USA	1456 utentes CSP	ICD10, critérios de avaliação de Escobar para <i>abridged somatization</i>	22% preenchiam os critérios de Escobar para a <i>abridged somatization</i>

NB: CSP - Cuidados de Saúde Primários; DIS - Diagnostic Interview Schedule; SSI - Somatic Symptom Interview; WI - Whitely Index; ICD-10 - Classification of Mental and Behavioral Disorders; SCL-25 - Hopkins Symptom Checklist.

Na Tabela 2.5 apresentamos esquematicamente alguns dos estudos que analisaram a prevalência da somatização nos cuidados de saúde primários (referenciando os autores e o local onde o estudo foi realizado, a amostra que recolheram, o método utilizado e os principais resultados a que chegaram).

Deste conjunto de estudos revistos, salientamos um estudo epidemiológico mais abrangente de Gureje e Simon (1999) que foi realizado em catorze países com o objectivo de estudar a incidência e a persistência do síndrome de somatização numa amostra alargada de 5438 sujeitos (da Turquia, Grécia, Alemanha, Índia, Nigéria, Holanda, Reino Unido, Japão, França, Brasil, Chile, Itália e USA). Estes autores concluíram que a prevalência da somatização nos cuidados de saúde primários era de 19,7%. Outra conclusão importante foi que a somatização tende a persistir ao longo do tempo, neste caso, passado um ano, constataram que esta perturbação persistia em cerca de 45,9% dos sujeitos.

Da análise da Tabela 2.5 podemos verificar que há questões importantes que se levantam quando se comparam os diferentes estudos, nomeadamente o recurso pelos vários investigadores a diferentes critérios na definição e na classificação da somatização bem como na utilização de instrumentos de avaliação. Dadas essas diferenças nas metodologias utilizadas não é de estranhar encontrarmos grandes discrepâncias entre os resultados, variando o valor da prevalência de utentes somatizadores dos CSP entre 2 a 58%.

Se nos reportarmos aos estudos que operacionalizam a somatização através do constructo de *abridged somatization*, recorrendo ao SSI como instrumento de avaliação, verificamos uma prevalência de somatizadores que varia entre os 19,7% e os 30%, o que demonstra alguma concordância apesar deste estudos terem sido realizados em países diferentes e em amostras bastante diferentes quanto ao seu tamanho. Por outro lado, se nos referirmos aos estudos que recorrem à classificação do ICD-10 como forma de avaliar a somatização, comparativamente, verificamos uma prevalência muito inferior que varia de 2,7% a 3% de pacientes nos CSP com um diagnóstico de perturbação de somatização. Estes dados mostram-nos que a utilização de instrumentos como o SSI, operacionalizando a somatização através do constructo de *abridged somatization*, permite englobar um conjunto de utentes nos CSP com problemas de somatização mas que doutra forma, não seriam identificados e por isso não seriam alvo de qualquer tratamento.

A somatização tem sido associada ao uso frequente dos serviços de saúde, como vimos atrás na sistematização de Karlsson et al. (1997). Um dos grupos clínicos encontrados entre os *utilizadores frequentes* é o dos somatizadores, representando cerca de um quinto dos UF numa investigação realizada num centro de saúde finlandês. Num segundo subestudo dessa mesma investigação também foram encontradas associações significativas entre a somatização e a utilização frequente dos cuidados de saúde nas mulheres. Num estudo realizado por Jyväsjarvi (2001) foram analisadas as associações entre a somatização e a utilização dos cuidados de saúde, para isso constituíram dois grupos (UF/grupo controlo) tendo os resultados encontrados apontado para que um terço dos UF eram somatizadores.

Já anteriormente outros estudos procuraram debruçar-se sobre o estudo da somatização entre os UF, nomeadamente o de Portegijs e colaboradores (1996) no qual foi encontrada uma prevalência de 45% de somatizadores num grupo de UF nos cuidados de saúde primários. Também Katon et al. (1990) e Karlsson et al. (1997) encontraram uma prevalência de 20% e de 20.9% de somatizadores entre os UF, respectivamente.

2.4. Conclusão

Como vimos, os somatizadores constituem uma percentagem considerável de UF nos cuidados de saúde primários e embora não haja dados de prevalência relativos a Portugal, um dos poucos estudos que analisam a saúde e a doença em Portugal, de Cabral (2002) refere que uma parte dos utentes portugueses dos CSP tem preocupações hipocondríacas, o que poderá indiciar a existência de uma significativa percentagem de somatizadores.

Seria interessante, investigar este fenómeno nos centros de saúde portugueses, já que segundo uma série de estudos aqui revistos, os somatizadores representam uma sobrecarga para o sistema de saúde tanto pelas consultas médicas excessivas e pelo pedido repetido de exames como pelo facto de serem considerados difíceis e desafiadores para os seus médicos. Além disso, estes pacientes sofrem de um grande desajustamento a nível funcional, associado a um elevada comorbilidade de perturbações psiquiátricas que lhes acarreta um grande sofrimento físico e mental.

Pelo facto da somatização ser uma área pouco investida em termos de pesquisa, é importante que se criem instrumentos de identificação destes utentes bem como técnicas de

intervenção clínica a eles dirigidas, no intuito de se poder detectar e intervir na somatização.

Capítulo 3: Regulação e expressão emocional

A importância do estudo dos processos de regulação emocional na somatização deriva de alguns dos modelos etiológicos da somatização. Estes modelos assentam na ideia de que a incapacidade para expressar emoções ou a inibição da expressão emocional leva a uma activação emocional prolongada que pode ter um efeito directo no aumento de sintomas somáticos e de perturbação. É neste contexto que nos propomos abordar alguns dos desenvolvimentos teóricos mais recentes, na área da regulação e da expressão emocional. Vamo-nos debruçar sobre algumas linhas de investigação que tem estudado a relação entre expressão emocional e saúde, apresentando uma revisão de estudos empíricos onde incluímos estudos que associam a somatização com a alexitimia.

3.1. Regulação emocional

3.1.1. História da regulação emocional

O actual estudo da regulação emocional tem as suas origens nas teorias psicodinâmicas nas quais o conceito de regulação da ansiedade se constitui como pressuposto central (Gross, 2002). Segundo a tradição psicanalítica enfatizam-se dois tipos de regulação de ansiedade: a regulação da ansiedade que resulta dos impulsos libidinais - cuja expressão é negada - e a regulação da ansiedade baseada no id e no super-ego. Nesta abordagem a ansiedade é o termo que engloba as emoções negativas (Erdelyi, 1993 cit. por Gross, 1999). Como consequência do papel central da regulação da ansiedade, surge a noção de mecanismos de

defesa como processos de regulação destes dois tipos de ansiedade bem como de outros afectos negativos dolorosos (Paulhus, Fridhandler, & Hayes, 1997, cit. por Gross, 1998).

Outro contributo para o estudo da regulação emocional foi a abordagem do stress e do coping (Lazarus & Folkman, 1984). Esta perspectiva enfatiza os processos de coping adaptativos e conscientes, focalizando-se mais nas variáveis situacionais que nas variáveis do indivíduo, contrariamente à concepção psicanalítica. Nesta linha teórica distingue-se o coping focado no problema (dirigido à resolução do problema) do coping focado na emoção (que procura diminuir a experiência emocional negativa).

Embora a tradição do coping, especificamente do coping focado na emoção, se possa confundir com as concepções contemporâneas da regulação emocional, podemos afirmar que coping e regulação emocional são conceitos distintos. A regulação emocional defende que tanto as emoções negativas como as positivas podem ser reguladas bem como o facto de tanto a expressão emocional como a experiência emocional serem alvo de regulação, contrariamente às teorias do coping que se focalizam apenas na expressão e na regulação das emoções negativas.

3.1.2. Modelo de regulação emocional de Gross

Para definir regulação emocional Gross (1999) defende a necessidade de se fazerem três distinções:

- i) A regulação emocional referente à regulação de algo como pensamentos ou comportamentos ou ao processo de regulação das próprias emoções;
- ii) A forma como os indivíduos influenciam as suas próprias emoções ou a forma como influenciam as emoções dos outros;
- iii) A regulação como processo consciente ou como processo inconsciente.

Segundo este autor o modelo de regulação emocional que desenvolveu diz respeito ao conjunto heterogéneo de processos pelos quais as emoções são elas próprias reguladas, ou seja, ao processo através do qual os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções. Para Gross (2002) a regulação

emocional deve conceptualizar-se como um *continuum* de processos que vão desde processos conscientes e controlados até processos inconscientes e automáticos.

A abordagem deste modelo processual de regulação emocional procura demonstrar como é que estratégias específicas se diferenciam ao longo da duração de uma resposta emocional. De uma forma geral podemos distinguir as estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes e as estratégias de regulação focadas na resposta; as primeiras tem a ver com acções que são despoletadas antes da resposta ser activada e as segundas referem-se às acções postas em marcha depois da emoção ter sido gerada (Gross, 2002).

Além destas duas estratégias globais, mais cinco tipos de estratégias de regulação emocional foram especificadas neste modelo:

- i) Seleção da situação: refere-se ao comportamento de evitar ou aproximar de certas pessoas, lugares ou coisas de forma a regular a emoção;
- ii) Modificação da situação: depois de seleccionada a situação pode ser alterada de forma a modificar o seu impacto emocional, esta estratégia é também apelidada de *coping focado no problema*;
- iii) Atenção: esta estratégia é usada para seleccionar em qual dos muitos aspectos da situação se focará;
- iv) Mudança cognitiva: refere-se à selecção de um significado que será ligado a esse aspecto, pode ser usada para diminuir ou aumentar a resposta emocional ou mesmo para modificar a própria emoção. O significado atribuído à situação é crucial já que influencia as tendências de resposta experienciais, comportamentais e fisiológicas que serão geradas numa dada situação;
- v) Modulação da resposta: refere-se às tentativas de influenciar as tendências de resposta depois destas já terem sido despoletadas.

Este modelo de regulação emocional pode ser esquematizado na Figura 3.1:

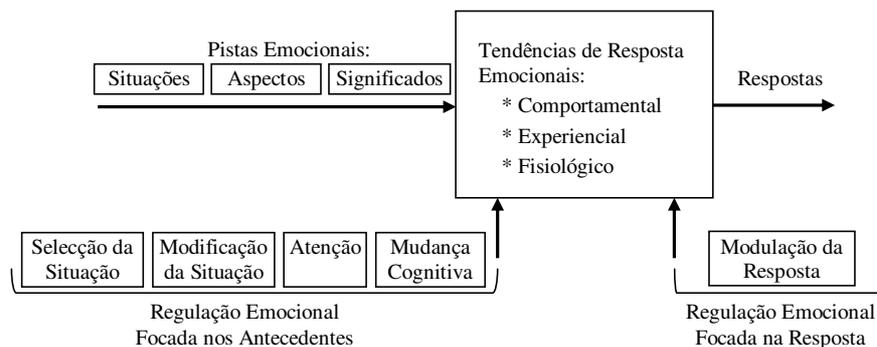


Figura 3.1: Modelo processual de Regulação Emocional (adaptado de Gross, 1998).

Um grande número de estudos tem surgido nesta área, quer em processos básicos de regulação emocional como em diferenças individuais. Especificamente em relação aos processos básicos, a pesquisa tem-se debruçado essencialmente na reavaliação e na supressão emocional, que representam dois processos em que as emoções são reguladas (Gross, 1998).

Tabela 3.1: Constructos usados na investigação da regulação emocional (adaptado de Gross, 1999).

Constructo	Autor e data
Controlo emocional	Roger e Najarian (1989)
Regulação do afecto negativo	Catanzaro (1996)
Repressão	Weinberger (1990)
Ruminação/distracção	Nolen-Hoeksema (1993)
<i>Sensation-seeking</i>	Zuckerman (1979)
Embotamento afectivo	Miller (1987)
Pensamento constructivo	Epstein e Meier (1989)
Impulsividade	Eisenck e Eisenck (1969)
Inibição comportamental	Kagan, Reznick, e Gibbons (1989)
Ambivalência face à expressão emocional	King e Emmons (1990)
Alexitimia	Taylor, Bagby, e Parker (1997)
Estilo de coping	Carver, Scheir, e Weintreub (1989)
Controlo do ego	Block e Block (1980)
Inteligência emocional	Salovey e Mayer (1990)
Contenção	Tellegen (1985)

Quanto à pesquisa nas diferenças individuais de regulação emocional esta tem-se focalizado na expressão emocional, na experiência e na resposta fisiológica bem como nas inter-relações entre sistemas de resposta. A investigação realizada acerca das diferenças individuais na regulação emocional tem-se desenvolvido de forma um pouco confusa, recorrendo a um conjunto de conceitos tão diversos como podemos ver sistematizados na Tabela 3.1.

No entanto, apesar desta aparente divergência de conceitos teóricos acerca dos processos emocionais, podemos englobá-los no domínio genérico da regulação emocional de emoções negativas sendo que também podem ser conceptualizados e operacionalizados no domínio abrangente da expressão/não-expressão emocional que passamos a discutir no ponto seguinte.

3.2. Expressão e não-expressão emocional

3.2.1. Definições e funções

A expressão emocional, a experiência emocional e a activação emocional tem sido conceptualizadas como as três componentes principais da emoção (Kennedy-Moore & Watson, 1999). Segundo estas autoras, a expressão emocional é definida como os comportamentos observáveis verbais e não verbais que comunicam e/ou simbolizam experiência emocional. A expressão emocional pode assim ocorrer com ou sem auto-consciência, sendo em certa medida controlável e podendo envolver graus variados de intenção deliberada. São apontadas quatro funções centrais da expressão emocional:

- i) A promoção da regulação da activação;
- ii) A auto-compreensão;
- iii) O desenvolvimento de competências de coping;
- iv) O melhoramento das relações interpessoais.

Nestas funções podemos salientar a relevância dada não só aos processos mais internos como também à funcionalidade social da expressão emocional, indo ao encontro de Consedine, Magai, e Bonano (2002) ao considerarem que a expressão emocional tem como função primordial indicar aos outros que um acontecimento particular tem um determinado conteúdo emocional, comunicando as suas intenções comportamentais através das expressões faciais.

Frijda (1997) aborda também a questão da multiplicidade de funções da expressão emocional salientando que as emoções são normalmente expressas num contexto social sendo o *feedback* um dos factores que pode influenciar o modo como as emoções são ou não expressas, e sendo expressas, o modo como esse processo tem lugar. Segundo este autor, a expressão emocional pode ser utilizada de várias formas:

- i) Para afectar a relação, sendo que as expressões faciais e outras características do movimento reflectem a prontidão para a acção;
- ii) Para lidar com os acontecimentos activados pela emoção, influenciando o comportamento dos outros e podendo mudar a natureza e a qualidade das relações;
- iii) Para desenvolver uma consciência emocional que ajude a clarificar a natureza das próprias emoções, as atribuições que são feitas e os objectivos dessas mesmas emoções.

Este autor destaca não apenas o papel da expressão das emoções como também da não-expressão emocional, defendendo algumas consequências individuais e sociais da não expressão. Em primeiro lugar afirma que não mostrar as emoções pode bloquear a ocorrência de uma determinada situação ou até mesmo dar a impressão aos outros de que acontecimentos relevantes não tem importância. Em segundo lugar, a não-expressão diminui a intensidade dos contactos sociais, tornando mais difícil para os outros ajustar o seu comportamento e expectativas deixando tanto os outros como o indivíduo insatisfeitos. Em terceiro lugar pode impedir a pessoa de contribuir para a clarificação emocional e possivelmente para um processamento emocional efectivo, podendo impedir ou dificultar a recolha e o processamento de memórias e sentimentos. Por último, pode resultar numa recuperação fisiológica mais lenta como comprovam alguns estudos (Gross & Levenson, 1997, cit. por Frijda, 1997) em que a inibição ou outras formas de controlo da expressão podem ter custos adicionais para o indivíduo.

O contributo deste autor, vai além da definição das funções da expressão emocional, tendo avançado com uma sistematização das consequências positivas da não-expressão emocional:

- i) Algumas emoções são muito intensas para a expressão e quando a situação é irreversível nenhuma acção poderá fazer o indivíduo lidar com o acontecimento de forma adequada e significativa;
- ii) Outra razão para não expressar emoções tem a ver com o risco da expressão levar a uma perda de controlo sobre essas emoções, podendo assim conduzir a ciclos descontrolados de auto-reforço.

Esta segunda consequência da não-expressão explica-se pelo facto da expressão emocional poder evocar acontecimentos emocionais e pensamentos que actualizem essa emoção, gerando avaliações adicionais e intensificando a perturbação emocional em vez de diminuir a sua tensão, perpetuando assim a perturbação. Há também certos acontecimentos, como algum tipo de acontecimentos traumáticos, que não podem ser integrados, uma vez que não se encaixam numa perspectiva coerente do mundo e do *Self*.

Em conclusão, a expressão emocional tem as suas funcionalidades e pode ser benéfica, assim como a não-expressão emocional. Frijda (1997) defende que a natureza e as características do ambiente social, a capacidade de cada um lidar com emoções negativas/violentas, a natureza e a modificabilidade do acontecimento emocional e a disponibilidade para satisfazer os próprios desejos sociais são factores importantes na vantagem ou desvantagem de expressar ou não expressar as emoções. Este tema é também alvo de pesquisa por Kennedy-Moore e Watson (1999) através do desenvolvimento do modelo de expressão/não-expressão que nos debruçaremos de seguida.

3.2.2. Modelo de Kennedy-Moore e Watson

De uma forma geral, acredita-se que ventilar ou expressar as emoções é bom para a saúde, enquanto que inibir as emoções é prejudicial para a saúde. Neste sentido, Kennedy-Moore, Greenberg, e Wortman (1991, cit. por Kennedy-Moore & Watson, 1999) propuseram um modelo que visa clarificar de que forma os processos de expressão e de não-expressão podem surgir.

Segundo este modelo, a expressão e a não-expressão emocional são manifestações abertas que podem ou não coincidir com os processos cobertos como a experiência emocional. Assim, a expressão emocional é a ligação entre a experiência interna e o mundo externo sendo a forma pela qual as pessoas comunicam a sua experiência e influenciam as suas relações.

Este processo de ligação do mundo interno ao mundo externo, engloba uma série de passos cognitivo-avaliativos que resultam da experiência emocional:

- i) Reacção pré-reflexiva: engloba a percepção do estímulo, o processamento pré-consciente cognitivo-emocional e as mudanças fisiológicas correspondentes;
- ii) Percepção consciente da resposta: refere-se à consciência da reacção afectiva, o ouvir do sinal corporal;
- iii) Categorizar e interpretar a resposta: diz respeito ao processamento cognitivo da experiência emocional;
- iv) Avaliar a resposta como aceitável: avaliação da experiência emocional em termos de crenças pessoais e objectivos determinando se os sentimentos são válidos e aceitáveis;
- v) Contexto social percebido para expressão: há uma avaliação para saber se é possível e desejável expressar os sentimentos num determinado ambiente interpessoal.

Podemos ver de forma esquematizada a representação deste modelo processual na Figura 3.2. No entanto, perturbações em diferentes fases deste modelo processual de expressão emocional resultam em diferentes formas de não expressão. Por exemplo o estilo de coping repressivo (Weinberger & Davidson, 1994) pode ser visto como um constructo de não-expressão emocional que resulta de uma alteração na segunda fase do modelo de Kennedy-Moore e Watson, em que há uma defesa emocional que impede a tomada de consciência de experiências emocionais desagradáveis.

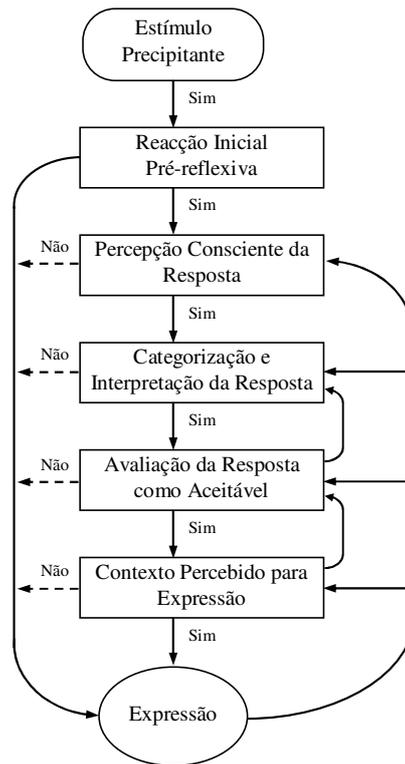


Figura 3.2: Processo de expressão emocional (adaptado de Kennedy-Moore & Watson, 1999).

Também a alexitimia pode ser considerada como um exemplo de não-expressão emocional que pode resultar de uma falha no processamento emocional (Taylor, Bagby, & Parker, 1997), traduzida numa incapacidade para simbolizar a experiência de forma completa. Este traço de personalidade corresponde assim a uma falha na terceira fase deste modelo, resultando da incapacidade para categorizar e interpretar a resposta emocional. Outro constructo de não-expressão emocional que traduz uma disrupção na quarta fase deste modelo é a ambivalência face à expressão emocional (King & Emmons, 1990), uma vez que a resposta emocional é considerada como inaceitável face à contradição entre as crenças do indivíduo e os objectivos de expressão não havendo expressão emocional. Além destas formas de não-expressão pode também não haver expressão se o estímulo precipitante evoca apenas uma reacção mínima pré-reflexiva (falha na primeira fase do processo) ou se houver falta de oportunidade para a expressão, ou seja, o sujeito considera a sua experiência válida mas pode inibir a expressão por causa do contexto social (falha na última fase do processo).

Este modelo teórico revela-se útil na medida em que descreve várias formas de não-expressão emocional apresentando a vantagem de ser compreensivo e de mostrar a

diversidade das formas de não-expressão no que diz respeito aos seus processos subjacentes e às consequências destes.

3.2.3. Constructos de não-expressão emocional

Recentemente, Garssen e Remie (2004) fizeram uma análise dos diferentes conceitos que têm sido usados no campo da regulação emocional, referindo que existe neste domínio uma confusão conceptual, que é importante delimitar de forma a evitar que esta não seja transportada para a pesquisa na área.

Segundo os autores, este conjunto de conceitos podem ser englobados num termo mais genérico que representa a tendência para não expressar emoções negativas (NE). Definem a não-expressão de emoções negativas como o estilo de resposta ou a tendência para inibir consciente ou inconscientemente a expressão de emoções negativas como a ansiedade, a raiva e a depressão, de forma a evitar que a imagem positiva de si mesmo e/ou do mundo seja ameaçada.

Garssen e Remie (2004) fazem uma distinção dos conceitos que incluem no domínio da não-expressão emocional e dos conceitos fora da não-expressão emocional. Nos conceitos no domínio da não expressão, identificam duas categorias:

- i) Auto-engano ou defensiva pessoal: em que incluem os conceitos de inibição emocional, controlo emocional, racionalidade e anti-emocionalidade;
- ii) Engano social ou defensiva social: onde incluem os conceitos de defensiva, auto-contenção, repressão e auto-constrangimento.

A primeira categoria é definida como a tendência geral para controlar a própria expressão de emoções negativas e não ser influenciado por essas emoções negativas. Na categoria de defensiva social incluem-se os constructos relacionados com as tendências para inibir comportamentos agressivos, exercitando o controlo dos impulsos, agindo responsabilmente e ser considerado pelos outros. Esta tendência pode incluir-se num auto-conceito que depende da aprovação dos outros.

Outro conceito que surge ligado a este domínio é o de coping tipo C que é descrito como o comportamento de recusar ou abdicar das próprias necessidades em favor dos outros,

suprimindo emoções negativas, sendo cooperativo e não-assertivo. Este é um constructo multidimensional que inclui a não-expressão emocional (defensiva pessoal e/ou social) como um elemento central, em que se junta a dimensão de desamparo, de conformidade e não assertividade face ao outro. Num estudo de Weinberger e Schwartz (1990) citado por Garssen e Remie (2004) o coping tipo C associa-se a elevados níveis de perturbação relatada, constituindo-se assim como um conceito que se afasta do domínio da não-expressão emocional.

Quanto aos restantes conceitos fora do domínio da não-expressão emocional, Garssen e Remie (2004) sistematizam um conjunto de constructos que apresentamos na Tabela 3.2.

Tabela 3.2: Definição de conceitos fora do domínio da não-expressão emocional.

Conceitos fora do domínio da NE	Definição
Expressão emocional	Linha de pesquisa iniciada por Pennebaker que visa encorajar as pessoas a escrever ou a falar acerca de um acontecimento traumático durante 15-20 minutos, durante 3-4 dias
Supressão	Inibição consciente de sinais comportamentais de emoção, enquanto emocionalmente activado
Memórias reprimidas	Cognições e emoções complexas limitadas a um tema ou acontecimento traumático como o abuso sexual
Dissimulação	Predisposição para activamente esconder dos outros informação pessoal percebida como perturbadora ou negativa
Personalidade tipo D	Caracteriza-se pela existência de perturbação (raiva, depressão, ansiedade e exaustão vital) e simultaneamente inibição da experiência emocional
Negação	Comportamento de negar ou minimizar a gravidade de uma condição médica
Mecanismos de defesa	Várias formas pelas quais a pessoa pode mentalmente reagir a uma ameaça real ou imaginária, protegendo-se assim da ansiedade excessiva
Turpor emocional	Fenómeno em que as pessoas depois de serem expostas a uma situação traumática, sentem dificuldades em experienciar e expressar emoções
Alexitimia	Dificuldade em regular as emoções: em identificar e descrever as emoções e um estilo de pensamento não psicológico

Os autores identificam algumas características destes constructos que justificam a sua não inclusão no domínio da não-expressão emocional, por exemplo, tanto na expressão

emocional como na repressão, há o relato pelo indivíduo de perturbação emocional o que não sucede na não expressão. Quanto às memórias reprimidas estas estão limitadas apenas a um acontecimento traumático, e não às emoções negativas em geral. Relativamente à dissimulação e à personalidade tipo D (Denollet, 1997) estes conceitos referem-se a tendências voluntárias e conscientes, de inibir segredos ou emoções negativas, respectivamente, estando ambos ligados ao auto-relato de altos níveis de perturbação, opondo-se desta forma, à repressão. A negação, por sua vez, relaciona-se com a negação de gravidade de uma condição médica e não a negação do afecto negativo. Quanto aos mecanismos de defesa estes procuram proteger o indivíduo de informação ameaçadora distorcendo-a, o que não acontece na não-expressão emocional. A alexitimia não é uma defesa contra afectos negativos mas antes uma disfunção no processamento e na regulação das emoções. Por último, o turpor emocional resulta como consequência de uma situação traumática.

Tem havido grande dificuldade em encontrar um corpo teórico em que estes conceitos se integrem, já que reina uma grande confusão de conceitos, havendo alguns bastante próximos mas que depois na pesquisa recorrem a medidas diferentes e essa grande diversidade faz com que não se percebam claramente as diferenças entre eles. Esta sistematização de Garssen e Remie dá um passo no sentido de esclarecer, agrupar e categorizar os constructos no domínio da não-expressão emocional e os constructos fora do domínio da não-expressão emocional. Contudo, é necessário que estas hipóteses que foram elaboradas teoricamente sejam testadas empiricamente, uma vez que muitos destes conceitos aqui considerados continuam a ser englobados no domínio da expressão/não expressão, nomeadamente alguns dos quais passamos a rever na associação com os resultados de saúde.

3.3. Saúde e expressão emocional

3.3.1. Saúde e não-expressão emocional

A pesquisa acerca da relação entre expressão emocional e saúde tem-se desenvolvido essencialmente em dois quadrantes, um primeiro em que se podem incluir os estudos que

analisam a relação entre não-expressão emocional e saúde e um segundo quadrante, em que os estudos avaliam a eficácia das intervenções de expressão emocional com base no paradigma da escrita.

Neste ponto iremos debruçarmo-nos acerca dos estudos que associam NE e saúde uma vez que as investigações acerca do paradigma da escrita serão revistas no capítulo seguinte. Por uma questão organizativa apresentamos uma revisão selectiva da literatura, referenciando os principais estudos nesta área, especificando-os de acordo com o tipo de doenças.

Tabela 3.3: Síntese dos estudos da expressão/não-expressão emocional e a doença oncológica.

Autores	População	Constructos	Tipo de estudo	Resultados
Morris, Greer, Pettingale, e Watson (1981)	71 pacientes com cancro da mama e doença da mama benigna	Expressão de raiva e perda de controlo Neuroticismo	Correlacional	Os doentes com cancro referem expressar com menos frequência sentimentos de raiva e de perda de controlo e níveis mais baixos de neuroticismo
Grossath-Maticek (1985)	Doentes com cancro	Racionalidade/anti-emocionalidade	Prospectivo com duração de 10 anos	O factor racionalidade/anti-emocionalidade tem forte poder preditivo na morte por cancro (40 vezes superior)
Servaes et al. (1999)	48 mulheres com cancro da mama e 49 mulheres saudáveis	Ambivalência face à expressão emocional Repressão de emoções negativas	Correlacional	As doentes com cancro sentem ambivalência face à expressão emocional, reprimindo a impulsividade e a agressividade
Stanton et al. (2000)	92 mulheres com cancro da mama	Coping de expressão emocional	Prospectivo	As doentes que utilizavam um estilo de coping emocional fizeram menos visitas ao médico, melhoraram a saúde física e vigor e diminuíram a perturbação no follow-up

Estes são alguns dos dados que exploram a relação entre a não-expressão emocional e o aparecimento e progressão do cancro, indicando que a inibição emocional tem consequências nefastas para a saúde. Nesta linha, Gross em 1989, realizou uma revisão de dezoito estudos, encontrando apoio para a hipótese de que processos de não-expressão emocional podem estar envolvidos no aparecimento e na progressão do cancro. Alguns

desses processos são por exemplo, a incapacidade para expressar emoções como a raiva (Cox & Mackay, 1982, cit. por Gross, 1989); a supressão das respostas emocionais (Greer & Watson, 1985, cit. por Gross, 1989) e níveis elevados de desejabilidade social (Temoshok et al., 1985, cit. por Gross, 1989).

Além destes processos de não-expressão emocional de emoções negativas foram também revistos por Gross, estudos em que a expressão de emoções negativas tinha um papel importante. Por exemplo, citados pelo mesmo autor, Derogatis et al. (1979) verificaram melhores resultados nos pacientes com cancro que apresentavam níveis mais altos de hostilidade (no *follow-up* de um ano). Weisman e Worden (1977, cit. por Gross, 1989) encontraram que os doentes com cancro que passavam por períodos de passividade e de aceitação estóica tinham taxas de sobrevivência menores, assim como características de estoicismos nas mulheres e de desesperança nos homens surgiam ligadas a resultados desfavoráveis na doença (DiClemente & Temoshok, 1985, cit. por Gross, 1989).

Numa outra revisão posterior à de Gross, os autores Bleiker e Van der Ploeg (1997) compararam sistematicamente estudos de pacientes com cancro, retrospectivos, semi-prospectivos e prospectivos, concluindo não haver associação entre a inibição emocional e o cancro. Para estes autores a não-expressão emocional é possível que resulte mais da confrontação com o diagnóstico de uma doença grave do que um factor que aumente o risco de desenvolvimento da doença.

Desta forma, a associação precisa entre não-expressão e cancro não é conhecida, e os dados dos estudos correlacionais são difíceis de interpretar e apenas os estudos longitudinais, que existem em menor número, que avaliam antes e depois do diagnóstico da doença, poderão responder à questão se os processos de não-expressão emocional funcionarão como variáveis precipitadoras ou se serão consequência da adaptação à doença.

Uma outra condição médica que tem sido explorada na sua relação com a expressão/não-expressão emocional na saúde é a doença cardíaca, onde encontramos alguns estudos relevantes que passamos a sistematizar na Tabela 3.4.

Tabela 3.4: Síntese dos estudos da expressão/não-expressão emocional e a doença coronária.

Autores	População	Constructos	Tipo de estudo	Resultados
Grossart-Maticek, Bastiaans, e Kanazir (1985)	Doença coronária isquémica	Inibição de emoções negativas Racionalidade/anti-emocionalidade	Prospectivo	A racionalidade/anti-emocionalidade predizem significativamente a morte por doença coronária e ataque cardíaco
Torosian et al. (1997)	Doentes com isquemia silenciosa	Controlo da raiva Negação	Correlacional	Doentes com isquemia silenciosa relatam maior controlo da raiva e negação
Denollet (1997)	Doentes coronários	Estilo de coping tipo D e inibição social	Prospectivo	Os pacientes com coping tipo D e elevados níveis de inibição social tinham uma taxa mais elevada de morte do que os restantes
Kubzansky e Kawachi (2000)	Doentes hipertensos	Expressão e inibição da raiva	Revisão	A EE a inibição da ansiedade e da raiva está ligada a um aumento da pressão arterial e da hipertensão
Mauss e Gross (2004)	Doentes coronários	Expressão de emoções negativas Supressão de emoções negativas	Revisão	A expressão da raiva, da hostilidade e da agressividade são preditores significativos da doença coronária

Estes dados evidenciam que tanto a tendência para experienciar emoções negativas (Mauss & Gross, 2004) como a tendência para inibir a auto-expressão (Denollet, 1997; Kubzansky & Kawachi, 2000; Torosian, Lumley, Pickard, & Ketterer, 1997) estão associadas à doença coronária. Além dos estudos que aqui apresentámos, Denollet (1997) fez uma revisão de estudos nesta área concluindo que a expressão de uma série de emoções negativas tem sido associada tanto ao desenvolvimento como à progressão da doença coronária, nomeadamente emoções de raiva/hostilidade, de depressão, de ansiedade e de exaustão vital. Quanto à inibição da auto-expressão emocional foi também encontrado que a raiva suprimida e a tensão suprimida estava também ligada à incidência da doença coronária, o que vai de encontro aos dados que apresentámos.

Como conclusão, parece que tanto a expressão emocional como a supressão emocional podem desempenhar um papel importante na doença cardiovascular, sendo estes dois conceitos englobados num tipo de personalidade apelidada por Denollet como tipo D, em que estas duas componentes estão presentes e que se encontrou associada no estudo

prospectivo que assinalámos atrás, a uma taxa mais elevada de mortalidade. Contudo, mais estudos longitudinais em que os conceitos de não-expressão sejam validamente avaliados, são necessários para comprovar esta relação da não-expressão emocional com a doença coronária.

Em conclusão, parece-nos que existe um interesse maior ou que pelo menos se traduz em mais pesquisa, no domínio da não-expressão emocional - inibição emocional na saúde, sendo a expressão emocional estudada através da linha de pesquisa de Pennebaker, no âmbito de trabalhos de expressão emocional, e do chorar (Vingerhoets & Scheirs, 2001). No âmbito da saúde a alexitimia tem surgido como a variável de regulação emocional mais investigada na sua associação com várias condições clínicas, incluindo com a somatização como veremos no ponto seguinte.

3.3.2. Somatização e alexitimia

A alexitimia tem sido investigada na doença somática, nomeadamente associada à dor crónica (Lumley, Asselin, & Norman, 1997) e ao síndrome do cólon irritável (Veríssimo, Mota-Cardoso, & Taylor, 1998). Há mesmo quem diga que a alexitimia já foi investigada em praticamente todas as doenças físicas (Sifneos, 1991 cit. por Joukamaa, Sohlman, & Lehtinen, 1995). Foi Sifneos (1973) quem propôs este conceito em consequência das observações clínicas que fez de pacientes chamados de psicossomáticos, que eram pacientes aborrecidos, incapazes de introspecção, e que não eram capazes 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 três facetas: (1) A dificuldade em identificar os próprios sentimentos; (2) A dificuldade em descrever esses sentimentos aos outros; (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, 1991) ou para a chamada somatização.

Esta relação entre alexitimia e somatização está patente na formulação mais recente de Taylor e colegas (1997) cit. por Lundh e Simonsson-Sarnecki (2001) numa chamada teoria da alexitimia e da somatização em que as dificuldades na regulação emocional subentendidas na alexitimia, levam 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; (3) Um aumento da actividade do sistema nervoso autónomo e respostas neuroendócrinas potenciadas, criando condições que podem levar ao desenvolvimento de perturbações somáticas.

É a partir desta teoria que muitos estudos tem sido conduzidos na tentativa de testar algumas hipóteses lançadas por esta formulação. Neste sentido vamos apresentar alguns dos estudos que procuraram investigar a relação entre somatização e alexitimia.

Tabela 3.5: Associação entre a alexitimia e a somatização.

Autores	Amostra	Tipo Estudo	Resultados
Pennebaker e Watson (1991)	Estudantes	Correlacional	Correlação entre a somatização e a alexitimia
Wise e Mann (1994)	101 doentes psiquiátricos	Correlacional	Associação entre alexitimia e amplificação somatosensorial (em mulheres)
Bach e Bach (1995)	30 doentes com perturbação somatoforme e perturbação ansiedade	Preditivo	A alexitimia surge como preditora da somatização
Kooiman et al. (2003)	127 pacientes de clínica geral com sintomas físicos	Preditivo	A alexitimia não prediz a persistência de sintomas físicos sem explicação médica
Bach, Bach, e Zwan (1996)	125 doentes psicossomáticos e 379 utentes CSP	Correlacional	Correlação entre a alexitimia e a somatização
Rief, Hauser, e Fichter (1996)	174 doentes internados numa clínica medicina comportamental	Correlacional	Associação entre sintomas somatoformes e alexitimia (que desaparece ao controlar a depressão)
Lundh e Simonsson-Sarnecki (2001)	137 indivíduos da população de Estocolmo	Correlacional	Correlação fraca da alexitimia com a somatização (desaparece ao controlar afecto negativo: ansiedade e depressão)

Decidimos sistematizar alguns desses estudos usando como critério de inclusão os estudos que recorriam à TAS como instrumento de avaliação da alexitimia, por ser uma das escalas mais utilizadas na medida da alexitimia, tendo sido traduzida para várias línguas e que tem demonstrado boas propriedades psicométricas. Optámos por categorizar os estudos em três tipos: no primeiro tipo, os estudos que analisavam a associação entre somatização e alexitimia (Tabela 3.5); no segundo, os estudos que analisavam as diferenças de somatização entre os sujeitos alexitímicos e os não alexitímicos (Tabela 3.6) e um terceiro tipo de estudos que comparava as diferenças entre os somatizadores e um grupo de controlo (Tabela 3.7).

Dos estudos apontados na Tabela 3.5 podemos constatar que a maioria remete para uma associação positiva entre a somatização e a alexitimia, sendo todos eles de natureza correlacional e havendo ainda dois de carácter preditivo. Podemos verificar que os resultados destes estudos vão de encontro a uma revisão muito recente de DeGucht e Heiser (2003) dirigida ao estudo da relação entre a somatização e a alexitimia, recorrendo a técnicas quantitativas de medição da força das associações em 18 estudos, tendo concluído que a média das correlações era de $r = .23$ 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 e Bach (1995) que aponta para essa relação, é de natureza longitudinal, mas dado o pequeno tamanho da amostra não podemos concluir a relação de predição. Contudo, não podemos deixar de ter em consideração a divergência das amostras utilizadas que vão desde amostras psiquiátricas como no estudo de Wise e 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 que apresentamos diz respeito aos estudos que analisam 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. É de salientar que estes estudos recorrem a uma metodologia comparativa de análises de resultados. Podemos ver esses estudos na Tabela 3.6.

Tabela 3.6: Diferenças quanto à somatização em alexitímicos e não alexitímicos.

Autores	Amostra	Tipo Estudo	Resultados
Taylor et al. (1988)	46 doentes clínica de medicina comportamental	Comparativo	Não se encontraram diferenças quanto à somatização entre alexitímicos e não alexitímicos
Bach et al. (1994)	45 doentes psiquiátricos com sintomas somáticos funcionais	Comparativo	Não foram encontrados níveis de somatização mais elevados nos pacientes alexitímicos que nos não alexitímicos
Taylor et al. (1997)	118 utentes referenciados para tratamento psiquiátrico	Comparativo	Pacientes alexitímicos manifestam mais queixas somáticas do que os não alexitímicos

Dos estudos por nós 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 e 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, temos os estudos que comparam os valores da alexitimia entre um grupo de somatizadores e um grupo de controlo como podemos ver na Tabela 3.7.

Tabela 3.7: Diferenças quanto à alexitimia em somatizadores e não somatizadores.

Autores	Amostra	Tipo Estudo	Resultados
Bach e Bach (1996)	40 doentes com perturbações somatoforme e 20 doentes crónicos	Comparativo	Doentes com perturbações somatoformes são mais alexitímicos que doentes crónicos
Jyväsjarvi et al. (2001)	304 UF centro de saúde	Comparativo	Somatizadores UF são mais alexitímicos do que os não somatizadores UF
Kooiman et al.(2000)	169 doentes com sintomas físicos sem explicação médica e 152 com sintomas físicos devido a doença somática	Comparativo	Doentes com sintomas físicos sem explicação médica não eram mais alexitímicos que doentes com sintomas físicos devido a doença somática

Podemos verificar que em dois destes trabalhos são encontrados níveis mais altos de alexitimia no grupo de somatizadores, de acordo com os dados relatados por DeGucht e Heiser (2003) acerca destas mesmas diferenças. Devemos ter em conta na análise destes

estudos, o facto da 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. Podemos concluir que existem muitas divergências quanto aos resultados encontrados, que apontam para caminhos diferentes, no entanto é de realçar uma grande quantidade de trabalhos nesta área, o que demonstra grande interesse por este processo de regulação emocional, talvez também motivado pelo desenvolvimento da TAS, um instrumento mundialmente aceite como psicometricamente válido para medir a alexitimia. Ressalta ainda uma questão importante levantada já por outros autores que estudaram esta relação, nomeadamente Kooiman (1997) que é o facto de que a ansiedade e a depressão serem também mais comuns entre os indivíduos alexitímicos como se pode comprovar na investigação desenvolvida por Lundh e Simonsson-Sarnecki (2001) e no trabalho atrás referido de Rief, Hauser, e Fichter (1996). Assim, teoricamente, isto significa que a alexitimia, aparentemente, não oferece protecção contra a perturbação emocional e por isso deve ter-se em conta estas duas variáveis ao estudar a relação entre a alexitimia e a somatização, já que estas podem actuar como moderadoras.

3.3.3. Variáveis moderadoras

Tem sido apontadas na literatura algumas variáveis responsáveis por moderarem a relação entre inibição emocional e saúde. Consedine e o seu grupo (2002) sistematizam três tipos de variáveis: as características individuais, as características sociais e culturais e as características relacionadas com a natureza da experiência emocional.

Quanto às características individuais, a personalidade poderá funcionar como factor moderador (Pennebaker & Seagal, 1999 cit. por Consedine et al., 2002). A idade poderá também representar uma variável moderadora já que há estudos que demonstram que os adultos mais velhos apresentam níveis de expressividade mais baixos que os mais novos (Gross et al., 1997 cit. por Consedine et al., 2002), tendo também um maior controlo emocional. Também se concluiu na meta-análise realizada por Smyth (1998) que a expressão emocional será mais benéfica em amostras menos expressivas. Neste sentido, a expressividade é também considerada uma variável que parece influenciar a relação inibição emocional e saúde. Também King e Emmons (1990) constataram que a ambivalência face à expressão emocional estava relacionada com os níveis de perturbação

psicológica, com o número de visitas ao centro de saúde e com o número de doenças. Kennedy-Moore e Watson (1999) salientam ainda na categoria das variáveis individuais que o significado atribuído à expressão ou à inibição emocional determina se a inibição emocional tem efeitos positivos ou negativos na saúde do indivíduo.

Outro conjunto de variáveis que surgem como possíveis moderadoras da relação inibição e saúde são as variáveis sócio-culturais, contudo poucas investigações exploraram esta questão. Através da socialização a cultura determina o tipo e a frequência dos acontecimentos a que as crianças são expostas, o tipo de reacções que recebem apoio ou punição e contenção e o tipo de experiências sociais para o comportamento (Consedine et al., 2002). Relativamente a este aspecto, Kennedy-Moore e Watson (1999) dizem-nos que a inibição emocional depende das crenças e dos significados que cada um associa à inibição, salientando a geração dos processos emocionais num contexto social e cultural. Por exemplo, sabe-se que os japoneses inibem essencialmente emoções negativas, enquanto que os americanos se preocupam essencialmente com o controlo da raiva (Travis, 1984 cit. por Consedine et al., 2002). Por seu lado, e citado ainda pelos mesmos autores, Wierzbick (1998) refere que os russos são altamente expressivos tanto nas emoções negativas como nas positivas, enquanto que os chineses consideram a expressão intensa de emoções negativas e perturbadas como a causa potencial de doença.

Por último são consideradas as características do tipo de experiência inibida partindo do pressuposto de que a inibição de diferentes emoções negativas tem diferentes implicações para a saúde, uma vez que apenas uma pequena variedade de emoções tem sido investigada. São consideradas possíveis variáveis moderadoras como a inibição crónica ou aguda, a inibição voluntária ou involuntária e o grau de controlo que os indivíduos sentem que tem sobre a sua inibição.

3.4. Conclusão

Como Niklicek, Vingerhoets, e Denollet (2002) defendem a propósito deste tema, é necessária uma validação clara dos constructos e a construção de um modelo teórico neste campo que facilite o estudo e a compreensão desta área. Parece-nos também, que muitas vezes, as hipóteses das investigações ficam condicionadas pelos instrumentos disponíveis,

sendo necessário o desenvolvimento de instrumentos adequados à avaliação de alguns processos de expressão e não-expressão emocional, já que nesta área não há muita diversidade de medidas destes conceitos.

São também necessários mais estudos experimentais e prospectivos de forma a comprovar-se ou não se a inibição emocional é prejudicial e se a expressão emocional é benéfica para a saúde, e para que grupos específicos de indivíduos. O papel das variáveis moderadoras na relação entre expressão emocional e saúde deverá ser investigado, uma vez que a nossa revisão salientou o papel importante destas variáveis e constatou que poucos estudos se tem debruçado sobre esta interacção.

Capítulo 4: Paradigma da expressão emocional

A expressão e a não-expressão emocional tem sido investigada na sua relação com algumas condições clínicas, em estudos essencialmente correlacionais e de revisão, como constatámos no capítulo anterior. O paradigma da expressão escrita introduzido por Pennebaker, veio contribuir para o desenvolvimento de uma linha de investigação experimental, que visa testar a eficácia das intervenções de expressão emocional na saúde física e psicológica dos participantes. Apresentamos aqui uma revisão da pesquisa recente acerca do impacto da expressão emocional escrita em amostras clínicas. Analisamos também alguns dos mecanismos teóricos envolvidos na expressão emocional, nomeadamente inibitórios, cognitivos e de auto-regulação. Finalmente, referem-se algumas diferenças metodológicas na aplicação desta intervenção, apontando-se algumas variáveis moderadoras dos efeitos na saúde, nomeadamente revendo-se o papel da alexitimia como moderadora.

4.1. Trabalho precursor de Pennebaker

Desde meados dos anos oitenta que Pennebaker e o seu grupo tem investigado os efeitos de uma técnica relativamente simples de expressão emocional que consiste em pedir aos indivíduos para escreverem quinze a trinta minutos por dia, durante três a cinco dias consecutivos, acerca de uma situação perturbadora já revelada ou mantida em segredo.

Em 1986 Pennebaker e Beall publicam o primeiro estudo acerca dos efeitos da expressão emocional escrita na saúde física de estudantes universitários. Os resultados encontrados

indicaram que os participantes que expressavam as suas emoções acerca de experiências traumáticas ou stressantes através da escrita, faziam menos visitas à enfermaria do campus universitário e relatavam menos queixas de saúde física comparativamente com os participantes que escreviam de forma objectiva acerca de como passavam o seu tempo.

Esta técnica laboratorial de expressão escrita envolve participantes distribuídos aleatoriamente por uma ou mais condições experimentais. Aos grupos experimentais de escrita é-lhes pedido para escreverem acerca de determinados tópicos durante três a cinco dias consecutivos, quinze a trinta minutos em cada dia. Normalmente a escrita é feita em laboratório sem ser dada nenhum tipo de informação embora haja também a variante da escrita ser realizada em casa. Aos participantes na condição de controlo é-lhes pedido que escrevam acerca de tópicos superficiais (por exemplo, como passam o seu tempo, planos para a semana ou a descrição de objectos ou de peças de vestuário ou de calçado). As instruções gerais para a expressão emocional escrita são aproximadamente estas: *«Para os próximos três ou quatro dias quero que escreva acerca da experiência mais traumática de toda a sua vida. Na sua escrita, quero que se deixe ir e que explore os seus pensamentos e emoções acerca dessa experiência. Pode ligar essa experiência à sua infância, à relação com os seus pais, aos seus relacionamentos mais próximos, ou à sua carreira. Pode ligar tudo isto ao que foi no passado, a quem quer ser no futuro ou ao que é no presente. Pode escrever acerca do mesmo acontecimento durante os vários dias ou acerca de diferentes experiências emocionais cada dia. O tema da sua escrita poderá ser um trauma específico ou simplesmente conflitos ou stressores da sua vida. Idealmente, gostaria que escrevesse acerca de coisas que nunca falou em detalhe com os outros. O que quer que escolha para escrever, o mais importante é que explore as suas emoções e pensamentos mais profundos».*

Além dos resultados obtidos nos sintomas físicos e na diminuição de visitas à enfermaria, foram também investigados os efeitos de escrever acerca de traumas em alguns índices biológicos, nomeadamente na melhoria da função imunitária avaliada pelo crescimento da actividade das células T (Petrie, Booth, & Pennebaker 1998), na resposta à reactivação do vírus de Epstein-Barr (Esterling, Antoni, Fletcher, Margulies, & Schneiderman, 1994) e na resposta à vacinação da hepatite B (Petrie, Booth, & Pennebaker, 1995).

A propósito da eficácia deste tipo de intervenção, Smyth em 1998 conduziu uma meta-análise acerca do impacto das intervenções de expressão emocional em amostras

saudáveis. Foram incluídos treze estudos, sendo seleccionados aqueles que utilizavam a tarefa proposta por Pennebaker ou uma variante desta, com participantes seleccionados de forma aleatória. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- i) Haver manipulação experimental da tarefa escrita;
- ii) Os participantes do grupo experimental terem que escrever acerca de tópicos traumáticos enquanto que os do grupo controlo acerca de tópicos neutros;
- iii) A pesquisa englobar medidas de saúde, mentais, físicas e de funcionamento em geral;
- iv) O estudo conter informação estatística necessária para calcular a magnitude do efeito do tratamento aplicado.

Quanto ao tipo de resultados de saúde avaliados nos estudos, foram construídas cinco categorias gerais: a saúde auto-relatada pelos participantes (visitas ao centro de saúde) o bem estar psicológico (afecto/ânimo positivo e negativo), o funcionamento fisiológico (função imunitária das células, anticorpos virais, função enzimática do fígado), o funcionamento geral do indivíduo (absentismo, novo emprego e consultas médicas) e os comportamentos de saúde (exercício, sono e dieta). O primeiro objectivo desta meta-análise de pesquisa foi estabelecer a magnitude do efeito estimado através da informação cumulativa das intervenções disponíveis e o nível de significância para a tarefa escrita de Pennebaker.

Como podemos ver na Figura 4.1, a intervenção de expressão emocional escrita produziu benefícios significativos em várias dimensões da saúde dos participantes saudáveis. A magnitude do efeito de $d = .47$ representa uma melhoria de 23% no grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo. As taxas de doença diminuem de 61% no grupo de controlo para 38% para o grupo experimental. Esta magnitude do efeito é similar ou maior à obtida em alguns tratamentos psicológicos, comportamentais ou educacionais segundo o autor desta meta-análise.

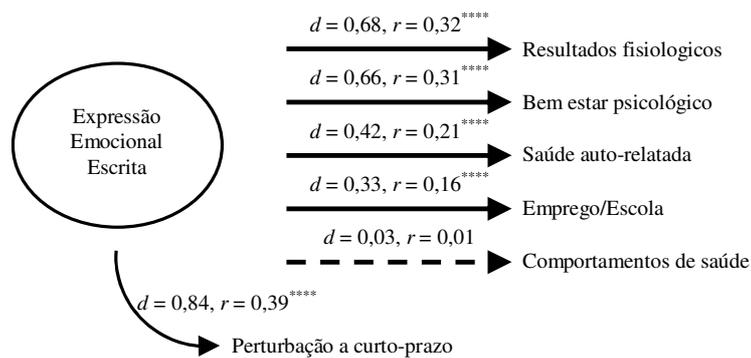


Figura 4.1: Tipos de resultados influenciados pela tarefa escrita (adaptado de Smyth, 2003).

Contudo, temos que fazer algumas considerações relativas a esta meta-análise, nomeadamente o facto desta análise ter sido conduzida apenas com treze estudos, o que na opinião de alguns autores como Rosenthal (1995) torna menos estáveis os resultados, dado o reduzido número de estudos incluídos. Também o facto de serem estudos conduzidos com amostras saudáveis, e maioritariamente de estudantes universitários, não possibilita a generalização para outro tipo de populações, sendo importante investigar também os efeitos destas intervenções em amostras clínicas.

Neste sentido, face às melhorias obtidas, em amostras saudáveis, nas medidas de saúde, resultantes desta intervenção breve, começaram a surgir outras investigações acerca da eficácia na saúde em populações médicas, como podemos ver no ponto seguinte.

4.2. Expressão emocional em amostras clínicas

4.2.1. Revisão de estudos

A meta-análise realizada por Smyth (1998) que referimos acerca da eficácia de intervenções de expressão emocional escrita com adultos saudáveis revelou benefícios significativos na saúde para os grupos experimentais, quando comparados com os grupos de controlo. A partir destes resultados encorajadores começaram a ser conduzidos estudos em inúmeras condições médicas das quais, artrite reumatóide, enxaquecas e cefaleias de

tensão, fibromialgia, dor crónica pélvica, hipertensão e vários tipos de cancro, para testar a eficácia desta intervenção.

O primeiro estudo a ser realizado de aplicação de uma intervenção de expressão emocional numa população clínica foi em 1997 por Kelley, Lumley, e Leisen, com setenta e dois pacientes com artrite reumatóide. A tarefa do grupo experimental, consistia em falarem durante quinze minutos por dia para um gravador acerca de um acontecimento stressante, enquanto que o grupo controlo tinha uma tarefa semelhante, no entanto o tópico que abordava seria neutro (por exemplo, imagens de paisagens). Três meses após a intervenção verificou-se que os pacientes do grupo experimental relataram menor perturbação afectiva e um melhor funcionamento nas suas actividades diárias.

Outra condição médica em que se estudou o impacto deste tipo de intervenção foi na fibromialgia (Gillis, Lumley, Mosley-Williams, Leisen, & Roehrs, 2003) sendo pedido a setenta e duas mulheres com a doença para escreverem quatro dias acerca de experiências stressantes ou para escreverem acerca da gestão do seu tempo. Um mês depois da intervenção não foram encontradas melhorias: o grupo experimental experienciava pior humor e pior apoio social percebido do que o grupo controlo. Contudo, três meses depois da intervenção, foram encontradas melhorias no impacto da doença geral, uma redução na utilização dos cuidados de saúde, uma diminuição na incapacidade física e uma melhoria na qualidade de sono.

Mais recentemente, foi avaliada a eficácia da EEE (Expressão Emocional Escrita) na fibromialgia (Broderick, Junghaenel, & Schwartz, 2005). Neste estudo, a amostra foi constituída por noventa e dois pacientes que foram divididos em três grupos: grupo controlo, grupo experimental e grupo de cuidados médicos de rotina. Os dois grupos de escrita escreviam três dias durante vinte minutos com intervalos de uma semana entre cada sessão; o grupo experimental escrevia acerca de um acontecimento traumático significativo e o grupo controlo escrevia detalhadamente acerca de actividades do dia a dia. Foram avaliados os índices de bem-estar psicológico, de dor e de fadiga. As avaliações foram efectuadas antes do tratamento, depois do tratamento e no *follow-up* de quatro meses. Os resultados encontrados evidenciaram, para o grupo experimental, no *follow-up*, reduções significativas na dor, na fadiga e uma melhoria no bem-estar psicológico. Contudo, essas melhorias não foram mantidas no *follow-up* de dez meses.

Norman, Lumley, Dooley, e Diamond (2004) implementaram uma intervenção de expressão emocional escrita em quarenta e oito mulheres com dor crónica pélvica que foram divididas pelo grupo de escrita e pelo grupo controlo. O grupo controlo escrevia acerca de acontecimentos positivos não relacionados com a dor e o grupo experimental acerca das consequências stressantes da dor pélvica. Foi demonstrado que as mulheres do grupo experimental evidenciavam melhorias significativas na dor quando comparadas com as da tarefa do grupo de controlo.

Outro estudo também relacionado com sintomas de dor, consistiu na aplicação de uma intervenção de EEE a um grupo de estudantes universitários com enxaquecas e cefaleias de tensão (D' Souza et al., 2003). Foram constituídos três grupos, um de intervenção escrita acerca de um trauma ou de um acontecimento stressante, outro de prática do relaxamento através de um gravador (em casa) e um grupo controlo de escrita acerca da gestão do tempo. Aos três meses de *follow-up* foram encontradas melhorias no grupo de EEE, nomeadamente uma diminuição da intensidade da dor e no uso de medicação, quando comparado com o grupo de relaxamento e o grupo controlo. Contudo, verificou-se também que o relaxamento era mais eficaz na diminuição da severidade das cefaleias de tensão, na frequência e na incapacidade do que a EE ou o grupo de controlo, concluindo-se que a intervenção de EE não mostrou benefícios nestes pacientes.

Também a hipertensão constituiu alvo de estudo da eficácia da EE, partindo-se do pressuposto que esta técnica poderia reduzir a tensão arterial moderando a expressão de emoções negativas, particularmente da raiva. Crow, Pennebaker, e King (2001, cit. por Davidson et al., 2002) dividiram cinquenta e dois participantes hipertensos em dois grupos, um grupo de controlo e um grupo de escrita acerca de acontecimentos traumáticos, sendo avaliados na linha de base e seis semanas depois da intervenção. Verificou-se que os pacientes do grupo experimental diminuíram em 3 mm/Hg tanto na pressão diastólica como na pressão sistólica, sendo significativa apenas a diferença na pressão diastólica.

No cancro, foram também investigados os resultados da aplicação do protocolo de EEE. No cancro da próstata, Rosenberg e o seu grupo (2002) investigaram trinta homens entre os 58 e os 81 anos com diagnóstico de carcinoma na próstata já tratado por cirurgia nos últimos quatro anos. Os participantes foram divididos nos grupos, experimental e controlo, ao grupo experimental foi pedido para escrever acerca da experiência de cancro e do seu tratamento, ao grupo controlo não havia a prescrição de qualquer tarefa. Os resultados

mostraram que no grupo experimental houve uma diminuição nos sintomas físicos, uma diminuição da utilização dos cuidados de saúde primários e uma diminuição no uso da medicação. Contudo, não se verificaram melhorias nas variáveis psicológicas nem nas variáveis associadas à doença.

Outra investigação que também analisou pacientes com cancro da próstata e cancro ginecológico foi a de Zakowski, Ramati, Morton, e Johnson em 2004. Foram estudados cento e quatro pacientes, divididos por duas condições de escrita. Ao grupo de controlo era-lhe prescrito a tarefa de escrita das suas actividades diárias de forma não-emocional e ao grupo experimental, a tarefa de escrita acerca da sua experiência de lidar com a doença. Não foram encontrados quaisquer efeitos significativos na condição experimental.

Uma outra pesquisa acerca do efeito da intervenção de EE no cancro da mama foi realizada por Stanton e Danoff-Burg (2002) em que foram investigadas sessenta mulheres que terminaram o tratamento médico para o estágio I e II de cancro da mama. As mulheres deste estudo foram divididas em três condições, ou escrever acerca dos aspectos positivos da sua experiência de cancro, ou escrever acerca dos acontecimentos mais traumáticos ou escrever acerca de factos da sua experiência com cancro. Aos três meses, o grupo EE mostrou uma diminuição significativa nos sintomas físicos quando comparado com o grupo controlo. As mulheres no grupo EE e no grupo de escrita acerca dos aspectos positivos da doença, fizeram menos visitas médicas relacionadas com o cancro do que o grupo de controlo.

Deste conjunto de estudos acerca da aplicação do paradigma da escrita em condições clínicas, chegámos às seguintes conclusões: por um lado, encontramos melhorias na saúde física em várias condições, diminuição de dor e da sintomatologia física (na dor crónica pélvica, na enxaqueca, no cancro da mama e no cancro da próstata). Por outro lado, encontramos também alterações no funcionamento diário nomeadamente, um aumento no funcionamento das actividades diárias, na artrite reumatóide e uma diminuição na incapacidade e melhoria da qualidade do sono na fibromialgia. Outra dimensão da saúde física onde encontramos diferenças foi na utilização dos cuidados de saúde primários, verificando uma diminuição na utilização dos cuidados médicos no cancro da mama, no cancro da próstata, na enxaqueca e na fibromialgia.

Quanto aos resultados na saúde psicológica encontrámos menos melhorias, apenas na fibromialgia constatámos um aumento do bem-estar psicológico e na artrite reumatóide uma diminuição da perturbação afectiva.

Em três dos estudos atrás apresentados, no de cancro ginecológico e da próstata e no estudo das cefaleias de tensão, não foram encontradas quaisquer melhorias físicas. Em suma, os dados dos estudos que aqui revimos parecem sugerir que há benefícios para a saúde física da expressão emocional e embora também haja alguns resultados positivos para a saúde psicológica, estes são mais incipientes. Assim sendo, estes resultados em diferentes problemas de saúde representam uma generalização importante às populações clínicas já que inicialmente estes estudos foram conduzidos apenas em populações saudáveis.

4.2.2. Expressão emocional em pacientes com sintomas físicos

Um pequeno conjunto de estudos procurou avaliar a eficácia das intervenções de expressão emocional em pacientes com sintomatologia física, um deles numa população universitária, e os outros dois em utentes dos cuidados de saúde primários, já que estes pacientes representam muitas vezes um fardo para os prestadores de cuidados de saúde e necessitando adicionalmente de acompanhamento psicológico (Gidron et al., 2002).

Lumley e Provenzano (2003) avaliaram os efeitos de uma intervenção de EE na saúde e no funcionamento académico de estudantes universitários com elevados níveis de sintomas físicos. Setenta e quatro estudantes foram divididos em dois grupos, um deles escrevia quatro dias acerca de acontecimentos stressantes (grupo experimental) e o outro acerca dos seus planos para o próximo dia, semana, ano ou década (grupo de controlo). Foram avaliados os resultados de saúde na linha de base e três meses depois. Conclui-se que a EE não conduzia a melhores resultados de saúde embora influenciasse a média das notas do semestre, enquanto que no grupo de controlo, as notas desceram de um semestre para outro, no grupo de EE as notas aumentaram ligeiramente, cerca de 0.5 pontos.

Na revisão da literatura encontraram-se mais dois estudos que implementaram uma intervenção de EE em pacientes com sintomas físicos nos cuidados de saúde primários, o de Schilte e colegas em 2001 e de Gidron e colegas em 2002. O estudo realizado por

Schilte et al. (2001) foi implementado na Holanda em dez centros de saúde, em que participaram cento e sessenta e um sujeitos utilizadores frequentes dos cuidados primários com sintomas de somatização. Ao grupo experimental eram feitas duas visitas ao domicílio em que os pacientes eram convidados a desabafar acerca de acontecimentos emocionalmente importantes enquanto que ao grupo de controlo eram prestados os cuidados médicos habituais. A intervenção emocional não revelou efeitos em nenhum momento das avaliações (seis, doze e vinte e quatro meses), constatando-se que o grupo de intervenção fez mais visitas ao centro de saúde, teve doente em média mais uma semana que o grupo controlo e apresentou valores de saúde subjectiva mais elevados do que o grupo de controlo.

O outro estudo realizado com pacientes nos cuidados de saúde primários foi o de Gidron e o seu grupo (2002), avaliando os efeitos de uma intervenção de EE nas visitas clínicas de uma comunidade de utilizadores frequentes. Foram recrutados cinquenta pacientes de uma clínica do sul de Israel e foram divididos em dois grupos, ao grupo experimental era pedido para escreverem acerca da experiência mais perturbadora da sua vida e ao grupo controlo foi pedido para escreverem três dias consecutivos acerca de tópicos neutros. É de salientar que este protocolo de EE tem algumas diferenças do protocolo típico de Pennebaker já que visa ajudar os pacientes a mudarem as suas memórias de trauma de implícitas para explícitas, possibilitando um maior controlo das memórias stressantes, sendo para isso pedido aos participantes para escreverem de forma guiada. Nos resultados obtidos, encontrou-se uma redução de sintomas no *follow-up* de três meses de 41%, comparada com uma redução de 20% nos sintomas do grupo controlo. Verificou-se também uma redução no número de visitas ao médico nos *follow-up* de três e no de quinze meses, assim como uma redução de 58% nas visitas clínicas comparada com 14% no grupo de controlo no *follow-up* dos três meses.

Estes dois estudos foram os únicos encontrados que aplicaram a intervenção de EE em pacientes nos cuidados de saúde primários, com sintomas físicos. A intervenção de Schilte não evidenciou resultados positivos em nenhum momento da avaliação. Por seu lado, a intervenção de Gidron, revelou resultados positivos tanto na diminuição de sintomas físicos como na diminuição de visitas ao médico.

Contudo, é importante realçar que nenhuma destas intervenções é típica das pesquisas de Pennebaker, tendo sido feitas alterações significativas ao protocolo que tem sido mais

frequentemente utilizado. A intervenção de Schilte tem características muito específicas nomeadamente pelo facto da expressão emocional ser realizada em casa do doente, oralmente e com a presença do médico. Outras diferenças tem a ver com a realização de uma entrevista no final da primeira sessão de expressão emocional, com a elaboração de um diário onde os participantes anotavam os seus pensamentos, emoções, sensações físicas e actividades diárias, e com o registo do resumo das sessões feito pelos participantes.

Por seu lado, a intervenção de Gidron tem também características particulares: é pedido aos pacientes para escreverem acerca da experiência mais stressante da sua vida, sendo que no primeiro dia os pacientes são instruídos para escrever numa ordem cronológica, de forma jornalística e sem expressão emocional. No segundo dia, pedia-se para escreverem acerca de pensamentos e emoções na altura do acontecimento e acerca de como o acontecimento afectou a sua vida e no terceiro dia para escrever acerca do que pensam e sentem acerca do acontecimento e acerca de projectos futuros. Ou seja, este protocolo inovador tenta maximizar os efeitos da escrita, guiando os pacientes no processo de escrita, esta directividade procura mudar o processamento da informação de um modo implícito somato-sensorial para um modo cognitivo explícito de memória verbal (Gidron et al., 2002). Além destas diferenças introduzidas ao protocolo da expressão escrita neste estudo, temos também que realçar algumas limitações, nomeadamente o pequeno tamanho da amostra e a não inclusão de medidas físicas para avaliar os resultados de saúde, comprometendo assim a possibilidade de generalização dos resultados.

Concluindo, apenas um pequeno número de estudos avaliaram a eficácia da expressão emocional em pacientes com problemas de somatização, sendo que dos estudos que revimos, os resultados encontrados são contraditórios, o de Shilte não encontra resultados positivos e o de Gidron encontra melhorias nos sintomas físicos e na utilização dos cuidados de saúde. É de notar que os procedimentos utilizados nestas duas pesquisas (Schilte et al., 2001 e Gidron et al., 2002) são diversos, havendo necessidade que sejam conduzidos mais pesquisas neste âmbito para que possa ser avaliada a eficácia junto desta população.

4.2.3. Meta-análises

Face ao interesse gerado por esta intervenção e aos resultados encorajadores descritos na literatura, Meads (2003) conduziu uma meta-análise para avaliar a eficácia desta intervenção em três tipos de populações: em pacientes com morbilidade pré-existente com doença crónica, em voluntários fisicamente saudáveis e em participantes com critérios de inclusão psicológicos. Foram revistos treze estudos de populações com condição médica pré-existente, dezassete, de participantes com critérios de inclusão psicológica e os restantes com voluntários saudáveis. Uma grande variedade de resultados foram avaliados nos estudos revistos, como podemos ver sistematizados na Tabela 4.1.

Tabela 4.1: Resultados avaliados nos estudos incluídos na meta-análise de Meads (2003).

Resultados na saúde física	Resultados psicológicos	Resultados fisiológicos, hematológicos e imunológicos
Resultados objectivos de saúde física	Humor/estado de ânimo	Resultados fisiológicos imediatos
Visitas ao centro de saúde objectivamente avaliadas	Ansiedade e depressão	Resultados imunológicos imediatos
Visitas ao centro de saúde auto-relatadas	IES; SCL-90; SCL-90-R	

NB: IES – Impact of Event Scale; SCL-90 - Hopkins Symptom Checklist; SCL-90-R - Hopkins Symptom Checklist Revised.

Nesta meta-análise Meads (2003) concluiu relativamente aos pacientes com morbilidade pré-existente que:

- i) Não havia diferenças para os grupos de intervenção na dimensão da saúde física objectivamente avaliada;
- ii) Não havia diferenças nas visitas ao centro de saúde (tanto para as visitas objectivamente avaliadas como para as visitas referidas pelos doentes) entre o grupo experimental e o grupo de controlo;
- iii) Houve melhorias no grupo de intervenção quanto às variáveis, dor, qualidade do sono, disfunção física, sintomas físicos, impacto na fibromialgia, interferência na saúde do dia a dia e nos sintomas somáticos percebidos;

- iv) Quanto aos resultados das variáveis psicológicas encontrou-se mais *ânimo positivo e negativo* para o grupo de intervenção comparado com o grupo de controlo, não se encontrando diferenças na ansiedade, depressão e no impacto dos acontecimentos.

Os resultados desta meta-análise parecem sugerir um quadro misto à volta da eficácia desta intervenção, com resultados positivos na dimensão da saúde física e sem efeitos positivos nas variáveis psicológicas, no entanto este tipo de intervenção parece revelar-se mais eficaz em populações com morbilidade pré-existente.

Outra meta-análise realizada mais recentemente com participantes com perturbações físicas e psicológicas foi desenvolvida por Frisina, Borod, e Lepore (2004) procurando determinar a magnitude e a significância do efeito terapêutico da expressão escrita em populações clínicas. Esta meta-análise foi conduzida de forma semelhante à de Smyth (1998) para populações saudáveis, tendo sido incluídos nove estudos de doença física (doentes terminais com cancro renal, doentes com cancro da próstata, doentes com cancro da mama, doentes com artrite reumatóide e asma) e de perturbação psicológica (perturbação de stress pós-traumático, reclusos com problemas psiquiátricos, doentes com depressão grave e ideação suicida). A média obtida para a magnitude do efeito de todos os estudos e resultados foi de $d = .19$, quanto à magnitude do efeito nos cinco estudos que usaram resultados de saúde física foi de $.21$, nos oito estudos que avaliaram resultados de saúde psicológica, a expressão escrita produziu apenas um aumento marginal mas não significativo.

Conclui-se então que esta intervenção melhorou não só os pacientes com perturbações físicas que tinham um risco de mortalidade relativamente pequeno (como a artrite reumatóide e a asma) como melhorou também doentes com condições mais severas, como é o caso das populações de cancro (renal, próstata e mama). Por outro lado esta pesquisa conclui que a intervenção escrita é menos efectiva para populações com perturbações psiquiátricas do que para populações com doença física. Um dos motivos hipotetizado pelos autores deste trabalho é que na doença psiquiátrica, podem haver alterações da cognição, e desta forma este método poderá ser desadequado para pessoas com perturbação de stress pós-traumático ou com depressão grave. Neste sentido estes resultados não coincidem com os de Smyth (1998) já que nesta meta-análise, a expressão escrita foi incapaz de aumentar os resultados de saúde psicológica de forma significativa para populações clínicas como aconteceu em populações saudáveis.

De uma forma geral, podemos inferir que a expressão emocional traz mais efeitos benéficos para a saúde física dos participantes do que para a saúde psicológica. Outro dos dados comuns aos vários estudos revistos e às conclusões das duas meta-análises é que a intervenção de expressão emocional parece revelar-se mais vantajosa para populações clínicas com perturbação física do que para populações com perturbação psicológica ou psiquiátrica.

4.3. Mecanismos teóricos de expressão emocional

Os resultados até aqui apresentados demonstram que efectivamente as intervenções de expressão emocional trazem melhorias para a saúde e para o bem estar psicológico quer em populações saudáveis quer em populações clínicas, no entanto, permanece a dúvida acerca dos processos pelos quais estas intervenções são eficazes. Recentemente, tem sido desenvolvidas algumas investigações e exploradas algumas hipóteses quanto aos mecanismos explicativos do funcionamento destas intervenções.

Assim sendo, passamos a sistematizar algumas das teorias explicativas da expressão emocional que tem contribuído para uma explicitação de alguns desses processos e dos mecanismos inibitórios, cognitivos e de auto-regulação da expressão emocional.

4.3.1. Modelo de inibição

O modelo de inibição motivou os primeiros estudos acerca da expressão emocional e teve a sua origem na pesquisa animal e no âmbito da psicofisiologia. Este modelo assenta no pressuposto central de que não falar acerca de fenómenos psicológicos importantes é uma forma de inibição. Por esse motivo os primeiros estudos realizados no âmbito do paradigma de Pennebaker eram estudos em que era pedido aos participantes para escreverem acerca de traumas não revelados. Parte-se também do princípio de que a inibição activa é uma forma de trabalho psicofisiológico e em consequência, este trabalho inibitório reflecte-se na actividade do sistema nervoso central funcionando como um stressor de baixo nível (Selye, 1976 cit. por Sloan & Marx, 2004a). Assim, pressupõe-se

que esta inibição activa faça aumentar o risco de doenças psicossomáticas e de outros problemas relacionados com o stress (Smyth, 2003).

Partindo da hipótese de que não expressar pensamentos e sentimentos é stressante e por isso, expressá-los, em teoria, reduz o stress da inibição (Pennebaker, 1989), há dados de várias investigações que apoiam o modelo da inibição na Psicossomática. Por exemplo: indivíduos que escondem o seu estatuto gay (Cole, Kemeny, Taylor, & Visscher, 1996), que inibem experiências traumáticas do passado (Pennebaker, 1993), que não falam acerca de traumas passados (Pennebaker & Susman, 1988) e não discutem os sentimentos da morte do conjuge com outros (Pennebaker & O’Heeron, 1984) demonstram mais problemas de saúde do que os menos inibidos.

Contudo, há resultados que surgiram de alguns estudos posteriores que vem comprometer este modelo da inibição, contrariando-o, pelos resultados que apresentam como podemos ver na Tabela 4.2.

Tabela 4.2: Resultados de estudos que não apoiam o modelo da inibição.

Autor e Ano	Principais Conclusões do Estudo
Smyth (1998)	Escrever acerca de acontecimentos recentes presentes ou futuros tem benefícios para a saúde
Cameron e Nichols (1998)	Estudantes universitários que escrevem acerca do seu ajustamento à universidade diminuem as suas visitas ao médico e melhoram as suas notas
Lepore (1997)	Estudantes que escrevem acerca de um exame que vão fazer diminuem o seu nível de depressão
Spera et al. (1994)	Profissionais desempregados que escrevem acerca das emoções de perder o emprego arranjam emprego mais rapidamente que os outros
Greenberg e Stone (1992)	Os participantes beneficiavam tanto de escrever acerca de traumas que já falaram como de traumas que mantiveram secretos
Lepore e Greenberg (2002)	Estudantes que escrevem acerca do rompimento da relação diminuem a sua sintomatologia respiratória, a sua tensão e fadiga.

Assim, estes dados colocam um desafio a este modelo, uma vez que mostram que libertar a inibição crónica de longa duração pode não ser a componente mais importante das intervenções de expressão emocional, já que os participantes que escrevem acerca de acontecimentos presentes ou mesmo futuros apresentavam também melhorias na sua

saúde. Desta forma, o papel preciso da inibição no paradigma da escrita não está ainda clarificado, sendo exploradas outras hipóteses explicativas para a eficácia deste paradigma, entre as quais a hipótese dos mecanismos cognitivos.

4.3.2. Modelo cognitivo

Segundo algumas teorias de adaptação cognitiva o processamento de experiências traumáticas exige uma mudança dos esquemas pré-existentes. Na teoria de Horowitz (1986) a recuperação de uma experiência traumática exige que a pessoa trabalhe para resolver a incongruência entre a informação adquirida dessa experiência traumática e dos seus modelos internos. Por seu lado, na teoria de Janoff-Bulman (1992) lidar com o acontecimento traumático exige que o indivíduo trabalhe cognitivamente para restabelecer o sistema conceptual em que a experiência é assimilada no antigo conjunto de crenças ou ainda que as crenças centrais sejam mudadas para que se acomode esta nova experiência. Uma terceira teoria de adaptação cognitiva proposta por Pennebaker (1997) defende que escrever acerca de um acontecimento traumático pode permitir ao indivíduo fornecer estrutura, organização e coesão à memória traumática que não tinha sido ainda desenvolvida inicialmente. Estas mudanças cognitivas podem, por sua vez, promover o *insight* para a assimilação cognitiva de memórias traumáticas, trazendo melhorias para a saúde do indivíduo.

Esta explicação do paradigma com base na adaptação cognitiva tem sido tipicamente testada avaliando a linguagem que os indivíduos usam na escrita acerca de tópicos emocionais. Em 1991, foi criado um programa (LIWC) que analisava o conteúdo dos ensaios. Analisando os dados dos sujeitos de seis estudos de EE (Pennebaker & Francis, 1996), conclui-se que o uso de palavras que representam emoções positivas, o uso de um número moderado de palavras que representam emoções negativas e um aumento tanto em palavras causais e de *insight* ao longo do processo de escrita estão fortemente associados a melhores resultados de saúde.

Além dos estudos que se enquadram na análise do tipo de palavras usadas nos ensaios escritos, há também estudos que relacionam a tarefa escrita com um aumento da *working memory* (Klein & Boals, 2001). Este modelo liga os benefícios da expressão escrita à capacidade de transformar representações cognitivas pobremente organizadas de

experiências stressantes em estruturas de memória mais coerentes como podemos constatar na Figura 4.2.

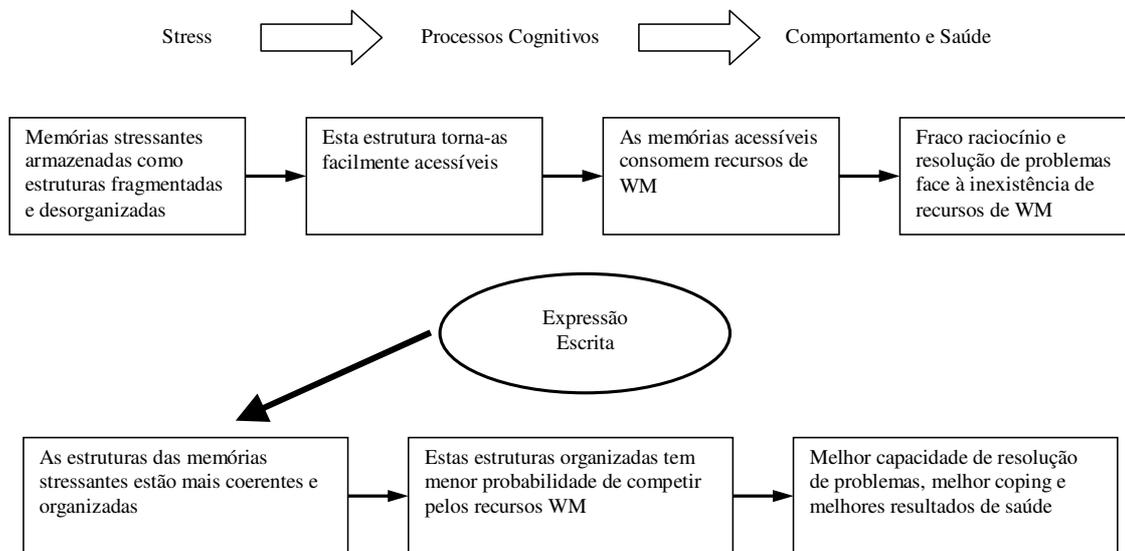


Figura 4.2: Modelo dos efeitos da expressão escrita nos processos cognitivos e no comportamento (adaptado de Klein, 2002).

Segundo este modelo, as memórias de acontecimentos stressantes tem diferentes representações estando inicialmente fragmentadas e pobremente organizadas (Foa & Kozak, cit. por Klein, 2002). Daí que integrar estes fragmentos de conhecimento e as emoções associadas seja difícil. Devido a esta fraca organização, a activação destas memórias stressantes exige pouco esforço e suprimir essas memórias tem o efeito de manter a natureza fragmentada desses pensamentos. Nesta sequência, desenvolver uma narrativa coerente acerca de experiências stressantes transforma a organização e o conteúdo dessas memórias, de forma a que essa memória seja sumariada, armazenada e esquecida mais eficientemente. Dados analisados por Klein (2002) concluíram que:

- i) A capacidade de resolução de problemas e a *working memory* estão diminuídas em pessoas com acontecimentos de vida stressantes;
- ii) A expressão emocional melhora a *working memory*;
- iii) Variáveis linguísticas associadas com as melhorias de *working memory* tem melhorias também nos resultados de saúde.

Por isso, os recursos atencionais exigidos pelos pensamentos intrusivos e as tentativas para suprimi-los podem impedir a resolução de problemas e como consequência, mais stress é produzido diminuindo a saúde física e psicológica. Assim, escrever acerca de experiências stressantes pode interromper esse ciclo através do seu efeito na função da WM.

Além destes dados em favor do modelo cognitivo, a teoria cognitiva tem sido difícil de provar empiricamente. As evidências que apoiam o modelo cognitivo (como as mudanças em indicadores linguísticos que apresentámos e o modelo de WM) são de natureza correlacional e mesmo essa evidência correlacional mostra-se por vezes equívoca, já que num estudo de Batten, Follette, Hall, e Palm (2002) também se observam mudanças cognitivas ou linguísticas sem haver quaisquer melhorias físicas ou psicológicas. Há contudo dois estudos experimentais que avaliam directamente a hipótese das mudanças cognitivas contribuírem para os resultados benéficos obtidos da expressão emocional.

Um desses estudos é o de Smyth, True, e Souto (2001) em que foram comparados participantes que escreviam acerca de um acontecimento traumático de forma narrativa e outros que escreviam de forma fragmentada bem como um outro grupo que escreveu acerca de um tópico neutro. Os resultados demonstraram que os que escreveram de uma forma narrativa relatavam menos restrições das actividades no *follow-up* quando comparados com os outros grupos.

Num outro estudo mais recente, Park e Blumberg (2002) testaram a hipótese do modelo cognitivo, examinando as avaliações cognitivas do acontecimento traumático. Os autores propuseram que o modelo cognitivo seria apoiado se os dados indicassem que os resultados positivos estavam associados com mudanças na avaliação do acontecimento traumático. Concluíram que as avaliações do acontecimento traumático melhoravam do pré-teste ao *follow-up* no grupo de expressão emocional, ou seja, segundo os autores a EE exerceu um efeito protector no bem-estar, contudo, as mudanças positivas nas avaliações dos acontecimentos traumáticos aconteceram também sem haver resultados positivos.

Parece não existir apoio consistente para o modelo cognitivo e uma das razões apontadas tem a ver com a dificuldade na medição das mudanças cognitivas. É também possível que as mudanças cognitivas possam estar associadas a outros mecanismos de mudança que não foram ainda identificados. Neste âmbito uma outra hipótese foi equacionada para testar os

mecanismos de mudança através o modelo de auto-regulação que nos debruçaremos de seguida.

4.3.3. Modelo de auto-regulação

O pressuposto central deste modelo sugere que a expressão emocional ajuda as pessoas a tolerar e a regular respostas emocionais negativas como emoções desreguladas: excessivamente controladas ou excessivamente fora do controlo. A expressão emocional poderá normalizar a experiência emocional facilitando novas experiências e novas emoções permitindo assim um melhor ajustamento psicológico e melhores resultados de saúde.

No modelo de auto-regulação salientam-se três processos de regulação emocional: a atenção, a habituação e a reavaliação cognitiva, que estão inter-relacionados e que se influenciam mutuamente (Greenberg & Lepore, 2004), como podemos ver esquematizado na Figura 4.3.

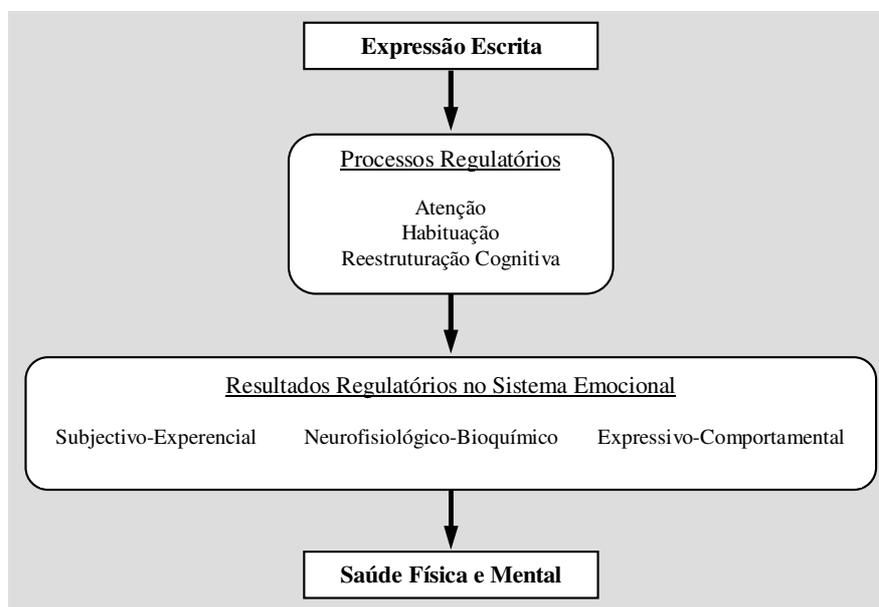


Figura 4.3: Modelo de regulação emocional acerca dos efeitos da expressão escrita na saúde (adaptado de Lepore, Greenberg, Bruno, & Smyth, 2002).

Segundo Lepore et al. (2002) a expressão emocional pode ser mais ou menos benéfica dependendo do estilo de atenção de quem está a escrever, se apresenta um estilo de escrita de evitamento ou de confronto. A EE pode dirigir a atenção a fontes de stress, a diferentes

aspectos dos stressores, ou às respostas subjectivas, fisiológicas e comportamentais. Dirigindo a atenção para estes componentes, a EE pode facilitar outros processos de regulação emocional, por exemplo, dirigir a atenção para pensamentos e sentimentos negativos relacionados com o stress pode facilitar a habituação emocional.

Outro dos mecanismos pelos quais a EE pode facilitar o ajustamento é a habituação. Segundo um conjunto de estudos sabe-se que com a tarefa escrita, há uma diminuição da intensidade de emoções negativas (Hockermeyer, 1999, cit. por Lepore et al., 2002) assim como uma diminuição da associação positiva entre pensamentos intrusivos acerca de um stressor e os sintomas depressivos (Lepore, 1997). Parece haver também uma maior tolerância às emoções negativas depois da escrita relacionada com o trauma (Greenberg, Wortman, & Stone, 1996). Ou seja, os dados destes estudos explicam a ligação possível entre as intervenções de EEE e as terapias de exposição, através da exposição repetida ao estímulo stressante a escrita expressiva extingue as associações emocionais negativas (Lepore, 1997, cit. por Greenberg & Lepore, 2004).

O terceiro mecanismo deste modelo é a reestruturação cognitiva, que postula que a expressão emocional pode conduzir a mudanças cognitivas na forma das pessoas verem as suas reacções emocionais. Confrontar activamente emoções negativas pode desenvolver percepções de auto-eficácia e de controlo sobre as emoções. Neste sentido, adaptar-se aos seus próprios sentimentos num contexto seguro pode também promover uma compreensão mais profunda, uma validação e uma aceitação dessas reacções.

A EE pode resultar em mudanças nas avaliações e nos pensamentos relacionados com o stress. Propõe-se que mudanças na forma como as pessoas vêem os estímulos stressores internos (memórias) ou externos (ambiente) ou mudanças em como eles vêem as suas reacções emocionais a esses estímulos podem contribuir para o modo como vão regular essas emoções (Greenberg & Lepore, 2004). A reestruturação cognitiva tem sido operacionalizada de várias formas:

- i) Através da análise do conteúdo dos ensaios escritos;
- ii) Avaliação da mudança na frequência de pensamentos intrusivos;
- iii) Avaliação das crenças e nas atitudes através de medidas de auto-relato;
- iv) Avaliação do papel da organização cognitiva na mediação dos efeitos da EE.

Este modelo defende que as intervenções de expressão emocional facilitam a auto-regulação promovendo a habituação, a auto-eficácia, e a validação social e promovem a auto-regulação cognitiva ajudando as pessoas a integrar os acontecimentos stressantes com objectivos e valores de forma a manter auto-imagens positivas e a motivar um comportamento adaptativo. Neste sentido, este é um modelo mais integrador ao englobar mecanismos fisiológicos, cognitivos e emocionais na expressão emocional de forma a facilitar o ajustamento aos stressores através destes mecanismos de regulação emocional.

4.4. Variáveis moderadoras da eficácia do paradigma de expressão emocional

Os resultados de estudos acerca da eficácia da expressão emocional parecem sugerir a importância clínica desta intervenção, contudo os resultados encontrados apontam para alguma divergência entre si. É de realçar as diferenças que existem em termos metodológicos na pesquisa nesta área, quando comparamos os vários estudos, que vai desde a EE ser oral ou escrita, à duração da tarefa escrita, se a tarefa é realizada em casa ou em laboratório, à distância entre as sessões, ao tipo de medidas utilizadas, à população a quem é dirigida, ao *timing* das avaliações, etc. Vamos debruçarmo-nos sobre algumas dessas diferenças na metodologia das pesquisas já que elas próprias podem constituir-se como variáveis moderadoras do paradigma da expressão emocional.

4.4.1. Questões metodológicas de aplicação do paradigma da expressão emocional

Amostras

A eficácia do paradigma da escrita tem sido testada em várias amostras, desde estudantes universitários, a populações com problemas psicológicos como em populações com inúmeras doenças físicas. Possivelmente a grande diversidade de amostras que tem sido alvo destes estudos explica, em parte, alguns dos resultados contraditórios a que se tem

chegado. Daí ser importante quando se procura avaliar a eficácia destas intervenções fazê-lo especificamente em relação a uma determinada população.

Instruções de Expressão

Outro aspecto metodológico importante no paradigma da expressão emocional é o tipo de instruções fornecidas aos participantes nos vários estudos, já que estas tem apresentado diversas formas que vão desde a escolha livre do tópico de expressão (Pennebaker & Beall, 1986) até ao direccionamento desse tópico (como falar acerca da experiência com uma determinada doença ou com um acontecimento traumático específico).

Outra das diferenças nas instruções dadas na tarefa de expressão prende-se com a possibilidade de escrita ser acerca de traumas passados ou de traumas presentes. Na meta-análise que Smyth (1998) conduziu, conclui-se que os pacientes que escreveram só acerca de traumas presentes tinham resultados de bem-estar superiores aos que escreviam acerca de traumas passados. Também Gidron e o seu grupo (2002) no seu estudo, introduziram modificações nas instruções da tarefa escrita tornando-as mais directivas e guiando o processo. Outros estudos (Stanton & Danoff-Burg, 2002) criaram instruções em que se escrevia acerca dos aspectos positivos de um dado acontecimento traumático. Ou seja, desde a realização dos primeiros estudos muitas alterações tem sido introduzidas na forma de aplicar esta intervenção às mais variadas populações.

Número de Sessões

O número de sessões de escrita e a duração destas sessões tem divergido nos vários estudos, sendo que tipicamente a duração da intervenção era de três dias de escrita (Smyth, 1998) embora haja também estudos com uma só sessão (Lepore, 1997). Tem-se encontrado intervenções de quatro sessões (Pennebaker & Beall, 1986) de cinco sessões (Spera, Buhrfeind, & Pennebaker, 1994) e de sete sessões (Stroebe, Stroebe, Schut, Zech, & Van Den Bout, 2002). Quanto à duração das sessões de expressão emocional também encontramos grandes variações que vão de quinze a trinta minutos por dia. O único estudo que avaliou a interferência desta variável na intervenção foi a meta-análise de Smyth concluindo que o número de sessões e a duração de sessões não afectou a magnitude do efeito geral da intervenção.

Espaçamento entre as Sessões

O período de tempo entre as sessões de escrita tem também variado, os estudos iniciais e a maior parte dos estudos tem conduzido as sessões de escrita em dias consecutivos, contudo há exemplos de estudos que espaçam as sessões em uma semana (DeMoor et al., 2002), há estudos que implementam cinco sessões em duas semanas (Schoutrop, Lange, Hanewald, Davidovich, & Solomon, 2002), e mesmo quatro sessões em três semanas (Stanton et al., 2002 cit. por Sloan & Marx, 2004b). Smyth (1998) conclui que uma utilização de um período de tempo mais alargado entre as sessões está associado a uma maior magnitude de efeito da intervenção.

Diferenças Individuais

Segundo Smyth (1998) não foram encontradas diferenças individuais ou na personalidade que distinguíssem os que beneficiam mais desta intervenção quanto ao sexo, idade, ansiedade, afectividade negativa, inibição ou contenção. Apenas num dos estudos revistos por este autor se encontrou que os participantes que beneficiavam mais da EE apresentavam níveis mais elevados de hostilidade (Christensen & Smyth, 1993).

Contudo Lumley, Tojek, e Macklem (2002) indicam alguns factores que determinam a EE, propondo um modelo de diferenças individuais que hipoteticamente podem influenciar as respostas da EE. Neste modelo são definidos seis processos responsáveis pelo envolvimento e pela obtenção de benefícios na tarefa de expressão emocional (ver Figura 4.4).

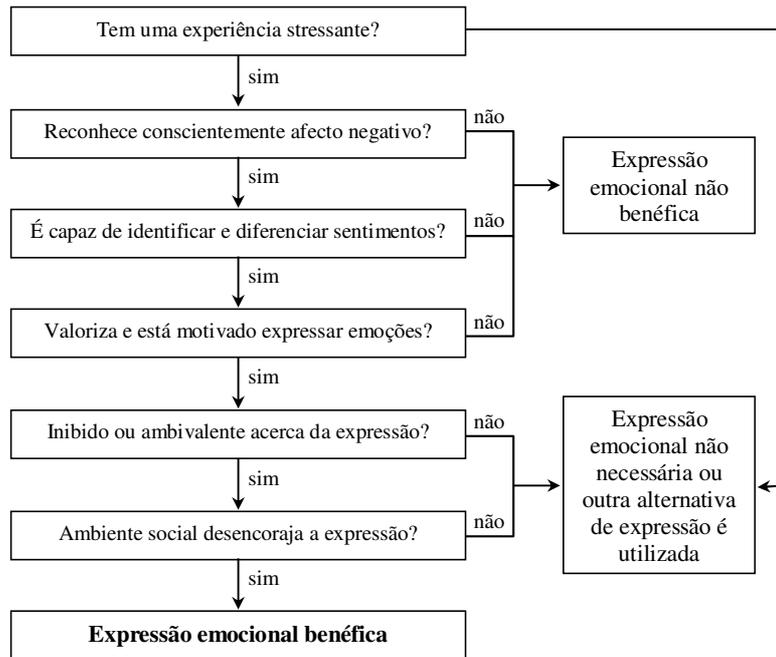


Figura 4.4: Modelo teórico de potenciais moderadores da necessidade e dos benefícios da expressão emocional (adaptado de Lumley, 2004).

Segundo este modelo são necessárias algumas condições para que a pessoa se possa envolver na expressão emocional e possa tirar benefícios dessa expressão:

- i) A pessoa tem que ter experienciado um acontecimento como stressante de forma a ter algo para expressar;
- ii) A pessoa terá que ser capaz de ter consciência da sua experiência de stress;
- iii) A pessoa terá que ter alguma capacidade para identificar estados emocionais e comunicar sentimentos;
- iv) A pessoa terá que valorizar a expressão e ter motivação e desejo de expressar;
- v) A pessoa conscientemente inibe ou suprime a expressão emocional;
- vi) O ambiente social desencoraja ou pune a expressão e a tarefa escrita permite uma expressão segura.

No âmbito deste modelo, as pessoas alexitímicas teoricamente não irão beneficiar deste tipo de intervenção, já que não estão capazes nem de identificar nem de expressar as suas

emoções. Neste sentido, revimos alguns estudos que dão conta desta hipótese analisando o papel da alexitimia como variável moderadora da expressão emocional.

4.4.2. Alexitimia como moderadora da expressão emocional

Segundo o modelo de Kennedy-Moore e Watson (1999) que apresentámos atrás, hipotetiza-se que a alexitimia possa interferir nos benefícios da expressão emocional escrita. Uma vez que os alexitímicos tem dificuldade em identificar e descrever os seus sentimentos, em explorar pensamentos e em integrar sentimentos e pensamentos, a intervenção típica da expressão emocional escrita não deverá revelar-se vantajosa para este tipo de população. Apresentamos alguns estudos que analisaram o papel da alexitimia como variável moderadora dos resultados de intervenções de expressão emocional.

Relativamente a estudos que não corroboram a hipótese da alexitimia como variável moderadora da expressão emocional temos os estudos de Páez, Velasco, e González (1999) e o de Solano, Donati, Pecci, Persichetti, e Colaci (2003).

Páez et al. (1999) avaliou cinquenta e um estudantes divididos em três grupos: o grupo experimental de escrita de traumas não revelados, o grupo experimental de escrita de traumas já revelados e o grupo de controlo de escrita acerca de um acontecimento social recente. Os resultados indicaram que os estudantes com valores mais altos na subescala da alexitimia DDF (dificuldade em descrever os sentimentos), mostraram melhorias no afecto negativo após a intervenção, alguns meses mais tarde, comparativamente com os que apresentaram resultados mais baixos nesta dimensão da alexitimia.

Um outro estudo realizado por Solano et al. (2003) tinha por objectivo avaliar os efeitos da intervenção emocional escrita na evolução pós-operatória de uma ressecção à bexiga, analisando os efeitos das diferenças individuais da alexitimia. Encontrou-se que os indivíduos que demonstravam níveis mais elevados de alexitimia (da pontuação total e particularmente da dimensão DDF), ficavam menos dias no hospital após a cirurgia e mostravam menor perturbação emocional, quando comparados com o grupo de controlo. Contudo, ao analisar o papel da alexitimia na interacção com os resultados da intervenção, conclui-se que os indivíduos com valores elevados de alexitimia tem uma evolução pós-operatória semelhante aos indivíduos que não escreveram com níveis baixos de alexitimia.

Estes dados corroboram os dados de Páez et al. (2004) contrariando a hipótese da alexitimia como moderadora da intervenção de expressão emocional.

Resultados contrários aos destes dois estudos tem também sido encontrados quando se procura analisar o papel da alexitimia como variável moderadora nos efeitos de expressão emocional (D'Souza et al., 2003; Kelley et al. , 1997; Norman et al., 2004) .

Um desses estudos foi realizado por Kelley e o seu grupo (1997), já referenciado no ponto atrás, em que foram recrutados sessenta e oito pacientes com artrite reumatóide divididos por dois grupos, a um dos grupos era pedido para falarem durante quatro dias acerca de acontecimentos de vida stressantes enquanto que ao grupo controlo era pedido para falarem acerca de tópicos neutros. Foram avaliados no pré-teste e três meses depois da intervenção, concluindo que a subescala DIF (dificuldade em identificar sentimentos) revelou-se preditora da mudança na incapacidade física dos pacientes e na disfuncionalidade ao nível das articulações, no *follow-up*. Doentes com mais dificuldades em identificar sentimentos, tinham uma maior incapacidade nas suas actividades diárias e um aumento na disfuncionalidade nas articulações, no grupo experimental.

D'Souza et al. (2003) implementaram uma intervenção de expressão emocional escrita a estudantes com queixas de enxaquecas, que foram divididos em três grupos: um que tinha como tarefa escrever acerca de acontecimentos stressantes, outro que escrevia acerca da gestão do tempo e outro que consistia em treinar o relaxamento muscular. Os resultados de saúde foram medidos no pré-teste e três meses depois da intervenção. Concluíram que a alexitimia era um moderador dos resultados da expressão emocional, ou seja, indivíduos com mais dificuldades em identificar os sentimentos, apresentavam mais sintomas de dor no grupo experimental enquanto que no grupo de controlo, havia uma diminuição da dor. Também níveis mais altos da dimensão de EOT (estilo de pensamento orientado para o exterior) estava associado a níveis mais elevados de ansiedade e de depressão no grupo experimental.

Também outro estudo foi realizado com quarenta e oito mulheres que apresentavam queixas de dores pélvicas crónicas (Norman et al., 2004). A amostra foi dividida em dois grupos sendo pedido a um grupo para escrever acerca do stress associado à dor pélvica e ao outro grupo para escrever acerca de acontecimentos positivos não relacionados com a dor. As mulheres foram avaliadas antes da intervenção e dois meses depois da intervenção. Os

dados mostraram que a alexitimia interferia com os benefícios da tarefa escrita, ou seja, valores mais altos de alexitimia total implicavam valores mais altos de dor e um aumento da prescrição médica para a dor no grupo de expressão escrita, enquanto que para o grupo controlo implicava uma diminuição da dor e da prescrição médica para a dor.

Os resultados dos dois primeiros estudos apresentados (Páez et al., 1999; Solano et al., 2003) contrariam a hipótese da alexitimia como variável moderadora. No entanto, temos que atender ao facto destes dois estudos terem sido realizados com populações aparentemente sem problemas crónicos, contrariamente às restantes investigações em que a população tinha problemas de saúde com elevação nos níveis de stress. Em ambos os estudos a variável DDF (dificuldade em descrever os sentimentos aos outros) é que contribuía para os efeitos, e esta dimensão está ligada com a introversão, com a inibição e com a vergonha (Lumley, 2004), por isso poder-se-á supor que não é a alexitimia que prediz os benefícios da expressão emocional mas sim a inibição ou a falta de expressão emocional, o que vai ao encontro do que é defendido no modelo de Kennedy-Moore e Watson (1999). Daí que possamos concluir que os resultados destes estudos sugerem que a alexitimia interfere com os benefícios da expressão emocional, já que déficits na capacidade de identificar, compreender e expressar emoções pode impedir a progressão de alguns dos passos no processo de expressão emocional.

4.5. Conclusão

Grande parte das intervenções psicoterapêuticas possuem uma componente essencial de expressão emocional, em que são identificadas, categorizadas e expressas experiências emocionais. O paradigma de Pennebaker, através de vários estudos correlacionais e experimentais que aqui revimos, procura testar a eficácia de intervenções de expressão emocional escrita na saúde física e psicológica dos participantes. Embora não haja consenso relativamente aos mecanismos responsáveis pela eficácia desta intervenção, a crescente pesquisa nesta área tem promovido o desenvolvimento teórico neste domínio.

Uma das dimensões que tem sido explorada tem sido o papel da linguagem que é utilizada nos ensaios escritos. Pennebaker concluiu que quem beneficiava mais em termos de melhorias na saúde física e mental, evoluía na produção de narrativas, no sentido de uma

elaboração progressiva de aspectos internos e de significação. Parece-nos pois que a pesquisa futura neste paradigma deverá desenvolver-se nesta linha, procurando explorar se a construção de boas histórias poderá mesmo trazer significado e estrutura à vida das pessoas. No próximo capítulo abordaremos outro tipo de intervenção de expressão emocional, que privilegia a linguagem como construtora de significados: a terapia cognitiva-narrativa.

Capítulo 5: Intervenção cognitiva-narrativa

Como Mair (2000) refere, a Psicologia pode ser vista como a disciplina do discurso e ao que é chamado de psicoterapia poderíamos chamar de conversação psicológica. No acto de falar o indivíduo torna-se um pouco mais articulado acerca de alguns aspectos da sua vida, articulando-se a si próprio e em relação ao mundo. A terapia cognitiva narrativa pode ser considerada uma intervenção de expressão emocional visto que a linguagem assume a função central de expressão e de construção emocional. Através das técnicas que a estruturam, esta intervenção tenta a significação e a construção de uma multiplicidade de experiências emocionais, em que o próprio corpo é também utilizado na expressão das emoções. Apresentamos neste capítulo o paradigma teórico em que assenta a terapia cognitiva-narrativa como foi formulada por Gonçalves (1998b), descrevendo as fases desta intervenção e revendo estudos que implementaram esta intervenção em contextos de saúde.

5.1. Contributos do construtivismo para a psicoterapia

A terapia cognitiva-narrativa apresenta-se como uma terapia pós-moderna, enquadrada no movimento filosófico, social e epistemológico que representou a revolução construtivista nos anos oitenta. Este movimento caracteriza-se como um movimento crítico dos modelos racionalistas e objectivistas e é acompanhado por uma série de outras mudanças, nomeadamente da revolução da liberdade, da comunicação e da mobilidade (O'Hara & Anderson, cit. por Neimeyer, 1993). Com o crescente desenvolvimento do construtivismo,

acompanhado por mudanças filosóficas, culturais e científicas, observamos uma evolução qualitativa deste modelo na perspetivação do ser humano.

Os fundamentos epistemológicos construtivistas ao assentarem numa visão crítica das coisas, transportam esse criticismo para a visão psicológica do ser humano, surgindo assim uma série de pressupostos básicos acerca da mente humana que Neimeyer (1993) destaca:

- i) A natureza activa e proactiva de toda a percepção, aprendizagem e conhecimento, ou seja, os seres humanos participam activamente na construção da realidade. Uma vez que os mecanismos proactivos do conhecimento seriam evolucionistas, por resultarem de regras de selecção que a evolução foi impondo, as nossas estruturas mentais seriam completadas pela experiência. Há também dados da fisiologia do sistema nervoso que nos dizem que estamos cem mil vezes mais ligados a nós próprios que ao mundo exterior possuindo a nível estrutural, dez vezes mais neurónios motores ou eferentes do que neurónios sensoriais;
- ii) A primazia dos processos tácitos sobre os concretos, determinando uma preponderância do abstracto nos nossos processos mentais;
- iii) A valorização da natureza auto-organizativa do nosso conhecimento e experiência de forma a proteger a coerência interna dos nossos conhecimentos.

Em suma, a meta-teoria construtivista defende a adopção de uma perspectiva mais proactiva da cognição e do organismo, enfatizando os processos inconscientes ou tácitos e promovendo um modelo complexo de sistemas em que o pensamento, a emoção e o comportamento são expressões interdependentes no ciclo de vida (Mahoney, 1993).

Estas mudanças epistemológicas e de conceptualização psicológica do indivíduo trazem consequências importantes para a prática psicoterapêutica pós-moderna (Neimeyer, 1993). Por um lado, passa a valorizar-se a natureza participatória das construções da realidade pelo indivíduo, por oposição aos modelos sensoriais que defendiam uma apreensão passiva do conhecimento. Por outro lado, procuram-se alternativas de perspetivar a realidade, recorrendo ao uso e análise de metáforas e de narrativas centradas nos processos tácitos do indivíduo.

Podemos destacar três abordagens psicoterapêuticas que traduzem a aplicação de constructos teóricos dos postulados construtivistas na prática clínica. Estas abordagens são

ilustrativas da mudança que se operou ao nível das psicoterapias cognitivas clássicas: a terapia dos constructos pessoais de Kelly (1977), a terapia cognitivo-desenvolvimental estrutural e as terapias narrativas/de reconstrução narrativa.

Kelly, foi o primeiro psicólogo a integrar princípios construtivistas na sua prática clínica, sendo por isso considerado uma das figuras fundadoras do construtivismo clínico (Neimeyer & Jackson, 1997, cit. por Sexton & Griffin, 1997). O seu modelo terapêutico é dos primeiros a usar a técnica construtivista da terapia de papel em que é pedido ao cliente que imagine o guião de um personagem que não tenha o seu problema, como que uma identidade alternativa, e que depois represente esse papel. Além da conceptualização e utilização desta técnica, este autor destacou-se também pela formulação da teoria dos constructos pessoais, uma teoria da personalidade, que caracteriza os constructos da pessoa como ideográficos, dando ênfase à natureza bipolar e dicotómica do processo de construção desses constructos. Esta teoria vem salientar a ideia de que o importante é aquilo que fazemos do mundo, ou seja, construímos a nossa realidade acerca desse mundo, no entanto, as construções que fazemos do mundo, elas próprias, podem ser revistas e reconstruídas (Rosen, 1996).

Outra abordagem enquadrada na psicoterapia construtivista é a terapia cognitivo-desenvolvimental-estrutural onde se pode incluir o trabalho de Guidano (1991), de Liotti (1991) e em Portugal, de Joyce-Moniz (1985). Nesta corrente teórica salienta-se a importância da trajectória desenvolvimental única de cada indivíduo, estudando os padrões de vinculação na infância e analisando a sua importância na construção da identidade na idade adulta. Nesta abordagem foram geradas algumas técnicas terapêuticas (e.g. revisão de vida e espelho de tempo) que ajudam o cliente a confrontar-se e a integrar aspectos das suas identidades que experienciam como dolorosos ou conflituais. Salientam também a importância da relação entre cliente e terapeuta como reveladora do padrão de vinculação que o cliente estabeleceu na sua infância.

As terapias de reconstrução narrativa podem incluir-se numa terceira abordagem da psicoterapia construtivista, partilhando o pressuposto central de que a estrutura das vidas humanas é inerentemente narrativa na sua forma. Dentro dos modelos específicos de reconstrução narrativa podemos incluir citados por Terrel e Lyddon (1996), o modelo de Anderson e Goolishian (1998) e o modelo de White e Epston (1990) e dentro da terapia familiar, o de O'Hanlon (1993) e de Bouchard e Guerette (1991). Nesta perspectiva, as

peças constituem e são constituídas pelas histórias que vivem e pelas histórias que contam (Mair, 2000). Nesta analogia das vidas às histórias/narrativas em que são co-autores, os protagonistas e a cultura, defende-se que quando as histórias perdem a qualidade literária, a terapia poderá servir para editar, elaborar e re-autorar essas histórias. White e Epston (1990, cit. por Polinghorne, 1992) acreditavam que as pessoas têm a capacidade de mudar as suas histórias de vida e na terapia procura-se ajudar os clientes a desempenhar histórias alternativas que os libertem do conhecimento unitário que tende a dominar as suas vidas.

Estas contribuições foram pioneiras na psicoterapia construtivista podendo ser consideradas como as precursoras da terapia narrativa, que tem sido elaborada em diferentes abordagens pelos cognitivistas-construtivistas. Uma dessas abordagens representa a terapia cognitiva-narrativa que Gonçalves desenvolveu. Num trabalho deste autor (1995) em que contrapõe o paradigma comportamental, o cognitivo e o construtivista, este autor refere algumas das consequências do paradigma construtivista para a terapia narrativa, nomeadamente a conceptualização da vida como narrativa e dos seres humanos como narradores, considerando, neste contexto, a terapia como um cenário de ensaio para a construção e desconstrução de narrativas. O construtivismo traz uma visão da hermenêutica para a psicoterapia opondo-se à tensão dialógica básica entre narrativa e narrador, entre sujeito e objecto e entre conhecedor e conhecido que era característico dos modelos racionalistas. Considera também a mudança de uma textualidade baseada no escrito e no escritor para uma textualidade baseada no acto da escrita, e de uma identidade baseada na distinção sujeito-objecto para uma identidade baseada no projecto.

5.2. Fundamentos teóricos da terapia cognitiva-narrativa

Um dos modelos mais específico e conciso da psicoterapia é o modelo de Gonçalves da psicoterapia cognitiva narrativa, segundo Terrell e Lyddon (1996). Para elaborar esse modelo, Gonçalves (1997a) define quatro pressupostos teóricos básicos que desenham o modelo de terapia cognitiva-narrativa por ele proposto:

- i) A existência como conhecimento;
- ii) O conhecimento como hermenêutica;

- iii) Hermenêutica como discurso narrativo;
- iv) Discurso narrativo como cultura.

O conhecimento é um processo de construção activa, indissociável da própria experiência do sujeito e por isso o objecto psicológico situa-se no contexto dessa mesma experiência, neste sentido, viver é conhecer (Sexton & Griffin, 1997). Este pressuposto surge como alternativa aos modelos essencialistas que privilegiam o primado da essência sobre a existência. Neste sentido, o conhecimento é experiencial ocorrendo por um processo de incorporação activa sendo, essência e existência, processos intrinsecamente ligados. Existindo, os seres humanos estão permanentemente num processo de co-criação de novas e alternativas realidades. A terapia cognitiva não pode ser uma abordagem técnica de ajuste de mentes mas sim uma tentativa de facilitação deste processo criativo de existência (Sexton & Griffin, 1997).

Quanto ao segundo pressuposto, Gonçalves (1998a) situa os fenómenos psicológicos ao nível da construção activa de significado. Desta forma, compreender o comportamento humano é compreender os sistemas interpretativos usados pelo sujeito para dar significado à sua experiência, ou seja, utilizar a hermenêutica não como era utilizada no passado, através de interpretações baseadas num conjunto de pressupostos pré-definidos (Sexton & Griffin, 1997). Como Gadamer refere (1975, cit. por Gonçalves, 1998a), a função hermenêutica dentro da abordagem construtivista é essencialmente criativa e libertadora para a produção de significações múltiplas, não havendo significados finais ou definitivos. Cada experiência está sempre aberta a um número infinito de significados e de interpretações e esta multiplicidade é simultânea ao acto de existir (Gonçalves, 1997a).

Relativamente ao terceiro pressuposto da psicoterapia cognitiva-narrativa, Gonçalves diz-nos que é na linguagem que o significado é construído, e assim, linguagem e discurso devem ser abordados directamente e não como meros indicadores de uma realidade interna ou externa. A narrativa é a matriz fundamental da construção de conhecimento, e é essa narrativa que nos liga de modo interpretativo e multipotencial à existência, já que a narrativa, ela própria, é aberta e multipotencial, constituindo assim uma forma de construção de possibilidades múltiplas. Como Gonçalves (1998a) defende, pensamos da mesma forma como existimos, através de narrativas, e por isso, a narrativa não é algo que

escolhemos fazer, mas algo que somos, e como o ser não é dissociável do conhecer, a narrativa é também aquilo que conhecemos.

Passando agora ao último postulado, Gonçalves refere que a narrativa é uma produção discursiva de natureza interpessoal que opera num contexto dialógico e num espaço de interindividualidade, não podendo ser vista como localizada num indivíduo isolado, surgindo e fechando-se sobre si própria num círculo vicioso. Desta forma, a narrativa é considerada como o padrão que une os indivíduos entre si. As narrativas só existem num mundo discursivo interpessoal e são inseparáveis das suas localizações culturais. Todas as narrativas, assim como o conhecimento, são interpessoais e contextuais dando significado à existência e tornando as experiências comuns.

Estes quatro pressupostos centrais do construtivismo representam desafios importantes para a prática clínica das terapias cognitivas, contribuindo para uma mudança do cliente em terapia, e do objectivo da própria psicoterapia, enfatizando a centralidade da linguagem da conversação e da narrativa no conhecimento (Gonçalves, 1997a). Estes pressupostos implicam, segundo este autor, mudanças na prática clínica que sistematizámos na Tabela 5.1.

Tabela 5.1: Desafios do construtivismo e implicações para a prática clínica (adaptado de Gonçalves, 1997a).

Mudanças	Conceptualização da Prática Clínica
Mudança da diversidade	<p>A psicoterapia como uma prática cultural que visa uma existência mais criativa</p> <p>A diversidade de psicoterapias como sinónimo de força e de viabilidade no pós-modernismo</p>
Mudança do culturalismo	<p>A psicoterapia inseparável da sua existência local</p> <p>As práticas clínicas impõem uma negociação cultural de significados</p>
Mudança da linguagem	<p>A linguagem, a conversação e as narrativas como elementos centrais da psicoterapia</p> <p>Cognição é linguagem</p> <p>Psicoterapia como jogos de linguagem que constroem o conhecimento individual construindo-se a si própria</p>
Mudança do neopragmatismo	<p>O terapeuta cognitivo não deve ser visto como cientista-prático a aplicar os dados das ciências cognitivas</p> <p>O terapeuta deve reconhecer que o seu conhecimento resulta do teste da viabilidade pragmática</p>

5.3. Fases da psicoterapia cognitiva-narrativa

A psicoterapia cognitiva-narrativa como Gonçalves a tem formulado (Gonçalves, 1998b) tem por objectivo levar o cliente a construir, no decurso da sua interacção com o terapeuta e com a sua comunidade conversacional, uma realidade múltipla de experiências sensoriais, emocionais, cognitivas e de significação. A terapia visa orientar o cliente para novas narrativas de vida, dando-lhe um sentido de actuação e de autoria, sendo o objectivo final da terapia a aventura da pessoa no desconhecido, no mundo da possibilidade. (Gonçalves, 1994).

O processo terapêutico segue cinco fases:

- i) **Recordação:** nesta fase, o objectivo essencial é que o cliente desenvolva uma atitude de recordação aprendendo a usar as experiências diárias e do passado como instrumento de criação de significado. Nesta fase do processo, é pedido ao cliente para que recolha narrativas significativas da sua vida, seleccionando uma para análise. Este trabalho é feito num eixo sincrónico e noutra diacrónico, fazendo com que o cliente se volte não só para o passado mas também para o futuro. Além de ir anotando os episódios do dia a dia, intencionaliza também o seu futuro em busca de experiências significativas que constituem elementos para pensamentos do futuro.
- ii) **Objectivação:** com a objectivação procura-se desenvolver no cliente uma atitude objectificante, como que trazendo o autor para o texto (McLeod, 1997), possibilitando a identificação das dimensões visuais, auditivas, olfactivas, gustativas e cinestésicas de uma dada narrativa. Segundo Gonçalves (1994) a sensorialidade pode ser considerada a porta de entrada para uma construção criativa e múltipla da experiência, dando a cada recordação uma multiplicidade de realidades.
- iii) **Subjectivação:** o objectivo desta fase é aumentar a percepção do cliente das suas experiências internas da narrativa. Depois de objectivada a narrativa, o cliente aprende a construir as suas experiências emocionais narrativas através de

estratégias experienciais de activação, focalização e de simbolização emocional. Esta subjectivação emocional serve de partida para a subjectivação cognitiva em que se explora a natureza idiossincrática da narrativa procurando aceder à experienciação emocional e cognitiva.

- iv) **Metaforização:** o objectivo central desta fase terapêutica é a construção de significado. Visa ajudar o cliente no desenvolvimento de metáforas físicas, estruturais ou de orientação que sejam simbolizadoras do processo de construção de significado. O cliente é treinado em métodos de gerar associações metafóricas a histórias e depois, a origem dessas imagens na sua vida é explorada.
- v) **Projectção:** a última fase do processo terapêutico é a fase da projectção em que se pretende ajudar o cliente no desenvolvimento de metáforas alternativas. Depois de geradas as metáforas, passa-se à objectivação e à subjectivação das metáforas. Por fim procura-se que o cliente ponha em prática as narrativas projectivas ou seja que passe a seguir novos guiões para as narrativas, em consequência destas novas metáforas-alternativas. A projectção consiste na capacidade de intencionalizar de modo narrativo as experiências do futuro, pedindo-se ao cliente que crie as suas próprias memórias de futuro, actualizando novas emoções, novas cognições e novas sensações. Esta fase remete para a ideia de um indivíduo em constante movimento num espaço e num tempo em que o cliente se constrói e desconstrói a todo o momento.

Este processo terapêutico segue a sequência destas cinco fases, cada uma delas trabalhada em dois vectores: o diacrónico e o sincrónico, no sincrónico trabalha-se as narrativas do dia-a-dia do cliente, no aqui e agora, enquanto que na dimensão diacrónica aborda-se a história de vida do cliente e os temas centrais da sua vida. McLeod (1997) refere que nas várias fases do processo terapêutico é visível o esforço permanente para introduzir incongruência e conflito na forma que o cliente tem de construir o seu mundo. Repetidamente o cliente é convidado a reconhecer a narrativa de diferentes formas, objectivamente, subjectivamente e metaforicamente.

5.4. Aplicação da terapia cognitiva-narrativa a contextos de saúde

Alguns trabalhos tem-se debruçado acerca da aplicação de intervenções do tipo cognitivo-narrativo em contextos de saúde. Especificaremos agora algumas dessas intervenções, nomeadamente na área da cardiologia, com um programa desenhado para doentes vítimas de enfarte do miocárdio, na gastroenterologia, através da aplicação de dois tipos de intervenção narrativa para pacientes dispépticos e em obstetrícia-ginecologia através da aplicação de uma intervenção para mulheres que realizaram uma interrupção médica da sua gravidez.

5.4.1. Terapia cognitiva-narrativa no enfarte do miocárdio

Gonçalves, Machado, e Rosas (1996) conceptualizam um programa psicológico de intervenção narrativa para doentes que sofreram um enfarte do miocárdio. Esse programa tem por objectivo ajudar os doentes a lidar com as consequências psicotraumáticas do enfarte. Os autores desta intervenção consideram que o enfarte do miocárdio pode ser visto por um lado, como um momento traumático mas por outro, como um momento potenciador de alterações fundamentais na vida e no funcionamento pessoal do doente. Partem do princípio que a elaboração narrativa parece produzir alterações significativas em termos do sistema nervoso central e neurovegetativo, provocando melhorias em variáveis tanto físicas como psicológicas, como foi constatado em diversos estudos realizados por James Pennebaker, como vimos no capítulo anterior.

O manual de psicoterapia cognitiva-narrativa foi desenhado para vítimas de enfarte, tratando-se de um manual de tratamento breve para ser aplicado durante a estadia do doente na unidade de cuidados intermédios do serviço de cardiologia. Num espaço de três dias consecutivos, seria realizada uma sessão de intervenção por cada dia, sendo trabalhado o episódio do enfarte do miocárdio. No primeiro dia procedia-se à recordação e à objectivação do episódio, no segundo dia, à subjectivação emocional e cognitiva e na última sessão era feita a metaforização e a projecção desse episódio. De seguida apresenta-se esquematicamente algumas características deste manual.

Tabela 5.2: Características do doente e do manual de intervenção narrativa para doentes vítimas de enfarte do miocárdio (adaptado de Gonçalves et al., 1996).

Características do doente	Características do manual
Doente com 1º episódio de enfarte	Três sessões de uma hora cada
Doente internado nos cuidados intermédios	Frequência diária das sessões
Doente estável a nível cardíaco	Operacionalização dos objectivos e técnicas de cada sessão
Não é exigida escolaridade mínima	As sessões iniciam-se com resumo da sessão anterior
É proposto ao doente analisar as consequências psicológicas do enfarte	As sessões terminam com sumário da sessão

Além da sistematização do manual terapêutico em termos das características do doente, do manual e do terapeuta, foram também construídos instrumentos de aferição do manual que permitiam a aferição dos objectivos e do processo de intervenção: *checklist* para a monitorização da adesão ao manual-versão terapeuta, a *checklist* para a monitorização da adesão ao manual-versão cliente.

5.4.2. Terapia cognitiva-narrativa na dispepsia

Em 2004, Silva implementa uma intervenção cognitiva narrativa como tratamento psicológico para a dispepsia funcional. Foram construídos manuais para o efeito sendo baseados no manual de terapia breve proposto por Gonçalves (1998b) e no manual de psicoterapia cognitiva narrativa para pacientes vítimas do enfarte de miocárdio (Gonçalves et al., 1996). O objectivo deste trabalho foi implementar a terapia cognitiva-narrativa nos doentes dispépticos em três dias consecutivos levando-os a progredir narrativamente através das várias fases do processo de psicoterapia: a recordação, a objectivação, a subjectivação, a metaforização e a projecção. Esta investigação foi realizada no sul do Brasil, no hospital universitário da cidade de Pelotas.

A amostra deste estudo era constituída por cento e vinte pacientes com dispepsia funcional que foram seleccionados durante o período de um ano por apresentarem queixas gastrointestinais e por se enquadrarem nos critérios de Roma II para a dispepsia. Estes

pacientes foram divididos aleatoriamente por três grupos: dois grupos de tratamento e um grupo de controlo, cada um deles com quarenta pacientes cada.

Foram construídos dois manuais terapêuticos especificamente para o tratamento psicológico destes pacientes. Um dos manuais baseava-se nos acontecimentos de vida relacionados cronologicamente com o surgimento de sintomas e o outro manual centrava-se nos sintomas gástricos do paciente. Quanto ao manual versão acontecimentos de vida, na primeira sessão terapêutica, procurava-se seleccionar acontecimentos de vida relacionados temporalmente com o aparecimento dos sintomas, sendo escolhidos três acontecimentos de vida para serem trabalhados, respectivamente, um por cada sessão, procedendo-se em cada uma das sessões às cinco fases para cada acontecimento de vida. O segundo manual, da versão dos sintomas gástricos distingue-se do primeiro por trabalhar nas três sessões três sintomas gástricos que são acordados com o paciente na primeira sessão terapêutica.

Quanto à avaliação realizada, foram medidos os resultados da terapia: aos dois meses após o tratamento, aos seis meses após o tratamento e passado um ano de tratamento. As medidas utilizadas foram: MOS-36 (para avaliar a qualidade de vida), escala da depressão de Hamilton (para avaliar a depressão) e o SQR-20 (para avaliar os transtornos psiquiátricos menores no paciente).

Quanto aos resultados obtidos conclui-se que:

- i) A depressão e os transtornos psiquiátricos menores estão associados à dispepsia funcional;
- ii) Os pacientes com dispepsia funcional apresentam uma fraca qualidade de vida;
- iii) Os dois modelos de psicoterapia aplicados (versão acontecimentos de vida e versão sintomas gástricos) são efectivos para o tratamento da depressão e dos transtornos psiquiátricos menores associados à dispepsia ;
- iv) As intervenções de natureza cognitiva-narrativa foram efectivas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dispepsia e esses resultados mantiveram-se durante um ano.

5.4.3. Terapia cognitiva-narrativa na interrupção médica da gravidez

Em 2005, Rocha desenvolve um trabalho acerca da interrupção médica da gravidez implementando e avaliando uma intervenção cognitiva-narrativa a um grupo de mulheres que obtiveram um resultado adverso no diagnóstico pré-natal e que ponderaram a decisão da possibilidade de interrupção médica da gravidez. Esta intervenção é definida como uma intervenção do tipo de intervenção em crise, preventiva dos sintomas de perturbação emocional.

Em termos de *timings* de aplicação, a intervenção ocorria até ao final do primeiro mês após interrupção médica da gravidez. O programa aplicado por Rocha resultou de uma adaptação do manual de terapia de Gonçalves (1998b) utilizando o modelo cognitivo-narrativo de terapia, segundo as cinco fases do processo terapêutico. Contudo, foi excluída a fase de objectivação, em consequência dos riscos da abordagem centrada na elaboração das memórias sensoriais ligadas à interrupção médica da gravidez. As restantes três fases foram aplicadas em quatro sessões como se pode ver no esquema da Figura 5.1.

A primeira sessão é apelidada de decisão e tem por objectivo actualizar e integrar a informação sobre o feto e entender o significado para a mulher e para o casal do problema detectado. Procura-se também contextualizar o resultado pré-natal obtido no decurso da gravidez e entender o significado deste para o casal, compreendendo a atitude face à interrupção da gravidez. Por fim, procura-se clarificar o valor das opções a tomar, acerca de interromper ou não interromper a gravidez.

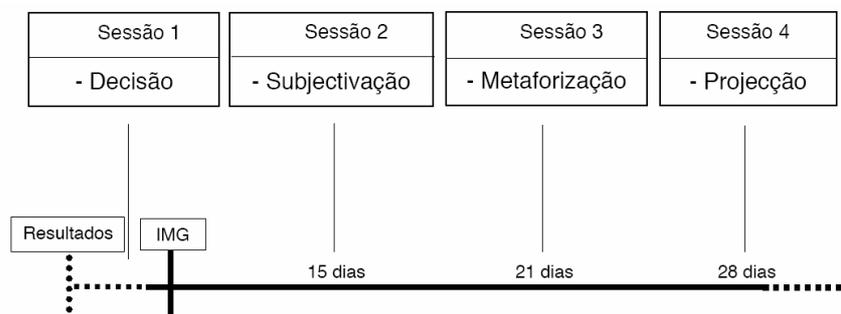


Figura 5.1: Esquema geral da intervenção em mulheres que estão perante a decisão de interromper a gravidez no decurso de um DPN adverso (adaptado de Rocha, 2005).

Na segunda sessão, de subjectivação, os objectivos são descrever o episódio de interrupção médica da gravidez com sentido de autoria, coerência, diversidade de conteúdos emocionais e cognitivos. A metodologia desta sessão apela para uma estruturação de cenas do episódio, explorando as sensações físicas sentidas no momento em que as emoções foram activadas, passando à evocação e activação de emoções que foram desencadeadas no decurso da construção da narrativa, terminando com a exploração da componente cognitiva do episódio.

Na sessão de metaforização, terceira sessão, o objectivo é explorar os diferentes significados para o episódio e seleccionar a metáfora com maior condensação e tensão de significado. Começa-se por recapitular o processo de subjectivação emocional e cognitiva da experiência, procurando gerar metáforas que condensem o significado da experiência escolhendo a metáfora portadora de maior tensão e condensação de significado.

Na última sessão procurava-se a construção e a experimentação de outras organizações do episódio. A partir da metáfora encontrada na sessão anterior procurava-se gerar metáforas alternativas, começando por explorar episódios em que a paciente não tenha funcionado segundo essa metáfora.

Este programa foi aplicado a noventa e uma mulheres, sendo que vinte e quatro constituíam o grupo experimental e sessenta e sete o grupo de controlo. As medidas utilizadas para avaliar a eficácia da intervenção foram a escala de luto perinatal, o PGS (Toedter, Lasker, & Alhadeft, 1988) o BDI (Beck, Steer, & Brown, 1996) para avaliar a depressão e a escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung (1971). Os resultados obtidos demonstram que houve uma diminuição dos sintomas de ansiedade e de depressão seis meses após a interrupção médica da gravidez, no grupo experimental, quando comparado com o grupo controlo. Não foram encontradas diferenças nos dois grupos quanto ao luto perinatal. Considerou-se que esta intervenção se revelou eficiente para esta população obtendo-se uma magnitude de efeito razoável tendo em conta a brevidade da intervenção aplicada.

5.5. Conclusão

Os resultados positivos apresentados pelas intervenções cognitivo-narrativas para contextos de saúde, nomeadamente na dispepsia e na interrupção médica da gravidez, sugerem a eficácia deste protocolo interventivo nestes contextos. Pensamos ser pertinente alargar a aplicação da terapia cognitiva-narrativa a o outro tipo de populações médicas já que pouca investigação tem sido realizada neste âmbito.

Porque a experiência de dor e de doença como Kleinman (1988) sugere, tem um sentido polissemântico, lidar com o corpo, para um somatizador, significa avaliar e perscrutar os processos corporais, focalizando de forma vigilante as ameaças de dor ou de disfuncionamento. Consideramos assim que a terapia cognitiva-narrativa poderá pelos seus princípios e técnicas, trabalhar os significados de dor e de sofrimento dos pacientes trazendo mudanças na experienciação e na significação de experiências, contribuindo para uma diminuição do sofrimento destes pacientes. Neste âmbito, consideramos pertinente o ensaio deste tipo de intervenção terapêutica na população de somatizadores avaliando a sua potencial eficácia nestes pacientes.

Capítulo 6: Metodologia do estudo exploratório

Procedemos neste capítulo à apresentação da metodologia do primeiro estudo que procura explorar a relação entre a somatização e os processos emocionais. Este estudo procura ainda caracterizar os somatizadores nos cuidados de saúde primários, relacionando a somatização com a utilização destes serviços. Este capítulo engloba quatro secções: a amostra, os instrumentos, os procedimentos e o desenho do estudo.

6.1. Amostra

6.1.1. Selecção da amostra

A amostra foi obtida em vários Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde – Norte: Centro de Saúde de Campanhã - Unidade de Azevedo e de S. Roque, Centro de Saúde de Valongo, Centro de Saúde de Castelo da Maia - Unidade Moreira da Maia e Centro de Saúde de Paredes - Unidade de Sobreira. Os participantes foram recrutados pelos psicólogos estagiários aquando das consultas de rotina. Quanto aos critérios de inclusão dos participantes na amostra, foram os seguintes:

- i) Idade entre os 18 e os 65 anos, inclusivé;
- ii) Utentes pertencentes ao centro de saúde;

- iii) Não existência de doenças psiquiátricas graves.

6.1.2. Caracterização da amostra

A amostra do estudo é constituída por 143 participantes recrutados dos vários centros de saúde da Sub-Região de Saúde do Norte. A idade dos participantes varia entre os 18 e os 65 anos, sendo a média de 43 com desvio padrão de 15.4. É composta por 44 participantes do sexo masculino e 99 do sexo feminino.

Das características demográficas da nossa amostra salienta-se o facto de haver uma maior percentagem de participantes do sexo feminino, 69.2% da amostra. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casado, 65%. Relativamente ao nível de instrução, é de realçar o baixo nível de escolaridade da amostra, cerca de 44.1% dos participantes tem o ensino primário incompleto ou nulo. Há no entanto, 21.7% de participantes que têm entre 10 a 12 anos de estudo e 18.2% que têm mais de 12 anos de estudo.

Quanto à profissão, como podemos ver na Tabela 6.1, há uma distribuição mais ou menos equilibrada pelos vários níveis profissionais segundo a classificação de Graffar (Graffar, 1956). Por fim, quanto à situação profissional constatamos que apenas cerca de metade dos participantes se encontra empregado, 55% da amostra. Na Tabela 6.1 resumimos a descrição da amostra nas variáveis demográficas.

Tabela 6.1: Descrição da Amostra - dados demográficos.

Variáveis		<i>N</i>	%
Sexo	Feminino	99	69.2%
	Masculino	44	30.8%
Estado Civil	Solteiro	32	22.4%
	Casado	93	65%
	União de facto	2	1.4%
	Divorciado	4	2.8%
	Separado	1	0,7%
	Viúvo	10	7%
Instrução	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/Primária incompleta	63	44.1%
Profissão (Graffar)	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%
	Baixa Médica	7	4.9%
	Desempregado	10	7%
	Reformado invalidez	5	3.5%
	Reformado idade	8	5.6%
	Doméstica	24	16.8%
	Estudante	10	7%

Uma análise da amostra, relativamente às variáveis clínicas e à utilização dos recursos de saúde, é apresentada na Tabela 6.2.

Tabela 6.2: Descrição da Amostra – dados clínicos e utilização recursos de saúde.

Variáveis		<i>N</i>	%
Doenças	Com doenças	75	52.4%
	Sem doenças	68	47.6%
Medicação	Faz medicação	74	51.7%
	Não faz medicação	69	48.3%
	Faz medicação psiquiátrica	24	16.8%
Nº consultas /ano	UF	70	48.9%
	Não UF	73	51.1%
Consulta especialistas	Sim	72	50.3%
	Não	71	49.7%
Cirurgias	Sim	51	35.7%
	Não	92	64.3%

Podemos concluir da análise da Tabela 6.2 que a maior parte dos participantes tem pelo menos uma doença física (52.4%). Especificamente em relação ao tipo de doenças, verificamos que as doenças mais frequentes são as do foro osteo-articular (12.6%) seguidas das metabólicas (7%), das respiratórias (4.9%) e das 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 por grupos de doenças. Também em relação à farmacoterapia, concluímos que mais de metade dos participantes da amostra toma medicamentos, 51% dos utentes entrevistados, e desses utentes, 16.8% toma medicação psicotrópica (antidepressivos, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos). Relativamente à utilização dos recursos de saúde, constatamos que cerca de metade da nossa amostra é constituída por utilizadores frequentes dos centros de saúde, 48.9%, ou seja pode-se classificar como UF (*utilizador frequente*). Verificamos também que cerca de metade da amostra frequenta consultas de especialistas, 50.3%, e 35.7% dos participantes já efectuou

pelo menos uma cirurgia. Ainda em relação à utilização dos recursos de saúde, verificamos que em média os participantes vão 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.

6.2. Instrumentos

Os instrumentos seleccionados para este estudo foram o inventário PILL - Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (Pennebaker, 1982), com o objectivo de avaliar a somatização, a escala EEC - Escala de Expressão e de Controlo Emocional (Bleiker, Ploeg, Hendriks, Leer, & Kleijn, 1993), para avaliar os processos emocionais, a TAS-20 - Escala de Alexitimia (Bagby, Taylor, & Parker, 1994), para medir a alexitimia, as subescalas de somatização, ansiedade e depressão da SCL-90 (Derogatis, 1977), para avaliar a perturbação psicológica, e uma ficha sociodemográfica e clínica. Destes instrumentos procedeu-se apenas à construção da ficha sociodemográfica e clínica e à tradução e adaptação do PILL, uma vez que havia já estudos para a população portuguesa do SCL-90 (Baptista, 1993), da escala de Expressão e Controlo Emocional - EEC (Veríssimo et al., 1998) e da TAS-20 (Prazeres, 1996). Decidimos utilizar então estas versões já aferidas para população portuguesa na nossa investigação.

Contudo, uma vez que os instrumentos de medida se comportam de forma diversa em diferentes amostras decidimos proceder ao estudo psicométrico dos instrumentos, recorrendo a um conjunto de procedimentos estatísticos habitualmente usados para esse efeito:

- i) Cálculo da média e desvio padrão de cada item e da escala total;
- ii) Cálculo dos coeficientes de correlação entre os diversos itens que integram cada escala;
- iii) Cálculo da matriz de correlações entre cada item e o resultado total da escala;
- iv) Cálculo do coeficiente alfa de Cronbach da escala (com o objectivo de se proceder a uma análise de fidelidade da escala - *reliability*).

Assim, para cada instrumento, apresentam-se em seguida os estudos psicométricos dos instrumentos, descrevendo-se as análises estatísticas realizadas com vista à avaliação das qualidades métricas das escalas. O parâmetro escolhido para apreciar a capacidade discriminativa dos itens foi a análise da consistência interna através do cálculo do *alfa de Cronbach*, que testa em que medida o resultado num item está relacionado com as respostas aos restantes itens (Bryman & Cramer, 1992), embora existam diversos parâmetros na análise e selecção de itens para um instrumento psicológico.

Optámos por não realizar uma análise da estrutura factorial dos itens dos vários instrumentos devido ao número de participantes da nossa amostra. Embora não exista consenso a este respeito (Bryman & Cramer, 1992), o critério mais comumente utilizado para se poder realizar uma análise em componentes principais é o da proporção de 5 participantes para cada variável.

6.2.1. Emotional Expression and Control Scale (EEC, Bleiker et al., 1993)

6.2.1.1. Descrição do instrumento

A EEC foi desenvolvida por Bleiker e o seu grupo (1993) com base na medida do controlo emocional de Watson e Greer (1983) e na escala de ansiedade estado/traço - STAXI de Spielberger (1988), de forma a avaliar como é que os indivíduos geralmente se comportam quando estão zangados, ansiosos ou deprimidos.

A escala é constituída por 18 itens com um formato de escala de Likert de 4 pontos e possui 3 subescalas, cada uma delas com 6 itens: a subescala de Interiorização da Expressão Emocional (EEI), a subescala de Exteriorização da Expressão Emocional (EEO) e a subescala de controlo da ansiedade, raiva ou depressão (EO). Desse conjunto de 6 itens de cada subescala 2 deles avaliam a ansiedade, 2 avaliam a raiva e 2 medem a depressão. A diferenciação da EEC nestas 3 subescalas deriva da conceptualização de Spielberger na construção da STAXI em que a expressão da raiva é conceptualizada nessas 3 grandes componentes.

Nos estudos de Bleiker et al. (1993), as análises psicométricas podem ser resumidas:

- i) Consistência interna: as subescalas demonstraram bons níveis de consistência interna, para a subescala EEI um alfa de 0.79, para a subescala da EEO um alfa de 0.86 e para a subescala de EO uma alfa de 0.86.
- ii) Consistência teste-reteste: o valor obtido foi de 0.63 para a escala EC, de 0.67 para a EEO e de 0.65 para a EEI.
- iii) Estrutura factorial: a melhor solução encontrada foi a de 3 factores, explicando o factor EC, 24.6% da variância, o factor EEO, 17.8% e o factor EEI, 13.1%, da variância.

6.2.1.2. Análise psicométrica

De forma a considerar as várias subescalas da EEC na análise estatística, decidimos proceder a uma análise das subescalas que fazem parte da escala de expressão e de controlo emocional: análise da correlação item-total dos itens e *alfa de Cronbach* do conjunto de itens, retirando cada item por sua vez. Em seguida apresentamos os resultados das análises efectuadas em cada escala e o respectivo *alfa* obtido.

Apesar de não existirem *standards* que nos digam qual o valor de *alfa* ideal, Nunnally (1978, cit. por Kazdín, 1998) afirma que valores de *alfa* entre 0.60 e 0.70 são valores bons e adequados.

Tabela 6.3: Correlação e alfa de Cronbach dos itens da subescala Interiorização da Expressão Emocional.

Itens	Correlações (item/escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
13	0.63	0.89
14	0.70	0.88
15	0.71	0.88
16	0.82	0.86
17	0.76	0.87
18	0.70	0.88

Tabela 6.4: Correlação e alfa de Cronbach dos itens da subescala Exteriorização Expressão Emocional.

Itens	Correlações (de cada item com a escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
7	0.64	0.88
8	0.68	0.87
9	0.76	0.86
10	0.71	0.86
11	0.73	0.86
12	0.68	0.87

Tabela 6.5: Correlação e alfa de Cronbach dos itens da subescala Controlo Emocional.

Itens	Correlações (de cada item com a escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
1	0.58	0.84
2	0.61	0.83
3	0.64	0.83
4	0.72	0.81
5	0.61	0.83
6	0.69	0.82

A análise da média das correlações inter-itens corresponde também a um índice de consistência interna, recomendando-se (Briggs & Cheek, 1986, cit. por Kazdin, 1998), valores que se devem situar entre 0.15 e 0.50. Assim, analisámos a contribuição de cada um dos itens da escala para o resultado total. Para isso, calculámos a correlação de cada item com o somatório total da escala (incluindo o próprio item) e de seguida analisámos de que forma a exclusão dos itens da escala afecta os valores do *alfa de Cronbach*. As tabelas anteriores apresentam os resultados desta análise.

Tabela 6.6: Características psicométricas da escala de EEC.

Dimensão da escala	# de itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Alfa total
Interiorização da expressão emocional	6	12.66	4.23	0.90
Exteriorização da expressão emocional	6	12.99	4.65	0.89
Controlo emocional	6	13.06	3.88	0.86

Segundo a análise da Tabela 6.6, concluímos que as várias subescalas da escala de expressão e controlo emocional apresentam 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.

6.2.2. Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL, Pennebaker, 1982)

6.2.2.1. Descrição do Instrumento

O PILL (Pennebaker, 1982) é uma medida de sintomas e sensações físicas comuns. Este inventário é constituído por 54 itens e tem como objectivo avaliar a frequência da ocorrência de um grande número de sensações e sintomas físicos comuns. Os sujeitos cotam a frequência da experiência destes sintomas através de uma escala de Likert de 5 pontos que vai desde 1-nunca ou quase nunca sentiu o sintoma, até 5-mais do que uma vez por semana. Esta medida não tem subescalas, obtém-se apenas um somatório total que pode variar de 0 a 54, uma vez que a cotação consiste em cotar o nº total de itens em que o sujeito responde (todos os meses ou mais frequentemente) - a este método de cotação é dado o nome de método binário. O método de somatório por seu lado, consiste em somar o valor obtido em todos os itens, independentemente da opção de resposta.

As características psicométricas do instrumento original resumem-se:

- i) Consistência interna: a consistência interna do PILL é elevada. O PILL demonstrou um alfa de 0.88 usando o método binário e de 0.91 usando o método do somatório. As correlações inter-itens foi de 0.11 (recorrendo ao método binário) e de 0.16 (recorrendo ao método do somatório).
- ii) Consistência teste-reteste: a consistência aos dois meses para uma amostra de 177 sujeitos foi de 0.79 (método binário) e de 0.83 (método do somatório).
- iii) Estrutura factorial: as análises factoriais com as respostas do PILL encontram um grande nº de factores relativamente instáveis nas várias amostras.

6.2.2.2. Adaptação do PILL

Decidimos adaptar esta escala, começando pela sua tradução para a língua portuguesa, já que esta escala foi construída para a população americana.

O processo da tradução dos itens foi realizado pelo autor e em simultâneo por outra pessoa cuja língua materna era a do instrumento e a de educação era o português. Em seguida, discutiu-se, comparando o sentido da tradução nas duas línguas. Concluiu-se existir uma adequada compreensão dos itens da forma como se pretendia, sendo então mantidos os 54 itens. Foram feitas apenas algumas pequenas alterações de linguagem aquando do processo de tradução. Segundo Ribeiro (1999), a adaptação de um instrumento e o consequente processo de tradução são um processo de reconstrução muito semelhante ao processo de construção uma vez que o problema da língua torna-se importante quando se pretende utilizar um instrumento numa amostra de população diferente daquela para a qual foi inicialmente construído.

6.2.2.3. Análise psicométrica

Realizaram-se os cálculos estatísticos para o PILL, começando-se pelo cálculo do *alfa de Cronbach* para a escala total, obtendo-se um valor de *alfa* de 0.88 com o método binário e de 0.90 com o método do somatório, o que significa uma boa consistência interna, com a maioria dos itens a apresentarem correlações superiores a 0.15. Desta forma a escala ficou constituída por 54 itens, tendo sido mantidos todos os itens.

Tabela 6.7: Correlações e alfa de Cronbach dos itens do PILL (usando o método binário).

Itens	Correlações (escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)	Itens	Correlações (escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
1	0.35	0.89	28	0.31	0.89
2	0.06	0.89	29	0.35	0.89
3	0.39	0.89	30	0.46	0.89
4	0.28	0.89	31	0.12	0.89
5	0.53	0.89	32	0.25	0.89
6	0.53	0.89	33	0.54	0.89
7	0.19	0.89	34	0.32	0.89
8	0.23	0.89	35	0.02	0.89
9	0.26	0.89	36	-0.03	0.89
10	0.05	0.89	37	0.15	0.89
11	0.12	0.89	38	0.41	0.89
12	0.33	0.89	39	0.14	0.89
13	0.46	0.89	40	0.43	0.89
14	0.31	0.89	41	0.52	0.89
15	0.52	0.89	42	0.48	0.89
16	0.53	0.89	43	0.57	0.89
17	0.26	0.89	44	0.37	0.89
18	0.27	0.89	45	0.39	0.89
19	0.45	0.89	46	0.54	0.89
20	0.18	0.89	47	0.48	0.89
21	0.43	0.89	48	0.40	0.89
22	0.31	0.89	49	0.42	0.89
23	0.44	0.89	50	0.49	0.89
24	0.39	0.89	51	0.46	0.89
25	0.11	0.89	52	0.32	0.89
26	0.26	0.89	53	0.14	0.89
27	0.21	0.89	54	0.45	0.89

Tabela 6.8: Correlações e Alfa de Cronbach dos itens do PILL (usando o método do somatório).

Itens	Correlações (escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)	Itens	Correlações (escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
1	0.39	0.90	28	0.38	0.90
2	0.10	0.90	29	0.42	0.90
3	0.39	0.90	30	0.45	0.90
4	0.27	0.90	31	0.18	0.90
5	0.47	0.90	32	0.20	0.90
6	0.52	0.90	33	0.56	0.90
7	0.16	0.90	34	0.35	0.90
8	0.15	0.90	35	0.05	0.90
9	0.28	0.90	36	0.08	0.90
10	0.08	0.90	37	0.12	0.90
11	0.18	0.90	38	0.41	0.90
12	0.30	0.90	39	0.13	0.90
13	0.47	0.90	40	0.49	0.90
14	0.33	0.90	41	0.57	0.90
15	0.54	0.90	42	0.50	0.90
16	0.62	0.90	43	0.58	0.90
17	0.32	0.90	44	0.40	0.90
18	0.25	0.90	45	0.41	0.90
19	0.46	0.90	46	0.48	0.90
20	0.07	0.90	47	0.55	0.90
21	0.49	0.90	48	0.47	0.90
22	0.35	0.90	49	0.41	0.90
23	0.44	0.90	50	0.53	0.90
24	0.39	0.90	51	0.50	0.90
25	0.17	0.90	52	0.38	0.90
26	0.32	0.90	53	0.17	0.90
27	0.27	0.90	54	0.53	0.90

Conclui-se, das análises efectuadas, bons níveis de consistência interna na escala, a oscilarem entre os valores de 0.88 usando o método binário e de 0.90 para o método do somatório. Podemos constatar que 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.

6.2.3. Symptom Checklist 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1977)

6.2.3.1. Descrição do instrumento

O SCL-90 é um inventário de 90 itens para auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional. O instrumento avalia a psicopatologia em termos de 9 dimensões primárias de sintomas e 3 índices globais. A Somatização, Obsessões Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo são as 9 dimensões primárias. Segundo Derogatis, Rickels, e Rock (1976, cit. por Baptista, 1993) as dimensões são descritas da seguinte forma:

- i) Somatização: Dimensão que reflecte o mal estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica; cefaleias, dores ou desconforto localizado na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade.
- ii) Ansiedade: A dimensão ansiedade é composta por um conjunto de sintomas e de comportamentos associados clinicamente com a ansiedade manifesta. Foram incluídos indicadores gerais tais como agitação, nervosismo e tensão, assim como sinais cognitivos de ansiedade. Foram igualmente incluídos sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico.
- iii) Depressão: Os itens que compõem esta dimensão reflectem o largo espectro de concomitantes da síndrome depressiva. Estão presentes sintomas de afecto e humor disfórico, assim como, os sinais de isolamento, de perda de interesse pela vida, de

falta de motivação e perda de energia vital. Sentimentos de perda de esperança, pensamentos de suicídio e outros correlatos cognitivos e somáticos estão igualmente incluídos.

Em termos de características psicométricas o SCL-90 (para o instrumento original) salientam-se as seguintes:

- i) Consistência interna: encontraram-se coeficientes alfa que variaram entre os 0.77 e os 0.90 para as 9 dimensões primárias;
- ii) Consistência teste-reteste: os coeficientes alfa encontrados foram de 0.78 e de 0.90;
- iii) Estrutura factorial: confirmou-se a estrutura dimensional derivada clinicamente e foi demonstrada a sua invariância através do sexo (Derogatis & Cleary, 1977, cit. por Baptista, 1993).

6.2.3.2. Análise psicométrica

É importante salientar que quando se modifica a estrutura original do instrumento, neste caso, a utilização de apenas uma parte da escala, o comportamento da escala se altera e por isso decidimos proceder ao estudo psicométrico deste novo instrumento, constituído por apenas 3 subescalas do conjunto de 90 itens.

As três tabelas que se seguem apresentam as características psicométricas deste instrumento para a nossa amostra, respectivamente de cada uma das três subescalas utilizadas (somatização - Tabela 6.9, ansiedade - Tabela 6.10 e depressão - Tabela 6.11). A subescala da depressão apresenta um valor mais elevado de consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0.89, comparativamente com a subescala da somatização (*alfa* = 0.80) e com a da ansiedade (*alfa* = 0.87). Quanto à subescala de ansiedade, o *alfa de Cronbach* obtido, foi de 0.87, valor mais elevado do que o encontrado por Baptista (1993) que foi de 0.84, num estudo realizado com 428 sujeitos, de validação da SCL-90 para a população portuguesa. Relativamente ao *alfa de Cronbach* dos itens da escala de depressão o valor encontrado foi de 0.89 enquanto que Baptista (1993) encontrou um alfa de 0.88.

Tabela 6.9: Correlação e alfa de Cronbach dos itens da subescala de somatização.

Itens	Correlações (de cada item com a escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
1	0.35	0.79
3	0.50	0.78
5	0.37	0.79
13	0.36	0.79
20	0.36	0.79
21	0.40	0.79
22	0.55	0.77
23	0.50	0.78
24	0.40	0.79
25	0.37	0.79
27	0.56	0.77
29	0.63	0.76

Tabela 6.10: Correlação e alfa de Cronbach dos itens da subescala de ansiedade.

Itens	Correlações (de cada item com a escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
2	0.50	0.87
8	0.35	0.88
11	0.69	0.85
18	0.71	0.85
19	0.62	0.86
28	0.71	0.85
31	0.68	0.85
32	0.33	0.88
34	0.61	0.86
35	0.74	0.85

Tabela 6.11: Correlação e alfa de Cronbach dos itens da subescala de depressão.

Itens	Correlações (de cada item com a escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
4	0.51	0.89
6	0.54	0.89
7	0.64	0.88
9	0.54	0.89
10	0.50	0.89
12	0.40	0.89
14	0.61	0.88
15	0.74	0.88
16	0.58	0.88
17	0.78	0.87
26	0.72	0.88
30	0.49	0.89
33	0.61	0.88

Na Tabela 6.12 apresenta-se o resumo das características psicométricas das várias subescalas do SCL90 para a nossa amostra.

Tabela 6.12: Características psicométricas das subescalas do SCL 90.

Subescalas	# de itens	<i>M</i>	<i>DP</i>	Alfa Total
Somatização	12	1.45	0.59	0.80
Ansiedade	10	1.31	0.72	0.87
Depressão	13	1.37	0.73	0.89

6.2.4. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al., 1994)

6.2.4.1. Descrição do instrumento

A TAS-20 é considerada a melhor medida existente de alexitimia (Taylor et al., cit. por Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001). É um instrumento multidimensional de auto-registo constituído por 20 itens. É pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância para cada um dos itens numa escala de Likert de 5 pontos. O resultado final é calculado somando o valor atribuído a cada item sendo os itens 4, 5, 10, 18, e 19 de cotação inversa. O resultado da TAS pode ser usado dimensionalmente ou nominalmente, com uma pontuação total de >60 indicando a existência de alexitimia ou ainda com valores parciais dos vários factores.

O instrumento tem mostrado possuir adequadas características psicométricas (Taylor, Bagby, & Parker, 1992):

- i) Consistência interna: A TAS mostrou possuir uma adequada consistência interna com um alfa de 0.79;
- ii) Consistência teste-reteste: as análises demonstraram uma adequada precisão teste-reteste, a uma semana, $r = 0.82$ e a 5 semanas, $r = 0.75$;
- iii) Estrutura factorial: os estudos de análise factorial revelam a existência de 3 factores. O factor 1: dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; o factor 2: dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; o factor 3: estilo de pensamento orientado para o exterior.

6.2.4.2. Análise psicométrica

O *alfa de Cronbach* encontrado para a escala total foi de 0.72 (de referir que a versão portuguesa usada para este estudo foi adaptada por Prazeres em 1996), não se tendo procedido à análise psicométrica das subescalas dados os objectivos da nossa investigação e uma vez que grande parte dos estudos revistos (ver revisão teórica) optam por este procedimento. Na tabela 6.13 podemos ver as correlações de cada item com a escala total e o *alfa de Cronbach* eliminando o item.

Tabela 6.13: Correlações e alfa de Cronbach da TAS-20.

Ítems	Correlações (de cada item com a escala total)	Alfa de Cronbach (eliminando o item)
1	0.49	0.71
2	0.50	0.71
3	0.39	0.72
4	-0.25	0.77
5	-0.06	0.75
6	0.40	0.72
7	0.48	0.71
8	0.18	0.74
9	0.59	0.70
10	0.10	0.74
11	0.47	0.71
12	0.31	0.73
13	0.51	0.71
14	0.56	0.70
15	0.33	0.73
16	0.29	0.73
17	0.32	0.73
18	0.02	0.75
19	0.12	0.74
20	0.15	0.74

6.3. Procedimentos

6.3.1. Recolha de dados

Os participantes foram recrutados nos vários locais, aquando das visitas ao seu médico de família ao centro de saúde.

A administração dos vários instrumentos aos participantes foi realizada entre Maio de 2002 e Setembro de 2002, por psicólogos estagiários em Psicologia Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, que receberam treino pela autora do trabalho. O consentimento informado era obtido na primeira abordagem dos 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.

6.3.2. Tratamento de dados

As variáveis, número de consultas, alexitimia e somatização foram recodificadas para definir diferentes grupos na mesma amostra, no intuito de procedermos às análises comparativas. No caso das variáveis, número de consultas e somatização criaram-se 2 grupos com base na mediana, 4 e 1.42, respectivamente. Para a somatização utilizámos o valor obtido no SCL-90 da 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 dois grupos mas com base no ponto de corte apresentado pelos autores da escala, de 61. Assim, dividimos a amostra em dois grupos: os alexitímicos e os não alexitímicos com base no ponto de corte. No que concerne ao número de consultas, a nossa amostra foi também dividida nos utentes que iam com frequência ao médico, os UF (com mais de 4 visitas ao médico do centro de saúde por ano) e os que não iam frequentemente ao médico, ou Não UF (com menos de 4 visitas por ano).

Anteriormente ao tratamento estatístico, foram substituídos todos os *missing values* pela média do item, neste caso foram, 7, 16, 11 e 8 *missing values*, para as escalas, TAS, PILL,

SCL90 e EEC, respectivamente. Em termos de tratamento estatístico começou-se pela análise descritiva univariada (médias e desvios padrão) de todas as variáveis de forma a caracterizar-se os participantes nas variáveis clínicas, sociodemográficas e psicológicas. De seguida, utilizaram-se um conjunto de procedimentos estatísticos, de acordo com os objectivos pré-definidos para o estudo:

- i) Nas comparações entre grupos utilizámos o teste t de Student, análises de variância e o teste do Qui-Quadrado;
- ii) Utilizámos também medidas de associação como o r de Pearson;
- iii) Utilizámos ainda análises de regressão múltipla (método *stepwise*).

6.4. Desenho do estudo

Dada a revisão teórica que realizámos acerca da somatização compreendemos que este fenómeno era prevalente nos cuidados de saúde primários, sendo um importante problema clínico e socioeconómico. Neste sentido, pretendemos conhecer a manifestação desta perturbação nos cuidados de saúde primários em Portugal, já que não encontramos trabalhos neste âmbito. Surgem um conjunto de questões que pretendemos ver respondidas nomeadamente, se existe uma população de somatizadores nos cuidados de saúde primários, como se caracteriza e qual a relação que existe entre a somatização, a utilização frequente dos serviços de saúde e alguns processos emocionais ligados à regulação e à expressão emocional.

Assim, foi desenhado para esta análise um estudo exploratório, de natureza correlacional que procurava relacionar os efeitos das variáveis tentando apreciar a existência de interacções e diferenciando grupos (Almeida & Freire, 1997).

Capítulo 7: Resultados do estudo exploratório

Apresentam-se neste capítulo os resultados da análise estatística dos dados do Estudo 1. Iniciamos com os dados relativos à estatística descritiva, de seguida descrevem-se os dados dos estudos de relação e por fim apresentamos os resultados das análises de regressão múltipla.

7.1. Processos emocionais e somatização - estudos de comparação

Procuramos nesta secção caracterizar os utentes dos cuidados de saúde primários, relativamente à somatização, à ansiedade, à depressão, à alexitimia e às várias dimensões do controlo emocional. Começamos por descrever os valores obtidos nestas variáveis. De seguida, passamos para a comparação destes valores por grupos: somatizadores e não somatizadores, alexitímicos e não alexitímicos, UF e não UF, na procura de diferenças.

7.1.1. Médias e desvios padrão das medidas de somatização, perturbação emocional, alexitimia e controlo emocional

Começamos por apresentar os valores obtidos pelos participantes nas medidas psicológicas (somatização, ansiedade e depressão, alexitimia e dimensões do controlo emocional). Na Tabela 7.1 apresentam-se as médias e os desvios padrão das variáveis psicológicas.

Tabela 7.1: Médias e desvios padrão das medidas psicológicas.

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização		
PILL bin	11.16	6.52
SCL 90		
Somatização	1.45	0.59
Ansiedade	1.31	0.72
Depressão	1.37	0.73
Alexitimia		
Total	54.85	11.48
Controlo emocional		
Controlo emocional	2.18	0.65
Exteriorização emocional	2.16	0.78
Interiorização emocional	2.11	0.70

7.1.1.1. Diferenças das medidas psicológicas em função do sexo

Na Tabela 7.2 apresentam-se as médias e os desvios padrão das variáveis psicológicas em função do sexo. Da análise das diferenças, constatamos que as mulheres apresentam valores mais elevados de somatização (medida com o PILL) quando comparadas com os homens ($t_{142} = - 2.97, p = .003$).

Relativamente à perturbação emocional medida através das subescalas do SCL 90, verificamos que são também as mulheres a apresentarem valores mais elevados de somatização ($t_{142} = - 3.16, p = .002$), de ansiedade ($t_{142} = - 3.49, p = .001$) e de depressão ($t_{142} = -4.19, p < .001$) quando comparadas com o grupo masculino, respectivamente.

Quanto aos processos emocionais, encontramos valores mais elevados de controlo emocional nos homens do que nas mulheres ($t_{142} = 2.81, p = .006$) e valores mais elevados nas mulheres em relação aos homens ($t_{142} = - 2.19, p = 0.30$) na tendência para exteriorizar as emoções.

Tabela 7.2: Médias e desvios padrão das variáveis psicológicas em função do sexo.

	Sexo Masculino (<i>n</i> = 44)		Sexo Feminino (<i>n</i> = 99)		<i>t</i> (142)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Somatização						
Pill bin	8.8	6.05	12.21	6.47	-2.97	.003
SCL						
Somatização	1.22	0.50	1.55	0.61	-3.16	.002
Ansiedade	1.00	0.50	1.45	0.77	-3.49	.001
Depressão	1.01	0.62	1.53	0.72	-4.19	.000
Alexitimia						
Total	54.91	9.89	54.82	12.17	0.04	<i>ns</i>
Controlo Emocional						
Controlo	2.40	0.77	2.08	0.56	2.81	.006
Exteriorização emocional	1.95	0.56	2.26	0.84	-2.19	.030
Interiorização emocional	2.19	0.66	2.08	0.72	0.86	<i>ns</i>

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

7.1.2. Diferenças entre somatizadores e não somatizadores

Na Tabela 7.3 descrevemos as variáveis demográficas (idade e escolaridade) e as variáveis clínicas (nº de doenças, nº de medicamentos, nº de cirurgias, nº de visitas ao médico, nº de dias doente e nº de 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 7.3: Médias e desvios padrão das variáveis demográficas, clínicas e psicológicas nos somatizadores e nos não somatizadores.

	Somatizadores		Não Somatizadores		<i>t</i> (142)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	46.65	14.58	39.87	15.54	-2.66	.009
Escolaridade	3.89	1.90	5.29	2.04	4.20	.000
Nº doenças	1.12	1.28	0.62	0.87	-2.74	.007
Nº medicamentos	1.18	1.61	0.74	1.32	-1.77	<i>ns</i>
Nº cirurgias	0.77	1.38	0.62	1.28	-0.69	<i>ns</i>
Nº visitas médico	4.97	9.25	2.40	2.93	-2.23	.027
Nº dias doente	13.53	23.55	5.62	12.14	-2.49	.014
Nº dias alterou actividade	11.69	24.69	4.24	10.95	-2.30	.023
SCL						
Ansiedade	1.73	0.68	0.95	0.54	-7.72	.000
Depressão	1.76	0.71	1.03	0.57	-6.80	.000
Alexitimia						
Total	58.49	11.17	51.73	10.88	-3.66	.000
Controlo Emocional						
Controlo	1.98	0.50	2.34	0.71	3.43	.001
Exteriorização emocional	2.19	0.86	2.15	0.70	-3.16	<i>ns</i>
Interiorização emocional	2.11	0.75	2.11	0.67	.014	<i>ns</i>

Da análise das diferenças, constatamos que os somatizadores apresentam uma média de idade mais elevada do que os não somatizadores ($t_{142} = - 2.66, p = .009$) e níveis mais baixos de escolaridade que os não somatizadores ($t_{142} = 4.20, p < .001$).

Relativamente às diferenças nas variáveis clínicas, os somatizadores revelam um número mais elevado de visitas ao médico, de dias doente, e de alteração de actividades motivada por doença do que os não somatizadores, ($t_{142} = - 2.23, p = .027$); ($t_{142} = - 2.49, p = .014$); ($t_{142} = - 2.30, p = .023$), respectivamente.

Quanto à perturbação emocional medida através das subescalas do SCL 90, verificamos que são os somatizadores a apresentarem valores mais elevados de ansiedade ($t_{142} = -7.72, p < .001$) e de depressão ($t_{142} = -6.80, p < .001$) quando comparadas com os não somatizadores, respectivamente.

Encontrámos também diferenças quanto aos processos emocionais, nomeadamente valores mais elevados de alexitimia e níveis mais baixos de controlo emocional em relação aos não somatizadores, ($t_{142} = -3.66, p < .001$) e ($t_{142} = 3.43, p = .001$), respectivamente.

7.1.3. Diferenças entre UF e não UF

Para comparar os dados obtidos nas várias medidas, constituíram-se dois grupos de participantes relativamente à frequência nos cuidados de saúde primários: um grupo de utilizadores frequentes e outro de não utilizadores frequentes com base na mediana da amostra (Tabela 7.4).

Da análise das diferenças verificamos que os utentes que recorrem com mais frequência aos serviços de saúde apresentam uma média de idades superior e níveis de escolaridade mais baixos que os que não recorrem com tanta frequência aos serviços de saúde, ($t_{142} = -4.15, p < .001$), e ($t_{142} = 3.23, p = .002$), respectivamente.

Quanto aos dados clínicos constatamos que os utilizadores frequentes relatam maior número de doenças ($t_{142} = -4.02, p < .001$), um maior consumo de medicamentos ($t_{142} = -3.04, p = .003$), e maior número de cirurgias ($t_{142} = -2.51, p = .013$) do que os que não recorrem com frequência aos serviços de saúde.

Relativamente às variáveis psicológicas observamos que os utilizadores frequentes apresentam níveis mais altos de somatização, de ansiedade e de depressão do que os não utilizadores frequentes, ($t_{142} = -2.37, p = .019$), ($t_{142} = -2.01, p = 0.47$), ($t_{142} = -2.49, p = .014$), respectivamente.

Tabela 7.4: Médias e desvios padrão das variáveis demográficas, clínicas e psicológicas nos UF e Não UF.

	UF		Não UF		<i>t</i> (142)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	48.20	15.86	38.03	13.33	-4.15	.000
Escolaridade	4.09	2.01	5.18	2.04	3.23	.002
Nº doenças	1.21	1.30	0.51	0.75	-4.02	.000
Nº medicamentos	1.32	1.78	0.58	0.98	-3.04	.003
Nº cirurgias	0.97	1.64	0.42	0.87	-2.51	.013
Nº dias doente	12.41	19.35	6.46	17.93	-1.85	<i>ns</i>
Nº dias alterou actividade	11.22	21.80	4.27	15.17	-2.15	<i>ns</i>
SCL						
Somatização	1.56	0.52	1.33	0.64	-2.37	.019
Ansiedade	1.43	0.76	1.19	0.67	-2.01	.047
Depressão	1.52	0.71	1.22	0.73	-2.49	.014
Alexitimia						
Total	56.47	11.37	53.30	11.45	-1.66	<i>ns</i>
Controlo Emocional						
Controlo	2.07	0.58	2.27	0.70	1.88	<i>ns</i>
Exteriorização emocional	2.16	0.83	2.17	0.73	.04	<i>ns</i>
Interiorização emocional	2.12	0.63	2.10	0.78	-.16	<i>ns</i>

7.1.4. Diferenças entre alexitímicos e não alexitímicos

Da análise da Tabela 7.5 verificamos que o grupo de participantes alexitímicos relata níveis mais elevados de somatização ($t_{142} = -4.87, p < .001$), de ansiedade ($t_{142} = -5.55, p < .001$) e de depressão ($t_{142} = -6.87, p < .001$).

Tabela 7.5: Médias e desvios padrão das variáveis demográficas, clínicas e psicológicas nos alexitímicos e não alexitímicos.

	Alexitímicos		Não Alexitímicos		<i>t</i> (142)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	44.00	15.51	42.36	15.44	-0.61	<i>ns</i>
Escolaridade	4.32	1.96	4.83	2.15	1.42	<i>ns</i>
Nº doenças	0.96	1.02	0.79	1.16	-0.90	<i>ns</i>
Nº medicamentos	1.04	1.27	0.88	1.57	-0.63	<i>ns</i>
Nº cirurgias	0.75	1.37	0.65	1.30	-0.45	<i>ns</i>
Nº visitas ao médico	4.74	8.45	2.95	5.55	-1.49	<i>ns</i>
Nº dias doente	13.57	24.34	6.98	14.39	-1.98	<i>ns</i>
Nº dias alterou actividade	11.12	23.27	5.80	15.90	-1.58	<i>ns</i>
SCL						
Somatização	1.74	0.58	1.27	0.53	-4.87	.000
Ansiedade	1.71	0.83	1.08	0.54	-5.55	.000
Depressão	1.84	0.84	1.09	0.48	-6.87	.000
Controlo Emocional						
Controlo	1.92	0.55	2.32	0.66	3.72	.000
Exteriorização emocional	1.94	0.66	2.29	0.81	2.67	.008
Interiorização emocional	2.23	0.78	2.04	0.65	-1.57	<i>ns</i>

Quanto aos processos emocionais constatamos que os participantes alexitímicos apresentam níveis mais baixos de controlo emocional ($t_{142} = 3.72$, $p < .001$), e de exteriorização das emoções ($t_{142} = 2.67$, $p = .008$) do que os participantes não alexitímicos.

7.2. Processos emocionais e somatização - estudos de relação

Apresentamos nesta fase, as análises de associação entre as várias medidas. Iniciamos com as correlações entre as medidas psicológicas e as variáveis demográficas, passando em seguida para o estudo a relação entre as variáveis clínicas e as medidas psicológicas. Finalmente, estudamos a relação entre as medidas psicológicas.

7.2.1. Relação entre variáveis demográficas e psicológicas

De forma a estudar as possíveis associações entre as variáveis psicológicas e as variáveis demográficas utilizámos o *r de Pearson*.

Tabela 7.6: Medidas de associação entre variáveis psicológicas e demográficas (idade, escolaridade).

	Idade	Escolaridade
	<i>r</i>	<i>r</i>
Somatização		
PILL	.17*	-.27**
SCL		
Somatização	-.29**	-.31**
Ansiedade	.02	-.10
Depressão	.07	-.10
Alexitimia		
TAS total	.15	-.28*
Controlo Emocional		
Controlo	.04	.11
Exteriorização emocional	.05	-.01
Interiorização emocional	.02	-.05

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

No que concerne à variável idade, verificamos que esta apresenta uma correlação negativa com a somatização, $r = -.29$, $p < .001$, ou seja, os utilizadores dos centros de saúde mais velhos são também os que apresentam mais sintomas somáticos. Relativamente à escolaridade encontramos também uma correlação significativa e negativa com a somatização, $r = -.31$, $p < .001$. Isto indica que os indivíduos que mais somatizam têm também uma escolaridade mais baixa. Encontramos também uma correlação negativa e significativa entre a escolaridade e a alexitimia, $r = -.28$, $p = .001$, ou seja, os indivíduos mais alexitímicos são também os menos escolarizados.

7.2.2. Relação entre variáveis clínicas e psicológicas

Considerando o estudo de associações entre as variáveis psicológicas e as variáveis clínicas, conclui-se existirem várias relações significativas.

Tabela 7.7: Medidas de associação entre variáveis psicológicas e clínicas

	Nº doenças	Nº medicamentos	Nº dias doente	Nº dias altera actividade
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Somatização				
PILL	.17*	.19*	.02	.14
SCL				
Somatização	.30**	.21*	.08	.25**
Ansiedade	.30**	.35**	.20*	.29**
Depressão	.23**	.25**	.06	.32**
Alexitimia				
TAS total	.03	.03	.00	.09
Controlo Emocional				
Controlo	-.13	-.07	-.12	-.16
Exteriorização emocional	.09	.16	.15	-.14
Interiorização emocional	-.05	-.19*	-.15	-.15

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Nº de doenças

Demonstrou-se correlações positivas entre o nº de doenças e a somatização, $r = .30, p < .001$, a ansiedade, $r = .30, p < .001$, e a depressão, $r = .23, p = .006$, ou seja, quanto maior o nº de doenças, mais sintomas de somatização, de ansiedade e de depressão, os indivíduos tendem a manifestar.

Nº de medicamentos

Encontraram-se associações significativas, entre a variável nº de medicamentos e a somatização, $r = .21, p = .014$, a ansiedade, $r = .35, p < .001$, e a depressão, $r = .25, p = .003$ e uma relação negativa com a dimensão de interiorização emocional, $r = -.19, p = .025$. Isto indica que os participantes que usam mais medicamentos são também aqueles que relatam mais sintomas de perturbação emocional (somatização, ansiedade e depressão) e tendem a guardar menos as emoções para si.

Nº de dias doente

Quanto à relação da variável nº de dias doente com as medidas psicológicas salientou-se a correlação positiva com a ansiedade, $r = .20, p = .022$.

Nº de dias que alterou a actividade por doença

Encontraram-se correlações positivas com as variáveis somatização, $r = .25, p = .003$, com a ansiedade, $r = .29, p = .001$ e com a depressão, $r = .32, p < .001$.

7.2.3. Correlações entre variáveis psicológicas

Na matriz de correlações seguinte apresentam-se as correlações entre as várias medidas psicológicas. Vamos deter-nos na análise das correlações significativas, optando por apresentá-las separadamente para cada tipo de medida.

Somatização

A somatização (medida através do PILL) revelou uma correlação positiva com a depressão, $r = .51$, $p < .001$, com a ansiedade, $r = .50$, $p < .001$, com a alexitimia, $r = .38$, $p < .001$, e uma correlação negativa com o controlo emocional, $r = -.24$, $p = .004$.

Alexitimia

A alexitimia surge correlacionada positivamente com a ansiedade, $r = .45$, $p < .001$, e com a depressão, $r = .55$, $p < .001$, e negativamente correlacionada com a dimensão do controlo emocional, $r = -.38$, $p < .001$, e com a de exteriorização emocional, $r = -.27$, $p = .001$.

Controlo emocional

A dimensão do controlo emocional apresenta-se correlacionada negativamente com a depressão, $r = -.42$, $p < .001$, com a ansiedade, $r = -.40$, $p < .001$, e positivamente correlacionada com a dimensão de interiorização emocional, $r = .26$, $p = .002$. A dimensão de exteriorização emocional apresenta uma correlação negativa com a dimensão de interiorização emocional, sendo a correlação encontrada de $r = -.47$, $p < .001$.

Tabela 7.8: Matriz de correlações para as variáveis psicológicas: somatização, ansiedade, depressão, alexitimia e dimensões do controlo emocional.

	Somatiz	SCLsom	SCLans	SCLdep	Alexitimia	Controlo	EEI	EEE
Somatiz	-							
SCLsom	.69**	-						
SCLans	.50**	.57**	-					
SCLdep	.51**	.56**	.81**	-				
Alexitimia	.38**	.37**	.45**	.55**	-			
Controlo	-.24**	-.27**	-.40**	-.42**	-.38**	-		
EEI	-.05	-.01	-.06	-.04	.14	.26**	-	
EEE	.10	-.06	-.07	-.14	-.27**	.05	-.47**	-

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Em resumo, os resultados mostram que:

- i) A somatização encontra-se positivamente correlacionada com a alexitimia, com a ansiedade e com a depressão e negativamente correlacionada com o controlo emocional. Ou seja, os utilizadores dos cuidados de saúde primários que mais sintomas somáticos relatam são também os que apresentam níveis mais elevados de alexitimia, manifestando também mais sintomas de ansiedade e de depressão. Por outro lado, os participantes que manifestam valores mais elevados de somatização têm um menor controlo das suas emoções;
- ii) A alexitimia encontra-se positivamente correlacionada com a ansiedade e com a depressão e negativamente correlacionada com o controlo emocional e com a dimensão de exteriorização das emoções. Estes dados indicam que os indivíduos mais alexitímicos manifestam-se também mais ansiosos e deprimidos e simultaneamente têm mais dificuldade em controlar as emoções e em exteriorizar essas mesmas emoções;
- iii) O controlo emocional aparece negativamente correlacionado com a ansiedade e com a depressão e positivamente correlacionado com a dimensão de interiorização das emoções. Isto significa que os indivíduos que tendem a controlar mais as suas emoções manifestam menos sintomas de ansiedade e de depressão e também tendem a guardar para si os seus sentimentos.

7.2.4. Correlações parciais

Uma vez que a ansiedade e a depressão têm sido apontadas como variáveis parasitas na relação entre a somatização e a alexitimia (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001), optámos por realizar correlações parciais controlando estas duas variáveis, como podemos ver na Tabela 7.9.

Tabela 7.9: Correlações e correlações parciais entre a alexitimia e a somatização.

	Alexitimia	Correlações parciais controlando		
		Ansiedade	Depressão	Ansiedade + depressão
PILL total	.32**	.11	.01	.01
PILL bin	.38**	.19*	.13	.13
SCL somatização	.37**	.15	.09	.09

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Verificámos que ao controlarmos a ansiedade e a depressão a associação inicialmente encontrada entre a alexitimia e a somatização tende a diminuir ou quase desaparece (r de pearson entre .01 a .13).

Decidimos também em relação à associação entre somatização e utilização frequente dos cuidados de saúde, calcular as correlações parciais controlando o número de doenças, como Jyväsjarvi (2001) sugere.

Tabela 7.10: Correlações e correlações parciais entre somatização e nº de consultas.

	Nº de consultas	Correlações parciais controlando
		Nº de doenças
PILL total	.23**	.19*
PILL bin	.23**	.20*
SCL somatização	.23**	.18*

(significância: * $p < .05$, ** $p < .01$)

Constatámos que a associação positiva entre estas duas variáveis diminui, mas de forma pouco significativa como podemos verificar na Tabela 7.10 apresentada atrás.

7.3. Processos emocionais e somatização - estudos de predição

Foram realizadas análises de regressão múltipla com o objectivo de se identificar quais as variáveis que eram melhores preditores da somatização, da UF e da alexitimia.

Nas várias análises de regressão realizadas, 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, nº de doenças e nº de consultas. Ao optarmos por realizar as análises de regressão múltipla, tivemos em consideração os resultados obtidos com as outras análises (ver secções anteriores), o que determinou a escolha das variáveis a regredir. É de referir que algumas das variáveis ora assumiam o papel de dependentes ora de independentes consoante os objectivos das análises.

7.3.1. Variáveis predictoras da somatização

No que diz respeito à somatização, procurámos saber as variáveis que a prediziam e verificámos que a ansiedade, a idade e a depressão são as variáveis que têm um valor predictor significativo $R = 0.66$ ($R^2 = 0.43$), $F(3, 134) = 33.76$, $p < .001$. Desta forma, a somatização é explicada significativamente pela ansiedade ($\beta = -.38$, $p = .001$), pela idade ($\beta = .27$, $p < .001$) e pela depressão ($\beta = .24$, $p = .034$).

7.3.2. Variáveis predictoras da UF

Quanto à utilização frequente dos serviços de saúde, verificou-se que existem 4 variáveis que afectam significativamente esta dimensão $R = 0.39$ ($R^2 = 0.15$), $F(4, 133) = 5.84$, $p < .001$. Pelo modelo de regressão encontrado, a variável com maior valor preditivo sobre a UF é a interiorização da expressão emocional ($\beta = -.28$, $p = .002$), seguindo-se-lhe a exteriorização da expressão emocional ($\beta = -.23$, $p = .011$). De seguida surge o nº de doenças como predictor ($\beta = .18$, $p = .036$) e por último a somatização ($\beta = .16$, $p = .066$).

No que diz respeito a esta última variável, verifica-se que aqueles que mais somatizam são os que vão ao médico com mais frequência.

7.3.3. Variáveis preditoras da alexitimia

Relativamente à alexitimia, procurámos conhecer quais as variáveis com valor preditivo sobre a alexitimia verificando-se que existem 5 variáveis que têm um valor preditor significativo: $R = 0.70$ ($R^2 = 0.48$), $F(5, 132) = 24.62$, $p < .000$. A depressão revelou-se a variável que prediz mais fortemente a alexitimia ($\beta = .50$, $p < .001$), seguindo-se a escolaridade ($\beta = -.28$, $p < .001$), mas de forma negativa. As restantes variáveis a predizer a alexitimia, predizem-na de forma negativa como o número de doenças ($\beta = -.21$, $p = .003$), a exteriorização de emoções ($\beta = -.17$, $p = .007$) e o controlo de emoções ($\beta = -.17$, $p = .014$).

Capítulo 8: Discussão do estudo exploratório

Neste capítulo apresentamos uma análise e discussão dos resultados descritos no capítulo anterior. Seguimos de forma sequencial os passos do estudo empírico, começando por tecer algumas considerações acerca da metodologia empregue e passamos para a síntese dos principais resultados obtidos. Concluímos esta parte com um resumo das implicações mais relevantes retiradas deste trabalho.

8.1. Metodologia

A população do nosso estudo foi recolhida de vários centros de saúde da região Norte, não tendo havido uma selecção prévia dos participantes, ao contrário de grande parte dos estudos revistos que utilizaram populações clínicas. Contudo, depois de caracterizada a nossa amostra verificámos que no único trabalho encontrado acerca da saúde e da doença em Portugal que recorreu a uma amostra bastante alargada (Cabral, 2002), as características clínicas eram semelhantes às da nossa amostra, nomeadamente o tipo de doenças somáticas mais frequentes na população. Daí, pensarmos que apesar do tamanho da nossa amostra, 143 participantes, os nossos dados podem ser generalizáveis à restante população que frequenta os cuidados de saúde primários. É de realçar o carácter inovador deste trabalho por não se conhecerem estudos desta natureza no nosso país.

Os instrumentos que utilizámos para o nosso estudo eram todas medidas validadas em estudos internacionais e algumas delas tinham sido usadas com amostras na população portuguesa (TAS-20, EEC e a SCL-90). No entanto, decidimos proceder a análises

psicométricas no intuito de validarmos estes instrumentos para a nossa população, já que os instrumentos se comportam de forma diferente consoante a amostra utilizada. Além de utilizarmos esses instrumentos já aferidos à população portuguesa, procedemos à tradução e adaptação do PILL para avaliar a somatização, tendo encontrado bons níveis de consistência interna do instrumento o que poderá implicar uma boa aplicabilidade desta medida em termos não só de investigação como também em termos clínicos de detecção de queixas somáticas nos pacientes nos centros de saúde.

Relativamente aos procedimentos, utilizámos diferentes critérios para definir os grupos que pretendíamos comparar. A metodologia para definir o Utilizador Frequente dos cuidados de saúde primários foi com recurso a critérios estatísticos, ou seja, através do ponto de corte 4, o utente que fazia mais de 4 visitas ao médico de família por ano, era considerado um utilizador frequente. Metodologicamente é a forma mais simples de identificar utilizadores frequentes dos serviços de saúde públicos. Contudo, numa revisão exaustiva feita por Jyväsjarvi (2001), a média das consultas dos UF varia de 6 a 16, no entanto para essa média, algumas vezes é considerada a inclusão do número de consultas com outros médicos além dos de clínica geral, daí a dificuldade em se fazerem comparações dos resultados dos vários estudos nesta área. Quanto à definição dos utentes que seriam somatizadores, utilizámos também como critério um ponto de corte da subescala da somatização do SCL-90, critério este usado frequentemente em diversos estudos como por exemplo no de Fink et al. (1999). Por último, para analisarmos as diferenças entre alexitímicos e não alexitímicos, recorreremos à operacionalização da alexitimia como uma variável nominal, embora originalmente esta tenha sido conceptualizada como variável dimensional, utilizando o ponto de corte sugerido pelos autores da escala TAS-20 que era de 61.

8.2. Resultados

Os principais resultados dos estudos de comparação podem resumir-se da seguinte forma:

- i) As mulheres tendem a experienciar mais sintomas somáticos que os homens e em simultâneo a exibir índices mais elevados de perturbação emocional. Estes dados corroboram os de Karlsson e o seu grupo (1997) que encontraram uma percentagem

maior de mulheres no grupo dos somatizadores. Também Wise e Mann (1994) concluíram que as mulheres relatavam mais sintomas somáticos funcionais que os homens. Costa et al. (1987) citados no trabalho de Wise e Mann (1994) referiram que o facto de encontrarem mais mulheres com índices significativos de somatização, pode ter a ver com a contribuição do neuroticismo, ou seja, as mulheres tendem a ser mais predispostas à ansiedade e à depressão, à preocupação e vulnerabilidade e tendem também a relatar mais queixas somáticas. Também Pennebaker (1982) citado nesse mesmo trabalho refere que o estilo cognitivo de selecção de informação poderá ligar a amplificação dos sintomas físicos com a afectividade negativa e com a alexitimia. Já em relação ao controlo das emoções verificamos que são os homens que controlam mais as suas emoções e as mulheres que tendem a exteriorizar mais os seus sentimentos.

- ii) Os somatizadores são mais velhos e menos escolarizados que os não somatizadores. Já Jyväsjarvi (2001) tinha chegado a esta conclusão num trabalho realizado nos cuidados de saúde primários na Finlândia. Em relação às diferenças nas variáveis clínicas constatámos que o grupo dos somatizadores vai mais vezes ao médico, está mais dias doente por ano e tem que alterar as suas actividades mais vezes que os não somatizadores. Também esse autor concluiu que os somatizadores vão duas vezes mais ao médico que os não somatizadores. Encontrámos também que os somatizadores se revelam mais ansiosos e mais deprimidos e com níveis mais elevados de alexitimia. Relativamente à perturbação emocional, esse mesmo autor concluiu que os somatizadores são significativamente mais perturbados emocionalmente. Também Allen e colaboradores (2001) ao compararem somatizadores com não somatizadores concluíram que os primeiros apresentavam uma maior tendência para experienciar psicopatologia (perturbações de ansiedade e de depressão) do que os não somatizadores. Quanto aos processos emocionais constatámos que os somatizadores apresentavam níveis mais altos de alexitimia enquanto que Kooiman, Bolk, Brand, Trijsburg, e Rooijmans (2000) tinham chegado a uma conclusão contrária, de que os pacientes que apresentam mais sintomas físicos sem explicação médica não eram mais alexitímicos que os que apresentavam sintomas somáticos com explicação médica. Adicionalmente, constatámos que os somatizadores manifestam mais dificuldade em controlar as suas emoções.

- iii) Os utentes que recorrem com mais frequência ao médico são mais velhos e menos escolarizados que os que não vão ao médico com tanta frequência. Já Jyväsjarvi (2001) tinha concluído o mesmo, num trabalho realizado em centros de saúde. Verificámos também, relativamente a dados clínicos, que os participantes UF têm mais doenças somáticas, tomam mais medicação, e foram submetidos a mais cirurgias que os não UF. Também Jyväsjarvi e o seu grupo em 1998 verificaram que os utilizadores frequentes tinham mais doenças crónicas que o grupo de controlo. Quanto às variáveis psicológicas, constatamos que os UF somatizam mais, revelam mais sintomas de ansiedade e de depressão. Estes dados vão de encontro aos dados de Jyväsjarvi et al. (1999) que indicam que a somatização é mais comum entre os utilizadores frequentes dos serviços de saúde do que os que não utilizam com tanta frequência estes serviços (grupo de controlo), contudo, quanto à perturbação emocional, os nossos dados contrariam os deste autor que não encontrou diferenças nos níveis de ansiedade e de depressão nos dois grupos. Assim como Jyväsjarvi et al. (1999), também não encontramos diferenças quanto à alexitimia no grupo dos UF em relação ao grupo dos não UF.
- iv) Constatamos também que o grupo alexitímico apresenta níveis mais elevados de somatização, de ansiedade e de depressão que os não alexitímicos. Já Joukamaa e a sua equipa (1995) encontraram comorbilidade entre a alexitimia e a ansiedade e a depressão. Bach, Bach, Boehemer, e Nutzinger (1994) não encontraram níveis mais elevados de somatização nos pacientes alexitímicos, assim como Taylor et al. (1988) e Kooiman et al. (2000) o que contraria os nossos dados. Também DeGucht e Heiser (2003) numa revisão que fazem de 5 estudos que comparam alexitímicos com não-alexitímicos, concluem que em 4 deles se encontram níveis significativamente mais altos de somatização entre os alexitímicos. Contudo, no mesmo estudo de Bach et al. (1994) verificou-se que os sujeitos alexitímicos apresentavam valores mais elevados na subescala da depressão da SCL-90. Também Taylor, Parker, e Bagby (1992) chegaram a essa mesma conclusão. Esta relação entre a alexitimia e a depressão foi também observada por Haviland, Shaw, Cummings, e Macmurray em 1988. Relativamente aos processos emocionais verificámos que os utentes alexitímicos controlam menos as emoções e tendem também a exteriorizar menos essas emoções que os não alexitímicos.

Quanto aos estudos de relação salientamos os seguintes resultados:

- i) Encontrou-se uma correlação positiva entre a alexitimia e a somatização, indo de encontro a uma revisão feita por DeGucht e Heiser (2003) em que de 18 estudos que reviu, encontrou 16 em que haviam correlações positivas entre estas duas variáveis. Contudo, a correlação que se verifica entre a alexitimia e a somatização tende a diminuir quando se controla a ansiedade e a depressão, passando de uma correlação moderada de $r = .38$ a uma correlação fraca de $r = .10$, este dado por nós encontrado vai de encontro ao que é sugerido numa revisão de Lundh e Simonsson-Sarnecki (2001) acerca da relação entre estas variáveis e também aos resultados do estudo de Kooiman e o seu grupo (2000);
- ii) A relação encontrada entre a somatização e a utilização frequente dos serviços de saúde também tende a diminuir quando controlamos o número de doenças. Já Jyväsjarvi em 2001 tinha concluído que a associação significativa entre a somatização e utilização frequente de cuidados de saúde desaparecia quando se considerava a doença somática como uma variável *counfounding*.

Os estudos de predição da somatização, da FA e da alexitimia, indicaram-nos que:

- i) A somatização é predita pela ansiedade, pela idade e pela depressão, o que vai de encontro aos dados obtidos por Kooiman e colegas (2000) e por Kooiman, Bolk, Rooijmans, e Trijsburg (2004) que não encontraram a alexitimia como preditora da somatização;
- ii) A inibição da expressão emocional (de forma negativa), a exteriorização da expressão emocional (de forma negativa), o nº de doenças e a somatização predizem a utilização frequente dos serviços de saúde;
- iii) A depressão, a escolaridade, o nº de doenças, a exteriorização de emoções e o controlo das emoções são todos preditores da alexitimia de forma negativa, à excepção da variável depressão, que a prediz de forma positiva. Já na investigação de Joukamaa e o seu grupo (1995) se encontrou o nível educacional como uma variável preditora da alexitimia.

8.3. Conclusão

Em suma, do conjunto de resultados por nós obtido, concluímos que a somatização é um fenómeno bastante comum nos cuidados de saúde, e por isso os somatizadores deverão constituir um grupo alvo de intervenção dada a elevada morbilidade física e psiquiátrica que pudemos constatar nos nossos dados. São utentes que vão mais vezes ao médico, estão mais dias doentes por ano, tendo que alterar mais vezes as suas actividades, são também mais ansiosos e deprimidos e a nível de regulação emocional têm mais dificuldade em controlar as suas emoções e são mais alexitímicos. Neste sentido, em primeiro lugar, é necessário que se utilizem instrumentos nos CSP que facilitem aos médicos de família e outros profissionais de saúde, a identificação dos utentes somatizadores no intuito de poderem ser acompanhados em intervenções específicas. Essas intervenções, nomeadamente do âmbito psicológico, deverão centrar-se nos processos de regulação das emoções especificamente com o intuito de promover a identificação e a expressão emocional possibilitando um melhor controlo das emoções e consequentemente uma diminuição da perturbação emocional.

Ao analisarmos a relação entre a somatização e a utilização frequente dos serviços de saúde, constatámos que a somatização era um dos factores responsáveis pelo recurso aos serviços de saúde. Por essa razão seria importante ao desenvolver intervenções psicológicas dirigidas aos somatizadores, entre os utilizadores frequentes dos serviços de saúde, recorrer a uma medida da eficácia das intervenções, que poderia ser por exemplo, o número de consultas no médico de família por ano.

Para concluir, gostaríamos de sublinhar a importância de se investigar nesta área em Portugal já que não existe história de investigação neste domínio. Apesar de reconhecermos que esta investigação oferece apenas uma visão parcelar da complexidade da somatização, parece-nos que algumas questões ligadas à somatização e à regulação emocional foram equacionadas neste primeiro estudo.

Capítulo 9: Metodologia do estudo de intervenção

Procedemos neste capítulo à apresentação da metodologia do segundo estudo que implementa e avalia duas intervenções de expressão emocional em somatizadores nos cuidados de saúde primários. Começamos por descrever os participantes do estudo, depois apresentamos os instrumentos utilizados e descrevemos a intervenção de expressão emocional escrita e a intervenção cognitiva-narrativa. De seguida apresentamos os procedimentos utilizados e finalizamos com a conceptualização do estudo.

9.1. Participantes

9.1.1. Selecção dos participantes

Os participantes foram seleccionados pelos seus médicos de família, no período que decorreu de Setembro de 2004 a Julho de 2005. Inicialmente foi realizada uma reunião em cada unidade de saúde onde foram explicitados os objectivos do estudo e foram descritos os critérios de selecção dos participantes para o estudo. Nessa mesma reunião foram entregues aos médicos de família uma ficha informativa acerca dos critérios de inclusão dos somatizadores assim como uma folha de registo onde era assinalado o número de contacto do doente para que pudesse ser contactado pela investigadora. Posteriormente o doente era contactado, no sentido de se marcar a primeira sessão de avaliação com o potencial participante do estudo.

Quanto aos critérios de inclusão, os utentes do centro de saúde eram recrutados para a investigação se tivessem idade superior a 18 anos, se apresentassem pelo menos três sintomas físicos de uma lista de 14 sintomas e se tivessem uma história de sintomas de pelo menos dois anos (ver Figura 9.1).

(i) Com uma história de sintomas de pelo menos 2 anos.	
(ii) Uteses com pelo menos 3 dos sintomas seguintes:	
Dores de estômago	Dores de costas
Dores nos braços, pernas ou articulações	Dores no peito
Dores de cabeça	Prisão de ventre ou diarreia
Enjoos, gases ou indigestão	Coração acelerado
Sentir-se cansado ou com falta de energia	Sensação de desmaio
Falta de ar, dores/problemas durante relações sexuais	Tonturas
Cãibras menstruais ou problemas no período	Dificuldades no sono

Figura 9.1: Critérios de inclusão dos utentes no estudo.

Eram excluídos da investigação os doentes que:

- i) Apresentassem um diagnóstico para depressão severa, uma vez que seria inapropriado implementar a intervenção da investigação quando o doente necessitava de uma intervenção específica;
- ii) tivessem risco de psicose, já que no grupo de expressão escrita, a tarefa seria realizada em casa podendo causar perturbação emocional, havendo assim o risco de descompensação;
- iii) se encontrassem em acompanhamento psicoterapêutico no momento da investigação, podendo este factor funcionar como variável parasita.

A amostra inicial de pacientes encaminhados pelos seus médicos de família era de 110 pacientes, incluindo 98 mulheres e 12 homens. Contudo, houve uma mortalidade experimental de aproximadamente 38%, tendo concluído todas as fases do estudo, incluindo o *follow-up*, 68 pacientes. Na Figura 9.2 apresentamos o esquema da construção da amostra assinalando as desistências que foram ocorrendo ao longo do processo e por cada grupo de investigação.

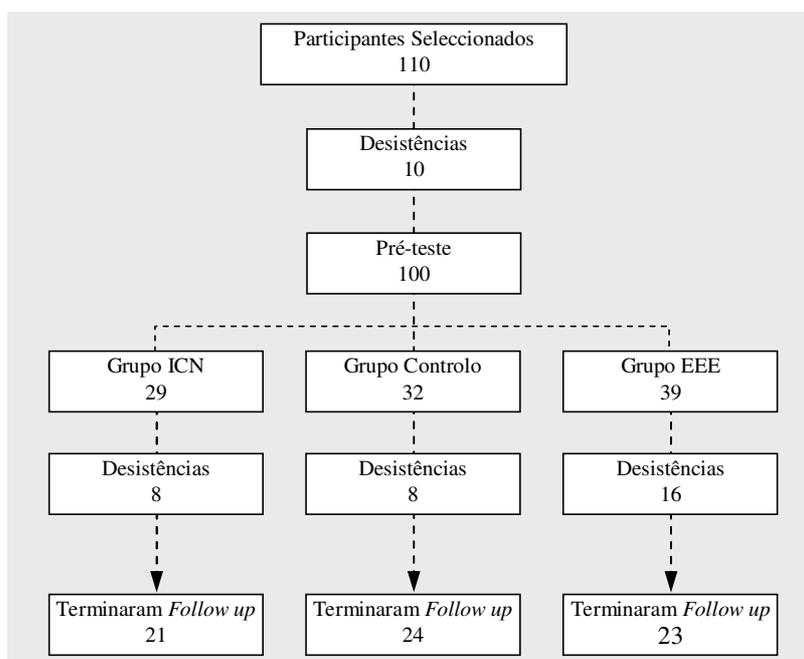


Figura 9.2: Processo de construção da amostra.

Verificámos que dos 110 pacientes encaminhados pelos médicos de família, 10 desses pacientes não compareceram à primeira avaliação do pré-teste, tendo alguns recusado aquando do primeiro contacto telefónico e os restantes faltado à sessão marcada. É de notar que os dados que apresentamos dizem respeito apenas aos participantes que terminaram todas as fases do estudo incluindo o *follow-up*.

9.1.2. Caracterização dos participantes

Terminaram o estudo 68 participantes, dos quais 63 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Os participantes apresentam uma variação dos 18 aos 67 anos de idade. Na Tabela 9.1 apresentamos as principais características sociodemográficas por grupos (grupo de controlo, grupo de expressão escrita e grupo de intervenção cognitiva-narrativa).

Tabela 9.1: Caracterização dos grupos quanto às variáveis sociodemográficas.

	Variáveis	Grupo Controlo	Grupo Expressão Escrita	Grupo Cognitivo-Narrativo
Sexo	Masculino	2	1	2
	Feminino	24	22	19
Estado Civil	Solteiro	0	10	3
	Com companheiro	20	11	16
	Sem companheiro	4	2	2
Instrução	Mais de 12 anos	1	0	0
	10 a 12 anos de estudo	1	4	1
	8 a 9 anos de estudo	1	5	3
	6 anos de estudo	5	5	5
	Analfabeto/Primária incompleta	16	9	12
Profissão (Graffar)	Nível 1	1	0	0
	Nível 2	0	0	3
	Nível 3	3	6	1
	Nível 4	2	1	3
	Nível 5	5	4	2
	Nível 6	13	12	12
Situação Profissional	Empregado	8	9	5
	Baixa Médica	4	5	6
	Desempregado	2	4	6
	Reformado invalidez	5	3	1
	Reformado idade	2	0	0
	Doméstica	3	1	2
	Estudante	0	1	1

Os grupos apresentam uma distribuição similar no que diz respeito às variáveis sexo ($\chi^2_2 < 1$) e escolaridade ($\chi^2_{10} = 13.59$, *ns*). Contudo, encontrámos diferenças de idades nos vários grupos ($F_{2, 656} = 4.64$, $p = .013$). Estes resultados evidenciam que o grupo controlo apresenta uma idade mais elevada ($M = 48.00$; $DP = 10.92$) do que o grupo de expressão emocional escrita ($M = 36.83$; $DP = 13.55$), $t(45) = 3.07$, $p = .004$. O grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($M = 43.62$; $DP = 13.44$) não se diferencia do grupo controlo ($t_{43} = 1.12$, *ns*), nem do grupo de expressão escrita ($t_{42} = 1.67$, *ns*). Quanto ao estado civil, agrupámos os participantes de acordo com uma das seguintes três categorias: solteiros, com companheiro (que inclui casados e que vivem em união de facto) e sem companheiro (que incluem separados, divorciados e viúvos). Existem diferenças quanto ao estado civil segundo o factor grupo ($\chi^2_4 = 15.11$, $p = .004$). Os valores parecem mostrar que existem significativamente mais participantes solteiros no grupo de expressão emocional escrita e mais participantes com companheiro no grupo de controlo.

Apresentamos na Tabela 9.2 a caracterização da amostra e distribuição por grupos relativamente às variáveis clínicas.

Tabela 9.2: Caracterização dos grupos quanto às variáveis clínicas.

Variáveis		Grupo Controlo	Grupo Expressão Escrita	Grupo Cognitivo-Narrativo
Doenças	Com doenças	16	9	14
	Sem doenças	8	14	7
Psicotrópicos	Faz medicação	21	15	19
	Não faz medicação	3	8	2
Nº consultas /2 meses	0	1	2	2
	1	11	11	6
	2	10	9	11
	3	0	0	2
	4	2	1	0
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico	Sim	9	10	13
	Não	15	13	8

Relativamente às variáveis clínicas verificámos que os participantes se distribuem equitativamente pelos grupos relativamente à variável doenças ($\chi^2_2 = 4.72, ns$), quanto ao número de consultas nos últimos dois meses ($\chi^2_8 = 8.43, ns$), quanto ao acompanhamento psicológico e psiquiátrico ($\chi^2_2 = 2.86, ns$), quanto ao número de consultas por ano ($\chi^2_{26} = 29.36, ns$), quanto ao número de doenças ($\chi^2_8 = 12.01, ns$), quanto ao número de consultas nos últimos dois meses ($\chi^2_8 = 8.43, ns$) e quanto à toma ou não de psicotrópicos ($\chi^2_2 = 5.58, ns$).

Analisámos também as diferenças entre os grupos quanto aos comportamentos de saúde, encontrando que os participantes se distribuem de forma equivalente por grupo, tendo em conta o número de cigarros que fumam ($\chi^2_4 = 2.96, ns$), o número de cafés que ingerem por dia ($\chi^2_{10} = 6.84, ns$), o número de bebidas alcoólicas ($\chi^2_4 = 2.31, ns$), o número de horas de exercício físico que praticam por semana ($\chi^2_{10} = 14.96, ns$), o número de horas de sono por dia ($\chi^2_{16} = 11.76, ns$), quanto aos analgésicos tomados ($\chi^2_8 = 4.68, ns$) e ao número de medicamentos utilizados por dia ($\chi^2_{24} = 25.11, ns$).

9.2. Instrumentos

9.2.1. Medical Outcomes Study – Short-Form Health Survey (MOS-SF 36, Ware, 1986)

Foi utilizada a versão portuguesa da MOS-SF36 (Ferreira, 2000b). Este instrumento avalia a saúde relacionada com a qualidade de vida, avaliando o bem-estar subjectivo do paciente. É considerada uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos ligados à funcionalidade e ao bem-estar de cada um. É composta por 36 itens que procuram avaliar o tipo de limitações devidas a problemas de saúde. Estes 36 itens cobrem 8 dimensões do estado de saúde detectando tanto estados positivos de saúde como estados negativos de saúde. Estas dimensões são avaliadas numa escala normalizada de 0 a 100 em que uma pontuação mais elevada corresponde a um melhor estado de saúde.

As oito dimensões de saúde abrangidas pelo MOS SF-36 são:

- i) Função física (FF): pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores como actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias como levantar ou carregar compras, subir lanços de escada, inclinar-se, ajoelhar-se, etc;
- ii) Desempenho físico e emocional (DF): a escala de desempenho mede a limitação na saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado, incluindo a limitação no tipo de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e as dificuldades em realizar tarefas;
- iii) Dor física (DC): as escalas de dor representam não só a intensidade e o desconforto causados pela dor mas também a interferência nas actividades normais;
- iv) Saúde em geral (SG): pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável;
- v) Vitalidade (VT): inclui os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar;
- vi) Função social (FS): mede a quantidade e a qualidade das actividades sociais assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais;
- vii) Desempenho emocional (DE): avalia o impacto nas actividades diárias e/ou profissionais resultante de problemas emocionais;
- viii) Saúde mental (SM): inclui questões referentes a 4 das mais importantes dimensões da saúde mental: a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional e comportamental e o bem-estar psicológico.

Seleccionámos este instrumento para o nosso estudo por avaliar tanto a saúde física como a mental, pela simplicidade na administração, por ser uma medida genérica amplamente usada em diversas condições médicas e pela robustez psicométrica que tem demonstrado tanto em populações clínicas como em populações normais.

Realizámos exactamente o que foi descrito por Ferreira (2000a), no que se refere à transformação dos valores, ao cálculo das escalas e ao tratamento dos dados omissos. É de

salientar que efectuámos dois pequenos ajustes quanto ao cálculo das escalas relativamente ao valor máximo e mínimo das escalas “desempenho físico” (DF) e “desempenho emocional” (DE), uma vez que a escala de respostas disponibilizada aos participantes era de 5 valores e não de 2 (como previa a escala original). Apresentamos de seguida os valores de consistência interna para as 8 subescalas do instrumento, nos vários momentos da avaliação, indicando também os valores encontrados por Ferreira (2000b) na aferição que realizou para a população portuguesa.

Tabela 9.3: Alfa de Cronbach para as subescalas da SF-36 por fases do estudo.

Subescalas	Alfa de Cronbach (Ferreira, 2000)	Alfa de Cronbach Pré-teste	Alfa de Cronbach Pós-teste	Alfa de Cronbach Follow-up
FF	0.87	0.89	0.86	0.88
DF	0.75	0.91	0.93	0.93
DC	0.84	0.67	0.90	0.90
SG	0.87	0.79	0.80	0.78
VT	0.83	0.78	0.86	0.91
FS	0.60	0.72	0.72	0.75
DE	0.71	0.88	0.91	0.93
SM	0.64	0.84	0.86	0.92

Em suma, encontramos valores elevados de consistência interna para as 8 dimensões da SF-36 valores esses de uma forma geral, mais elevados do que os encontrados por Ferreira (2000b).

No sentido de criar duas componentes: saúde física e saúde mental seguimos as etapas sugeridas pelo autor (Ferreira, 2000a) a partir de uma análise factorial de componentes principais após rotação ortogonal. Os resultados em dois dos momentos observados com esta escala, evidenciam a extracção apenas de um factor. No sentido de ultrapassar este problema, decidimos construir duas escalas resultantes da média das dimensões que supostamente deveriam estar muito correlacionadas com cada uma das componentes. Mais concretamente, construímos a componente “Saúde Física” resultante da média das dimensões “Função Física”, “Desempenho Físico” e “Dor Física” e a componente “Saúde

Mental “ que resulta da média das dimensões “Saúde Mental”. “Desempenho Emocional” e “Função Social” para cada um dos momentos, ver Tabela 9.4.

Tabela 9.4: Alfa de Cronbach para a Saúde Física e Saúde Mental por fases do estudo

Factores	Alfa de Cronbach Pré-teste	Alfa de Cronbach Pós-teste	Alfa de Cronbach Follow-up
Saúde Física	0.81	0.86	0.88
Saúde Mental	0.71	0.76	0.83

9.2.2. Patient Health Questionnaire (PHQ-15, Kroenke, 2002)

O PHQ-15 é uma escala que avalia a sintomatologia física derivando de um instrumento de diagnóstico para as perturbações mentais comuns: o PRIME-MD. É constituída por 15 itens que avaliam sintomas somáticos, sendo que 14 desses sintomas representam os sintomas mais prevalentes da perturbação de somatização segundo os critérios da DSM-IV (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002).

Cada sintoma do PHQ-15 é pontuado de 0 (não incomoda nada) a 2 (incomoda muito), variando a pontuação total obtida de 0 a 30. Uma pontuação de 15 ou mais pontos está associada a uma incapacidade considerável e a uma elevada utilização dos cuidados de saúde primários. Além do PHQ-15 funcionar como medida contínua, pode também considerar-se como medida dimensional, através da definição de vários pontos de corte para a severidade dos sintomas somáticos de 0, de 5, de 10 e de 15, correspondendo a uma gravidade de sintomatologia de baixa, média e grave, respectivamente.

Escolhemos este instrumento por ser uma escala breve e de fácil administração e também por apresentar algumas vantagens na identificação da população de somatizadores, monitorizando a severidade dos sintomas somáticos na investigação.

No estudo de Kroenke e o seu grupo (2002) a fidelidade interna da escala foi de 0.80 tanto para as amostras dos cuidados de saúde primários como para as amostras de ginecologia-obstetrícia. Como este instrumento não estava aferido para a população portuguesa, realizámos uma tradução e retroversão de cada item com o intuito de fazermos a sua

adaptação linguística num processo semelhante ao que utilizámos para adaptar a PILL (ver Estudo 1).

9.2.3. Symptom Checklist 90 (SCL-90-R, Derogatis, 1977)

Para avaliar o desajustamento emocional foram usadas as três subescalas do SCL-90, a subescala da ansiedade, a da depressão e a da somatização. Este instrumento avalia a psicopatologia em nove dimensões tendo sido desenvolvido por Derogatis e Cleary (1977) com o objectivo de avaliar os sintomas psicológicos na comunidade, na população psiquiátrica e na população médica. O SCL-90 foi adaptado e aferido para a população portuguesa por Baptista (1993) sendo que dessa aferição, se destacam os bons níveis de consistência para as várias dimensões, a variarem entre valores de 0.77 a 0.90 do coeficiente alfa de Cronbach. Estas três subescalas foram também usadas no Estudo 1 acerca da somatização nos cuidados de saúde primários. Apresentamos na Tabela 9.5 os valores do alfa de Cronbach obtidos para as várias subescalas, para o pré-teste, o pós-teste e o *follow-up*.

Tabela 9.5: Alfa de Cronbach para as subescalas da SCL90 por fases do estudo.

Subescalas	Alfa de Cronbach Baptista (1993)	Alfa de Cronbach Pré-teste	Alfa de Cronbach Pós-teste	Alfa de Cronbach Follow-up
Ansiedade	0.85	0.66	0.74	0.76
Depressão	0.90	0.81	0.82	0.84
Somatização	0.86	0.82	0.86	0.84

Embora tenhamos encontrado bons níveis de consistência interna nas três subescalas da SCL-90, neste segundo estudo, os valores encontrados por Baptista (1993) aquando da aferição para a população portuguesa foram ligeiramente mais elevados.

9.2.4. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby et al. 1994)

À semelhança do primeiro estudo optámos por utilizar a versão portuguesa da TAS-20 (Prazeres, 1996) como instrumento de avaliação da alexitimia por ser dos instrumentos mais utilizados na investigação. Na Tabela 9.6 apresentamos os valores de consistência interna para as várias dimensões da escala e para o total da escala, comparando-os aos valores obtidos pela autora que aferiu este instrumento para a população portuguesa.

Tabela 9.6: Alfa de Cronbach para as subescalas da SF-36 por fases do estudo.

Subescalas	Alfa de Cronbach (Prazeres, 1996)	Alfa de Cronbach
DIS	0.83	0.79
DDS	0.65	0.66
POE	0.60	0.77
Total	0.79	0.86

NB: DIS (dificuldade em identificar sentimentos); DDS (dificuldade em descrever sentimentos); POE (pensamento orientado para o exterior).

Os valores encontrados do alfa de Cronbach para as várias subescalas e para a escala total da TAS são semelhantes aos encontrados por Prazeres (1996).

9.2.5. Ficha sociodemográfica e clínica

Foi construída uma ficha para avaliar dados sociodemográficos como o sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional. Além destes dados procurámos também avaliar dados clínicos de três tipos:

- i) Utilização dos cuidados de saúde: número de consultas com médico de família, número de faltas ao trabalho ou escola, e número de dias alterados por doença;
- ii) Comportamentos de saúde: número de cigarros, de cafés, de bebidas alcoólicas, de horas de exercício físico, de horas de sono, de medicamentos e de analgésicos.

- iii) Outros dados: existência de doenças físicas, acompanhamento psicológico/psiquiátrico, medicação psicotrópica e gastos em medicação.

Algumas destas variáveis foram recodificadas no sentido de facilitar o tratamento estatístico dos dados.

9.3. Intervenções de expressão emocional

9.3.1. Intervenção de expressão emocional escrita

A intervenção de expressão emocional escrita foi implementada com base nas pesquisas que se enquadram no paradigma da escrita (Pennebaker & Beall, 1986), que consiste basicamente na tarefa de pedir aos participantes para escreverem durante três a cinco dias, durante cerca de quinze a trinta minutos por dia, acerca da experiência mais perturbadora ou traumática da sua vida. Normalmente a tarefa escrita é realizada em laboratório sendo os sujeitos divididos em dois grupos: o grupo experimental e o grupo de controlo a quem é pedido para escrever acerca de tópicos neutros. As instruções dadas ao grupo experimental foram as seguintes:

«Durante os próximos 3 dias, vou pedir-lhe que escreva cerca de 15 a 20 minutos por dia. A única regra que existe é que escreva continuamente durante esse tempo. Se lhe acabarem as coisas que tem para dizer, repita simplesmente aquilo que já escreveu. Ao escrever, não se preocupe com a gramática, erros ou a forma como escreve as frases, apenas escreva. Uma vez que há mais doentes a participar nesta investigação e estamos a tentar fazê-la de forma rigorosa, vou pedir-lhe que não fale com ninguém acerca disto até ter terminado o estudo. Uma coisa que às vezes acontece é que as pessoas se sentem um pouco tristes e deprimidas depois de escrever, se isso acontecer, é normal. Esses sentimentos normalmente desaparecem passado uma hora aproximadamente. Contudo, se durante este processo se sentir perturbado ou incomodado, por favor contacte-me. Mais uma coisa, o que escrever, é absolutamente anónimo e confidencial, as suas folhas são codificadas, por isso não escreva o seu nome nas folhas. Se quiser, ninguém lê o que escreveu, não há problema. Se não se sentir confortável em entregá-las pode ficar com

elas. Preferimos que as entregue porque estamos interessados no que as pessoas escrevem. Garantimos-lhe que nenhum dos investigadores, ligará o que escreveu a si. Acima de tudo respeitamos a privacidade».

O primeiro contacto com os participantes do grupo de expressão emocional escrita era feito por telefone pela autora do estudo, marcando-se a primeira sessão para administração do pré-teste. Na primeira sessão era-lhes pedido o consentimento informado para participar no projecto de investigação e depois eram administradas as medidas psicológicas, sociodemográficas e clínicas do pré-teste. Por fim, eram explicadas e fornecidas as instruções para os dias de escrita que era realizada em casa. Um mês e dois meses aproximadamente após o pré-teste, era marcada a segunda e a terceira sessão para aplicação do pós-teste e do *follow-up*, respectivamente.

9.3.2. Intervenção cognitiva-narrativa

A intervenção baseou-se no manual terapêutico de intervenção cognitiva-narrativa breve para doentes dispépticos usado por Silva (2004) numa investigação com doentes dispépticos referida num capítulo anterior. Este manual foi construído com base no manual de psicoterapia narrativa para doentes que sofreram um enfarte de miocárdio (Gonçalves et al., 1996). Foi utilizada a versão acontecimentos de vida por se ter revelado a mais eficaz nomeadamente no estudo de Silva (2004). O programa consistiu numa intervenção breve de três sessões com a duração aproximada de sessenta minutos cada e com uma frequência semanal. Apresentamos de forma sucinta a descrição das sessões do programa:

- 1^a Sessão: tem por objectivo seleccionar um dos acontecimentos de vida mais significativos para ser trabalhado ao longo da intervenção. Depois de seleccionado, passa-se à fase da recordação desse acontecimento de vida, solicitando que o doente descreva de forma coerente o contexto, a sequência de acontecimentos e os resultados. Depois de recordado, é pedido ao paciente para que escolha desse acontecimento, o episódio que teve maior impacto psicológico e que explore os elementos visuais, auditivos, olfactivos, gustativos e cinestésicos desse episódio.
- 2^a Sessão: esta sessão inicia-se com a sumarização do trabalho feito na sessão anterior e pede-se ao paciente que se centre na dimensão física da experiência, a partir da

qual se parte para a subjectivação emocional e de seguida para a subjectivação cognitiva dessa experiência.

3ª Sessão: inicia-se com o resumo da objectivação e da subjectivação do episódio seleccionado pedindo ao paciente para elaborar significado acerca do que representou para si essa experiência, explorando outros significados. De seguida, passa-se para a projecção desse acontecimento de vida relacionando esse acontecimento com outras histórias de vida de si ou de outros. Por fim, pede-se ao doente para explorar as implicações desse trabalho narrativo para outros acontecimentos de vida e também para o futuro.

Apresentamos de forma esquemática o programa de intervenção e os vários momentos da avaliação realizados.

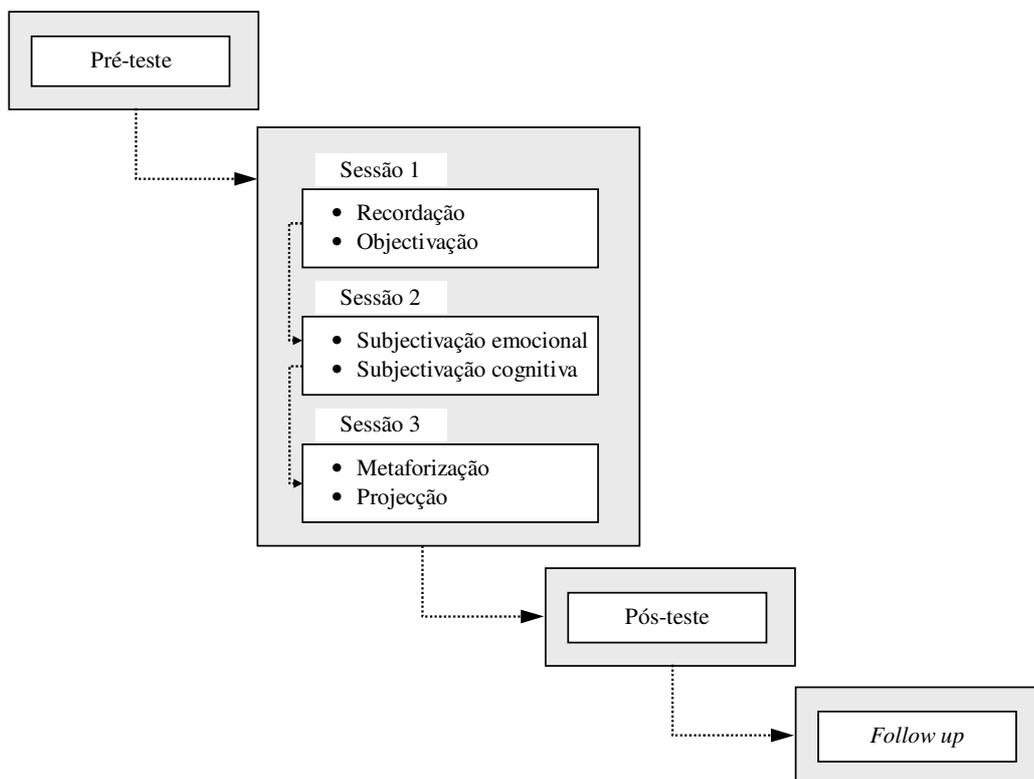


Figura 9.3: Plano da intervenção cognitiva-narrativa e fases de avaliação.

O programa foi aplicado pela autora do estudo com formação e treino na terapia cognitiva narrativa e ao longo das sessões era feito um registo dos principais resultados de cada sessão numa folha de registo que foi construída para o efeito.

9.4. Procedimentos

9.4.1. Local

O segundo estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde de Paredes, em quatro das suas unidades: a Unidade de Saúde da Rebordosa, a Unidade de Saúde de Baltar, a Unidade de Saúde de Sobreira e a Unidade de Saúde de Paredes.

Em todas estas unidades, à excepção de Baltar, existia um Serviço de Psicologia que era assegurado por um supervisor de estágio e por finalistas do 5º ano de Psicologia Clínica do ISCS-N. A investigadora, em cada uma dessas unidades de saúde tinha um consultório médico que lhe foi atribuído no início do estudo pelo coordenador da Unidade de Saúde e que se manteve até ao final do mesmo.

9.4.2. Materiais utilizados

Numa fase inicial construí-se uma carta dirigida a cada médico de família onde eram explicitados os objectivos do estudo e a definição dos critérios para a inclusão de utentes na investigação. Foi também elaborada uma folha de registo para que o médico sinalizasse o nome e o contacto telefónico do utente a ser potencialmente incluído no estudo. Quanto aos materiais utilizados na aplicação desta investigação, foram vários os materiais construídos.

Especificamente para o grupo de intervenção cognitiva-narrativa, o manual de intervenção cognitiva-narrativa foi adaptado de Silva (2004) do manual de intervenção breve para doentes dispépticos. Ainda para a implementação desta intervenção foi construído para o efeito um instrumento que servia de guia para a aplicação da intervenção e de registo dos principais resultados obtidos ao longo das sessões, facilitando a organização dos dados mais relevantes e permitindo também a adesão do terapeuta ao manual desta intervenção.

Quanto aos materiais usados no grupo de expressão emocional de Pennebaker foi apenas construída uma folha onde eram fornecidas as instruções para a realização da tarefa escrita, tendo esta folha sido adaptada das instruções usadas por Greenberg e Stone (1992).

Além dos materiais específicos para cada um destes grupos foram utilizados um conjunto de materiais comuns a todos os grupos, nomeadamente a folha de consentimento informado e a ficha de *feedback* aos médicos, onde era registada informação relevante acerca do encaminhamento dado ao paciente que era entregue no final do *follow-up* ao médico de família respectivo.

9.4.3. Avaliações

Toda a investigação foi desenvolvida e implementada pela autora do estudo com prática clínica em cuidados de saúde primários e com formação em psicoterapia cognitiva-narrativa, tendo realizado todas as avaliações desde o pré-teste até ao *follow-up*. O facto de ter sido apenas um investigador a proceder a todas as fases da implementação e de avaliação das intervenções homogeneizou as condições de aplicação da investigação.

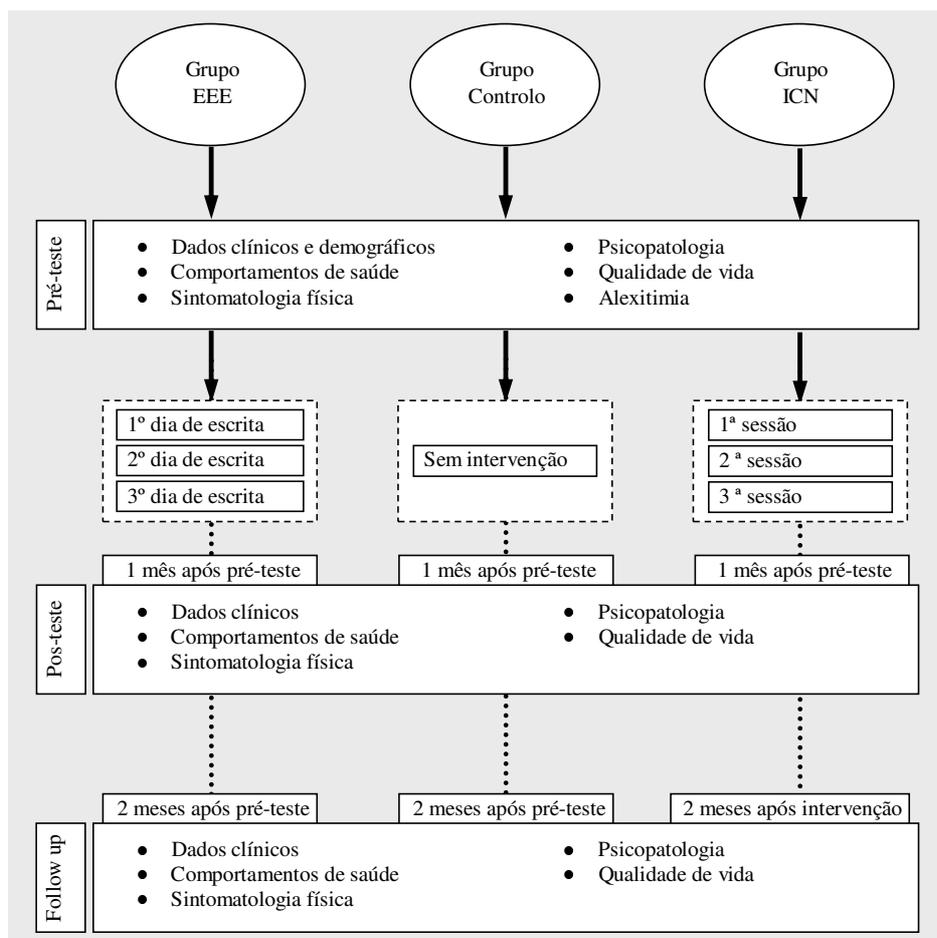


Figura 9.4: Esquema geral da implementação da investigação.

Nesta Figura 9.4 apresentamos os diferentes momentos da avaliação para cada grupo da investigação, assim como os vários constructos medidos ao longo de todo o processo desde o pré-teste (antes da intervenção), ao pós-teste (imediatamente após a intervenção) e ao *follow-up* (2 meses após a intervenção), pretendendo-se com a avaliação do *follow-up* medir a estabilidade dos efeitos do tratamento, verificando se os efeitos do tratamento perduram no tempo ou se desaparecem.

9.5. Desenho do estudo

Dada a inexistência de pesquisa que relate a implementação de intervenções psicológicas dirigidas aos somatizadores nos cuidados de saúde primários, pretende-se com este estudo colmatar essa falha concretizando os seguintes objectivos:

- i) Implementar intervenções de expressão emocional em utentes somatizadores;
- ii) Avaliar a eficácia desse tipo de intervenções nos somatizadores;
- iii) Comparar a eficácia dos dois tipos de intervenção entre si.

Foi utilizado um plano pré-teste/pós-teste, com a utilização de dois grupos experimentais e de um grupo de controlo. Os grupos experimentais correspondem às intervenções de expressão emocional, uma delas de intervenção escrita baseada nas investigações de Pennebaker e Beall (1986), e a outra corresponde a uma intervenção do tipo cognitiva-narrativa desenvolvida com base nos trabalhos de Gonçalves (1998b). Quanto ao grupo controlo este é do tipo de não intervenção. Neste tipo de plano a característica principal é que os participantes são avaliados antes e depois da intervenção. Assim, o efeito da intervenção é reflectido na quantidade de mudança que vai da avaliação do pré-teste ao pós-teste (Kazdin, 1980). O facto de usarmos o pré-teste permite também que dentro de cada grupo, diferentes níveis de performance no pré-teste sejam usados como variáveis separadas no plano, trazendo vantagens para as análises estatísticas. A escolha pela utilização de um grupo de controlo oferece algumas vantagens na investigação clínica, nomeadamente porque permite controlar algumas ameaças à validade interna como a história, a maturação, a testagem repetida e a instrumentação.

A formação dos três grupos foi feita ao acaso, à medida que os participantes eram avaliados no pré-teste eram distribuídos por cada uma das condições, contudo, uma vez que na constituição dos grupos não se poderia antecipar a equivalência em todas as características, utilizaram-se procedimentos complementares para assegurar a equivalência utilizando o método de emparelhamento dos participantes (Almeida & Freire, 1997), ou seja os sujeitos eram repartidos pelas três condições com base numa distribuição mais ou menos equitativa relativamente ao sexo e à idade.

Capítulo 10: Resultados do estudo de intervenção

Este capítulo apresenta os resultados da avaliação do impacto das intervenções na perturbação emocional, na qualidade de vida e na sintomatologia física. Posteriormente apresenta os resultados das análises de regressão múltipla para o estudo de moderação nas intervenções de expressão emocional. Salientamos que as análises estatísticas realizadas se centram apenas nos participantes que concluíram todas as fases do estudo, incluindo o *follow-up* final.

10.1. Eficácia das intervenções de expressão emocional

Com o objectivo de avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas foram realizadas análises de variância com medidas repetidas. Como foram encontradas diferenças nos grupos terapêuticos quanto às variáveis estado civil e idade estas foram inseridas como covariantes em todas as análises realizadas.

10.1.1. Impacto na perturbação emocional

10.1.1.1. Impacto das intervenções na ansiedade

A Tabela 10.1 e o gráfico Figura 10.1 apresentam os valores de ansiedade para os grupos terapêuticos e para o grupo de controlo em função dos vários momentos de avaliação.

Tabela 10.1: Valores de ansiedade em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	2.36	2.32	2.27
	<i>DP</i>	0.52	0.58	0.50
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	2.75	2.24	2.02
	<i>DP</i>	0.57	0.61	0.65
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	2.80	2.27	2.04
	<i>DP</i>	0.42	0.37	0.37

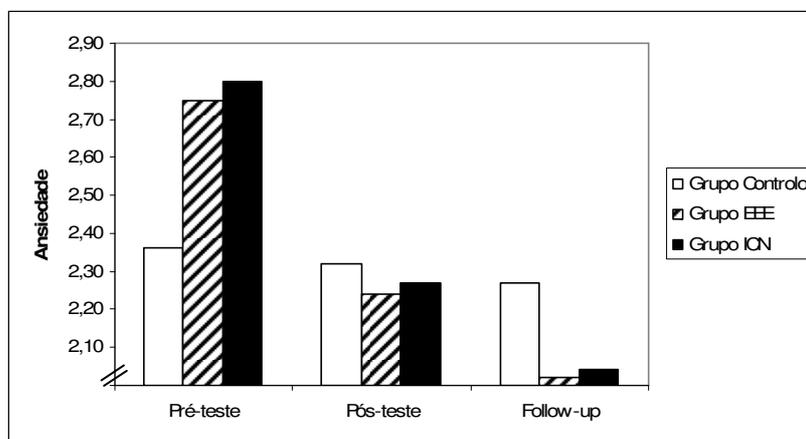


Figura 10.1: Valores de ansiedade em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Verificamos que os vários grupos apresentam índices de ansiedade diferentes antes de serem expostos a qualquer tipo de tratamento ($F_{2, 65} = 5.05, p = .009$). Ou seja, os resultados mostram que o grupo de controlo apresenta valores de ansiedade mais baixos do que os grupos de intervenção de expressão emocional escrita e de intervenção cognitiva-narrativa ($t_{45} = 2.41, p = .020$ e $t_{43} = 3.08, p = .004$, respectivamente). O grupo de expressão emocional escrita não se diferencia significativamente do grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($t_{42} < 1$).

No segundo momento de avaliação não se encontraram diferenças entre os grupos ($F_{2, 65} < 1$) assim como no terceiro momento de avaliação também não se verificaram diferenças entre os grupos ($F_{2, 65} < 1.68, ns$).

Ao verificarmos a eficácia das intervenções sobre os níveis de ansiedade dos participantes por momento de avaliação e por grupo, constatamos que o grupo de controlo mantém o seu

nível de ansiedade ao longo dos três momentos ($F2, 46 < 1$). Já os participantes nas condições de tratamento mostraram uma diminuição significativa nos seus níveis de ansiedade após o tratamento e uma progressão dessa diminuição, embora menos acentuada, do pós-teste ao *follow-up*. Quanto ao grupo de expressão emocional escrita, o tratamento foi eficaz desde a linha de base ao final da intervenção ($t22 = 5.68, p < .001$) prosseguindo até ao *follow-up* dois meses depois ($t22 = 2.74, p = .012$), $F2, 44 = 29.26, p < .001$. Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram significativamente do tratamento ao longo das várias fases. O grupo de intervenção cognitiva-narrativa apresenta resultados similares aos do grupo de expressão emocional escrita, ou seja, o índice de ansiedade diminuiu da primeira avaliação para a segunda ($t20 = 6.03, p < .001$) e da segunda para a terceira ($t20 = 2.73, p = .013$), $F2, 40 = 34.71, p < .001$.

10.1.1.2. Impacto das intervenções na depressão

A Tabela 10.2 e a Figura 10.2 apresentam os valores da análise de interação para a dimensão da depressão para os três grupos por fases do estudo.

Tabela 10.2: Valores de depressão em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	2.59	2.43	2.56
	<i>DP</i>	0.72	0.67	0.65
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	2.77	2.29	2.09
	<i>DP</i>	0.45	0.64	0.59
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	3.01	2.42	2.21
	<i>DP</i>	0.61	0.44	0.52

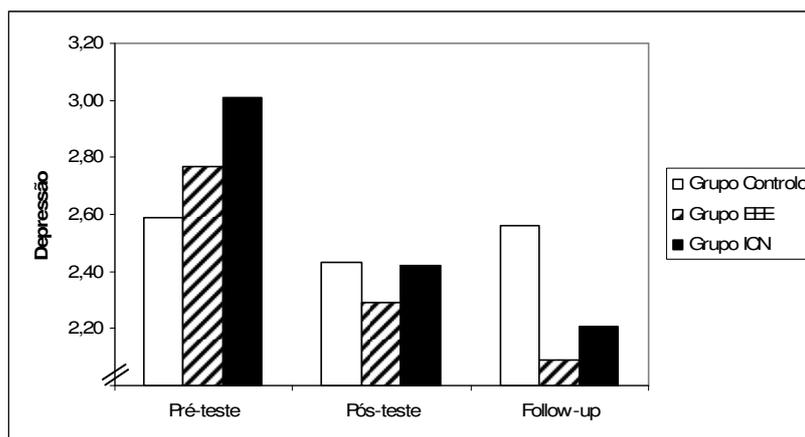


Figura 10.2: Valores de depressão em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Uma análise de variância de medidas repetidas revelou uma interacção significativa Fases x Grupo ($F_{2, 126} = 11.64, p < .001, \eta^2 = 0.270$). Verificamos, ao decomposmos esta interacção por Momentos, que os grupos apresentaram valores de depressão diferentes antes de serem expostos a qualquer tipo de intervenção ($F_{2, 65} = 2.68, p = .076$). Os resultados mostram que os participantes do grupo de intervenção cognitiva-narrativa apresentam índices de depressão mais elevados do que os do grupo controlo ($t_{43} = 2.08, p = .043$). Não se verificaram mais diferenças entre os grupos (t sempre $< 1.05, ns$).

No segundo momento não se encontraram diferenças entre os grupos ($F_{2, 65} < 1$). Quanto ao terceiro momento ($F_{2, 65} = 3.99, p = .023$), o grupo de expressão emocional escrita e o grupo cognitivo-narrativo apresentam índices de depressão significativamente menores ($t_{45} = 2.58, p = .013$ e $t_{43} = 1.98, p = .055$, respectivamente) que o grupo controlo. Os dois grupos experimentais não se diferenciam significativamente um do outro ($t_{42} < 1$).

Ao decomposmos a interacção inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada intervenção tem eficácia sobre o índice de depressão medido pela subescala da SCL-90 dos participantes), verificamos que o grupo controlo mantém o seu índice de depressão ao longo dos 3 momentos ($F_{2, 46} = 1.76, ns$). Quanto ao grupo de expressão emocional escrita, o tratamento revelou-se eficaz da linha de base para o pós-teste ($t_{22} = 5.08, p < .001$) e do pós-teste para o *follow-up* ($t_{22} = 2.53, p = .019$), $F_{2, 44} = 31.89, p < .001$. Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram significativamente do tratamento ao longo dos três momentos. O grupo de intervenção cognitiva-narrativa apresenta resultados similares aos do grupo de expressão emocional escrita. O índice de depressão diminuiu do primeiro momento para o segundo ($t_{20} = 7.52, p < .001$) e do

segundo para o terceiro ($t_{20} = 3.32, p = .003$). Sendo assim, podemos dizer que os dois grupos de intervenção são igualmente eficazes na diminuição do índice de depressão medido através da escala SCL-90.

10.1.2. Impacto na qualidade de vida

Realizámos uma análise de variância Grupo x Momentos sobre cada um dos factores da escala MOS (Função Física, Desempenho Físico, Dor Física, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental e Mudança de Saúde) tendo como covariante o estado civil (uma vez que esta variável não está distribuída de forma equivalente por grupo de tratamento). Os resultados mostram que o estado civil não interage significativamente com as fases do estudo em nenhum dos factores ($F_{2, 128}$ sempre $< 2.01, p$ sempre ns), pelo que nos vamos abster de comentar a influência desta variável na análise dos resultados. Apresentamos de seguida os resultados que evidenciaram interacções Grupo x Momentos significativas, analisando as interacções para cada um dos factores.

10.1.2.1. Impacto na função física

No factor Função Física, verificamos uma interacção significativa Momentos x Grupo ($F_{4, 128} = 2.83, p = .028, \eta^2 = .081$), ver Tabela 10.3 e Figura 10.3.

Tabela 10.3: Função física em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	70.59	72.29	67.39
	<i>DP</i>	26.46	21.10	22.16
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	75.22	82.39	78.10
	<i>DP</i>	20.80	17.38	16.24
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	77.14	78.10	79.76
	<i>DP</i>	19.72	16.24	19.01

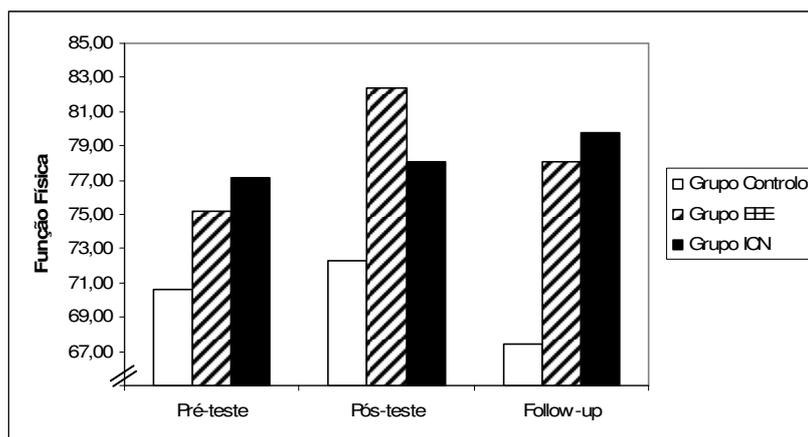


Figura 10.3: Função física em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interação por Momentos, verificamos que os três grupos demonstraram índices de função física semelhantes antes de serem expostos a qualquer tipo de tratamento ($F_2, 65 < 1$). Também na avaliação do pós-teste não se encontraram diferenças entre nenhum dos grupos ($F_2, 65 = 1.77, ns$).

Quanto ao *follow-up*, os dois grupos experimentais tiveram um efeito semelhante sobre as respostas dos indivíduos quanto à função física. O grupo controlo apresenta índices de função física mais baixos do que os outros grupos (grupo expressão emocional escrita e grupo intervenção cognitiva-narrativa, $t_{45} = 3.28, p = .002$ e $t_{43} = 2.00, p = .05$, respectivamente). Não foram encontradas diferenças entre os dois grupos terapêuticos ($t_{42} = 1.14, ns$).

Ao decompor a interação inicial por Grupo, no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre a função física dos participantes, verificamos que o grupo controlo mantém valores semelhantes ao longo das três fases de avaliação. Apesar de se encontrarem diferenças entre o pós-teste e o *follow-up* ($t_{23} = 2.76, p = .011$) essas diferenças não são significativas relativamente ao pré-teste (t_{23} sempre < 1). Quanto aos participantes submetidos à intervenção de expressão emocional escrita, a intervenção foi eficaz do primeiro momento para o segundo ($t_{22} = 2.16, p = .042$), e mais eficaz ainda do segundo para o terceiro ($t_{22} = 2.34, p = .029$) (entre o pós-teste e o *follow-up*). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram da intervenção imediatamente a terem iniciado e intensificaram esses benefícios até à última avaliação. Quanto ao grupo de intervenção cognitiva-narrativa não encontramos melhorias na função física dos participantes ao longo dos vários momentos (t_{20} sempre < 1).

10.1.2.2. Impacto no desempenho físico

No factor desempenho físico, verificamos uma interacção significativa Momentos x Grupo ($F_{4, 128} = 10.043, p < .001, \eta^2 = .239$), ver Tabela 10.4 e Figura 10.4.

Tabela 10.4: Desempenho físico em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	47.77	47.92	46.35
	<i>DP</i>	26.54	24.70	23.23
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	38.04	57.50	69.29
	<i>DP</i>	19.48	24.36	24.35
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	45.54	55.95	59.62
	<i>DP</i>	25.55	24.88	25.19

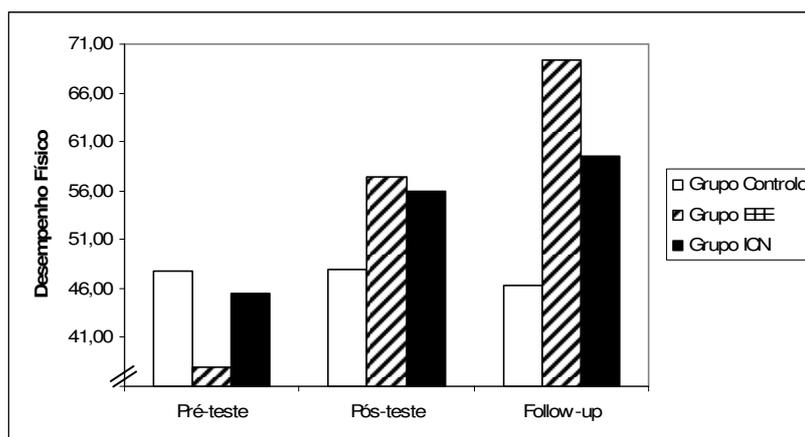


Figura 10.4: Desempenho físico em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interacção por Momentos, verificamos que os três grupos demonstraram valores de desempenho físico semelhantes antes de iniciarem qualquer tipo de intervenção ($F_{2, 65} = 1.42, ns$). No pós-teste não se encontraram diferenças entre os grupos ($F_{2, 65} = 1.02, ns$).

No *follow-up*, o grupo de expressão emocional escrita mostra-se mais eficaz do que o grupo controlo ($t_{45} = 3.31, p = .002$). Não existem diferenças entre o grupo de intervenção cognitiva-narrativa e os outros grupos (t sempre $< 1.85, ns$).

Ao decompor a interação inicial por Grupo (para verificarmos em que fases é que cada intervenção tem eficácia sobre o desempenho físico dos participantes), verificamos que o desempenho físico do grupo controlo não sofreu alterações significativas ao longo das várias avaliações, t_{23} sempre < 1 . Quanto ao grupo de expressão emocional escrita, a intervenção trouxe melhorias no desempenho físico logo após o tratamento ($t_{22} = 4.63$, $p < .001$) e que se intensificaram do pós-teste para o *follow-up* ($t_{22} = 4.18$, $p < .001$). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram da intervenção imediatamente a terem iniciado e intensificaram esses benefícios até dois meses após o início. Já para o grupo de intervenção cognitiva-narrativa os participantes desta condição experimental obtiveram melhorias apenas da linha de base até ao pós-teste ($t_{20} = 3.11$, $p < .001$), mantendo esses efeitos até dois meses depois da intervenção, $t_{20} = 3.01$, $p = .007$ (entre o primeiro e o terceiro); $t_{20} = 1.02$, *ns* (entre o segundo e o terceiro momentos).

10.1.2.3. Impacto na dor física

No factor dor física, verificamos uma interação significativa Momentos x Grupo (F_4 , 128 = 4.91, $p = .001$, $\eta^2 = .133$), ver Tabela 10.5 e Figura 10.5.

Tabela 10.5: Dor física em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	41.42	40.13	42.21
	<i>DP</i>	18.98	18.36	17.46
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	42.74	60.87	64.83
	<i>DP</i>	22.05	22.84	23.38
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	40.62	47.14	54.29
	<i>DP</i>	20.00	19.08	20.29

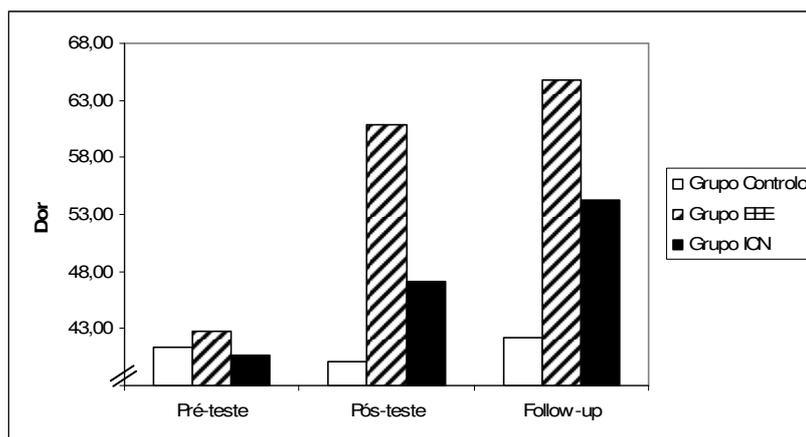


Figura 10.5: Dor física em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interação por Momentos, verificamos que os grupos demonstraram valores de dor física semelhantes antes de serem expostos a qualquer tipo de intervenção ($F2, 65 < 1$).

No pós-teste encontramos diferenças entre os grupos ($F2, 65 = 6.37, p = .003$). O grupo de expressão emocional escrita apresenta mais melhorias na dor física do que o grupo controle ($t45 = 3.44, p = .001$) e do que o grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($t42 = 2.15, p = .037$). O grupo de intervenção cognitiva-narrativa não se diferencia do grupo controle ($t43 = 1.26, ns$).

No *follow-up*, o grupo de expressão emocional escrita apresenta valores de dor física semelhantes ao grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($t42 = 1.59, ns$) e os dois diferenciam-se significativamente do grupo controle ($t45 = 3.77, p < .001$), comparado com o grupo de expressão emocional escrita ($t43 = 2.15, p = .04$).

Ao decompor a interação inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre a dor física dos participantes), verificamos que o grupo controle mantém o seu índice ao longo dos três momentos $t23$ sempre < 1 . Quanto ao grupo de expressão emocional escrita, verificamos um aumento dos valores do pré-teste para o pós-teste ($t22 = 3.57, p = .002$). Os resultados mantêm-se entre o pós-teste e o *follow-up* ($t22 = 4.17, p < .001$), entre o pré-teste e o *follow-up* ($t22 = 1.74, ns$). Resultados semelhantes foram encontrados para o grupo de intervenção cognitiva-narrativa, ou seja, evidencia diferenças apenas do pré-teste para o pós-teste ($t20 = 2.31, p = .032$). Essa melhoria mantém-se semelhante no terceiro momento, $t20 = 3.52, p = .002$ (entre o primeiro e o terceiro); $t20 = 1.93, ns$ (entre o segundo e o terceiro momentos).

10.1.2.4. Impacto na vitalidade

No factor vitalidade, verificamos uma interacção significativa Momentos x Grupo ($F_4, 128 = 3.92, p = .025, \eta^2 = .109$), ver Tabela 10.6 e Figura 10.6.

Tabela 10.6: Vitalidade em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	41.88	43.54	44.87
	<i>DP</i>	14.73	16.38	17.06
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	38.70	53.48	60.00
	<i>DP</i>	11.99	13.09	13.06
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	40.01	48.57	50.80
	<i>DP</i>	13.60	16.14	16.30

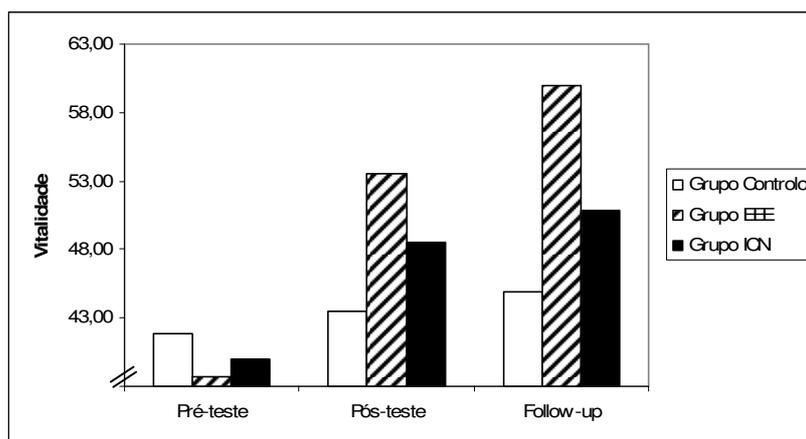


Figura 10.6: Vitalidade em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interacção por Momentos, verificamos que todos os grupos demonstraram valores de vitalidade semelhantes antes de serem expostos a qualquer tipo de intervenção ($F_2, 65 < 1$).

Na segunda avaliação encontram-se diferenças marginais entre os grupos ($F_2, 65 = 2.49, p = .09$). O grupo de expressão emocional escrita diferencia-se significativamente do grupo controlo ($t_{45} = 2.29, p = .027$) e não se diferencia do grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($t_{42} = 1.11, ns$). Não existem diferenças significativas entre o grupo controlo e o grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($t_{43} = 1.04, ns$).

Na terceira avaliação, o grupo de expressão escrita mostra-se mais eficaz do que o grupo controlo ($t_{45} = 3.40, p = .001$) e do que o grupo de intervenção narrativa ($t_{42} = 2.08, p = .044$). Não existem diferenças entre o grupo de intervenção cognitiva-narrativa e o grupo controlo ($t_{43} = 1.19, ns$).

Ao decompor a interação inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre os índices de vitalidade dos participantes), verificamos que o grupo controlo mantém o seu índice ao longo das três avaliações, t_{23} sempre < 1 . Quanto ao grupo de expressão escrita, a intervenção foi mais eficaz da primeira avaliação para a segunda ($t_{22} = 5.34, p < .001$) e esses resultados intensificaram-se da segunda para a terceira, $t_{22} = 2.55, p = .018$ (entre a segunda e a terceira avaliações). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram do tratamento imediatamente depois de o iniciarem e intensificaram esses benefícios até à última avaliação. O grupo de intervenção cognitiva-narrativa evidencia melhorias na vitalidade apenas do pré-teste para o pós-teste ($t_{20} = 3.01, p = .007$). Mantém efeitos semelhantes até ao terceiro momento, $t_{20} = 3.37, p = .003$ (entre o primeiro e o terceiro momentos); $t_{20} = 1.05, ns$ (entre o segundo e o terceiro momentos).

10.1.2.5. Impacto na função social

No factor função social, verificamos uma interação significativa Momentos x Grupo ($F_{4, 128} = 5.69, p < .001, \eta^2 = .151$), ver Tabela 10.7 e Figura 10.7.

Tabela 10.7: Função social em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	50.52	53.65	54.69
	<i>DP</i>	20.68	22.57	25.22
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	43.65	63.04	75.00
	<i>DP</i>	20.51	20.46	18.07
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	43.45	54.17	64.29
	<i>DP</i>	21.15	24.79	17.80

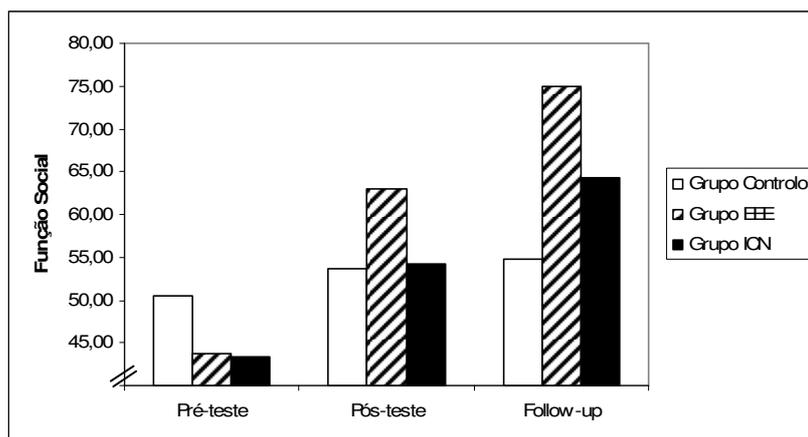


Figura 10.7: Função social em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interação por Momentos, verificamos que os grupos demonstraram valores de função social semelhantes antes de serem expostos a qualquer tipo de intervenção ($F_2, 65 < 1$).

Na segunda avaliação não se encontram diferenças entre os grupos ($F_2, 65 = 1.25, ns$).

Na terceira avaliação, o grupo de expressão emocional escrita mostra-se mais eficaz do que o grupo controlo ($t_{45} = 3.16, p = .003$) e do que o grupo de intervenção narrativa ($t_{42} = 1.98, p = .055$). Não existem diferenças entre o grupo de intervenção narrativa e o grupo controlo ($t_{43} = 1.46, ns$).

Ao decompor a interação inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre a função social dos participantes), verificamos que o grupo controlo mantém o seu nível de funcionamento social ao longo das três avaliações, t_{23} sempre < 1 . Quanto ao impacto das intervenções na função social, verificamos que a intervenção escrita faz aumentar os níveis de funcionamento social do pré-teste até ao final da intervenção ($t_{22} = 4.64, p < .001$). Esses resultados intensificaram-se desde o final da intervenção até dois meses depois ($t_{22} = 3.75, p = .001$) (entre a segunda e a terceira avaliações). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram do tratamento imediatamente após a terem iniciado e intensificaram esses benefícios até ao *follow-up*. Resultados semelhantes foram obtidos para os participantes sujeitos à intervenção narrativa, havendo benefícios logo após o tratamento que se intensificaram até ao *follow-up*. Os resultados evidenciam diferenças significativas do primeiro momento para o segundo ($t_{20} = 2.69, p = .014$) e um aumento desses efeitos da segunda para a terceira avaliação ($t_{20} = 3.30, p = .004$).

10.1.2.6. Impacto no desempenho emocional

No factor desempenho emocional, verificamos uma interacção significativa Momentos x Grupo ($F_{4, 128} = 5.54, p < .001, \eta^2 = .148$), como podemos ver na Tabela 10.8 e Figura 10.8.

Tabela 10.8: Desempenho emocional em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	48.61	49.65	45.49
	<i>DP</i>	25.85	24.01	23.05
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	40.94	63.41	67.75
	<i>DP</i>	22.74	23.40	23.74
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	41.67	48.81	59.52
	<i>DP</i>	23.72	21.13	23.76

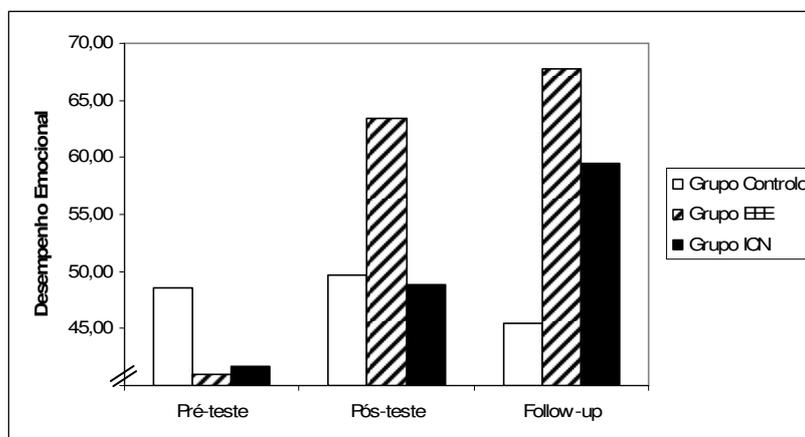


Figura 10.8: Desempenho emocional em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interacção por Momentos, verificamos que os grupos demonstraram valores semelhantes de desempenho emocional antes de serem expostos a qualquer tipo de tratamento ($F_{2, 65} < 1$).

No segundo momento de avaliação já se encontraram diferenças marginais entre os grupos ($F_{2, 65} = 2.90, p = .06$). Os resultados evidenciam diferenças entre o grupo de expressão escrita e os outros (grupo controlo, grupo de intervenção cognitiva-narrativa, $t_{45} = 1.99, p = .05$ e $t_{42} = 2.16, p = .036$, respectivamente), sendo que o grupo de expressão emocional

escrita apresenta em média, maior valor de desempenho físico do que os participantes dos outros grupos. Não existem diferenças entre o grupo controlo e o de intervenção narrativa nesta segunda avaliação ($t_{43} < 1$). A intervenção escrita teve efeito sobre o desempenho emocional logo após o final da intervenção.

No *follow-up*, a intervenção cognitiva-narrativa teve efeitos no desempenho emocional dos participantes. O grupo controlo apresenta índices de desempenho emocional mais baixos do que os outros grupos (grupo expressão escrita, grupo intervenção narrativa, $t_{45} = 3.26$, $p = .002$ e $t_{43} = 2.01$, $p = .05$, respectivamente). Não existem diferenças entre o grupo de expressão emocional escrita e o grupo de intervenção cognitiva-narrativa ($t_{42} = 1.15$, *ns*).

Ao decompor a interação inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre o desempenho emocional dos participantes), verificamos que o grupo controlo mantém o seu índice ao longo dos três momentos de avaliação, t_{23} sempre < 1 . Quanto ao grupo de escrita, o tratamento trouxe melhorias no desempenho emocional do primeiro momento para o segundo, $t_{22} = 4.24$, $p < .001$, que se mantiveram até à avaliação de *follow-up*, $t_{22} = 5.04$, $p < .001$ (entre o pré-teste e o *follow-up*) e, $t_{22} = 1.31$, *ns* (entre o pós-teste e o *follow-up*). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram do tratamento imediatamente a terem iniciado e mantiveram esses benefícios até dois meses depois.

Já para o grupo de intervenção narrativa os benefícios ao nível do desempenho emocional foram mais evidentes entre o pós-teste e o *follow-up*. Os participantes beneficiaram do tratamento do segundo para o terceiro momento ($t_{20} = 2.18$, $p = .041$), não havendo melhorias imediatamente após a intervenção ($t_{20} = 1.70$, *ns*).

10.1.2.7. Impacto na saúde mental

No factor saúde mental da MOS, verificamos uma interacção significativa Momentos x Grupo ($F_{4, 128} = 2.99, p = .021, \eta^2 = .085$), ver Tabela 10.9 e Figura 10.9.

Tabela 10.9: Saúde mental em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	37.33	47.24	42.35
	<i>DP</i>	19.23	17.95	17.85
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	36.29	52.17	55.66
	<i>DP</i>	10.37	13.51	15.63
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	29.65	41.90	46.48
	<i>DP</i>	13.86	14.78	12.68

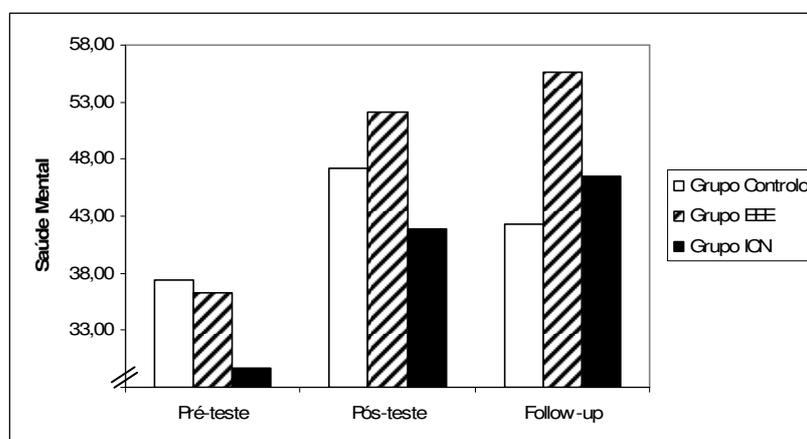


Figura 10.9: Saúde mental em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interacção por Momentos, verificamos que os vários grupos demonstraram valores de saúde mental similares antes de serem expostos a qualquer tipo de intervenção ($F_{2, 65} = 1.68, ns$).

No segundo momento avaliativo já se encontraram diferenças tendenciais entre os grupos ($F_{2, 65} = 2.38, p = .10$). Os resultados evidenciam diferenças entre o grupo de expressão

escrita e o grupo de intervenção narrativa ($t_{42} = 2.41, p = .021$). Contudo, o grupo de controlo não se diferencia de nenhum dos outros grupos. Em relação ao grupo de expressão escrita, $t_{45} = 1.06, ns$; em relação ao grupo de intervenção cognitiva-narrativa, $t_{43} = 1.08, ns$.

No terceiro momento de avaliação, o grupo de expressão escrita apresenta resultados mais elevados no índice de saúde mental do que o grupo controlo ($t_{45} = 2.72, p = .009$) e do que o grupo de intervenção narrativa ($t_{42} = 2.13, p = .039$). O grupo de intervenção cognitiva-narrativa não se diferencia significativamente do grupo controlo ($t_{43} < 1$).

Ao decompor a interação inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre a saúde mental dos participantes), verificamos que o grupo controlo tende a manter um certo equilíbrio no índice de saúde mental ao longo dos 3 momentos de avaliação. Apesar de haver um aumento significativo da primeira avaliação para a segunda ($t_{23} = 3.49, p = .002$), o valor encontrado na terceira avaliação não se diferencia de nenhum dos momentos anteriores (t_{23} sempre $< 1.71, ns$).

Quanto ao grupo de expressão escrita, o tratamento foi eficaz do primeiro momento para o segundo ($t_{22} = 5.49, p < .001$) mantendo-se os resultados até ao *follow-up*, $t_{22} = 5.41, p < .001$ (entre o pré-teste e o *follow-up*) e, $t_{22} = 1.80, ns$ (entre o pós-teste e o *follow-up*). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram do tratamento imediatamente a terem iniciado e mantiveram esses benefícios até à última avaliação. O grupo cognitivo-narrativo apresenta resultados similares aos do grupo de expressão escrita ao longo dos três momentos. O índice de saúde mental aumentou da primeira avaliação para a segunda ($t_{20} = 3.99, p = .001$) e manteve-se na terceira, $t_{20} = 5.12, p < .001$ (entre a primeira e a terceira) e, $t_{20} = 1.24, ns$ (entre a segunda e a terceira avaliações).

10.1.3. Impacto na sintomatologia física

Realizámos uma ANOVA Grupo x Momentos sobre o PHQ total, tendo como covariante o estado civil (uma vez que esta variável não está distribuída de forma equivalente por grupo de tratamento). Os resultados mostram que os momentos por si só não têm qualquer efeito ($F_2, 128 < 1$). Para além disso, o estado civil não interage significativamente com os

Momentos ($F2, 128 = 2.50, ns$). Os resultados mostram uma interacção Grupo x Momentos ($F2, 128 = 6.85, p < .001, \eta^2 = .176$), ver Tabela 10.10 e Figura 10.10.

Tabela 10.10: Sintomatologia Física em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Grupos		Momentos		
		Pré-teste	Pós-teste	Follow-up
Controlo	<i>M</i>	30.25	29.25	28.29
	<i>DP</i>	6.91	5.47	5.38
Expressão Emocional Escrita	<i>M</i>	29.39	25.39	24.17
	<i>DP</i>	4.70	5.62	6.32
Intervenção Cognitiva-Narrativa	<i>M</i>	32.29	26.33	25.26
	<i>DP</i>	4.86	4.02	3.95

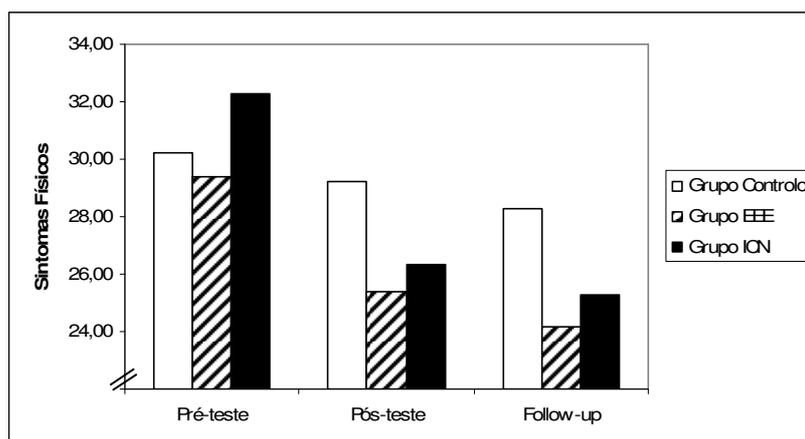


Figura 10.10: Sintomatologia Física em função do grupo e dos momentos de avaliação.

Ao decompor esta interacção por Momentos, verificamos que os grupos demonstraram valores de sintomatologia física semelhantes antes de serem expostos a qualquer tipo de intervenção ($F2, 65 = 1.52, ns$).

No segundo momento já se encontraram diferenças entre os grupos ($F2, 65 = 3.62, p = .032$). Os resultados evidenciam diferenças entre o grupo controlo e os outros (grupo expressão escrita e grupo intervenção narrativa; $t45 = 2.39, p = .021$ e $t43 = 2.01, p = .050$, respectivamente), sendo que o grupo controlo apresenta em média maior valor de sintomatologia física. Não existem diferenças entre o grupo de expressão escrita e o grupo

de intervenção narrativa neste momento ($t_{42} < 1$). Os dois grupos de tratamento tiveram efeito sobre a sintomatologia física.

No terceiro momento, encontramos resultados consistentes com os do segundo momento. O grupo controlo apresenta mais sintomatologia física do que os outros grupos (grupo expressão escrita e grupo intervenção narrativa, $t_{45} = 2.41$, $p = .020$ e $t_{43} = 2.13$, $p = .039$, respectivamente). Não existem diferenças entre os dois grupos experimentais ($t_{42} < 1$).

Ao decompor a interacção inicial por Grupo (no sentido de verificar em que fases é que cada grupo tem eficácia sobre a sintomatologia física dos participantes), verificamos que o grupo controlo apresenta melhorias do primeiro momento para o último, $t_{23} = 2.27$, $p = .033$. Não existem diferenças entre o primeiro momento e o segundo ($t_{23} = 1.51$, *ns*), nem entre o segundo e o terceiro ($t_{23} = 1.67$, *ns*).

Quanto aos participantes do grupo de expressão escrita, houve uma diminuição das queixas físicas logo após o tratamento, do primeiro momento para o segundo ($t_{22} = 4.65$, $p < .001$), mantendo-se essas melhorias dois meses depois, $t_{22} = 4.82$, $p < .001$ (entre o primeiro e o terceiro) e, $t_{22} = 1.53$, *ns* (entre o segundo e o terceiro momentos). Assim, os resultados mostram que os participantes beneficiaram do tratamento imediatamente a terem iniciado e mantiveram esses benefícios no terceiro momento.

Para os participantes do grupo de intervenção narrativa os resultados são similares aos encontrados para o grupo de expressão escrita. Os participantes beneficiaram do tratamento do primeiro para o segundo momento ($t_{20} = 5.85$, $p < .001$) e mantiveram os resultados no terceiro momento, $t_{20} = 6.68$, $p < .001$ (entre o primeiro e o terceiro) e, $t_{20} = 1.28$, *ns* (entre o segundo e o terceiro momentos).

10.2. Estudo de variáveis moderadoras nas intervenções de expressão emocional

10.2.1. Alexitimia, perturbação emocional, uso de medicação psicotrópica e doenças

Procurámos saber em que medida é que a alexitimia, a ansiedade, a depressão, o uso de medicação psicotrópica e a existência de doença física funcionam também como preditores para além do grupo de tratamento sobre a saúde física e saúde mental, a sintomatologia física e a perturbação emocional. Para esse efeito, as medidas dependentes, saúde física e saúde mental avaliadas pela MOS, número de sintomas físicos (avaliados pelo PHQ) e ansiedade e depressão (avaliados pelo SCL-90) foram transformadas de forma a medirem as melhorias dos participantes ao longo dos três momentos, para cada uma delas. Assim, para cada uma destas medidas, construímos uma medida única que correspondia à diferença entre a medida obtida no final do terceiro momento (após o tratamento a que foram sujeitos) e a obtida no primeiro momento (antes de qualquer tratamento).

Uma vez que as regressões foram realizadas por Grupo Terapêutico (controlo, expressão emocional escrita e intervenção cognitiva-narrativa), a quantidade de participantes sujeitos a cada regressão é muito diminuta, pelo que dificultou a obtenção de resultados significativos nestas análises. No entanto, iremos apresentar os resultados obtidos, tendo em conta cada uma das medidas de melhorias analisadas.

Melhorias na Saúde Física (MOS)

A variância obtida nesta medida dependente não foi significativamente explicada pelo modelo proposto, para nenhum dos grupos terapêuticos (Controlo: $R = 0.49$ ($R^2 = 0.24$), $F7, 15 < 1$; EEE: $R = 0.55$ ($R^2 = 0.30$), $F7, 14 < 1$; ICN: $R = 0.49$ ($R^2 = 0.24$), $F7, 13 < 1$). Ou seja, alexitimia, ansiedade, depressão, uso de medicação, existência de doenças não são variáveis moderadoras nas melhorias de saúde física encontradas.

Melhorias na Saúde Mental (MOS)

A variância obtida nesta medida dependente não foi significativamente explicada pelo modelo proposto, para nenhum dos grupos terapêuticos (Controlo: $R = 0.53$ ($R^2 = 0.28$), $F7, 15 < 1$; EEE: $R = 0.54$ ($R^2 = 0.29$), $F7, 14 < 1$; ICN: $R = 0.28$ ($R^2 = 0.08$), $F7, 13 < 1$). Ou seja, alexitimia, ansiedade, depressão, uso de medicação, existência de doenças não são variáveis moderadoras nas melhorias na saúde mental encontradas.

Diminuição de Ansiedade

A variância obtida nesta medida dependente não foi significativamente explicada pelo modelo proposto, para nenhum dos grupos terapêuticos (Controlo: $R = 0.61$ ($R^2 = 0.37$), $F6, 16 = 1.58$, *ns*; EEE: $R = 0.61$ ($R^2 = 0.37$), $F6, 15 = 1.46$, *ns*; ICN: $R = 0.60$ ($R^2 = 0.36$), $F6, 14 = 1.28$, *ns*). Uma vez que os grupos terapêuticos contém poucos participantes para este tipo de análises, consideramos interessante evidenciar que, mesmo não sendo significativas, a diminuição de ansiedade é explicada significativamente pela dimensão da alexitimia, pensamento orientado para o exterior ($\beta = -.643$, $p = .023$) no grupo EEE e por “existência de doenças” ($\beta = .621$, $p = .037$) no grupo ICN. Quanto ao grupo EEE, os somatizadores que evidenciaram níveis mais altos de alexitimia na dimensão do pensamento orientado para o exterior mais diminuíram os seus níveis de ansiedade. Quanto ao grupo de intervenção narrativa, quanto menos doenças manifestaram, mais diminuíram a sua ansiedade.

Diminuição de Depressão

A variância obtida nesta medida dependente foi significativamente explicada pelo modelo proposto, apenas para o grupo de intervenção narrativa (ICN: $R = 0.80$ ($R^2 = 0.64$), $F6, 14 = 4.11$, $p = .014$; Controlo: $R = 0.52$ ($R^2 = 0.27$), $F6, 16 < 1$; EEE: $R = 0.47$ ($R^2 = 0.22$), $F6, 15 < 1$). No grupo de intervenção narrativa, a diminuição da depressão é explicada significativamente pela dimensão de pensamento orientado para o exterior ($\beta = -.99$, $p = .006$) e pela dificuldade em identificar sentimentos ($\beta = .84$, $p = .007$). Ou seja, quanto mais os somatizadores apresentavam um estilo de pensamento orientado para o exterior e menos dificuldade em identificar sentimentos, mais diminuíram os seus níveis de depressão após a intervenção cognitiva-narrativa.

Diminuição da Sintomatologia Física (PHQ)

A variância obtida nesta medida dependente foi marginalmente significativa explicada pelo modelo proposto, para o grupo controle e para o grupo cognitivo-narrativo (Controle: $R = 0.74$ ($R^2 = 0.55$), $F_{7, 15} = 2.57$, $p = .060$; ICN: $R = 0.74$ ($R^2 = 0.55$), $F_{7, 13} = 2.30$, $p = .093$; EEE: $R = 0.42$ ($R^2 = 0.18$), $F_{7, 14} < 1$). No grupo controle, a diminuição de sintomas físicos é explicada significativamente pela dificuldade em identificar sentimentos ($\beta = 0.49$, $p = .063$) e pela ansiedade ($\beta = 0.69$, $p = .029$). No grupo ICN, a diminuição de sintomas físicos é explicada significativamente por um pensamento orientado para o exterior ($\beta = -0.55$, $p = .037$), pelo uso de medicação ($\beta = -0.42$, $p = .080$), pela existência de doenças ($\beta = -0.60$, $p = .053$) e pela ansiedade ($\beta = 0.51$, $p = .068$). Quanto ao grupo controle, quanto menos dificuldade em identificar sentimentos e mais ansiedade evidenciada na primeira fase, mais diminuiu a sintomatologia física. Quanto ao grupo ICN, quanto mais evidenciaram um pensamento orientado para o exterior, menos uso de medicação na fase inicial, menos doenças na fase inicial e mais ansiedade na fase inicial, mais diminuiu a manifestação de sintomatologia física.

Capítulo 11: Discussão do estudo de intervenção

Neste capítulo analisamos e discutimos os resultados obtidos no segundo estudo empírico relativo à aplicação de intervenções de expressão emocional nos utentes somatizadores dos cuidados de saúde primários. Começamos por tecer algumas considerações sobre questões metodológicas pertinentes a este estudo e relacionadas com a recolha da amostra e com os procedimentos utilizados. Posteriormente, apresentamos a discussão dos resultados, comparando, sempre que possível, com estudos similares efectuados na área da saúde. Finalmente terminamos este capítulo com uma breve conclusão.

11.1. Metodologia

O tipo de planeamento escolhido para este estudo permitiu-nos comparar dois tipos de intervenção entre si, a intervenção cognitiva-narrativa e a intervenção de expressão emocional escrita com uma condição de não tratamento, o grupo de controlo, facilitando assim o explorar dos benefícios de cada intervenção obtendo dados mais explícitos acerca da eficácia de cada uma.

A obtenção de participantes para a nossa investigação foi particularmente difícil nomeadamente pela pouca colaboração que obtivemos do pessoal médico dos vários centros de saúde, apesar de haver um corpo de pessoal médico bastante alargado, em cada unidade de saúde apenas um número restrito de médicos encaminhava utentes para o estudo. É de salientar também a elevada mortalidade experimental da amostra, 38%, sendo que o maior número de desistências ocorreu depois do pré-teste e antes do pós-teste,

havendo um maior número de desistências no grupo de expressão escrita, 16 pacientes. Pensamos que estas desistências se devem à dificuldade na adesão à tarefa escrita, desses 16, apenas 3 justificaram a sua desistência, um deles por ter começado a trabalhar, outro por ser hospitalizado e outro por ter iniciado acompanhamento psicológico particular. Tanto no grupo de controlo como no grupo de intervenção cognitiva-narrativa tivemos igual número de desistências, 8 por cada grupo. No grupo de controlo, um paciente foi submetido a uma intervenção cirúrgica, outro não tinha possibilidade de se deslocar ao centro de saúde e o outro recomeçou a trabalhar, sendo que os 5 restantes não justificaram a sua não comparência à avaliação de pós-teste. No grupo de intervenção cognitiva-narrativa houve dois pacientes que foram encaminhados para o serviço de Psiquiatria, outro não tinha forma de se deslocar ao centro de saúde e os restantes não deram justificação. Concluíram todas as fases do processo, 68 participantes, 63 mulheres e 5 homens.

Outra questão com que nos deparámos foi a dificuldade na construção da amostra, dado o pequeno número de pacientes que era encaminhado e dadas as desistências que iam ocorrendo, foram incluídos todos os participantes seleccionados pelos seus médicos de família. Deste facto resultou uma não homogeneização de todos os grupos, que se traduziu em diferenças nos grupos especificamente em relação às variáveis estado civil e idade, diferenças essas que se procuraram ultrapassar com a realização de análises estatísticas à posteriori.

Os instrumentos utilizados, nomeadamente a TAS-20, o SCL-90 e a MOS-SF 36 são medidas validadas em estudos internacionais e já traduzidas e aferidas para a população portuguesa, no entanto, analisámos como se comportaram psicometricamente na nossa amostra. Já relativamente à escala PHQ-15, para avaliação da sintomatologia física, procedemos neste estudo à sua tradução e adaptação. Além de recorrermos a estas medidas de avaliação da alexitimia, da perturbação emocional, da qualidade de vida e da sintomatologia física, recorreremos também, através da ficha sociodemográfica e clínica, à recolha de dados da utilização dos cuidados de saúde e dos comportamentos de saúde dos participantes. Ou seja, além de procurarmos avaliar o impacto das intervenções a um nível individual procurámos também avaliar dimensões mais genéricas como o impacto social e o impacto nos serviços de saúde, que Kazdin (1998) recomenda como medidas mais fortes

do ponto de vista clínico e social, abarcando assim dimensões mais significativas do problema.

Em relação aos procedimentos adoptados é de referenciar a dificuldade que representou a adesão dos participantes do grupo de EEE à tarefa escrita, provavelmente motivada pela baixa escolaridade que caracteriza a nossa amostra e pela inexistência de hábitos de leitura ou de escrita nesta população essencialmente rural. Assim, esta nossa proposta foi aceite com alguma estranheza pelo tipo de tarefa pedido e também porque, para grande parte dos participantes, esta investigação representou o primeiro contacto que tiveram com um psicólogo.

Para a implementação da intervenção cognitiva-narrativa recorreremos ao uso de um manual detalhadamente descrito o que facilitou a adesão do terapeuta ao manual. Grande parte das investigações que referem tratamentos para os quais o manual não existe nem é seguido são de utilidade limitada em termos de avaliação da eficácia do tratamento (Chambless & Hollon, 1998). O manual que utilizámos encontra-se descrito sessão a sessão com os procedimentos a adoptar e com exemplos para clarificar os vários passos da intervenção. É de salientar que paralelamente ao recurso do seguimento do manual de terapia cognitiva-narrativa a autora do estudo teve treino e supervisão na aplicação deste manual a doentes com dor crónica pelo autor do manual. O facto de ter sido apenas a autora a aplicar as intervenções a todos os participantes, apesar de corresponder a um acumular de tarefas simultâneas, permitiu uma homogeneização das condições de implementação e de avaliação das intervenções.

11.2. Resultados

Para comentarmos os resultados encontrados optámos por organizar as principais conclusões separadamente para cada uma das intervenções implementadas, facilitando a comparação dos resultados obtidos com os de outras pesquisas já realizadas nesta área.

Relativamente ao impacto da intervenção de expressão emocional escrita sintetizamos as principais conclusões:

- i) A intervenção foi eficaz na diminuição dos níveis de perturbação emocional, ansiedade e de depressão, logo após a intervenção, e na progressão dessa diminuição até ao *follow-up* de dois meses após a intervenção.

Quando comparamos estes dados com os de outros estudos constatamos uma diminuição dos níveis de perturbação afectiva num *follow-up* de dois meses em pacientes com artrite reumatóide que foram alvo de uma intervenção semelhante (Kelley et al., 1997).

Noutro sentido vão os resultados que Rosenberg e o seu grupo (2002) encontraram em doentes que tiveram cancro na próstata, onde não foram encontradas melhorias na perturbação afectiva avaliada pelo SCL-90 depois da intervenção de expressão escrita. Também os dados de Schilte et al. (2001) corroboram o anterior, onde não foram encontradas diferenças nos pacientes com problemas de somatização nos cuidados primários depois de uma intervenção de expressão emocional, nem para a ansiedade nem para a depressão.

Contudo, temos que atender às diferenças entre o nosso estudo e os estudos citados, nomeadamente apesar de todos se referirem a condições clínicas, apenas o de Schilte e do seu grupo (2001) se refere a uma população de somatizadores, no entanto essa pesquisa apresenta uma série de diferenças na metodologia e nos procedimentos, como pudemos ver no capítulo 4, que o separa do nosso.

Relativamente à pesquisa na artrite reumatóide salientamos que o instrumento de avaliação utilizado para medir a perturbação afectiva foi o Profile of Mood States (POMS, McNair, Lorr, & Droppleman, 1971, cit. por Kelley et al., 1997) em que a perturbação foi calculada através da média de 6 subescalas em que foram incluídas a da ansiedade e a da depressão. Já em relação ao estudo apontado de Rosenberg salienta-se o facto de ser uma população masculina que contrasta com as características da nossa amostra predominantemente feminina.

- ii) A intervenção de expressão emocional escrita teve influência na medida da qualidade de vida, embora nas dimensões saúde em geral e mudança de saúde não foi encontrada qualquer influência sobre os resultados. Quanto ao impacto desta intervenção na saúde física concluímos que os participantes desta condição experimental melhoraram ao nível da sua função física desde a linha de base ao

final da intervenção, melhoria essa que se intensificou do final da intervenção até dois meses depois. Relativamente ao desempenho físico também houve melhorias desde a primeira avaliação até ao *follow-up* final. Na dor física encontramos igualmente melhorias após a intervenção que se mantiveram até à última avaliação.

Analisando estudos que avaliaram a saúde física de pacientes após intervenções de expressão emocional escrita, os resultados são semelhantes aos nossos, nomeadamente os que Kelley et al. (1997) encontraram, três meses após a intervenção, nos benefícios ao nível das actividades diárias em pacientes com artrite reumatóide e os de Gillis et al. (2003) ao encontrarem uma diminuição na incapacidade física três meses depois da intervenção.

Quanto à dor física, encontrou-se também uma diminuição da intensidade da dor em pacientes com enxaquecas no *follow-up* de três meses (D' Souza et al., 2003) e uma diminuição significativa na dor, no *follow-up* de quatro meses, em pacientes com fibromialgia (Broderick et al., 2005) depois de uma intervenção de EEE. Foi também encontrada uma diminuição nas variáveis de dor em mulheres com dor crónica pélvica por Norman et al. (2004). Noutro sentido apontam os dados de D' Souza em relação às cefaleias de tensão em que a intervenção escrita não revelou qualquer eficácia na diminuição nos níveis de dor nesta condição clínica.

- iii) Quanto à saúde mental, os nossos dados apontam para melhorias na vitalidade dos somatizadores, melhorias essas notórias logo após a intervenção que se intensificaram do final da intervenção até dois meses depois. Constatámos também resultados similares quanto à função social, em que se verifica um benefício imediato que aumenta até dois meses depois da intervenção ter terminado. Relativamente ao desempenho emocional, esta intervenção revelou os seus benefícios, tendo os participantes aumentado o seu desempenho emocional após a intervenção e mantendo-se esses ganhos até ao *follow-up*. O mesmo se passou para a dimensão da saúde mental em que se verificou que os somatizadores melhoraram depois da intervenção e essas melhorias foram mantidas até dois meses depois da intervenção ter finalizado.

Não encontramos dados que pudéssemos comparar relativamente a esta dimensão, contudo algumas meta-análises (Meads, 2003) indicam que as intervenções de expressão emocional tem eficácia sobretudo ao nível da dimensão física do sujeito.

- iv) Verificámos quanto à sintomatologia física dos somatizadores alvo desta intervenção, uma diminuição dos seus sintomas físicos tanto na intensidade como na frequência da sua ocorrência, logo após a intervenção diminuição essa que é mantida até dois meses depois do término da intervenção.

Resultados semelhantes foram obtidos por Rosenberg et al. (2002) em doentes com cancro da próstata que viram os seus sintomas diminuírem três meses depois da intervenção. Também D'Souza et al. (2003) encontraram uma diminuição significativa dos sintomas de enxaqueca.

Quanto ao impacto da intervenção cognitiva-narrativa salientamos as principais conclusões:

- i) De forma semelhante ao que aconteceu para os somatizadores do grupo de expressão emocional escrita, os participantes do grupo de intervenção narrativa diminuíram os seus níveis de ansiedade e de depressão logo após o tratamento. Verificamos também que essa diminuição progrediu até dois meses depois do final da intervenção.

Comparativamente aos dados encontrados no estudo de Silva (2004), em que são implementadas intervenções cognitiva-narrativas com doentes com dispepsia, encontrou-se também uma diminuição nos níveis de depressão 2 meses após o tratamento e essas melhorias mantiveram-se tanto 6 meses como 1 ano após a intervenção.

Outra pesquisa que encontrou dados similares foi a de Rocha (2005) que ao aplicar um programa de intervenção narrativa em mulheres que fizeram uma interrupção médica da gravidez, constatou uma diminuição significativa nos sintomas depressivos e ansiosos desde a linha de base ao *follow-up* de 6 meses.

- ii) Em relação ao impacto da intervenção na qualidade de vida não se verificaram alterações significativas na dimensão da saúde geral nem na dimensão mudança de saúde avaliadas pela MOS. Especificamente em relação à saúde física, concluímos

que a função física dos participantes também não sofreu alterações com a intervenção cognitiva-narrativa indo estes dados corroborar os de Silva (2004) no tratamento da dispepsia.

Já para o desempenho físico os somatizadores alvo desta intervenção apresentaram melhorias após o término da intervenção e essas melhorias foram mantidas até ao *follow-up* de dois meses. Mais uma vez estes resultados aproximam-se dos de Silva (2004) em que se constatou a eficácia da ICN na melhoria do desempenho físico de doentes dispépticos tanto aos 2 como aos 12 meses após a intervenção.

Quanto à dor física os somatizadores melhoraram após o tratamento e mantiveram esses benefícios até ao *follow-up* de forma similar ao que aconteceu aos somatizadores do grupo de EEE.

- iii) Quanto à saúde mental, avaliada pelas dimensões vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental encontramos melhorias nos pacientes. Constatamos que os pacientes incluídos no grupo experimental de intervenção narrativa, beneficiam do tratamento logo após o final deste, aumentando os seus níveis de vitalidade e mantendo esse níveis até dois meses depois.

Também Silva (2004) verificou que os doentes beneficiaram desta intervenção melhorando a vitalidade dos participantes tanto no *follow-up* de 2 meses como no de 6 meses.

Para a dimensão da função social observámos que os pacientes somatizadores melhoraram o seu funcionamento social após a intervenção sendo essas melhorias intensificadas até dois meses depois de concluída a intervenção, o que aconteceu também no estudo de Silva (2004).

Quanto ao desempenho emocional, os doentes beneficiaram do tratamento não imediatamente após o seu início, mas apenas depois de terminado até à última avaliação. Já Silva (2004) na sua pesquisa constatou uma melhoria significativa 2 meses e 6 meses após o tratamento.

Relativamente à dimensão de saúde mental os participantes do nosso estudo beneficiaram da intervenção imediatamente após a terem iniciado e esses benefícios

foram mantidos na avaliação efectuada 2 meses depois da sua finalização. Silva (2004) encontrou melhorias tanto aos 2 meses como aos 6 meses de *follow-up*.

- iv) Relativamente à sintomatologia física verificámos para os participantes na intervenção cognitiva-narrativa uma diminuição logo após a intervenção e uma manutenção dessas melhorias até dois meses depois do final da intervenção. Estes dados contrastam com os de Silva (2004) em que não foram encontradas melhorias ao nível da diminuição da sintomatologia física.

Podemos assim concluir que estes dois tipos de intervenção são eficazes na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, na diminuição da perturbação psicológica e na diminuição da sintomatologia física. No entanto, temos que ter algumas cautelas nas comparações que fizemos com outros estudos, já que há diferenças metodológicas que fomos assinalando que os distinguem do nosso.

Pelo facto dos nossos resultados se referirem a dois tipos de intervenções distintas, optámos por utilizar análises de moderação para explorar algumas das variáveis que pudessem interferir nos benefícios encontrados nos pacientes nas duas intervenções. A análise que fizemos das variáveis moderadoras inclui não apenas uma variável de expressão emocional - a alexitimia - mas também variáveis como a ansiedade e a depressão por se terem revelado, no primeiro estudo que realizámos (Almeida & Machado, 2004) variáveis com uma forte associação à alexitimia e que por isso nos levou a investigar o seu papel. A medicação psicotrópica foi também incluída nas análises de moderação já que alguns autores (Smyth & Catley, 2002) referem que este tipo de medicação por alterar o estado de humor, pode limitar a capacidade dos indivíduos de experienciar, expressar e processar emoções e cognições, podendo assim interferir nos resultados.

Estas análises de moderação permitiram-nos chegar a mais algumas conclusões adicionais, nomeadamente:

- i) A ansiedade revela-se moderadora na intervenção cognitiva-narrativa, ou seja, os doentes que apresentam níveis mais altos de ansiedade no pré-teste, apresentam mais melhorias, reduzindo a sua sintomatologia física, tendo que salientar que esta relação foi apenas marginalmente significativa.

- ii) O facto dos pacientes não terem doenças antes de iniciarem a intervenção, mostrou-se também um factor moderador na ICN, já que estes participantes relataram mais melhorias do pré-teste ao *follow-up* na sua sintomatologia física.
- iii) Também a utilização ou não de medicação psicotrópica revelou-se preditora dos benefícios na sintomatologia física, os somatizadores que não tomavam ansiolíticos ou antidepressivos antes de iniciarem a ICN, apresentaram uma maior redução na sua sintomatologia física.

Quanto à alexitimia como variável moderadora da intervenção de EEE concluímos que:

- i) A dimensão de pensamento orientado para o exterior actua como preditora, ou seja os doentes com valores mais altos de alexitimia nesta dimensão apresentam uma maior diminuição dos sintomas depressivos e na sintomatologia física depois da ICN.

Assim sendo, os nossos dados corroboram com os de Páez et al. (1999) e os de Solano et al. (2003) em que os doentes com valores mais elevados de alexitimia melhoram mais, embora tenhamos que referir que os dados destes dois estudos se referem a intervenções de expressão emocional escrita e a dimensão da alexitimia avaliada nestes estudos foi a DDF e não a POE.

Dados contrários a estes e relativos à dimensão de POE da alexitimia são os de D' Souza et al. (2003) em que os doentes com valores mais elevados de pensamento orientado para o exterior pioravam mais quanto à sintomatologia depressiva.

Analisando especificamente a dimensão dificuldade em identificar sentimentos como moderadora das intervenções podemos concluir:

- i) Os somatizadores com mais dificuldade em identificar sentimentos melhoravam menos com a intervenção narrativa nos valores de depressão, indo estes dados de acordo com os encontrados por Kelley e o seu grupo (1997) em que a DIF se revelou moderadora nas melhorias na capacidade física, ou seja, os doentes com valores mais altos de DIF apresentavam menos melhorias na capacidade física.

Também Norman et al. (2004) encontraram que valores totais de alexitimia estavam associados a valores mais altos de dor e um maior recurso à medicação nos pacientes que realizaram uma intervenção de EEE.

Nesta linha, Lumley, Naoum, e Kelley (2001) sugeriram que em estudantes com sintomas físicos elevados, os que apresentavam níveis mais altos de alexitimia aumentavam os seus sintomas físicos respiratórios na avaliação 3 meses depois da intervenção de expressão emocional escrita.

Estes resultados das análises de moderação obtidos e reportados nesta tese devem ser interpretados com algumas cautelas por várias razões, uma delas prende-se, como já referimos atrás, com o pequeno tamanho da amostra e a outra, com o facto de estarmos a comparar os resultados que obtivemos, para a intervenção narrativa, com resultados obtidos em intervenções de expressão emocional escrita. Em particular, o único estudo que encontramos, de Silva (2004), não realiza análises de moderação e apresenta também algumas diferenças no manual terapêutico utilizado.

11.3. Conclusão

De uma forma geral, os nossos resultados apontam para benefícios da intervenção de expressão emocional escrita para os somatizadores, e neste sentido, este segundo estudo permitiu assim alargar o leque de condições clínicas em que a eficácia deste tipo de intervenção tem sido testada. Teremos que realçar a vantagem da utilização desta intervenção pela sua brevidade, pela sua facilidade de aplicação e pelo processo de escrita poder ser realizado em casa. Contudo, muitas questões ficam por responder, nomeadamente até que ponto, no tempo, se mantém os benefícios desta intervenção? Outra questão será: que importância tem o conteúdo de material escrito e que relação entre os acontecimentos de vida relatados e as melhorias obtidas existe? Para responder a estas questões seria interessante realizar-se um estudo em que houvesse um *follow-up* mais alargado, e em que se analisassem as características do ensaio escrito, nomeadamente o tipo de trauma relatado e o grau de expressão emocional dos sujeitos. Outra questão relevante continua a ser o explorar os mecanismos de funcionamento desta intervenção

uma vez que os resultados positivos que foram encontrados levantam a necessidade que se investigue os processos intervenientes nestes efeitos.

A intervenção cognitiva-narrativa que aplicámos revelou-se eficaz numa série de resultados de saúde, desde a qualidade de vida, à perturbação emocional e à sintomatologia física, o que vai de encontro a resultados de outras pesquisas na área da saúde, nomeadamente na dispepsia (Silva, 2004) e na interrupção médica da gravidez (Rocha, 2005). Contudo há diferenças metodológicas, nos manuais de intervenção e nas condições de aplicação que já apontámos anteriormente que se devem ter em conta na comparação com os nossos dados. Seria importante avaliar a manutenção dos benefícios para a saúde que avaliámos já que os estudos que atrás referimos mostram que esta intervenção se revelou eficaz 6 meses e até 1 ano depois do tratamento ser concluído. Além da avaliação da manutenção dos resultados seria também interessante analisar o tipo de acontecimento de vida seleccionado e a relação entre os tipos de acontecimentos trabalhados nas sessões e as melhorias obtidas. É importante referir que poucos estudos tem avaliado a eficácia da intervenção cognitiva-narrativa em populações clínicas e os resultados por nós encontrados sugerem potencialidades deste manual breve para aplicação em contextos de saúde.

Pensamos que este estudo ao analisar o papel de algumas variáveis como moderadoras desta intervenção permitiu constatar que a existência de doenças, o uso de medicação psicotrópica, a ansiedade e a alexitimia desempenham um papel interveniente nos mecanismos de eficácia desta intervenção. No entanto, no domínio da expressão emocional ficam por explorar mais algumas variáveis como a ambivalência face a expressão emocional e o estilo de coping repressivo como possíveis moderadoras destas intervenções.

Capítulo 12: Conclusão

Como finalização deste trabalho propomo-nos a destacar algumas das principais conclusões que extraímos dos dois estudos empíricos relacionando-os entre si, reflectindo acerca das principais contribuições que trouxeram e as repercussões que esta investigação poderá ter no futuro da pesquisa na somatização, no sentido de conceptualizar formas de avaliação e intervenção clínica na somatização, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Os principais resultados do primeiro estudo exploraram e demonstraram que existe uma percentagem considerável de somatizadores entre os utilizadores dos cuidados de saúde primários que deve ser valorizada. Um dos motivos para que seja dada atenção a este problema prende-se com a nossa constatação de uma elevada morbilidade entre estes pacientes. Esta morbilidade reflecte-se numa maior alteração das suas actividades diárias e numa procura mais frequente do centro de saúde, para recorrer ao seu médico de família, com a implicação que a frequência de tais consultas tem na actual qualidade de atendimento dos cuidados de saúde primários. Associado a este facto verificámos também que os somatizadores apresentam mais perturbação emocional e níveis mais elevados de alexitimia. Encontrámos assim uma associação entre alexitimia e somatização mas que diminuía, quando se controlava a ansiedade e a depressão, levando-nos a questionar o papel da alexitimia na somatização. Neste sentido, fomos investigar quais as variáveis que prediziam a somatização. Os resultados estatísticos encontrados indicaram que a somatização é predita apenas pela ansiedade, idade e depressão.

Este trabalho vem realçar a importância do estudo deste fenómeno, dando visibilidade a um tema que tem sido pouco explorado. A população de somatizadores não é muitas vezes considerada por não haver um diagnóstico que permita a sua identificação, o que leva a que estes pacientes não cheguem sequer a beneficiar de tratamento médico específico. Às dificuldades que os cuidados de saúde portugueses enfrentam, pela insuficiência de recursos logísticos e humanos, acrescenta-se o problema dos utentes somatizadores com elevada morbidade física e psicológica, sendo este um dos factores responsáveis pelo recurso excessivo aos serviços de saúde. Depreendemos também sentimentos de frustração dos clínicos relativamente a estes doentes que são muitas vezes vistos como um fardo para estes profissionais. Por estas razões, a somatização tem sido subestimada na prática clínica, representando o seu diagnóstico, referência e tratamento um desafio importante para os profissionais de saúde.

Até à data não se conheciam trabalhos nesta área em Portugal e os estudos que apresentámos na revisão empírica da literatura diziam respeito essencialmente a trabalhos realizados nos EUA e no Norte da Europa. Neste sentido, os nossos dados representam um contributo inovador ao alertarem para a importância deste problema clínico. Outro contributo deste trabalho foi a adaptação e estudo psicométrico do PILL e do PHQ-15 para a população portuguesa. Estes instrumentos de identificação de pacientes somatizadores, poderão assim vir a ser utilizados em futuros projectos de investigação e também na prática clínica nos cuidados de saúde.

Por um lado, alguns resultados publicados sobre a investigação da eficácia de tratamentos na somatização, indicam que os somatizadores são resistentes aos tratamentos médicos convencionais existindo uma conotação de mau prognóstico nestes pacientes. Por outro lado, constatámos no estudo exploratório, que existe uma relação próxima entre somatização, perturbação emocional e processos emocionais. Por estas razões, fazia todo o sentido ensaiar intervenções de expressão emocional nesta população. Partiu-se assim da hipótese que estas intervenções ao facilitarem a expressão emocional, através da escrita ou de uma abordagem narrativa de acontecimentos de vida e experiências emocionais significativas, possibilitasse a incorporação dessas experiências em histórias de vida que fossem re-significadas e re-criadas, trazendo assim benefícios efectivos para os pacientes somatizadores.

Neste contexto, o segundo estudo permitiu através da implementação e da avaliação da eficácia de dois tipos de intervenções de expressão emocional constatar melhorias significativas para a saúde física e mental dos somatizadores. Realçamos a importância que estas intervenções psicológicas representam para um cuidado mais adequado e efectivo a estes pacientes com sintomas físicos. A intervenção de expressão emocional escrita já tinha sido investigada em várias populações clínicas com resultados encorajadores em algumas delas. Os nossos dados vieram confirmar a eficácia desta intervenção, ao diminuir a sintomatologia física dos pacientes, melhorando a sua qualidade de vida e diminuindo a sua perturbação emocional.

Assim a eficácia da intervenção de expressão emocional escrita generalizou-se a mais um problema clínico: a somatização, apresentando-se em termos de aplicabilidade, como uma intervenção relativamente simples, breve, que pode ser realizada em casa, em que o terapeuta não precisa de treino específico. Poderá então constituir-se como um tratamento adicional aos tratamentos médicos convencionais.

A intervenção cognitiva-narrativa, por seu lado, tem sido pouco investigada quanto à sua eficácia. Apesar de ser uma intervenção de expressão e de construção emocional, contrapõe-se à anterior por ser estruturada e guiada por um psicoterapeuta com treino e formação específica. Os resultados que obtivemos salientam a sua eficácia na diminuição da perturbação emocional, na melhoria da qualidade de vida e na diminuição de sintomatologia física. Esta intervenção revelou o seu potencial no tratamento de pacientes somatizadores e consideramos que seria interessante e mesmo necessário replicar a sua aplicação e investigação futura noutras condições clínicas como, por exemplo, na dor crónica.

Parece-nos importante realçar que de uma forma geral, os cuidados de saúde primários estão desenhados exclusivamente para o domínio da saúde física, estando o cuidado da saúde mental praticamente alienado deste sistema. Isto traduz-se na quase inexistência de profissionais de saúde mental nos centros de saúde, esquecendo assim, o que já o princípio aristotélico defendia, que corpo e mente são entidades indissociáveis. Achamos que neste domínio existe ainda muito espaço de investigação que possa impulsionar mudanças nos serviços de saúde para que estes pacientes tenham um tratamento mais adequado.

Para finalizar, consideramos ainda que os resultados deste trabalho representam um incentivo para a continuidade da pesquisa nesta área. Sentimos que as intervenções de expressão emocional poderão constituir-se como ponte simbólica entre o corpo e a mente, permitindo aos somatizadores através de mudanças nas significações das suas narrativas de vida e de sofrimento, diminuir a experiência da sua dor física e mental.

Referências bibliográficas

- Allen, L., Gara, M., Escobar, J., Waitzkin, H., & Silver, R. (2001). Somatization: A debilitating syndrome in primary Care. *Psychosomatics*, 42 (1), 63-67.
- Almeida L., & Freire T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Almeida, V., & Machado, P. (2004). Somatization and alexithymia: A study in primary healthcare services. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 285-298.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3 th Edition. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3 th Edition, Revised. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th Edition. Washington, DC: APA.
- 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.

Referências bibliográficas

- Bach, M., Bach, D., & Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and somatization. *Psychosomatics*, 37 (5), 451-458.
- Bach, M., Bach, D., Böhemer, F., & Nutzinger, D. (1994). Alexithymia and somatization: Relationship to DSM-III-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (6), 529-538.
- 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 gênese da perturbação de pânico*. Dissertação de doutoramento 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.
- Batten, S., Follette, V., Hall, M., & Palm, K. (2002). Physical and psychological effects of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33, 107-122.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*. Santo Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bleiker, E., & Van der Ploeg, H. (1997). The Role of (Non)Expression of Emotions in the Development of Cancer. In A. Vingerhoets, F. Van Bussel, & A. Boelhouwer, (Eds.), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease* (pp. 221-235). Tilburg: Tilburg University Press.
- Bleiker, E., Van der Ploeg, H., Hendriks, J., Leer, J-W., & Kleijn, W. (1993). Rationality, emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in psycho-oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (8), 861-872.
- Bridges, K., & Goldberg, D. (1985). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 563-569.

- Broderick, J., Junghaenel, D., & Schwartz, J. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 326- 334.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de Dados em Ciências Sociais – Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora.
- Cabral, M. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Cameron, L., & Nicholls, G. (1998). Expression of stressful experiences through writing, effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology*, *17*, 84-92.
- Chambless, D., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7-18.
- Christensen, A., & Smith, T. (1993). Cynical hostility, self-disclosure, and cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 193-202.
- Cole, S., Kemeny, M., Taylor, S., & Visscher, B. (1996). Elevated health risk among men who conceal their homosexuality. *Health Psychology*, *15*, 243-251.
- Consedine, N., Magai, C., & Bonano, G. (2002). Moderators of the emotion inhibition-health relationship: A review and research agenda. *Review of General Psychology*, *6* (2), 204-228.
- Craig, T., Boardman, A., & Mills, K. (1993). The South London Somatization Study I. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 579-588.
- D'Souza, P., Lumley, M., Kraft, C., Dooley, J., Roberson, T., & Stanislawski (2003). Emotional disclosure and relaxation training for migraine and tension headaches: A randomized trial. *Abstract published in Psychosomatic Medicine*, *65*, A-6.
- Davidson, K., Schwartz, A., Sheffield, D., McCord, R., Lepore, S., & Gerin, W. (2002). Expressive writing and blood pressure. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure, How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp. 17-30). Washington: APA.

- De Moor, C., Sterner, J., Hall, M., Warneke, C., Gilani, Z., & Amato, R. (2002). A pilot study of the effects of expressive writing on psychological and behavioral adjustment in patients enrolled in a phase II trial of vaccine therapy for metastatic renal cell carcinoma. *Health Psychology, 21*, 615-619.
- DeGucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Journal of Psychosomatics, 43*, 1-9.
- DeGucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatization. A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 425-434.
- Denollet, D. (1997). Non-Expression of Negative Emotions as a Personality Feature in Coronary Patients. In A. Vingerhoets, F. Van Bussel, & A. Boelhouwer (Eds.), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease* (pp. 181-192). Tilburg: Tilburg University Press.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – I for the revised version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L., & Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. *Journal of Clinical Psychology, 33*, 981-989.
- Escobar, J. (1997). Developing practical indexes of somatization for use in primary care. *Journal of Psychosomatic Research, 42*, 323-328.
- Escobar, J., Burnam, A., Karno, M., Forsythe, A., & Golding, J. (1987). Somatization in the community. *Archive of General Psychiatry, 44*, 713-718.
- Escobar, J., Rubio, M., Canino, G., & Karno, M. (1989). Somatic Symptom Index (SSI): A new and abridged somatization construct: Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 177*, 140-146.
- Esterling, B., Antoni, M., Fletcher, M., Margiles, S., & Schneiderman, N. (1994). Emotional disclosure through writing or speaking modulates Epstein-Barr virus antibody titers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 10*, 334-350.

- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, Parte I- Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa da MOS SF-36, Parte II- Testes de validação. *Acta Medica Portuguesa*, 13, 119-127.
- Fink, P. (1993). The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *General Hospital Psychiatry*, 15, 211-218.
- Fink, P., Soreson, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jorgensoen, P. (1999). Somatization in primary care. *Psychosomatics*, 40 (4), 330-338.
- Frijda, N. (1997). On the functions of emotional expression. In A. Vingerhoets, F. Van Bussel, & A. Boelhouwer (Eds.), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease* (pp. 1-14). Tilburg: Tilburg University Press.
- Frisina, P., Borod, J., & Lepore, S. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (9), 629-634.
- Garssen, B., & Remie, M. (2004). Different concepts or different words-concepts related to non-expression of negative emotions. In I. Nyklicek, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression and Health* (pp. 117-136). New York: Brunner-Routledge.
- Gidron, Y., Duncan, E., Lazar, A., Biderman, A., Tandeter, H., & Shvartzman, P. (2002). Effects of guided written disclosure of stressful experiences on clinic visits and symptoms in frequent clinic attenders. *Family Practice*, 19 (2), 161-166.
- Gillis, M., Lumley, M., Mosley-Williams, A., Leisen, J., & Roehrs, T. (2003). Written emotional disclosure in fibromyalgia. *Abstract published in Psychosomatic Medicine*, 65, A-12.
- Gonçalves, O. (1994). *Terapia Cognitiva Narrativa e Construção Múltipla de Conhecimento*. Conferência apresentada na 1ª Jornada de Terapia Cognitiva, São Paulo, Brasil.

- Gonçalves, O. (1995). Hermeneutics, constructivism and cognitive-behavioral therapies: From the object to the project. In R. Neimeyer & M. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 195-230). Washington, DC: APA
- Gonçalves, O. (1997a). Postmodern cognitive psychotherapy: From the university to the multiversity. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 11 (2), 105-112.
- Gonçalves, O. (1997b). Constructivism and the deconstruction of clinical practices. In T. Sexton & B. Griffin (Eds.), *Constructivism thinking in counseling practice, research, and training*. N.Y.: Teachers College Press.
- Gonçalves, O. (1998a). Psicologia e narrativa: implicações para uma ciência e prática da autoria. In R. Franklin & C. Abreu (Eds.), *Psicoterapias Construtivistas*. S. Paulo, Brasil: Artes Médicas.
- Gonçalves, O. (1998b). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Um manual de psicoterapia breve*. S. Paulo: Edipsy.
- Gonçalves, O., Machado, P., & Rosas, M. (1996). A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte de miocárdio: Um manual terapêutico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 381-392.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courier*, 6, 455.
- Greenberg, M., & Lepore, S. (2004). Theoretical mechanisms involved in disclosure: From inhibition to self-regulation. In I. Nyklicek, L. Temoshok, & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional. Expression and Health* (pp.43-60). New York: Brunner-Routledge.
- Greenberg, M., & Stone, A. (1992). Emotional disclosure about trauma and its relation to health effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 75-84.
- Greenberg, M., Wortman, C., & Stone, A. (1996). Emotional disclosure about traumas and its relation to health: Effects of previous disclosure and trauma severity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588-602.

- Gross, J. (1989). Emotional expression in cancer onset and progression. *Soc. Sci. Med.*, 28 (12), 1239-1248.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., & Kanazir, D. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29 (2), 167-176.
- Guidano, V. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Gureje, O., & Simon, G. (1999). The natural history of somatization in primary care. *Psychological Medicine*, 29 (3), 669-676.
- Haviland, M., Shaw, D., Cummings, M., & Macmurray, J. (1988). Alexithymia: Subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 227-237.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, N J: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions, toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Joukamaa, M., Sohlman, B., & Lehtinen, V. (1995). Alexithymia in primary health care patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (7), 833-842.
- Joyce-Moniz, L. (1985). Epistemology therapy and constructivism. In M. Mahoney, & A. Freeman (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum.

- Jyväsjarvi, S. (2001) *Frequent attenders in primary health care*. Doctoral thesis presented at University of Oulu-Finland. Oulu University Press.
- Jyväsjarvi, S., Joukamaa, M., Väisänen, E., Larivaara, P., Kivelä, S., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (1999). Alexithymia, hypochondriacal beliefs and psychological distress among frequent attenders in primary health care. *Comprehensive Psychiatry*, 40 (4), 292-298.
- Jyväsjarvi, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Väisänen, E., Larivaara, P., & Kivelä, S. (1998). Frequent attenders in a Finnish health centre: Morbidity and reasons for encounter. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16, 141-148.
- Karlsson, H., Joukamaa, M., Lathi, I., Lehtinen, V., & Kokki-Saarinen, T. (1997). Frequent attender profiles-different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 157-166.
- Karlsson, H., Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1994). Frequent attenders of Finnish public primary health care: Sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice*, 11 (4), 424-430.
- Karlsson, H., Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1995). Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 17, 19-25.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry*, 12, 355-362.
- Kazdin, A. (1980). *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row.
- Kazdin, A. (1998). *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research*. Washington, DC: APA.
- Kelley, J., Lumley, M., & Leisen, J. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 16, 331-340.
- Kellner, R. (1990). Somatization: Theories and research. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 178, 150-160.

- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kelly, G. (1977). The psychology of the unknow. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp.1-19). San Diego, CA: Academic Press.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. (1999). *Expressing emotion: Myths, realities and therapeutic strategies*. New York: The Guilford Press.
- King, L., & Emmons, R. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864-877.
- Kirmayer, L., & Robbins, J. (1991). Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179, 647-655.
- Kirmayer, L., Robbins, J., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and the social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 125-136.
- Klein, K. (2002). Stress, expressive writing and working memory. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure: How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp. 135-155). Washington: APA.
- Klein, K., & Boals, A. (2001). Expressive writing can increase working memory capacity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 520-533.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- 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. (2004). Alexithymia does not predict the persistence of medically unexplained physical symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 66, 224-232.

- Kooiman, K. (1997). Alexithymia and somatically unexplained physical symptoms. In A. Vingerhoets, F. Van Bussel, & A. Boelhouwer (Eds.), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease* (pp.1-14). Tilburg University Press: Netherlands.
- Kraft, C., Lumley, M., D'Souza, P., Roberson, T., Stanislawski, B., & Ramos, M. (2003). Emotional disclosure and relation training for migraine headaches: Moderating effects of alexithymia and self-efficacy. *Abstract published in Psychosomatic Medicine*, 65, A-13.
- Krantz, A., & Pennebaker, J. W. (1995). *Bodily versus written expression of traumatic experience*. Manuscript submitted for publication.
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure or evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 258-266.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 150-155.
- Kroenke, K., Spitzer, R., DeGruy, F., & Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39 (3), 263-272.
- Kroenke, K., Spitzer, R., DeGruy, F., Hahn, S., Linzer, M., Williams, J., et al. (1997). Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Archive of General Psychiatry*, 54, 352-358.
- Kubzansky, L., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-337.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lepore, S. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1030-1037.

- Lepore, S., & Greenberg, M. (2002). Mending broken hearts: Effects of expressive writing on mood, cognitive processing, social adjustment, and health following a relationship breakup. *Psychology and Health, 17*, 547-560.
- Lepore, S., Greenberg, M., Bruno, M., & Smyth, J. (2002). Expressive writing and health: Self-regulation of emotion-related experience, physiology, and behavior. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure: How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp. 99-117). Washington: APA.
- Liotti, G. (1991). Patterns of attachment and the assessment of interpersonal schemata: Understanding and changing difficult patient-therapist relationships in cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 5*, 105-114.
- Lipowski, Z. (1987). Somatization: Medicine's unsolved problem. *Psychosomatics, 28*, 294-297.
- Lipowski, Z. (1988). Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1358-1368.
- Lobo, A., Garcia-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G., & Perez-Echeverria, M. J. (1996). Somatization in primary care in Spain. *British Journal of Psychiatry, 168*, 344-348.
- Lumley, M. (2000). Alexithymia and negative emotional conditions. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 51-54.
- Lumley, M. (2003). *Alexithymia and health*. Third International Conference on the (Non)Expression of Emotions in Health and Disease, Tillburg.
- Lumley, M. (2004). Alexithymia, emotional disclosure and health: A program of research. *Journal of Personality, 72* (6), 1271-1300.
- Lumley, M., & Provenzano, K. (2003). Stress management through written emotional disclosure improves academic performance among college students with physical symptoms. *Journal of Educational Psychology, 95* (3), 641-649.
- Lumley, M., Asselin, L., & Norman, S. (1997). Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychiatry, 38* (3), 160-165.

- Lumley, M., Naoum, L., & Kelley, J. (2001). *Alexithymia as a moderator of the effects of written and verbal emotional disclosure*. Poster presented at the annual meeting of the American Psychosomatic Society, Monterey, CA.
- Lumley, M., Tojek, T., & Macklem, D. (2002). The effects of written emotional disclosure among repressive and alexithymic people. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure, How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp. 75-95). Washington: APA.
- Lundh, L., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69 (3), 483-510.
- Mahoney, M. (1993). Introduction to special section: Theoretical developments in cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 187-193.
- Mair, M. (2000). Psychology as a discipline of discourse. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 3, 335-347.
- Mauss, I., & Gross, J. (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease- Is hiding feelings bad for your heart?. In I. Nyklicek, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression and Health* (pp. 61-81). New York: Brunner-Routledge.
- Mayonard, C. (2003). Assess and manage somatization. *The Nurse Practitioner: The America Primary Health Care*, 28 (4), 20-29
- Mayou, R. (1993). Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59, 69-83.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- Meads, M. (2003). *The impact of the emotional disclosure intervention and psychological health-a systematic review*. Doctoral dissertation. University of Birmingham.
- Morris, T., Greer, S., Pettingaale, K., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25 (2), 111-117.

- Neimeyer, R. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (2), 221-234.
- Nemiah, J. Freyberger, H., & Sifneos, P. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (pp.430-439). London: Butterworths.
- Norman, S., Lumley, M., Dooley, J., & Diamond, M. (2004). For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine, 66*, 174-183.
- Noyes, R., Langbehn, D., Happel, R., Stout, L., Muller, B., & Longley, S. (2001). Personality disfunction among somatizing patients. *Psychosomatics, 42* (2), 320-329.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A., & Denollet, J. (2002). Emotional (Non)Expression and health: Data, questions, and challenges. *Psychology and Health, 17* (5), 517-528.
- O'Dowd, T. (1988). Five years of heartsink patients in general practice. *British Medical Journal, 297*, 528-530.
- Páez, D., Velasco, C., & González, J. (1999). Expressive writing and the role of alexithymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology, 77* (3), 630-641.
- Park, C., & Blumberg, C. (2002). Disclosing trauma through writing: Testing the meaning making hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 597-616.
- Pennebaker, J., & Susman, J. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine, 26*, 327-332.
- Pennebaker, J. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. NY: Springer-Verlag.
- Pennebaker, J. (1989). Cognition, inhibition and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 211-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J. (1993). Putting stress into words, health linguistic and therapeutic implications. *Behavior Research and Therapy, 31*, 539-548.

- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J., & Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J., & Francis, M. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.
- Pennebaker, J., & O'Heeron, R. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 473-476.
- Pennebaker, J., & Watson, D. (1991). The psychology of somatic symptoms. In L.Kirmayer & J. Robbins (Eds.), *Current Concepts of Somatization, Research and Clinical Perspective* (pp.21-36). Washington: American Psychiatric Press.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., & Pennebaker, J. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (5), 1264-1272.
- Petrie, K., Booth, R., & Pennebaker, J. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 787-792.
- Polkinghorne, D. (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 146-165). London: Sage.
- Portegijs, P., Van der Horst, F., Proot, I., Kraan, H., Gunther, N., & Knottnerus, J. (1996). Somatization in frequent attenders of general practice. *Social Psychiatry Epidemiology*, 31, 29-37.
- Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um Estudo sobre Alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)*. Dissertação de mestrado, Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Rief, W., & Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507-518.
- Rief, W., Hauser, J., & Fichter, M. (1996). What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *Journal of Clinical Psychology*, 52, 423-429.
- Rocha, J. (2005). *Factores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez*. Dissertação de doutoramento, Porto, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Rosen, H. (1996). Meaning making narratives: Foundations for constructivist and social constructionist psychotherapies. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities* (pp. 3-54). S. Francisco: Jossey-Bass.
- Rosenberg, H., Rosenberg, S., Ernstoff, M., Wolford, G., Amdur, R., Elshamy, M., et al. (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *International Journal Psychiatry Medicine*, 32, 37-53.
- Rosenthal, R. (1995). Writing meta-analytic reviews. *Psychological Bulletin*, 118, 183-191.
- Schilte, A., Portegijs, P., Blankenstein, A., Van Der Horst, H., Latour, M., Van Eijk, J., et al. (2001). Randomized controlled trial of disclosure of emotionally important events in somatisation in primary care. *British Medical Journal*, 323, 86-91.
- Schoutrop, M., Lange, A., Hanewald, G., Davidovich, U., & Salomon, H. (2002). Structured writing and processing major stressful events: A controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 151-157.
- Servaes, P., Vingerhoets, A., Vreugdenhil, G., Keuning, J., & Broekhuijsen, A. (1999). Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25, 23-27.
- Sexton, T., & Griffin, B. (1997) (Eds.), *Constructivism Thinking in Counseling Practice, Research, and Training*. N.Y.: Teachers College Press.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

- Silva, R. (2004). *A efectividade da psicoterapia cognitiva narrativa no tratamento da dispepsia funcional: Ensaio clínico*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Sloan, D., & Marx, B. (2004a). Taking pen to hand: Evaluating theories underlying the written disclosure paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (2), 121-137.
- Sloan, D., & Marx, B. (2004b). A closer examination of the structured written disclosure procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 165-175.
- Smyth, J. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 174-184.
- Smyth, J. (2003). *The writing paradigm in clinical context*. Third International Conference on the (Non)Expression of Emotions in Health and Disease, Tillburg.
- Smyth, J., & Catley, D. (2002). Translating research into practice: Potential of expressive writing in the field. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure, How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp. 199-214). Washington: APA.
- Smyth, J., True, N., & Souto, J. (2001). Effects of writing about traumatic experiences: The necessity for narrative structure. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 161-172.
- Solano, L., Donati, V., Pecci, F., Persichetti, S., & Colaci, A. (2003). Postoperative course after papilloma resection: Effects of written disclosure of the experience in subjects with different alexythimia levels. *Psychosomatic Medicine*, 65, 477-484.
- Spera, S., Buhrfeind, E., & Pennebaker, J.W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 3, 722-733.
- Spielberger, C. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI, Professional Manual*. Odessa: FLEPAR.

- Spitzer, R., Williams, J., & Kroenke, K. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA*, *272*, 1749-1756.
- Stanton, A., & Danoff-Burg, S. (2002). Emotional expression, expressive writing, and cancer. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure, How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp.31-51). Washington; APA.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68* (5), 875-882.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & Van Den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 169-178.
- Taylor, G., Bagby, R., & D. Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: University Press.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, *32*, 153-164.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *57*, 34-41.
- 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.
- Taylor, G., Parker, J., & Bagby, R. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Research*, *36*, 417-424.
- Terrell, C., & Lyddon, W. (1996). Narrative and psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, *9*, 27-44.
- Toedter, L., Lasker, J., & Alhadeff, J. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, *58* (3), 435-449.

Referências bibliográficas

- Torosian, T., Lumley, M., Pickard, S., & Ketterer, M. (1997). Silent versus symptomatic myocardial ischemia: The role of psychological and medical factors. *Health Psychology, 16* (2), 123-130.
- Üstün, T., & Sartorius, N. (1995). Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research, 29*, 563-569.
- Van der Feltz-Cornelius, C., & Van Dick, R. (1997). The notion of somatization: An artefact of the conceptualization of body and mind. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*, 117-127.
- 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.
- Vingerhoets, A., & Scheirs, J. (2001). Crying and health. In A. Vingerhoets, & R. Cornelius (Eds.), *Adult Crying: A Biopsychosocial Approach* (pp. 227-246). UK: Harwood Reading.
- Ware, J. (1986). The assessment of health status. In *Applications of social sciences to clinical medicine and health policy* (pp. 204-228). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research, 27*, 299-305.
- Weinberger, D., & Davidson, M. (1994). Styles of inhibiting emotional expression: Distinguishing repressive coping from impression management. *Journal of Personality, 62*, 587-613.
- Wise, T., & Mann, L. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research, 38* (6), 515-521.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.

Zakowski, S., Ramati, A., Morton, C., & Johnson, P. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology, 23* (6), 555-563.

Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics, 12*, 371-379.