



Catarina Maria Bock da Costa Ferreira

**“Alexitimia, Crime e Saúde Mental: Um Estudo Exploratório
com a População Reclusa Masculina em Portugal”**

Trabalho realizado sob a orientação da:
Prof.^a Dr.^a Ana Rita Conde

Coorientação da:
Prof.^a Dr.^a Teresa Souto

Junho de 2021



Catarina Maria Bock da Costa Ferreira

**“Alexitimia, Crime e Saúde Mental: Um Estudo Exploratório
com a População Reclusa Masculina em Portugal”**

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Justiça: Vítimas de crime
Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
no dia 21/06/2021, perante o júri seguinte:

Presidente: Professora Doutora Carla Margarida Vieira Antunes
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Professora Doutora Olga Cecília Soares da Cunha
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Orientadora: Professora Doutora Ana Rita Conde Dias
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Junho 2021

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Resumo

A nível nacional, pouco se conhece acerca da alexitimia em contexto prisional e da sua relação com o crime e a saúde mental. Assim, o presente estudo pretende estimar as taxas de prevalência de alexitimia e os indicadores de psicopatologia, analisar a relação entre a alexitimia e indicadores de psicopatologia, analisar a relação entre indicadores de psicopatologia e a prática de violência e a criminalidade e, por fim, analisar a relação entre a alexitimia e a prática de violência e criminalidade. Recorreu-se a uma amostra de 169 reclusos de vários Estabelecimentos Prisionais ao longo do país. Foram aplicados como instrumentos a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20), um questionário sociodemográfico e criminal e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Os resultados revelam uma prevalência de 22.4% de alexitimia e de 33.3% de perturbações emocionais. Verificamos uma associação entre as dimensões do BSI e a alexitimia. A alexitimia e a prática de violência e criminalidade também não demonstraram associação.

Palavras-chave: Alexitimia, perturbação emocional, crime, violência.

Abstract

On a national level, very little is known about the prevalence of alexithymia in the prison context and its relation to crime and mental health. The present study aims to estimate the prevalence of alexithymia and psychopathology indicators, analyze the relation between alexithymia and psychopathology indicators, analyze the relation between psychopathology indicators and crime and violence and lastly, analyze the relation between alexithymia and crime and violence. A sample of 169 inmates from various prisons across the country was gathered. The instruments applied were the Alexithymia Toronto Scale (TAS-20), the Brief Symptom Inventory (BSI) and a sociodemographic and criminal questionnaire. The results showed a prevalence of 22.4% of alexithymia and of 33.3% of emotional disorders. There was also an association between alexithymia and the BSI dimensions. Alexithymia and the practice of violence and crime were not related.

Keywords: Alexithymia, emotional disorder, crime, violence.

Índice

1. Introdução	1
2. Conceptualização teórica	1
2.1. <i>Alexitimia</i>	<i>1</i>
3. Criminalidade e Saúde Mental.....	10
4. Objetivos.....	11
5. Método	11
5.1. <i>Amostra.....</i>	<i>11</i>
5.2. <i>Instrumentos</i>	<i>16</i>
5.3. <i>Procedimentos</i>	<i>17</i>
5.4. <i>Estratégia de Análise de Dados.....</i>	<i>17</i>
6. Resultados.....	18
7. Discussão de Resultados	26
8. Referências Bibliográficas	31

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados sociodemográficos (N=169)

Tabela 2 - Situação prisional e criminal (N=169)

Tabela 3 - Comportamento prisional (N=169)

Tabela 4 - Relações entre a pontuação total da TAS e a pontuação do ISP, do IGS, e dimensões do BSI em indivíduos com perturbação emocional

Tabela 5 - Relação entre pontuar ou não valores clínicos em cada dimensão do BSI e ter ou não alexitimia

Tabela 6 - Relação entre perturbações emocionais e a prática de violência e a criminalidade

Tabela 7 - Relação entre pontuação na Hostilidade e a prática de violência e criminalidade

Tabela 8 - Relação entre pontuação no psicoticismo e a prática de violência e criminalidade

1. Introdução

Na interação social, a expressão emocional fornece informação ao observador, influenciando o seu comportamento (Van Kleef, 2009). As capacidades de identificação e diferenciação de emoções são essenciais ao funcionamento normativo do ser humano enquanto membro de uma sociedade, sendo estas a ponte para as interações adaptativas entre indivíduos no quotidiano (Van Kleef, 2009). A alexitimia traduz-se numa dificuldade muito significativa na utilização de linguagem apropriada para expressar, descrever e diferenciar sentimentos de sensações corporais (Taylor, Bagby & Parker; 1992).

Assim, é possível avançar que estas dificuldades terão consequências nefastas para o funcionamento global do indivíduo, podendo resultar em comportamentos não adaptativos tal como a prática do crime.

Outra condicionante do comportamento humano é a perturbação mental (Markowitz, 2011). Ainda que esta questão não seja consensual, existem estudos que associam problemas de saúde mental à prática de crime, por exemplo, demonstrando um maior risco de violência entre pessoas com perturbação mental (Markowitz, 2011) ou até um elevado risco de violência e prisão em indivíduos com historial de perturbação mental (Link et al., 1992).

Assim, torna-se pertinente estimar a prevalência da alexitimia e de indicadores de psicopatologia na população, bem como analisar a sua possível associação entre a prática de violência e criminalidade. Estes são os focos da presente dissertação.

2. Conceptualização teórica

2.1. Alexitimia

Definição/classificação

O termo alexitimia, de origem grega (Alexithymia), tem como tradução literal “sem palavras para sentimento” (Freire, 2010). Na década de 1970, John Nemiah e Peter Sifneos, enquanto trabalhavam com pacientes psicossomáticos, verificaram que estes possuíam uma grande dificuldade em expressar sentimentos e emoções. Neles, identificaram igualmente uma tendência para o evitamento de situações conflituosas e/ou stressantes e um estilo cognitivo operativo, mais concreto e voltado para o exterior

(Nemiah & Sifneos, 1970). Em 1976 os autores Nemiah, Freyberger e Sifneos conceptualizaram a alexitimia como um constructo que abrange um conjunto de traços cognitivos incluindo a dificuldade em identificar e descrever sentimentos, uma capacidade fantasiosa limitada e o pensamento orientado para o exterior. Já a perspectiva de Taylor, Bagby e Parker (1992) organiza o constructo em duas componentes: a emocional e a cognitiva. Emocionalmente, os sujeitos alexitímicos demonstram uma elevada dificuldade não só em identificar e descrever sentimentos/emoções pessoais (Bruce, Curren, & Williams, 2012) mas também, em distingui-las das sensações corporais somáticas que naturalmente as acompanham (Sifneos, 1973) o que, consequentemente, se associa fortemente a afetos negativos (Connelly & Denney, 2007). Relativamente à cognição, apresentam uma imaginação limitada e um padrão de pensamento concreto, não introspectivo, orientado externamente (Taylor, Ryan, & Bagby, 1985).

Após várias abordagens distintas ao conceito, os autores encontram-se em consenso no que diz respeito às três as principais componentes da alexitimia:

“a) uma grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais; (b) uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre; e (c) um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente, também conhecido como pensamento operacional” (Freire, 2010, p. 18)

tornando-o num constructo multidimensional. As limitações na imaginação manifestam-se através da escassez da fantasia e no pensamento utilitário (Sifneos, 2000; Taylor, Bagby & Parker, 1991). O discurso é maioritariamente focado nos aspetos objetivos da situação que relata, oferecendo grande pormenor sobre o contexto externo, locais, datas, etc., em detrimento do conteúdo pessoal daquilo que relata, da sua experiência pessoal e subjetiva (Prazeres, 2000) tendo em conta que a dificuldade em identificar e nomear os seus sentimentos e relacioná-los com experiências psicológicas e/ou memórias os leva a falar da dor física no lugar da dor emocional. São descritos como pouco produtivos e imaginativos, aborrecidos e tensos que, quando confrontados com os seus sentimentos relativamente a situações emocionais, experienciam confusão (e.g. “não sei”), fornecem respostas vagas e/ou simples (e.g. “sinto-me mal”), referem sensações corporais (e.g. “doí-me a barriga”), ou comportamentos (e.g. “dei um murro na parede”) (Sifneos, 2000).

Outra característica associada a estes indivíduos é a de, não raras vezes, manifestarem explosões de raiva, ataques de choro e/ou humor disfórico, os quais relatam com confusão

pela incapacidade de identificar por que razão tal ocorreu e de relacioná-lo com um evento específico (Bagby, Taylor & Parker, 1991). A falta de insight em situações de confronto ou stressantes resulta na resolução destas através da passagem ao ato ou da somatização (Fernandes & Tomé, 2001).

A alexitimia não constitui uma doença diagnosticável, mas sim um aspeto clínico associado a determinado quadro, tal como doenças psicossomáticas (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). No entanto, são várias as propostas classificativas da alexitimia. A que reúne maior consenso é a que a divide em dois tipos: a alexitimia primária, correspondente ao conceito associado à etiologia das perturbações psicossomáticas, baseada no pensamento concreto e na escassez de capacidade de fantasiar, limitando a expressão de emoções e afetos, manifestando-os como sintomas físicos (Pedinielli & Rouan, 1998); a alexitimia secundária, de natureza transitória, muitas vezes considerada uma consequência do stress (Pedinielli & Rouan, 1998), podendo exercer uma função relativamente ao stress, por outro lado, reforçar o sentimento de stress dada a dificuldade de adequação da resposta emocional. A alexitimia primária caracteriza-se como um traço relativamente estável, típico das pessoas com uma predisposição para perturbações psicossomáticas ou psiquiátricas (Freyberger, 1977) enquanto que a alexitimia secundária é um estado, pois constitui uma reação a um fator indutor de ansiedade ou instabilidade resultante de doença ou trauma (Haviland et al., 1988; Parker et al., 1991), agindo como um fator protetor do impacto emocional que estas situações evocam (Pedinielli & Rouan, 1998).

De acordo com alguns estudos, verifica-se a presença da alexitimia também na população geral, sendo que esta atinge cerca de 10% a 20% dos sujeitos, enquanto que, entre pacientes psicossomáticos, chega a constituir mais de 50% dos casos (Pedinielli & Rouan, 1998). Em Portugal, de acordo com Bicha-Castelo (2010), a alexitimia atinge cerca de 5% da população. No entanto, os dados relativos às especificidades da alexitimia a nível nacional são quase nulos, especificamente os relativos a populações reclusas.

No que toca às diferenças de género na prevalência da alexitimia, vários autores afirmam que a sua expressão no sexo masculino é mais elevada do que no sexo feminino (Franz et al., 2008), explicando este facto através de aspetos culturais e sociais associados à experiência e aprendizagem emocional ao longo da vida (i.e., os homens tendem a ser ensinados a encobrir os seus sentimentos e expressões emocionais desde cedo).

Etiologia

A etiologia deste constructo, à semelhança da sua definição e classificação, não reúne consenso entre autores, sendo que, por exemplo, alguns atribuem as dificuldades destes sujeitos a: fatores psicológicos tais como traumas na formação infantojuvenil, ou mais tarde (Parker, Taylor & Bagby, 1998); influências socioculturais (Kirmayer, 1987); fatores biológicos (Nemiah, 2000). Taylor (1994) afirma tratar-se de um traço de personalidade.

Abordagens explicativas da alexitimia

A perspetiva de que a alexitimia é desenvolvida ao longo do tempo foi estudada por Berenbaum e James (1994) que, nas suas investigações, focam a importância das experiências de interação precoces, salientando alguns fatores familiares como possivelmente relacionados com a alexitimia. Num estudo com estudantes universitários, os autores concluíram que ao crescer num ambiente familiar com pouca comunicação positiva no qual as figuras parentais/cuidadores não fornecem suporte, validação das emoções nem oportunidade de modelação de expressões não ameaçadoras, resultaria na dificuldade de identificação e comunicação de expressões (Berenbaum & James, 1994). Leahy (2007) reforça a importância das experiências precoces no desenvolvimento da alexitimia, afirmando que relações parentais com pouca validação emocional não permitem à criança a compreensão de que o seu sofrimento afeta os outros, dificultando igualmente o desenvolvimento da empatia e da compaixão. Também numa investigação com estudantes universitários, os resultados demonstraram que a alexitimia se relaciona com alguns tipos de disfunção familiar, tais como a sub/sobre envolvimento dos membros da família, resultando na incapacidade de identificação emocional dos participantes (Lumley et al., 1996). No mesmo estudo, o pensamento orientado para o exterior mostrou-se relacionado com a falta de regras e orientações comportamentais, assim como, os défices na capacidade de imaginação e no pensamento simbólico estão relacionados com fracas competências de resolução de problemas (Lumley et al., 1996).

Reforçando a ideia da alexitimia enquanto constructo clínico, que se desenvolve ao longo do tempo, Begley (2007) afirma que os cuidadores da criança, ao falharem na necessidade genética desta de ser cuidada, prejudicam o seu desenvolvimento social e emocional. Essa falta de cuidados (i.e., negligência) pode resultar em alexitimia, tendo em conta que a criança não aprende a desenvolver a consciência dos seus sentimentos, mas sim a evitá-los pois, ao não atenderem às necessidades da criança, os cuidadores

causam dor e sofrimento, sentimentos negativos que a criança interioriza e os quais vai tentar evitar ao longo do crescimento (Yoshida, 2005). As conexões neuronais necessárias para um funcionamento adulto normativo (incluindo interações entre áreas subcorticais e pré-frontais necessárias à tomada de consciência das emoções e desenvolvimento de sentimentos) moldam-se e são aprendidas pela criança ao longo do seu desenvolvimento em interação com o ambiente e os cuidadores primários (Rose, 2006). Assim, vão ser evitadas conexões sinápticas de fluxo regular, dando lugar a fluxos com défices que terão consequências negativas na saúde e desenvolvimento de relacionamentos interpessoais adaptativos (Helves et al., 2008).

Na Finlândia, um estudo longitudinal levado a cabo ao longo de 31 anos relacionou a alexitimia com o facto de os pais não desejarem a criança, assim como com o seu crescimento em famílias com um número elevado de crianças (Taylor & Bagby, 2004). Os autores testaram adicionalmente as capacidades linguísticas das crianças concluindo que quanto menores estas capacidades fossem, maior seria o grau de alexitimia (Taylor & Bagby, 2004). Existem investigações que comprovam uma relação entre a alexitimia e um estilo de vinculação inseguro, especificamente ambivalente ou evitante (Taylor & Bagby, 2004).

E existe também evidência imagiológica que demonstra uma atividade diminuída no cérebro do alexitímico (regiões do córtex cingulado) durante apresentação ou indução de imagens emocionais (Mantani, Okomoto, Shirao, Okada & Yamawaki, 2005). Taylor (2000) propõe a existência de um rompimento na comunicação inter-hemisférica, ou seja, uma “comissura funcional”, originando uma coordenação e integração de atividades inter-hemisféricas limitada, comprovada por Romei e colaboradores em 2008.

A expressão de conflitos através do corpo (i.e., somatização) é explicada por Hamann-Mac Lean (1949) através da existência de conexões inadequadas entre o sistema límbico e o neocórtex, as quais originam a incapacidade de verbalização de emoções.

Impacto da alexitimia

De acordo com Damásio (2003), são as competências sociais, tais como a capacidade de reconhecer corretamente as emoções, que permitem ao indivíduo responder adequadamente ao meio. A manutenção de relações interpessoais satisfatória está relacionada com duas componentes da complexidade emocional: a amplitude emocional (isto é, a variedade de experiências emocionais do indivíduo) e a diferenciação emocional

(ou seja, a propensão para fazer distinções subtis dentro da mesma categoria emocional) (Kang, Shaver, Sue, Min, & Jing, 2003). A complexidade emocional, por requerer a compreensão dos sentimentos do outro, influencia a adaptabilidade interpessoal (Kang et al., 2003) sendo esta diferenciação a que mais contribui para a capacidade de adaptação do sujeito. Para além da diferenciação, a capacidade de regulação emocional também assume um papel importante pois, para adequar a resposta, é necessário aplicar o conhecimento emocional para regular não só as emoções que está a sentir como, também, a forma como as está a experienciar e expressar (Gross, 1998).

Neste âmbito importa explorar brevemente o conceito de regulação emocional. A regulação das emoções é o processo que nos permite implementar estratégias de aumento, diminuição ou manutenção das componentes da resposta emocional (Gross, 1998). Estas estratégias desenvolvem-se e organizam-se ao longo do nosso processo vivencial, sendo que os primeiros anos de vida são os cruciais para tal, moldando-se através do contacto com o ambiente e, em especial, com o contacto com os cuidadores primários (Walden & Smith, 1997). O processo de processamento emocional envolve várias dimensões (e.g. cognitiva, fisiológica, comportamental, social), sendo que a regulação emocional pode ocorrer em todas elas (Vaz, Vasco, Greenberg e Vaz, 2010). Fisiologicamente, torna possível o controlo, modificação, modelação ou redireccionamento da ativação emocional para adaptação a diferentes situações, tornando as expressões afetivas flexíveis (Taylor & Bagby, 2004). Relativamente à dimensão cognitiva, é esperado que uma emoção seja produzida através da simbolização da ativação fisiológica na consciência (Greenberg, 2002). A nível comportamental existe a possibilidade de controlo daquilo que se pretende expressar ou suprimir ou de gestão da situação à qual se expôs através da regulação emocional, evitando ou procurando um estímulo que gere no indivíduo as mesmas emoções (Greenberg, 2002). Aqui, é necessário que o indivíduo tenha experiência e consciência emocional e a capacidade de expressar em palavras as suas emoções de forma adaptativa, fazendo face às adversidades do quotidiano, positivas ou não (Greenberg, 2002).

Mediante o anteriormente exposto, é possível prever diversas consequências da alexitimia. A incapacidade de empatizar e os défices de compreensão emocional geram reduzidas competências sociais e a impossibilidade de retirar prazer das interações sociais (Kroner & Forth, 1995), dificultando o estabelecimento de relações interpessoais próximas (Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer, & Lakey, 1996) para além de levar a agir de

forma (Grabe, Spitzer & Freyberger, 2001). Adicionalmente, existe nestes sujeitos uma marcada tendência para o evitamento de conflitos, tornando-os pessoas socialmente conformadas (Nemiah & Sifneos, 1970). Quando mantêm relacionamentos, são vistos como “desligados” e pouco investidos neles, dada a sua insensibilidade ao discurso com conteúdo emocional (Barnow, Grabe, & Freyberger, 2001). A investigação demonstra que estes indivíduos têm uma maior tendência para permanecer solteiros (Barnow, Grabe, & Freyberger, 2001) e que se encontram expostos a um maior risco de morte por doença (Spitzer, Siebel-Jurges, Barnow, Grabe, & Freyberger, 2005).

A incapacidade de empatizar terá impacto a nível social, dificultando o estabelecimento de relações interpessoais que o integrem verdadeiramente num grupo/comunidade e vai impedir que o sujeito desempenhe os seus papéis sociais com êxito (Wastell & Taylor, 2002). Os mesmos autores referem ainda a elevada tendência para um comportamento submisso nas relações que resulta na incapacidade de se comparar com os outros. A repetição desta experiência poderá ser internalizada nos esquemas interpessoais e relacionais do indivíduo (Baldwin & Fergusson, 2001).

Alexitimia e perturbações psicológicas

De acordo com a própria definição da alexitimia, esta não consiste numa perturbação mental, mas sim um aspeto clínico associado a determinado quadro (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). Várias investigações identificam este constructo como comumente presente em indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático (Monson, Price, Rodriguez, Ripley, & Warner, 2004), Perturbações do Comportamento Alimentar (Taylor, Parker & Bagby, 1999), Perturbações Aditivas ao jogo e a substâncias psicoativas (de Haan et al., 2011), Perturbação de Personalidade Estado-Limite (Brisch, 2004; Dozier & Stovall, 2000) e em Perturbações Somatoformes (Sifneos, 2000).

Relativamente à Depressão, foi documentado que a alexitimia consiste num fator de risco para o seu desenvolvimento (Barrios-Hernández, Olivero-Veja & Figueroa-Saumet, 2020). Este estudo concluiu que, da sua amostra 5% apresentava alexitimia, documentando-a também como um fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade (Barrios-Hernández, Olivero-Veja & Figueroa-Saumet, 2020).

A alexitimia e a angústia psicológica foram investigadas na Austrália demonstrando uma maior prevalência de ambas as variáveis nos pacientes psiquiátricos face à população geral (McGillivray, Becerra & Harms, 2017).

Estudos neste âmbito revelam uma forte associação entre a alexitimia e a depressão, tanto na população clínica como na população geral (Taylor & Bagby, 2004). Resultados adicionais adiantam que a prevalência da alexitimia poderá ser maior em sujeitos com depressão severa pela manifestação, em ambos, da anedonia, incapacidade de reconhecer emoções, dificuldade de estabelecimento de vínculos afetivos, escassa imaginação e fantasia e quadros de isolamento com relações interpessoais deficitárias (Arancibia & Behar, 2015).

Verificou-se uma forte associação entre a alexitimia e comportamentos aditivos (de Haan et al., 2014). Nestes indivíduos, a alexitimia mostrou-se também um fator preditor da depressão e, posteriormente, da dependência (Speranza et al., 2004). A ansiedade em sujeitos com comportamento aditivo também revela uma elevada associação com a alexitimia (de Haan et al., 2014), tendo sido demonstrado que os níveis de alexitimia se tornam mais acentuados em consequência de estados depressivos e/ou ansiosos (Haviland, Shaw, Cummings, & MacMurray, 1988). Para além de constituir um fator de risco para o abuso de substâncias, a alexitimia é também um fator preditor de recaídas (Loas, Fremaux, Otmani, Lecercle, & Delahousse, 1997). Os autores postulam que o comportamento aditivo surge como uma tentativa de compensação da escassez de autoconhecimento e insight, tornando-se uma forma de lidar com os afetos negativos que daí advém (Stasiewicz et al., 2012). As alterações estruturais causadas pelo consumo crónico de substâncias psicoativas podem, consequentemente, aumentar a incapacidade de lidar com emoções e de as articular, aumentando o nível de alexitimia (Speranza et al., 2004), o que, por sua vez, aumenta a necessidade de consumo (El Rasheed, 2001). Constata-se adicionalmente que a alexitimia reduz a capacidade de compreensão da natureza de respostas a pistas relacionadas com o consumo de substâncias, tais como a identificação do *craving* (Franklin et al., 2009). Na Turquia, Gatta e colaboradores (2014) demonstram que a prevalência da alexitimia é de 18% na população avaliada, postulando que esta constitui um fator de risco para o consumo de álcool devido a dificuldade de expressão verbal de emoções revelada pela amostra.

A investigação da associação entre a alexitimia e a esquizotipia demonstra que a primeira se relaciona fortemente não apenas com a segunda, mas também com os afetos negativos associados a ambas (Humphreys, Wood & Parker, 2009). As características de personalidade esquizotípicas associam-se à incapacidade de compreender pistas emocionais de terceiros (Shean et al., 2007) e com uma fraca capacidade de regular e

identificar as próprias emoções (Seghers et al., 2011). Parker e colaboradores (2005) identificam adicionalmente uma correlação negativa entre a alexitimia e afetos positivos.

Um estudo australiano revelou elevados níveis de alexitimia em amostras psiquiátricas, obtendo 38% de prevalência comparativamente aos 2% obtidos na população geral (McGillivray, Becerra & Harms, 2017). Este estudo afirma uma prevalência de alexitimia de 30% em pacientes diagnosticados com transtornos de humor.

As perturbações alimentares assumem também uma posição relevante devido à sua elevada associação com a alexitimia. O estudo comparativo de Díaz, Aizpuru, Cordella e Toro (2013), relativo à alexitimia em mulheres com perturbação alimentar revelou uma prevalência de 61,7% de alexitimia. Mais tarde, explorou-se a relação entre a alexitimia e a insatisfação corporal, revelando uma prevalência de alexitimia de 7 em cada 10 mulheres com transtorno alimentar, associando-se significativamente a ambas as variáveis (Díaz & Aizpuru, 2016). Os autores afirmam que a alexitimia poderia justificar o desenvolvimento de uma perturbação alimentar em 45%, devido à dificuldade em identificar emoções.

Com base nos dados acima descritos e sabendo que no sistema prisional são vários os quadros psicopatológicos apresentados pelos reclusos (Gonçalves, 2010), destacando-se a depressão (Gussak, 2007) e o consumo de substâncias (Speranza et al., 2004), entre outros, é evidente a pertinência da exploração da alexitimia na população reclusa.

2.2. Alexitimia e Comportamento Desviante/Criminalidade

As dificuldades na identificação e regulação emocional têm sido associadas à prática de crime, dado que o estabelecimento de relações interpessoais e sociais adequadas, com respeito pelas normas sociais, assenta na capacidade de se identificar e responder corretamente às pistas emocionais (Kang & Shaver, 2004). Sabemos que os indivíduos com alexitimia, para além de falharem nas respostas adequadas a estas pistas, demonstram falta de capacidade empática consequente à incapacidade de leitura emocional de terceiros (Wastell & Taylor, 2002).

Psicopatia

Atualmente, Cleckley caracteriza a psicopatia como um défice na compreensão da profundidade dos sentimentos humanos (Cleckley, 1964). Os critérios de diagnóstico para a psicopatia definidos pelo autor a incapacidade de perceber o impacto do seu comportamento nos outros, a ausência de culpa, a incapacidade de estabelecer relações

duradouras, a superficialidade emocional e o egocentrismo (Blair, Mitchell & Blair, 2005). Já a conceptualização de Hare e colaboradores separa, na Medida de Avaliação da Psicopatia (Psychopathy Checklist - PCL; Hare, 1980) as características interpessoais e afetivas (Fator 1), i.e., o estilo manipulativo, a ausência de empatia e a grandiosidade, das características comportamentais e de estilo de vida (Fator 2), ou seja, a irresponsabilidade, a impulsividade e a ausência de objetivos (Hare, Harpur, Hakistan, Forth & Hart, 1990).

A investigação trouxe alguns paralelos entre a alexitimia e a psicopatia. Sujeitos com características de psicopatia ignoram os direitos e sentimentos dos outros e demonstram emoções superficiais (Cleckley, 1964; Hare, 2003). Já indivíduos com alexitimia são reconhecidos pelo escasso nível de consciência e inutilização de informação emocional como guia da comunicação e comportamento (Taylor, 1994). Ambos os grupos demonstram falta de empatia, de insight e de capacidade introspectiva como regulador comportamental (Haviland, Sonne & Kowert, 2004), sendo estas passíveis de ser caracterizadas como síndromes de uma regulação emocional defeituosa (Patrick et al., 1993; Taylor, 1994). Tal como na psicopatia, um estudo de Parker e colaboradores (2005) demonstrou que indivíduos com dificuldade em descrever sentimentos avaliada através da TAS-20, tinham menor capacidade em decifrar expressões emocionais negativas. Tal como na alexitimia, foi identificado um défice de integração de informação inter-hemisférica em indivíduos com psicopatia (Hiatt & Newman, 2007).

Kroner e Forth (1995) encontraram uma correlação positiva entre desvio social e psicopatia com o fator Importância das Emoções da TAS-20. Tal sugere que o fator da TAS-20 poderá estar associado com níveis mais elevados de desvio social na população de ofensores. Esta informação vem a ser reforçada quando um estudo com pacientes de um hospital militar turco demonstrou que aqueles com Perturbação da Antissocial da Personalidade exibiam níveis elevados de alexitimia na TAS-R (Sayar, Ebrinc & AK, 2001).

3. Criminalidade e Saúde Mental

A relação entre a criminalidade e a saúde mental é algo não consensual entre autores. Existem aqueles que afirmam que a psicopatologia constitui um fator de risco para a criminalidade, como é o caso das Perturbações Aditivas (Renfrew, 1997), da Esquizofrenia (Teixeira & Dalgalarrodo, 2008) e das Perturbações da Personalidade (Haviland, Sonne & Kowert, 2004).

Outros procuram explicações biológicas (Eysenck & Eysenck, 1978) como a genética (Anderson & Smith, 2001). São também referidas influências familiares (Raine, 1993) e questões socioeconómicas (Gonçalves, 2000). Para Gonzáles-Tapia (2002) o comportamento criminal tem por base aspetos tanto biológicos como psicológicos e sociais, tornando-o num fenómeno multifatorial complexo.

Um estudo de Valverde e Ramírez (2006) revelou que 37% da amostra de ofensores foi submetida a hospitalização psiquiátrica e desses, 8% foram diagnosticados com perturbação psicótica. Acerca da contribuição de fatores psicológicos na expressão de atitudes agressivas, foi assinalada a presença de psicose e de certos transtornos da personalidade (Valverde & Ramírez, 2006). Em perturbações psicológicas como a psicose, Link e Stuve (1994) indicam que nem todos os pacientes são propensos à violência. Pelo contrário, tal apenas se verifica em pacientes que apresentam ideação paranoide, sintomas associados à perceção de ameaças externas ou perda de controlo sobre si mesmos (Link & Stuve, 1994).

4. Objetivos

O presente estudo tem como principal objetivo estimar a prevalência da alexitimia na população reclusa, obter indicadores de psicopatologia e compreender a sua associação à violência e à criminalidade. determinados tipos de crime e experiências de vitimação.

Especificamente:

- Estimar as taxas de prevalência de alexitimia e os indicadores de psicopatologia;
- Analisar a relação entre a alexitimia e indicadores de psicopatologia;
- Analisar a relação entre indicadores de psicopatologia e a prática de violência e a criminalidade;
- Analisar a relação entre a alexitimia e a prática de violência e criminalidade.

5. Método

5.1. Amostra

Os dados do presente estudo foram recolhidos em 10 Estabelecimentos Prisionais de Norte a Sul de Portugal Continental, culminando numa amostra constituída por 169 participantes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 21 e os 72 anos de

idade ($M = 38,22$; $DP = 11,47$). No que toca ao estado civil dos participantes, 54% são solteiros ($n = 92$), 29% são casados ou em união de facto ($n = 49$), 16% são divorciados ($n = 26$) e somente 1% são viúvos ($n = 2$). Relativamente às habilitações literárias, 43% dos participantes possuem o 9º ano de escolaridade ($n = 72$), 27% possuem o 6º ano ($n = 45$), 17% obtiveram o 12º ano ($n = 29$), 7% possuem o 12º ano de escolaridade ($n = 12$), 5% uma licenciatura ($n = 9$) e aproximadamente 1% obteve um mestrado/doutoramento ($n = 1$). No que toca aos hábitos de consumo de substâncias ilícitas, 44.4% ($n = 75$) da amostra refere consumir enquanto que 54.4% ($n = 92$) afirma não o fazer.

Tabela 1

Dados sociodemográficos (N=169)

Variáveis		%	N
Idade			
Classe profissional	Trabalhadores não qualificados	3.6	6
	Operadores de instalações, máquinas e trabalhadores de montagem	15.4	26
	Trabalhadores qualificados	16	27
	Agricultura, pesca e floresta	7.7	13
	Serviços pessoais, proteção/segurança, vendedores	28.4	48
	Pessoal administrativo	0.6	1
	Profissão de nível intermédio	4.1	7
	Especialistas de atividades intelectuais e científicas	1.8	4
	Reformados	1.2	2
	Desempregados	9.5	16
	Omissos	9.5	16
	Solteiro	54.4	92
	Casado	11.8	20
Estado civil	União de fato	17.2	29
	Viúvo	1.2	2

Escolaridade	Divorciado		15.4	26
	4ª classe		7.1	12
	6º ano		26.6	45
	9º ano		43.8	74
	12º		17.2	29
Tem filhos	Licenciatura/bacharelato		5.3	9
	Não		33.7	57
	Sim		66.3	112
Sem quantos	sim,	1	27.2	46
		2	23.7	40
		3	7.1	12
		4	5.3	9
		Mais de 4	3	5
Consumo de substâncias ilícitas	Não		44.4	75
	Sim		54.4	92
	Omissos		1.2	2

Na amostra observamos 47.3% ($n = 80$) ofensores primários e 52.7% ($n = 89$) de reclusos reincidentes. Relativamente à situação do processo, 21.1% ($n = 34$) dos participantes encontram-se em prisão preventiva face aos restantes 79.9% ($n = 135$) que estão condenados. Dos crimes cometidos, 61,5% ($n = 104$) não são considerados violentos enquanto que 31.5% ($n = 60$) o são.

Tabela 2

Situação prisional e criminal (N=169)

Variáveis		%	N	M (D.P) [<i>Min; Max</i>]
Histórico Criminal	Primário	47.3	80	
	Reincidente	52.7	89	

Situação	Preventivo	20.1	34	
do processo				
	Condenado	79.9	135	
Número	1	64.5	109	
de prisões				
	2	23.1	39	
	3	5.9	10	
	4	3.6	6	
	Mais de 4	2.4	4	
	Omissos	0.6	1	
Número	0	1.8	3	
de				
condenações				
	1	47.3	80	
	2	24.3	41	
	3	8.9	15	
	4	4.1	7	
	Mais de 4	13	22	
	Omissos	0.6	1	
Crime	Não	61.5	104	
violento				
	Sim	35.5	60	
	Omissos	3	5	
Regime	Comum	87	147	
de pena				
	RAI	9.5	16	
	RAE	1.2	2	
	Omissos	2.4	4	
Pena				56.14 (31.323) 3 meses – 13
determinada				anos
a condenado				
Tempo	Condenado			21.76 (19.424) 1 mês – 10 anos
cumprido				e 15 meses

Preventivo	33.29 (12.181) 1 mês – 1 anos e 5 meses
Idade da primeira reclusão	33.29 (12.181) 16 – 72 anos

Relativamente ao comportamento prisional, 74.6% ($n = 126$) dos participantes afirmam nunca ter cometido uma infração no E.P., 10.7% ($n = 18$) afirmam ter cometido uma infração, 7.7% ($n = 13$) duas infrações, 1.8% ($n = 3$) três infrações, 1.2% ($n = 2$) quatro infrações e 4.1% ($n = 7$) mais de quatro infrações. A violência dentro do E.P. foi praticada por 17.2% ($n = 29$) dos participantes, face aos 82.8% ($n = 140$) que refere não ter praticado. Finalmente, 2.4% ($n = 4$) revela ter praticado violência verbal, 10.4% ($n = 18$) violência física, 0.6% ($n = 1$) violência física e verbal e 3% ($n = 5$) violência física e ameaças.

Tabela 3

Comportamento prisional (N=169)

Variáveis				%	N
Número de infrações cometidas no E.P.	0			74.6	126
	1			10.7	18
	2			7.7	13
	3			1.8	3
	4			1.2	2
	Mais de 4			4.1	7
Infração violenta	Não			82.8	140
	Sim			17.2	29
Praticou violencia no E.P.	Não			82.8	140
	Sim			17.2	29
Quantas vezes	1			7.1	12
	2			4.1	7
	3 ou mais			5.9	10

Quantas vezes nos últimos 12 meses	0	6.5	11
	1	6.5	11
	2	4.1	7
Contra quem	Reclusos	10.7	18
	Guardas	3.6	6
	Ambos	2.4	4
	Omissos	1.6	1
Tipos de violência	Verbal	2.4	4
	Física	10.7	18
	Verbal e física	0.6	1
	Física e ameaça	3	5
	Omissos	1.6	1

5.2. Instrumentos

De modo a atingir os objetivos traçados neste estudo, cada participante preencheu 3 instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e Criminal, a Escala de Alexitimia de Toronto e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

A *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens* (TAS-20) (Taylor, Bagby & Parker, 1992, traduzida e adaptada por Nina Prazeres, 2000) é um instrumento de autoavaliação composto por 20 itens que visa a avaliação do constructo de alexitimia com base em três fatores: dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos e pensamento orientado externamente.

O *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) (Derogatis, 1982, traduzido e adaptado por Canavarro, 2007). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e fornece três Índices Globais ou avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões são compostas por relevantes elementos de psicopatologia: a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Uma análise das pontuações obtidas nas nove dimensões resulta em três índices (índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas

positivos) cuja leitura permite avaliar de forma geral o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado.

O *Questionário Sociodemográfico e Criminal* apresenta questões sociodemográficas (e.g. idade, sexo, estado civil, habilitações, etc.) e criminais (e.g. n.º de condenações, tipo de crime, tempo de pena, etc.), assim como questões referentes à vitimação prisional (e.g. se alguma vez sofreu algum tipo de violência no EP, o n.º de vezes, o tipo de violência e perpetrada por quem).

5.3. Procedimentos

O primeiro passo para efetuar a recolha de dados foi o recurso a um pedido de autorização da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) no qual foram especificados os objetivos do estudo. Uma vez conseguida a autorização, a investigadora entrou em contacto com os Estabelecimentos Prisionais constantes na lista elaborada pela DGRSP para divulgação do estudo e agendamento da visita para efeitos de recolha.

A administração dos instrumentos de recolha foi efetuada pela investigadora, em grupo. Para tal, previamente ao preenchimento dos instrumentos, os participantes assinaram o consentimento informado onde constavam os objetivos do estudo e no qual estava sublinhado o carácter voluntário e confidencial da participação.

Finalmente, numa abordagem de metodologia quantitativa, os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e analisados com recurso ao mesmo.

5.4. Estratégia de Análise de Dados

As análises de dados apresentadas no presente estudo foram elaboradas através ao software estatístico acima mencionado (SPSS Versão 20).

A descrição da amostra e das variáveis em estudo foi efetuada a partir da estatística descritiva. Da estatística inferencial, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis intervalares quando cumpridos os pressupostos de utilização e a alternativa não paramétrica de Spearman quando não se verificou a normalidade da distribuição da amostra. Para as variáveis nominais ou nominal e ordinal utilizou-se o teste de independência Qui-Quadrado. Utilizou-se o teste T-Student para comparação de uma variável nominal com dois grupos e uma variável intervalar, quando cumpridos os

pressupostos de normalidade e homogeneidade de distribuição da amostra e a alternativa não paramétrica Mann-Whitney quando não verificou o cumprimento dos pressupostos. Na análise das variáveis referentes ao BSI, foram retirados 4 indivíduos da amostra por inexistência de resposta no preenchimento do instrumento. Os pontos de corte utilizados na TAS-20 foram os referidos na validação desta escala para a população portuguesa (Prazeres, 2000) assim como os pontos de corte do BSI (Canavarro, 2007).

6. Resultados

1. – Estimar as taxas de prevalência de alexitimia e os indicadores de psicopatologia

Na amostra da presente investigação foi possível observar que, relativamente à alexitimia, avaliada pela TAS-20, 77 indivíduos (45.6%; IC_{95%} =]38.1; 53.1[%) não são alexitímicos, 54 (32.0%; IC_{95%} =]24.9; 39.0[%) situam-se na zona de fronteira e 38 (22.4%; IC_{95%} =]16.2; 28.8[%) revelam alexitimia. No que toca às perturbações emocionais, avaliadas através do BSI, estas observaram-se em 55 (33.3%; IC_{95%} =]26.1; 40.5[%) dos 165 indivíduos para os quais foi possível identificar a existência ou não das mesmas.

2. – Analisar a existência de associação entre a alexitimia e indicadores de psicopatologia

Começou-se por analisar as relações existentes entre a pontuação total da TAS e a pontuação do ISP, do IGS e as diferentes dimensões do BSI em indivíduos com perturbação emocional.

Tabela 4

Relações entre a pontuação total da TAS e a pontuação do ISP, do IGS, e dimensões do BSI em indivíduos com perturbação emocional

Pontuação TAS-20		r_s	r	p
Pontuação ISP	55	.284	-	.036*
Pontuação	165	.475	-	.000*
IGS				
Somatização	55	.371	-	.005*

Obsessões- Compulsões	55	.303	-	.025*
Sensibilidade Interpessoal	55	-	.552	.000*
Depressão	55	-	.401	.002*
Ansiedade	55	.352	-	.008*
Hostilidade	55	-	.453	.001*
Ansiedade	55	.506	-	.000*
Fóbica				
Ideação	55	-	.378	.004*
Paranoide				
Psicoticismo	55	-	.397	.003*

*Nota: * $p < 0.05$*

Observando a tabela 4, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação da TAS e do ISP, o que significa que quando a pontuação de uma aumenta, a pontuação da outra também tende a aumentar. O mesmo acontece entre a pontuação da TAS e a pontuação do IGS, i.e., quando a pontuação da TAS aumenta, a pontuação o IGS tende igualmente a aumentar.

A análise da relação entre a pontuação da TAS e as dimensões do BSI naqueles com perturbação emocional revelou-se estatisticamente significativa relativamente a todas as dimensões, visível na tabela 4. Assim sendo, verificamos que quando a pontuação da TAS aumenta, a pontuação da dimensão tende igualmente a aumentar.

De seguida, considerou-se a variável ter ou não alexitimia e analisou-se a sua relação com outras variáveis. Os resultados mostram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre essa variável e ter ou não perturbação emocional, $\chi^2(2, N = 165) = 4.61, p = .100, V = .167$. O mesmo ocorre entre a variável ter ou não alexitimia e a variável consumo, $\chi^2(1, N = 115) = .529, p = .467, V = .068$.

Quando nos focamos apenas nos indivíduos que consomem, observamos diferenças estatisticamente significativas na somatização entre alexitímicos ($Mdn = 0.4286$) e os não alexitímicos ($Mdn = 0.1429$ ($U_{(Nalexitímicos=37, Nnãoalexitímicos=21)} = 230.500, z = 2.597, p = .009$), sendo que a sensibilidade interpessoal nos alexitímicos ($M = .6014, DP = .38846$)

também se revelou significativamente diferente da sensibilidade interpessoal nos não alexitímicos ($M = .9643$, $DP = .64849$), ($t(28,323) = -2,338$, $p = .027$).

Passando o foco para a relação entre pontuar ou não valores clínicos em cada dimensão do BSI e ter ou não alexitimia, na tabela 5 podemos observar uma associação estatisticamente significativa entre a variável alexitimia e todas as dimensões do BSI.

Tabela 5

Relação entre pontuar ou não valores clínicos em cada dimensão do BSI e ter ou não alexitimia

	Alexitimia	χ^2	gl	p	V
Somatização	111	13.770	1	.000*	.352
Obsessões-compulsões	111	8.103	1	.004*	.270
Sensibilidade Interpessoal	111	15.914	1	.000*	.379
Depressão	111	4.964	1	.026*	.211
Ansiedade	111	8.103	1	.004*	.270
Hostilidade	111	12.306	1	.000*	.359
Ansiedade fóbica	111	20.645	1	.000*	.431
Ideação Paranoide	111	4.431	1	.035*	.200
Psicoticismo	111	11.349	1	.001*	.320

*Nota: *p < 0.05*

De acordo com os valores obtidos na somatização, na amostra de alexitímicos há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (65.8% vs. 34.2%). Contudo, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = 3.789$, $p = .052$). Analogamente, analisando apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de alexitímicos (72.2% vs. 27.8%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 18) = 3.556$, $p = .059$). Na dimensão das obsessões-compulsões, na amostra de alexitímicos há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (73.7% vs. 26.3%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = 8.526$, $p = .004$). Quando

analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de alexitímicos (66.7% vs. 33.3%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 15) = 1.667, p = .197$). No que toca à sensibilidade interpessoal, na amostra de alexitímicos observamos uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (60.5% vs. 39.5%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = 1.684, p = .194$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de alexitímicos (71.4% vs. 28.6%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 21) = 3.857, p = .050$). Relativamente à dimensão depressão, na amostra de alexitímicos há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (57.9% vs. 42.1%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = .947, p = .330$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma igual percentagem de alexitímicos e de não alexitímicos, não se rejeitando a possibilidade de, na população de onde se retirou a amostra, estas percentagens serem iguais ($\chi^2(1, N = 32) = .000, p = 1.000$). No que toca à ansiedade, na amostra de alexitímicos há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (73.7% vs. 26.3%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = 8.526, p = .004$). Analisando apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos uma maior percentagem de alexitímicos (66.7% vs. 33.3%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 15) = 1.667, p = .197$). Na dimensão hostilidade, na amostra de alexitímicos existe uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (57.9% vs. 42.1%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = .947, p = .330$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de alexitímicos (66.7% vs. 33.3%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 24) = 2.667, p = .102$). Relativamente à ansiedade fóbica, na amostra de alexitímicos há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (63.2% vs. 36.8%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 38) = 2.632, p = .105$). Analisando apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior % de alexitímicos (82.4% vs. 17.6%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 17) = 7.118, p = .008$). Analisando a ideação paranoide, na amostra de alexitímicos há uma maior percentagem de indivíduos que apresentam valores clínicos (57.9% vs. 42.1%), não

sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 (1, N = 38) = .947, p = .330$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior % de não alexitímicos (55.1% vs. 44.9%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 (1, N = 49) = 510, p = .475$). Por fim, na dimensão do psicoticismo, na amostra de alexitímicos verificamos uma maior percentagem de indivíduos que apresentam valores clínicos (55.3% vs. 44.7%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 (1, N = 38) = .421, p = .516$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de alexitímicos (55.3% vs. 44.7%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 (1, N = 38) = 421, p = .516$).

3. – Analisar a relação entre indicadores de psicopatologia e a prática de violência e a criminalidade

Observando a tabela 6, pela análise de correlação, conclui-se que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que há uma associação entre ter ou não perturbação emocional e ter ou não praticado um crime violento. O mesmo acontece com o historial criminal e com o consumo de substâncias. A relação entre ter ou não perturbação emocional e a prática de violência no estabelecimento prisional é estatisticamente significativa.

Tabela 6

Relação entre perturbações emocionais e a prática de violência e a criminalidade

	Perturbação emocional	χ^2	gl	p	V
Violência do crime	162	.126	1	.722	.028
Historial criminal	165	1.751	1	.186	.103
Prática de violência no EP	165	11.377	1	.001*	.263
Consumo	163	.428	1	.513	.051

*Nota: * $p < 0.05$*

Relativamente à prática de violência no Estabelecimento prisional, os dados revelam que quando consideramos apenas os indivíduos com perturbações, a percentagem dos que afirmam nunca ter praticado violência no estabelecimento prisional (69.1%) é superior à daqueles que afirmam já ter praticado (30.9%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 55) = 8.018, p = .005$). Quando analisamos apenas o grupo que praticou violência, observamos que há uma maior percentagem de indivíduos com perturbações (39.3% vs. 60.7%). No entanto, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 28) = 1.286, p = .257$).

Consideremos, agora, o pontuar ou não valores clínicos nas diferentes dimensões do BSI, verificamos não existir uma associação estatisticamente significativa entre pontuar ou não valores clínicos na sensibilidade interpessoal e a criminalidade violenta, $\chi^2(1, N = 108) = 1.751, p = .186, V = .127$. Na mesma dimensão, verificamos não existir uma associação estatisticamente significativa entre esta e o consumo de substâncias, $\chi^2(1, N = 163) = 1.416, p = .234, V = .093$. Relacionando a sensibilidade interpessoal com a prática de violência no estabelecimento prisional, observamos não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que há uma associação entre ambas, $\chi^2(1, N = 165) = 1.871, p = .171, V = .106$. Por último, a relação entre a esta dimensão e o historial criminal não se revelou estatisticamente significativa, $\chi^2(1, N = 165) = .168, p = .682, V = .032$.

No que toca à pontuação na dimensão da hostilidade, associações com a criminalidade violenta e com o historial criminal não se revelaram estatisticamente significativa, como podemos observar na tabela 7. No entanto, a pontuação nesta dimensão revelou uma associação estatisticamente significativa com o consumo e a prática de violência no estabelecimento prisional.

Tabela 7

Relação entre pontuação na Hostilidade e a prática de violência e criminalidade

	Hostilidade	χ^2	gl	p	V
Violência do crime	162	1.832	1	.176	.106
Consumo	163	8.976	1	.003*	.235

Prática de violência no EP	165	25.572	1	.000*	.394
Historial Criminal	165	.222	1	.637	.037

*Nota: * $p < 0.05$*

Na associação com a variável consumo, os dados revelam que na amostra de indivíduos que já consumiram há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (65.2% vs. 34.8%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 92) = 8.522, p = .004$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de indivíduos que já consumiram (76.2% vs. 23.8%), sendo também esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 42) = 11.524, p = .001$). Relativamente à prática de violência no estabelecimento prisional, na amostra de indivíduos que já praticaram violência há uma maior percentagem de indivíduos que apresentam valores clínicos (64.3% vs. 35.7%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 28) = 2.286, p = .131$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de indivíduos que nunca praticaram violência (58.1% vs. 41.9%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 43) = 1.140, p = .286$).

Relativamente a pontuação clínica ou não na dimensão da ideação paranoide, esta não demonstrou associação estatisticamente significativa com a criminalidade violenta ($\chi^2(1, N = 162) = .371, p = .543, V = .048$), com o consumo de substâncias ($\chi^2(1, N = 163) = 2.785, p = .095, V = .131$), com a prática de violência no estabelecimento prisional ($\chi^2(1, N = 165) = 1.637, p = .201, V = .100$) nem com o historial criminal ($\chi^2(1, N = 165) = .057, p = .812, V = .019$).

A última dimensão do BSI analisada foi o psicoticismo. Aqui, pontuar ou não valores clínicos não revela uma associação estatisticamente significativa com a criminalidade violenta nem com a violência do crime, mas sim com as variáveis consumo e prática de violência no estabelecimento prisional, como podemos observar na tabela 8.

Tabela 8*Relação entre pontuação no psicoticismo e a prática de violência e criminalidade*

	Hostilidade	χ^2	gl	p	V
Violência	162	.392	1	.531	.049
do crime					
Consumo	163	6.107	1	.013*	.194
Prática de	165	3.389	1	.046*	.155
violência no					
EP					
Historial	165	.352	1	.553	.046
Criminal					

Nota: * $p < 0.05$

No que toca à prática de violência no estabelecimento prisional, na amostra de indivíduos que já consumiram há uma maior percentagem de indivíduos que apresentam valores clínicos (53.6% vs. 46.4%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 28) = .143, p = .705$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de indivíduos que nunca consumiram (75.4% vs. 24.6%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 61) = 15.754, p < .001$).

Finalmente, relativamente ao consumo, a análise revela na amostra de indivíduos que consomem há uma maior percentagem de indivíduos que não apresentam valores clínicos (54.3% vs. 45.7%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 92) = 6.696, p = .404$). Quando analisamos apenas o grupo que apresenta valores clínicos, observamos que há uma maior percentagem de indivíduos que consomem (68.9% vs. 31.1%), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 61) = 8.672, p = .003$).

Por último, na amostra de reincidentes que consomem, há 63.0% (17/27) sem perturbações e 37.0% (10/27) com perturbações, não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2(1, N = 27) = 1.815, p = .178$).

4. – Analisar se há associação entre ter ou não alexitimia e a prática de violência e criminalidade

A associação entre a prática de violência nos crimes e ter ou não alexitimia não se revelou estatisticamente significativa, $\chi^2(1, N = 110) = 1.057, p = .304, V = .098$. À semelhança do anterior, ao nível do historial criminal, não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que há uma associação entre ser reincidente ou não e ter ou não alexitimia, $\chi^2(1, N = 115) = .737, p = .391, V = .080$. Os resultados obtidos através da análise entre ter ou não alexitimia e a prática de violência no interior do estabelecimento prisional não demonstram igualmente significância estatística, $\chi^2(1, N = 115) = 3.146, p = .076, V = .165$.

A última análise realizada no âmbito da associação da alexitimia com a prática de violência e criminalidade foi a da comparação das proporções de não alexitímicos, alexitímicos e indivíduos na zona de fronteira na amostra de reincidentes que cometeram crimes violentos. Neste grupo há 42.9% (12/28) de não alexitímicos, 32.1% (9/28) de alexitímicos e 7/28 = 25.0% de indivíduos na zona de fronteira, sendo que as diferenças observadas nas proporções destes grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($\chi^2(1, N = 28) = 1.357, p = .507$).

7. Discussão de Resultados

Prevalência de alexitimia e indicadores de psicopatologia

Na amostra da presente investigação foi possível observar que, relativamente à alexitimia, 45.6% da amostra não revelou alexitimia, 32% se situa na zona de fronteira e 22.4% apresenta alexitimia.

Adicionalmente, 33.3% dos 165 indivíduos apresentam perturbação emocional.

Alexitimia e indicadores de psicopatologia

Perante os resultados apresentados, verificamos uma associação estatisticamente significativa não só entre a pontuação da TAS-20 e o Índice de Sintomas Positivos e o Índice Geral de Sintomas do BSI, ambos referentes à intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalado, mas também entre a mesma pontuação e todas as dimensões do BSI. Tal vem reforçar o facto de a alexitimia ser um aspeto clínico com consequências maioritariamente a nível emocional, associado a determinado quadro psicopatológico (Bagby, Taylor & Parker, 1991). Tendo em conta a

incapacidade em identificar e descrever sentimentos, característica dos alexitímicos, é possível avançar que a regulação emocional nestes sujeitos não aconteça de forma adaptativa, resultando em respostas desadequadas na experiência e expressão das emoções (Gross, 1998). Contudo, os dados adiantam também que ter ou não alexitimia não se relaciona com ter ou não uma perturbação emocional. Assim, ainda que seja um constructo que surge associado a perturbações emocionais, não se verifica uma relação de causa-efeito entre ambas (Taylor et al., 1997; Çelikel & Saatçioğlu, 2007), i.e., quando se verifica alexitimia no sujeito, tal não significa que o mesmo tenha obrigatoriamente uma perturbação emocional. Contrariamente à literatura, o presente estudo não revelou uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a alexitimia. Verificámos sim, uma associação entre sujeitos com alexitimia que consomem substâncias psicoativas e as dimensões da somatização e da sensibilidade interpessoal do BSI. Canavarro (1999) refere que a sensibilidade interpessoal se caracteriza pela hesitação, desconforto e timidez em interações sociais e que a somatização diz respeito ao mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático. Ambas as dimensões demonstram paralelismos com as características e dificuldades dos alexitímicos. Sabemos que indivíduos que consomem experienciam várias sensações corporais não só no momento após o consumo como também quando sentem necessidade deste (*craving*) (Franklin et al., 2009). Torrado (2013) defende que sujeitos com dependência de droga evidenciam um funcionamento bastante próximo daquele do alexitímico, nomeadamente no que toca às experiência emocional focada nas sensações somáticas, como é o caso do *craving* e do desconforto físico que este causa. Relativamente às interações social, Wurmser (1984) salienta a emocionalidade negativa intensa, como a vergonha, a ansiedade e o medo que estes sujeitos experienciam no campo afetivo relativamente ao próprio e a terceiros.

Indicadores de psicopatologia e a prática de violência e a criminalidade

A partir da análise de dados verificámos que ter ou não perturbação emocional não está associado à criminalidade violenta, ao historial criminal do recluso nem tampouco ao facto de este consumir ou não. Tal vem a confirmar a teorização do comportamento criminal enquanto fenómeno multifatorial complexo que não se restringe a um quadro psicopatológico como fator causal (González-Tapia, 2002). Posto isto, os dados demonstraram uma associação entre a perturbação emocional e a prática de violência dentro do estabelecimento prisional, no sentido em que quanto maior a presença de sintomas e a sua intensidade, maior a probabilidade de praticar violência no estabelecimento prisional. De acordo com Spokas, Wenzel, Brown e Beck (2012), o

ambiente hostil e de desconfiança característico do estabelecimento prisional causa stress e um estado de alerta constante no recluso. Ora se nos forcarmos nos reclusos com perturbação emocional, as suas respostas a estímulos emocionais vão influenciar a capacidade de interpretação da situação, que muitas vezes será lida de forma desadequada, potenciando a sua vulnerabilidade para partir para o impulso em situações de confronto real ou percebido (Spokas, Wenzel, Brown e Beck, 2012). Relativamente à pontuação clínica nas dimensões do BSI, os dados não revelam uma relação estatisticamente significativa entre a sensibilidade interpessoal e a criminalidade violenta, o historial criminal, a prática de violência no estabelecimento prisional e o consumo de substâncias psicoativas, isto é, nenhum destes fatores influencia a dimensão, e vice-versa. O mesmo aconteceu com a dimensão da ideação paranoide. Estes resultados corroboram alguns estudos que referem que a violência ou o comportamento delituoso não resulta em exclusivo do desajustamento psicológico (González-Tapia, 2002). Aqui, não são apenas os fatores individuais que estão em jogo, mas também os fatores situacionais e contextuais e a interação entre eles (González-Tapia, 2002).

Apesar da sensibilidade interpessoal (i.e., sentimentos de inadequação, inferioridade, autodepreciação, desconforto) não ter revelado uma associação estatisticamente significativa com as variáveis em estudo, existe a possibilidade da prática de violência no estabelecimento prisional surgir como resposta à adversidade ou a um perigo percecionado em contexto prisional, agindo como um mecanismo de proteção, exacerbados pela sensibilidade (Pardinielli & Rouan, 1998).

A relação entre as variáveis em estudo e a ideação paranoide (e.g., pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade) não se revelou significativa pois, as próprias características do contexto prisional podem propiciar ideias paranoides nos reclusos, pelo que não se constitui uma variável que possa diferenciar reclusos em termos de violência (Gonçalves, 2010).

No que toca à hostilidade, verificámos que esta se associa à prática de violência no estabelecimento e ao consumo de substâncias. A cólera e os afetos negativos característicos da hostilidade aqui surgem em duas vertentes. Primeiramente, a prática de violência pode resultar como resposta a quem causou estes sentimentos (Silva, Corrêa & Aguiar, 2010) e, o consumo pode ser a resposta do recluso aos sentimentos gerados pela hostilidade como forma de os tentar suprimir (Torrado, 2013). Também a dimensão do psicoticismo revelou uma relação estatisticamente significativa com as mesmas variáveis de prática de violência no estabelecimento prisional e o consumo de substâncias. O

psicoticismo, dimensão abrangente de sintomas como alucinações e controlo de pensamento, foi documentada como o propulsor do comportamento agressivo, como por exemplo no caso de delírios persecutórios ou de comando, explicando aqui a violência (Cabral, Macedo & Vieira, 2008). Por outro lado, o psicoticismo e o consumo de substâncias psicoativas como a heroína e a cocaína surgem associados na literatura (Rounsaville & Carrol, 1991) nomeadamente, elevados níveis de psicoticismo estão presentes em situações de consumo (Pinto & Lara, 2011), como será o caso de reclusos que continuam a consumir no interior do estabelecimento. Finalmente, no que toca à psicopatologia, a reincidência em reclusos que consomem não se mostrou relacionada com perturbações emocionais.

Alexitimia e a prática de violência e criminalidade

Os resultados obtidos através do presente estudo demonstram que não existe uma relação entre a alexitimia e a criminalidade no que toca à violência do crime, ao historial criminal e à prática de violência no estabelecimento prisional. Também a pontuação da TAS-20 não revelou uma associação estatisticamente significativa com reclusos reincidentes que cometeram crimes violentos. Estes resultados surgem em congruência com a literatura que define indivíduos alexitímicos como pessoas com tendência para evitar conflitos (Bagby, Taylor & Parker, 1991) e para a somatização de sentimentos negativos como a raiva, ao invés da passagem ao ato (Fernandes & Tomé, 2001).

Perante todas estas análises, podemos concluir que, a alexitimia, enquanto défice nas capacidades de identificação e expressão emocionais, encontra-se associada a indicadores de psicopatologia, nomeadamente os do BSI que avaliam a presença de perturbação emocional, pelo que se torna relevante a avaliação da presença da alexitimia aquando de défices emocionais, de forma a adaptar a intervenção.

Outra conclusão a retirar é a de que, de facto, o comportamento criminal e a violência não podem ser apenas considerados como consequência exclusiva das problemáticas de saúde mental, existindo interação entre vários outros fatores que determinará a ocorrência ou não destes comportamentos. Aqui seria importante alargar o estudo, acrescentando variáveis contextuais e situacionais para atestar em que medida estas, em conjunto com as variáveis psicológicas, geram ou não o comportamento criminal.

Relativamente às limitações do presente estudo, referimos a constituição da amostra. Esta amostra, para além de não ser muito abrangente em quantidade de participantes, restringe-se ao sexo masculino. Para investigações futuras sugere-se a investigação comparativa com o sexo feminino. Outro aspeto a aprofundar seria a relação entre a

alexitimia e a psicopatia, tendo em conta os vários paralelismos entre ambos os constructos. Uma investigação futura poderia acrescentar medidas de avaliação da psicopatia e/ou medidas de avaliação da personalidade de modo a aprofundar estas relações.

Numa abordagem mais prática, este estudo comprova a necessidade de aumentar a avaliação psicológica dos reclusos não só à entrada no estabelecimento prisional, mas também ao longo do cumprimento da pena, incluindo a alexitimia, de forma a adaptar as interações com reclusos e a providenciar ajuda psicológica especializada e adaptada a cada caso. A partir desta avaliação também poderiam ser repensadas as atividades providenciadas aos reclusos, incluindo seções de esclarecimento ou exercícios que permitissem trabalhar as dificuldades emocionais em conjunto.

8. Referências Bibliográficas

- Anderson, K., & Smith, S. J. (2001). *Emotional geographies*.
- Arancibia, M., & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 24-34.
- Baldwin, M. W., & Fergusson, P. (2001). *Relational schemas: The activation of interpersonal knowledge structures in social anxiety*.
- Barrios-Hernández, K., Olivero-Vega, E., & Figueroa-Saumet, B. (2020). Condiciones de la gestión del talento humano que favorecen el desarrollo de capacidades dinámicas. *Información tecnológica*, 31(2), 55-62.
- Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic medicine*.
- Bernstein, H., Brisch, R., Ogonlade, V., Heinemann, A., Baumann, B., Arendt, T., ... & Lüth, H. (2004). Detection of nitric oxide synthase (NOS) immunoreactive neurons in the human septal area: a matter of method? *Journal of chemical neuroanatomy*, 27(4), 247-250.
- Blair, J., Mitchell, D., & Blair, K. (2005). *The psychopath: Emotion and the brain*. Blackwell Publishing.
- Bruce, G., Curren, C., & Williams, L. (2012). Alexithymia and alcohol consumption: the mediating effects of drinking motives. *Addictive behaviors*, 37(3), 350-352.
- Cabral, A., Macedo, A., & Vieira, D. (2008). *Da doença mental a violência*.
- Canavarro, M., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de sintomas psicopatológicos 18 (BSI-18). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*, 115-130.
- Çelikel, F. & Saatçioğlu. Ö. (2002) *Marmara depreminden sonra gelişen posttravmatik st*
- Cleckley, H. (1964). *The mask of sanity: An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*. Ravenio Books.
- Connelly, M., & Denney, D. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of psychosomatic research*, 62(6), 649-656.

Damasio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 253-261.

de Haan, H., van der Palen, J., Wijdeveld, T., Buitelaar, J., & De Jong, C. (2014). Alexithymia in patients with substance use disorders: State or trait?. *Psychiatry research*, 216(1), 137-145.

Derogatis, L., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the BSI-18.

Díaz-Castillo, R., & Aizpuru de la Portilla, A. (2016). Relationship between alexithymia and body dissatisfaction in Mexican women with different eating disorders. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 71-77.

Docherty, N., St-Hilaire, A., Aakre, J., Seghers, J., McCleery, A., & Divilbiss, M. (2011). Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), 611-618.

El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance abuse*, 22(1), 11-21.

Eysenck, S., & Eysenck, H. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological reports*, 43(3) 1247-1255.

Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 97-115.

Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... & Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 54-62.

Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15-24.

Freyberger, H. (1997). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 28, 337-342.

Gatta, M., Facca, I., Colombo, E., Svanellini, L., Montagnese, S., & Schiff, S. (2014). Alexithymia, psychopathology and alcohol misuse in adolescence: a population based study on 3556 teenagers. *Neuroscience & Medicine*, 2014.

Gonçalves, R. A. (2010). Psicologia Forense em Portugal: Uma história de responsabilidades e desafios. *Análise psicológica*, 28(1), 107-115.

González-Tapia, M. I., & Obsuth, I. (2015). Bad genes & criminal responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 60-71.

Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2001). Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 261-267.

Greenberg, L. (202). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through feelings*. Washington DC: American Psychological Association.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.

Gussak, D. (2007). The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 51(4), 444-460.

Hamann-Mac Lean, R. H. (1949). Antikenstudium in der Kunst des Mittelalters. *Marburger Jahrbuch fur Kunstwissenschaft*, 157-250.

Hare, R. D. (2003). The psychopathy checklist–Revised. *Toronto, ON*, 412.

Hare, R. D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth, A. E., Hart, S. D., & Newman, J. P. (1990). The revised psychopathy checklist: reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(3), 338.

Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., & MacMurray, J. P. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50(3), 164-170.

Haviland, M. G., Sonne, J. L., & Kowert, P. A. (2004). Alexithymia and psychopathy: comparison and application of California Q-set prototypes. *Journal of personality assessment*, 82(3), 306-316.

Hiatt, K. D., & Newman, J. P. (2007). Behavioral evidence of prolonged interhemispheric transfer time among psychopathic offenders. *Neuropsychology*, 21(3), 313.

Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43-47.

Kang, S. M., & Shaver, P. R. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their psychological implications. *Journal of personality*, 72(4), 687-726.

Kang, S. M., Shaver, P. R., Sue, S., Min, K. H., & Jing, H. (2003). Culture-specific patterns in the prediction of life satisfaction: Roles of emotion, relationship quality, and self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1596-1608.

Kirmayer, L. J. (1987). Languages of suffering healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24(2), 119-136.

Kroner, D. G., & Forth, A. E. (1995). The Toronto alexithymia scale with incarcerated offenders. *Personality and Individual Differences*, 19(5), 625-634.

Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of psychosomatic research*, 54(6), 533-541.

Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(1), 36-45.

Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 275-292.

Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Delahousse, J. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 296-299.

Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530.

Mantani, T., Okamoto, Y., Shirao, N., Okada, G., & Yamawaki, S. (2005). Reduced activation of posterior cingulate cortex during imagery in subjects with high degrees of alexithymia: a functional magnetic resonance imaging study. *Biological psychiatry*, 57(9), 982-990.

Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and violent behavior*, 16(1), 36-44.

McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2017). Prevalence and demographic correlates of alexithymia: A comparison between Australian psychiatric and community samples. *Journal of clinical psychology*, 73(1), 76-87.

Monson, C. M., Price, J. L., Rodriguez, B. F., Ripley, M. P., & Warner, R. A. (2004). Emotional deficits in military-related PTSD: An investigation of content and process disturbances. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 275-279.

Nemiah, J. C. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 299-303.

Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, 18(1-6), 154-160.

Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A review of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, pp430-439). London: Butterworths.

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive psychiatry*, 39(2), 91-98.

Patrick, C. J., Hicks, B. M., Krueger, R. F., & Lang, A. R. (2005). Relations between psychopathy facets and externalizing in a criminal offender sample. *Journal of Personality Disorders*, 19, 339-356.

Pedinelli, J. L., & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37(400), D-20

Pinto, M. D. R., & Lara, J. E. (2011). As experiências de consumo na perspectiva da teoria da cultura do consumo: identificando possíveis interlocuções e propondo uma agenda de pesquisa. *Cadernos ebape. br*, 9(1), 37-56.

Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 109-121.

Renfrew, J. W. (1997). *Aggression and its causes: A biopsychosocial approach*. Oxford University Press.

Rose, M. (2011). Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional Stroop task. *Journal of psychosomatic research*, 70(1), 53-58.

Rounsaville, B. J., Anton, S. F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B. A., & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of general psychiatry*, 48(1), 43-51.

Saborío Valverde, C., & Gamboa Ramírez, J. (2006). Trastornos y desajustes psicológicos asociados a la violencia delictiva, un estudio con mujeres costarricenses privadas de libertad. *Med. leg. Costa Rica*, 51-74.

Sayar, K., Ebrinc, S., & Ak, I. (2001). Alexithymia in patients with antisocial personality disorder in a military hospital setting. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 38(2), 81.

Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57(1-2), 34-41.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.

Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(3), 113-116.

Silva, M., Corrêa, A. P., Aguiar, E. (2010). Consumo e Sustentabilidade: A perspectiva educacional para o consumo consciente. In *Anais... II Encontro Regional de Tecnologia e Negócios – ERTEN*.

Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F., Lang, F., ... & Jeammet, P. (2004). Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579.

Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(4), 240-246.

Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2012). Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of affective disorders*, 136(3), 1121-1125.

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive behaviors*, 37(4), 469-476.

Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and psychopathology*, 12(2), 133-156.

Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.

Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-142.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(2), 68-77.

Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. D. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1991). The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153-164.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of psychosomatic research*, 55(3), 277-283.

Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27(3), 339-354.

Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44(4), 191-199.

Teixeira, E. H., & Dalgallarrondo, P. (2008). Bases psicopatológicas do crime violento: estudo caso-controle retrospectivo de pacientes delirantes criminosos e não-criminosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 171-177.

Torrado, M. A. V. B. (2013). Alexitimia e toxicodependência: contributos para o estudo de processos emocionais, da regulação afectiva e das interacções parentais precoces em indivíduos toxicodependentes.

Van Kleef, G. A. (2009). How emotions regulate social life: The emotions as social information (EASI) model. *Current directions in psychological science*, 18(3), 184-188.

Vaz, F., Vasco, A., Greenberg, L., & Vaz, J. (2010). Avaliação dos processos emocionais em psicoterapia. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho

Walden, T. A., & Smith, M. C. (1997). Emotion regulation. *Motivation and emotion*.

Wastell, C. A., & Taylor, A. J. (2002). Alexithymic mentalising: Theory of mind and social adaptation. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 30(2), 141-148.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J. Amer. Psychoanal Assn.*, 22:820-843.

Yoshida, E. M. P. (2005). Stress e alexitimia (Resumo). Em Portal da Educação Física (Org.), *Anais do II congresso Brasileiro de Stress* (p. 96). São Paulo.