

VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO DE 20-ITENS - I*

Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade

RAMIRO VERISSIMO

Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina do Porto. Porto

RESUMO

A Escala de Alexitimia de Toronto, e designadamente a sua versão revista (TAS-20), é hoje profusamente utilizada e seguramente a medida mais validada da alexitimia; no que permite reconhecer três aspectos distintos do constructo.

Este estudo propõe-se avaliar a fiabilidade e validade da sua tradução portuguesa, procedendo nesta primeira parte à validação semântica e à análise estrutural confirmatória do questionário, bem como ao estudo da coerência interna dessa mesma estrutura, e da sua fiabilidade em termos de estabilidade temporal. Para o efeito procedeu-se à tradução e verificação através dos procedimentos descritos como adequados, passando depois à aplicação do questionário obtido a três grupos populacionais distintos:

estudantes universitários (N=468), utentes em consulta de rotina num serviço de atendimento geral (N=50), e doentes com doença inflamatória do intestino (N=74).

Pese embora se reconheça alguma instabilidade na replicação exacta do modelo original, a análise factorial confirmatória permitiu de algum modo descortinar os três factores descritos. No entanto resultam também algumas diferenças passíveis de ser ulteriormente discernidas entre os factores em relação à sua coerência interna: alta fiabilidade do questionário como um todo, bem assim como do factor 1, em qualquer dos grupos estudados; resultados menos estáveis entre os diferentes grupos em relação aos factores 2 e 3. Já a estabilidade teste-reteste permitiu evidenciar, em qualquer dos grupos considerados, uma fiabilidade excelente em relação a todos os aspectos: pontuação global e factores integrantes.

Face a estas propriedades psicométricas do instrumento em análise, resultam menores as variações transculturais observadas, em vista da almejada comparabilidade no contexto do enorme acervo de estudos neste âmbito.

Palavras-chave: Alexitimia, Sintomas afectivos, Psicometria, Escalas de avaliação

* Este trabalho foi apoiado pela Unidade 121/94 (FC&T)

SUMMARY

The Portuguese Version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale - I Linguistic adaptation, semantic validation, and reliability study

Background: The Toronto Alexithymia Scale, namely in its revised version (TAS-20), is nowadays widely used and certainly the most well validated measure of alexithymia; allowing to recognize

three distinct aspects of the construct.

Objective: The aim of the present study is to assess reliability and validity of a Portuguese translation; proceeding in this first part, to the semantic validation and confirmatory structural analysis of the questionnaire, as well as to the analysis of the internal coherence of this structure, and of its reliability in what concerns time stability. Just to later examine validity related aspects as described in a second paper.

Methods: First of all translation and substantiation were properly made as described according with commonly used procedures. Thus resulting in a questionnaire subsequently applied to three distinct populations: university students (N=468), outpatients attending a routine general practice consultation (N=50), and patients with inflammatory bowel disease (N=74).

Results: Despite some traceable instability while replicating the original model, confirmatory factorial analysis somehow allowed disclosing the three originally described factors. Nevertheless also resulted some differences susceptible to later being discerned among the factors in what concerns their internal coherence: the questionnaire as a whole is highly reliable, and the same goes for factor 1, in any of the studied samples; less steady results among different groups were found regarding factors 2 and 3. However the test-retest stability brought to evidence, in any of the considered groups, an excellent reliability in all aspects: global score and integrating factors.

Conclusion: With these sound psychometric properties of the instrument under scrutiny, the observed cross-cultural variations result as minor, while also considering the aimed comparability in the context of a vast amount of alexithymia studies carried out all over the world.

Key Words: Alexithymia, Affective Symptoms, Psychometrics, Rating Scales

INTRODUÇÃO

Inicialmente proposta por Nemiah e Sifneos no início dos anos 70^{1,2}, a alexitimia é um constructo de personalidade multifactorial que tem sido de algum modo comprometido com o estado de saúde numa grande variedade de condições médicas e psiquiátricas. De facto, envolve determinadas características cognitivas e afectivas que foram inicialmente observadas em doentes com doenças tradicionalmente conhecidas como psicossomáticas¹⁻⁴, e depois em muitas outras situações, como sejam o stress post-traumático⁵, o consumo abusivo e a farmacodependência⁶, e as perturbações do comportamento alimentar⁷. De acordo com a concepção inicial², as principais características vertentes deste constructo são a dificuldade em identificar e descrever a subjectividade dos sentimentos¹; a dificuldade em discernir os sentimentos das sensações inerentes à activação emocional²; reduzida capacidade imaginária com consequente pobreza de fantasia e de actividade onírica³; e concretismo, isto é, um estilo cognitivo orientado para o meio externo⁴. Na realidade o termo alexitimia, que significa literalmente “ausência de palavras para sentimentos”, foi cunhado por Sifneos⁴ para se referir à supramencionada dificuldade em identificar e descrever sentimentos na sua subjectividade; tendo posteriormente sido re-elaborado² no sentido de também incluir as características referidas ao pensamento operatório⁹; e designadamente uma capacidade de fantasiar empobrecida e um estilo cognitivo marcado por uma preocupação dominante com pormenores

do ambiente externo.

Tal como hoje se entende¹⁰ a alexitimia reflecte, nos seus diversos aspectos, um défice cognitivo a nível da capacidade de processar e regular a actividade emocional. E esta ideia resulta do reconhecimento de que o processo emocional envolve três sistemas distintos, pese embora intimamente relacionados¹¹: o neurofisiológico — activação neuroendócrina, e particularmente do sistema nervoso autónomo —, motor-expressivo — mímica, pantomina, fónica —, e cognitivo-vivencial — tomada de consciência subjectiva (mentalização) e relato verbal dos estados emocionais —. A regulação emocional assenta pois na interacção recíproca destes três sistemas, sendo que a alexitimia resultará de um défice a nível da resposta cognitivo-vivencial comportando uma dificuldade de reconhecimento adequado dos sentimentos subjectivamente experimentados. O que se vai traduzir numa capacidade limitada para reflectir, e assim regular directa ou indirectamente as emoções. Seja através da modulação por via da função do imaginário. Mas em consequência da dificuldade de reconhecer e discriminar os sentimentos, também se observa igualmente uma consequente dificuldade de os comunicar verbalmente aos outros; o que arrasta de *per se* uma postulada dificuldade de angariar apoio.

E assim se pode dizer que, ao longo das últimas três décadas, a alexitimia corporizou grande parte da investigação levada a cabo no âmbito da Psicossomática. No entanto alguns dos primeiros estudos foram efectuados

antes mesmo de se operacionalizar o constructo; e muitos dos efectuados subsequentemente enfermavam de algumas pechas metodológicas que deixam sérias reservas quanto à sua fiabilidade. De facto, eram efectuados em regra recorrendo a instrumentos concebidos apressadamente e de modo pouco cuidado, revelando posteriormente enormes debilidades quanto à sua fiabilidade e validade¹⁰. No entanto nos últimos dez anos foram introduzidos novos instrumentos de avaliação que têm permitido progredir consideravelmente no sentido de validar empiricamente o conceito de alexitimia^{10,12-14}. Neste contexto, o desenvolvimento da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), e posteriormente da sua versão revista (TAS-20), vieram facultar os ansiados meios fiáveis e válidos para avaliar o constructo^{12,13,15-17}.

O TAS-20 é um questionário auto-aplicável constituído por 20 questões pontuadas por meio de uma escala em cinco pontos de tipo Likert. Faculta uma pontuação global em alexitimia, discriminável de modo mais fino através de três factores representativos das características essenciais do constructo. E designadamente dificuldade em identificar sentimentos (F1); dificuldade em descrever sentimentos (F2); e pensamento orientado externamente (F3)¹⁶. Para a dificuldade em identificar sentimentos (F1), contribuem as questões 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14 para a designadamente dificuldade em identificar sentimentos (F1); dificuldade em descrever sentimentos (F2) a 2, a 4, a 11, a 12 e a 17; finalmente para a escala de pensamento orientado externamente (F3) contribuem as 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, e 20. No entanto para efeitos do somatório das pontuações individuais de cada uma das questões que contribui para a pontuação das respectivas escalas, as questões 4, 5, 10, 18, e 19, devem ser inversamente pontuadas¹⁶.

De par com a validação do constructo e do conteúdo^{10,17-23}, esta escala de auto-aplicação tem sido adaptada e validada a diversos contextos culturais, sendo hoje a mais largamente difundida e utilizada com o propósito de avaliar a alexitimia^{10,24-34}.

De facto é frequente fazer-se a invocação etimológica do traduttore / traditore para a razão de que sempre que há uma tradução há uma traição. E com efeito, no mundo da avaliação psicométrica será até talvez mais correcto usar o termo adaptação do que tradução, uma vez que nesta estão sempre implícitas transformações mais ou menos importantes de ordem cultural. Mas mais além, questões há que podem perder por completo as suas características de validade quando desinseridas do contexto cultural em que são efectuadas. É uma problemática por demais descrita e mesmo um dos argumentos mais vezes referenciados quando se trata da aferição de questionários e inventários

de personalidade. Aqui reside a necessidade de repetir de algum modo os procedimentos de construção e normalização levados a cabo pelo autor em relação à escala original, qualquer que ela seja, desde que esta se destine a ser utilizada, traduzida ou não, num contexto cultural diferente. Nessa reprodutibilidade assenta o fazer ciência.

OBJECTIVOS

E é deste modo que, à semelhança de numerosos outros estudos efectuados em diversos países, conforme referido, se deve entender a proposta de análise de validação transcultural do TAS-20. Com efeito, quando em 1995 nos propusemos estudar a alexitimia entre pacientes com doença inflamatória do intestino³⁵, em vista da sua comparabilidade, e face à enorme difusão patente no número de referências internacionais que lhe eram feitas, logo optamos por este instrumento, cujo estudo psicométrico iniciamos então³⁵⁻⁴². Já em 1996⁴³ tomamos conhecimento de uma outra experiência com o mesmo instrumento a decorrer na altura em Lisboa, não podendo por tal facto ignorar a possibilidade de esta versão poder consubstanciar em si mesma algumas diferenças psicométricas não despidiendas.

MÉTODOS

Para efeitos deste estudo começamos por proceder a uma validação semântica, de acordo com o procedimento de retroversão correntemente adoptado⁴⁴, e em seguida descrito, passando depois então a recolher sucessivamente amostras referidas a três populações distintas, em ordem a proceder ao estudo de coerência interna e fiabilidade do instrumento obtido, primeiro. De especificidade e sensibilidade depois, numa segunda parte do trabalho. Seja através de validação cruzada de conteúdo — convergente, discriminante, e concorrente —; uma vez que à luz da validade conceptual do constructo não devem ser propostas alterações da estrutura interna, sob pena de estas virem obstar à pretendida comparabilidade. A análise estrutural confirmatória deve ser antes encarada outrossim, como indicador de estabilidade da escala; designadamente transcultural, dado que a metodologia estatística empregue neste tipo de análise é em certa medida amostró-dependente.

Os entrevistados foram seleccionados entre os estudantes a frequentar o 2º ano do curso de medicina (1); a partir de uma população de doentes com doença inflamatória do intestino habitualmente atendidos numa consulta especializada de um Hospital Geral (2); e finalmente de uma outra de utentes em consulta de rotina num Serviço de Atendimento em Clínica Geral. Além disso, pelas razões aduzidas em relação à estabilidade da escala, os estudantes

foram ainda abordados em grupos distintos; procedendo-se por outro lado, nos últimos grupos amostrais, a uma segunda aplicação com um intervalo de duas semanas no sentido de avaliar a fiabilidade teste-reteste do instrumento em análise. Finalmente foram seleccionados aleatoriamente 50% dos elementos de um dos grupos amostrais para preencherem a versão alternativa do questionário de que entretanto tínhamos tomado conhecimento⁴³.

Assim, a tradução inicial efectuada a partir do original inglês¹⁶ foi levada a cabo de modo independente por duas pessoas fluentes nessa língua. De seguida procedeu-se à comparação dos resultados, debatendo as pequenas discrepâncias encontradas entre as duas versões obtidas no sentido alcançar uma versão de consenso. O debate incidiu sobretudo sobre as séries sinonímicas no sentido de optar, onde possível, por termos de uso corrente, sem com isso prejudicar a necessária equivalência conotativa.

Essa primeira versão do questionário foi então submetida a uma série de pequenos estudos piloto em que aos entrevistados era pedido que enunciassem as suas dúvidas sobre o significado das questões. Em resultado deste *feedback* vieram a ser feitas correcções pontuais em alguns itens, no sentido de reduzir as ambiguidades onde e quando possível. Em seguida o questionário foi entregue a uma colega bilingue que, desconhecendo por completo a versão inglesa original do mesmo, passou a proceder à sua retroversão.

RESULTADOS

Finalmente o instrumento conseguido deste modo foi enviado aos autores do original, que o analisaram e concluíram a cabo por uma “equivalência translíngua excelente”³⁷.

Aplicou-se depois, conforme referido, a três populações diferentes das quais se recolheram as três amostras descritas no Quadro I: 468 estudantes universitários (1), 160 rapazes e 308 raparigas, com uma idade média de 19.6 anos; 50 utentes com uma idade média de 37 anos, 25

homens e 25 mulheres, que se dirigiram consecutivamente em consulta de rotina a um serviço de atendimento geral (2); e 74 doentes de Doença Inflamatória do Intestino, 26 homens e 48 mulheres com uma idade média de 38 anos, que frequentavam uma consulta especializada num Hospital Geral (3).

Entre os utentes em consulta de rotina, não se observaram diferenças entre homens e mulheres, contra o que acontece entre os doentes crónicos entrevistados, em que as mulheres obtiveram uma pontuação mais elevada no total de alexitimia, sobretudo à custa da maior dificuldade assumida em descrever os seus sentimentos. Entre os estudantes universitários por seu turno, população consideravelmente jovem em relação às anteriores, os elementos do sexo feminino relataram mais dificuldade em identificar sentimentos, onde os do sexo masculino pontuaram de modo significativamente mais elevado em pensamento orientado externamente, à semelhança do descrito seja em relação a estudantes de canadianos²⁷.

Na análise estrutural — Quadro II —, encontrou-se uma razoável estabilidade inter-amostal em relação aos factores originalmente extraídos pelos autores¹⁶; e sobretudo, em perfeita sintonia com o descrito noutros estudos congéneres^{22,24,31}, em relação ao que se refere ao pensamento orientado externamente (F3): itens 5, 10, 18-19, e 8, 15-16, 20. Não só pela análise factorial de componentes principais com rotação *varimax* normalizada, em que ele se destaca na solução de dois factores, como através da análise de *cluster* arborescente recorrendo às distâncias euclidianas. Já o isolamento do Factor 1 enquanto tal — dificuldade em identificar sentimentos —, a partir do *pool* igualmente descrito pelos mesmos autores^{22,24,31}, que integra igualmente o Factor 2 — dificuldade em descrever sentimentos —, só resulta se atentarmos no critério de Kaiser, bem patente num gráfico de sedimentação — *scree plot* —, retendo os seis factores que extraem uma variância — *eigenvalue* — superior a 1.

Em relação à coerência interna — Quadro III — observa-

Quadro I - Descrição geral das amostras (Média ± Desvio padrão)

| | Universitários | | | Utentes de CG | | | Doentes com DII | | |
|---------------|----------------|-----------|--------------|---------------|------------|------------|-----------------|------------|------------|
| | N=468 | M (n=160) | F (n=308) | N=50 | M (n=25) | F (n=25) | N=74 | M (n=26) | F (n=48) |
| Idade | 19.61±2.0 | 19.8±2.87 | 19.4±1.32* | 37±14.26 | 37.9±14.58 | 36.1±14.18 | 38.1±13.4 | 38.1±13.75 | 38.1±13.36 |
| TAS-T | 50.3±9.39 | 49.5±9.36 | 50.7±9.39 | 56.7±14.15 | 56.4±13.91 | 57.0±14.66 | 56.2±9.73 | 52.8±10.6 | 58.1±8.77* |
| TAS-F1 | 19.1±5.50 | 17.6±4.97 | 19.8±5.62*** | 21.1±7.46 | 20.6±7.30 | 21.6±7.72 | 20.9±6.51 | 19.0±6.84 | 21.9±6.15 |
| TAS-F2 | 15.2±3.98 | 14.9±3.91 | 15.4±4.01 | 14.9±4.40 | 15.2±3.48 | 14.64±5.23 | 14.5±4.20 | 12.9±4.22 | 15.4±3.97* |
| TAS-F3 | 16.0±3.86 | 17.0±4.11 | 15.5±3.63*** | 20.7±4.79 | 20.6±5.13 | 20.8±4.52 | 20.9±4.13 | 20.9±4.35 | 20.9±4.05 |

*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

Quadro II - Análise Factorial pelo método dos componentes principais (N = 596)

Grupos de correlações entre as variáveis e os factores extraídos (loadings)

| Itens / Variáveis | 1 » Factor 1 + 2 Egv.= 3.95 | 2 » Factor 3 Egv.= 3.20 | 3 » Factor 3 Egv.= 1.66 |
|----------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Perg. 01 | .65 | | |
| Perg. 02 | .66 | | |
| Perg. 03 | .50 | | |
| Perg. 04 | .23 | | |
| Perg. 05 | | .83 | |
| Perg. 06 | .58 | | |
| Perg. 07 | .57 | | |
| Perg. 08 | | | .43 |
| Perg. 09 | .76 | | |
| Perg. 10 | | .90 | |
| Perg. 11 | .58 | | |
| Perg. 12 | .35 | | |
| Perg. 13 | .65 | | |
| Perg. 14 | .62 | | |
| Perg. 15 | | | .62 |
| Perg. 16 | | | .71 |
| Perg. 17 | .34 | | |
| Perg. 18 | | .90 | |
| Perg. 19 | | .90 | |
| Perg. 20 | | | .65 |

se uma maior estabilidade do factor 1, bem como da pontuação global da escala, designadamente com valores do coeficiente alfa de Cronbach superiores a 0.70.

Quanto à confiança na estabilidade temporal estabelecida através da correlação teste-reteste pode dizer-se que nos oferece uma garantida de nível superior a 99.999%, quer para a pontuação global, quer para qualquer uma das três sub-escalas que integra.

Em relação à sub-amostra a que foi aplicada aleatoriamente a versão alternativa – traduzida pela equipa

Quadro III - Estudo de coerência interna: coeficiente alfa de Cronbach

| | Universitários N=468 | Utentes N=50 | Doentes N=74 | Σ N=592 |
|--------|-------------------------|-----------------|-----------------|------------|
| TAS-T | .74 | .87 | .67 | .75 |
| TAS-F1 | .77 | .87 | .79 | .79 |
| TAS-F2 | .56 | .66 | .63 | .57 |
| TAS-F3 | .70 | .59 | .36 | .65 |

de Lisboa⁴³, e a que tivemos acesso posteriormente conforme referido –, apesar de algumas pequenas diferenças do fraseamento, não se observaram diferenças apreciáveis em relação aos valores em alexitimia ou em qualquer dos factores; como não em relação ao estudo da coerência interna das escalas que, pese embora existam, não apresentaram expressão significativa. Tal como altamente significativa foi, de igual modo, a sua fiabilidade teste-reteste.

DISCUSSÃO

O instrumento ora obtido (anexo), dada a sua enorme difusão entre a comunidade de investigadores no âmbito da Psicossomática em geral, e dos que se debruçam sobre a exploração da alexitimia em particular, podia agora ser submetido a uma análise estrutural, bem como ao necessário processo de validação no contexto da cultura portuguesa. De facto só assim se pode concluir sobre a comparabilidade dos estudos efectuados com recurso a este instrumento em relação aos demais estudos efectuados noutros contextos linguísticos com o instrumento que agora se conclui ser equivalente. Mas também permitia agora partir para uma análise de pormenor sobre a sua fiabilidade. Bem como, numa segunda parte deste estudo, da sensibilidade, especificidade, e validade nos seus múltiplos aspectos.

E quanto às ligeiras flutuações patentes na análise estrutural, que só por si não justificam propostas de alteração, como se disse, dado o interesse em preservar a comparabilidade com os estudos efectuados com o mesmo instrumento noutros contextos linguísticos e / ou culturais, presume-se resultarem elas das diferenças entre as correlações – *loadings* – obtidas originalmente, e as observadas agora neste novo contexto cultural, entre as variáveis / itens, e os factores que as integram conforme originalmente propostos. Como aliás resulta de algum modo claro da análise dos itens efectuada no sentido de determinar a coerência interna do instrumento em estudo. De facto, num cômputo global, este mostra-se bastante fiável; tal como digno de confiança se mostrou o factor 1. No entanto os factores 2 e 3, já tiveram um comportamento menos estável, oscilando a sua homogeneidade de uma população para outra. No entanto todos eles, bem como a pontuação global, mantiveram em todas as amostras uma estabilidade teste-reteste indiciadora de uma fiabilidade excelente.

BIBLIOGRAFIA

1. NEMIAH JC, SIFNEOS PE: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In Hill OW (Ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine*, London: Butterworths 1970;2:26-34

2. NEMIAH JC, FREYBERGER H, SIFNEOS PE: Alexithymia. A view of the psychosomatic process. In Hill OW (Ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine*, London: Butterworths 1976;3:430-439
3. SIFNEOS PE: Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medica Psychosomatica* 1967;7:1-10
4. SIFNEOS PE: The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973;22:255-262
5. KRISTAL H: *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press, 1968
6. KRISTAL H, RASKIN H: *Drug dependence*. Detroit: Wayne State University Press, 1970
7. BRUCH H: *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, 1973
8. MARTY P, DEBRAY R: Current concepts of character disturbance. In Cheren S. (Ed.) *Psychosomatic medicine: Theory, physiology, and practice*, Madison, CT: International Universities Press, 1989;1:159-184
9. MARTY P, DE M'UZAN M: *La pensée opératoire*. *Revue Française de Psychanalyse* 1963;27(Suppl):1345-1356
10. TAYLOR GJ, BAGBY RM H, PARKER JDA: *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press 1997
11. DODGE KA, GARBER J: Domains of emotion regulation. In Garber J, Dodge KA (Eds) *The development of emotion regulation and dysregulation* Cambridge: Cambridge University Press 1991;pp3-11
12. TAYLOR GJ, RYAN D, BAGBY RM: Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1985;44:191-9
13. TAYLOR GJ, BAGBY RM, RYAN DP, PARKER JDA: Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 1990;35:290-7
14. LANE R, SECHREST L, REIDEL R, WELDON V, KASZNIAK A, SCHWARTZ G: Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosom Med* 1996;58:203-10
15. PARKER JDA, BAGBY RM, TAYLOR GJ, ENDLER NS, SCHMITZ P: Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European J Personality* 1993;7:221
16. BAGBY RM, PARKER JDA, TAYLOR GJ: The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Research* 1994;38:23-32
17. BAGBY RM, TAYLOR GJ, PARKER JDA: The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Research* 1994;38:33-40
18. BACH M, BACH D: Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. *Psychother Psychosom* 1996; 65(3):150-2
19. BACH M, BACH D. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomatics* 1996;37(5):451-8
20. FUKUNISHI I, HOSAKA T, AOKI T, et al: Criterion-related validity of diagnostic criteria for alexithymia in a general hospital psychiatric setting. *Psychother Psychosom* 1996;65(2):82-5
21. HAVILAND MG, AND REISE SP: Structure of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *J Pers Assess* 1996;66(1):116-25
22. LOAS G, OTMANI O, VERRIER A, FREMAUX D, MARCHAND MP: Factor analysis of the French version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology* 1996; 29(2):139-44
23. RIEF W, HEUSER J, FICHTER MM: What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure? *J Clin Psychol* 1996;52(4): 423-9
24. LOAS G, FREMAUX D, MARCHAND MP: Factorial structure and internal consistency of the French version of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale in a group of 183 healthy probands. *Encephale* 1995;21(2):117-22
25. BACH M, BACH D, DE ZWAAN M, SERIM M, BÖHMER F: Validierung der deutschen version der 20-item Toronto-Alexithymie Skala bei normalpersonen und psychiatrischen patienten [Validation of the German version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in normal persons and psychiatric patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1996;46:23-8
26. BRESSI C, TAYLOR G, PARKER J et al: Cross-validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *J Psychosom Res* 1996;41:551-9
27. DION KL: Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective. *J Psychosom Res* 1996;41(6):531-9
28. KOSKINEN M, JOUKAMAA M: The Finnish Version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Abstracts of the 1st Conference on The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease 1996 Aug 28-30; Tilburg. Tilburg: Tilburg University Press 1996
29. LEE Y-H, RIM H-D, LEE J-Y: Development and validation of a Korean version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20K). *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association* 1996; 35:888-99
30. PANDEY R, MANDAL MK, TAYLOR GJ, PARKER JDA: Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *J Clin Psychol* 1996;52(2):173-6
31. ERNI T, LOTSCHER K, MODESTIN J: Two-factor solution of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmed. *Psychopathol* 1997;30(6):335-40
32. BERESNEVAITE M, TAYLOR GJ, PARKER JDA, ANDZIULIS A: Cross - validation of the factor structure of a Lithuanian translation of the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Medica Lithuanica* 1998;5:146-9
33. KOSKINEN M, JOUKAMAA M, MIETTUNEN J et al: Psychometric Properties of the Finnish 20-item Toronto Alexithymia Scale. Abstracts of the 23rd European Conference of Psychosomatic Research 2000 Jun 16-18; Oslo. *J Psychosom Res*. 2000; 48(3):273
34. SIMONSSON-SARNECKI M, LUNDH LG, TORESTAD B, BAGBY RM, TAYLOR GJ, PARKER JD: A Swedish translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: cross- validation of the factor structure. *Scand J Psychol* 2000;41(1):25-30
35. VERISSIMO R: *Doença Inflamatória do Intestino. Factores Psicológicos* (Dissertação). Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 1997. Porto: Medisa 2000
36. VERISSIMO R, MOTA-CARDOSO R: Alexithymia, Emotional Expression and Control and Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease. Abstracts of the 1st Conference on The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease 1996 Aug 28-30; Tilburg. Tilburg: Tilburg University Press 1996
37. VERISSIMO R, MOTA-CARDOSO R, TAYLOR GJ: Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1998;67:75-80
38. VERISSIMO R: Considerations on emotional development: to

be aware of or else holding back emotions among inflammatory bowel diseased patients. *Rev Port Psicossomática* 1999;1(2):83-90.

39. VERISSIMO R, TAYLOR G, & BAGBY M: Relationship between alexithymia and locus of control (Abstract). *Second International Conference on The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease - Abstracts*. Abstracts of the 2nd Conference on The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease 1999 Jun 9-11; Tilburg. Tilburg: Tilburg University Press 1999

40. VERÍSSIMO R: Emotional Intelligence: From Alexithymia to Emotional Control. Abstracts of the 23rd European Conference of Psychosomatic Research 2000 Jun 16-18; Oslo. *J Psychosom Res*. 2000;48(3):273

41. VERISSIMO R, TAYLOR G, BAGBY M: Relationships between Alexithymia and Locus of Control. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry* In Press - Submitted Jan/25/1999

42. VERISSIMO R: to be aware of or else holding back emotions among inflammatory bowel diseased patients: quality of life repercussions of some related aspects. *Rev Port Psicossomática* [Em publicação]

43. PRAZERES N: Comunicação pessoal – Simpósio Metodologia de Investigação em Psicossomática In: *I Congresso da Sociedade Portuguesa de Psicossomática*. Lisboa 25, 26, e 27 de Janeiro de 1996

44. BRISLING RW: Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1970;1:185-216





Psicologia Médica

| | |
|----------------------|----------------------|
| Amostra | Número |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

= Escala de Alexitimia de Toronto (TAS - 20) =

Instruções

Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, marcando a preto o local apropriado. Assinale apenas uma resposta para cada afirmação.

Marque os círculos deste modo: ●
E não assim: ☒ ☑

Assinale a resposta que considere mais aproximadamente correcta.

Desacordo total
Desacordo moderado
Sem opinião
Acordo moderado
Acordo total

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Muitas vezes sinto-me confuso(a) em relação ao tipo de emoção que estou a sentir..... | <input type="radio"/> |
| 2. É-me difícil encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos..... | <input type="radio"/> |
| 3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem..... | <input type="radio"/> |
| 4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos..... | <input type="radio"/> |
| 5. Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisá-los..... | <input type="radio"/> |
| 6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, se assustado(a), ou zangado(a)..... | <input type="radio"/> |
| 7. Fico muitas vezes baralhado(a) com sensações que tenho no corpo..... | <input type="radio"/> |
| 8. Prefiro muito simplesmente deixar que as coisas aconteçam na vez de estar a compreender porque é que se passaram assim..... | <input type="radio"/> |
| 9. Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem..... | <input type="radio"/> |
| 10. É essencial manter contacto com as emoções..... | <input type="radio"/> |
| 11. Acho difícil descrever o que sinto sobre as pessoas..... | <input type="radio"/> |
| 12. Às vezes pedem-me para dizer mais o que sinto..... | <input type="radio"/> |
| 13. Não sei o que se passa cá dentro de mim..... | <input type="radio"/> |
| 14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a)..... | <input type="radio"/> |
| 15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre o seu dia-a-dia do que sobre os seus sentimentos..... | <input type="radio"/> |
| 16. Prefiro ver programas "leves" que distraiam do que dramas psicológicos..... | <input type="radio"/> |
| 17. É-me difícil revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo a amigos chegados..... | <input type="radio"/> |
| 18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa, mesmo em momentos de silêncio..... | <input type="radio"/> |
| 19. Acho que examinar os meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais..... | <input type="radio"/> |
| 20. Estar à procura de significados ocultos em filmes ou peças de teatro, impede a pessoa de se divertir..... | <input type="radio"/> |

Verifique por favor se respondeu a todas as questões

Obrigado!