

EFICÁCIA ADAPTATIVA E ALEXITIMIA EM UNIVERSITÁRIOS

Laiz Pereira

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Centro de Ciências da Vida
laiz.pereira@puccamp.edu.br

Elisa Medici Pizão Yoshida

Psicoterapia breve psicodinâmica: avaliação de mudança e instrumentos de medida
Centro de Ciências da Vida
eyoshida@puc-campinas.edu.br

Resumo: O objetivo da pesquisa foi o de avaliar o grau de associação entre a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato (EDAO-AR) e a Toronto Alexithymia Scale (TAS). A EDAO-AR avalia a eficácia adaptativa que seria a qualidade de resposta de um indivíduo às vicissitudes da vida, obter prazer e evitar conflitos internos e/ou externos. A TAS-26 avalia a Alexitimia, ou seja, as dificuldades que alguns indivíduos possuem para identificar ou descrever seus sentimentos. Amostra de 80 universitários equilibrados por sexo. A coleta de dados foi feita de forma coletiva em sala de aula e a participação foi voluntária. Os resultados apontaram na EDAO-AR, o predomínio de participantes com Adaptação Eficaz, ainda que na média ela tenha se caracterizado por ser Ineficaz Leve, mostrando que há baixos índices de sintomatologia psicopatológica. Avaliação da TAS-26, demonstrou que para ambos os sexos, os escores ficaram entre 63 e 73, o que não permite avaliações conclusivas. Os resultados apontaram, conforme o teoricamente previsto, associações negativas e significantes entre os escores totais da EDAO-AR e TAS-26 ($p < 0,01$). As associações também foram negativas e significantes entre os escores totais da TAS-26 e a adequação da adaptação de cada um dos setores da personalidade. Em conclusão, pode-se dizer que os resultados corroboraram a expectativa teórica de associação negativa entre a eficácia adaptativa e alexitimia; apontaram não haver diferenças em ambas as medidas no que se refere ao sexo.

Palavras-chave: *Eficácia Adaptativa, Alexitimia, Avaliação Psicológica.*

Área do Conhecimento: *Psicologia – Instrumentos e Processos em Avaliação Psicológica – CNPq.*

1. INTRODUÇÃO

A qualidade das respostas do indivíduo às demandas e vicissitudes da vida e sua capacidade em obter a satisfação de suas necessidades são entendidas como uma medida de sua eficácia adaptativa

[17,19]. Depende do acesso ao processamento cognitivo das emoções. Dentre os transtornos cognitivos relacionados à expressão das emoções encontra-se a alexitimia. O termo alexitimia foi proposto por Sifneos [16] para designar a falta de palavras para emoção, devida à dificuldade de reconhecê-la e de expressá-la [2]. É composto pelo prefixo a, associado à falta ou ausência; o radical grego lexis, que significa palavra; e pelo sufixo thymos, que designa emoções. Na literatura científica, o termo alexitímico é utilizado para nomear pessoas que possuem dificuldades para identificar ou descrever seus sentimentos, apresentam estilo cognitivo concreto, interpretam a realidade com base no pensamento operatório e têm vida emocional pobre, com baixa capacidade para fantasiar [20]. Sendo assim, a alexitimia seria “um déficit no processamento cognitivo e da regulação das emoções” [7]. Com isto, o indivíduo vai responder ao seu meio, de modo que, em situações conflituosas, não demonstre um conteúdo afetivo [23].

Este indivíduo que possui alexitimia vai ter seu pensamento configurado de modo que perceba mais os detalhes do seu meio e em situações que corresponda a algo externo a este, ou seja, sem fantasiar ou sonhar, sendo orientado pelas situações que acontecem, no exato momento que lhe são apresentadas [23]. Assim, pode-se pensar que pessoas que possuem alexitimia têm um funcionamento cognitivo orientado por elementos concretos, utilitarista, literal, referido a acontecimentos externos e que vai basear seu cotidiano nas suas ações [3].

Vendo que, as dificuldades do indivíduo que possui alexitimia não se restringem somente à maneira de se comunicar, observa-se que este vai encontrar dificuldade ao tentar ser empático ou se colocar no lugar do outro, a fim de compartilhar suas emoções. Com isso, sua vida corre o risco de ficar restrita a um núcleo de vínculos afetivos reduzido, comparado a indivíduos que não possuem alexitimia [15].

Campbell traz, como contribuição, mais um fator sobre a conceituação de Alexitimia, dizendo que “Secundariamente, alexitimia é uma reação “estado” para os efeitos de doenças físicas sérias, talvez uma

defesa contra a depressão ou dor, ou ambas” [1]. Yoshida [21], ainda cita outras contribuições que pontuam que na alexitimia “a ação de mecanismos de defesa primitivos que ocultam e distorcem as experiências do afeto e da fantasia, além de evidências, em alguns casos, de comunicação inter-hemisférica deficiente ou ainda, inibição da atividade do corpo caloso” e ainda são mais vulneráveis a doenças somáticas [15]. Bermond sugere ainda que alexitimia seja dividida em dois tipos: Tipo I (ausência de emoção nas experiências vividas) e o Tipo II (um problema no processamento cognitivo, onde estão ligadas as emoções) [2].

Em estudos mais atuais, aponta-se que as características que constituem a doença alexitimia podem receber a influência de fatores culturais, de comunicação, de nível de escolaridade e de classe socioeconômica que podem interferir no momento de fazer uma avaliação do quadro apresentado pelo indivíduo que apresenta alexitimia [5,6,20] Taylor; Bagby, 2004). Também se encontra relação da alexitimia com doenças como, alcoolismo, dependência de drogas, estresse pós-traumático, asma, depressão, jogo patológico, distúrbios alimentares, entre outros [3].

Em 1996, foi constatado por Lumley, Stettner e Wehmer que “a alexitimia pode levar indiretamente à doença orgânica, através de comportamentos pouco saudáveis como o tabagismo, nutrição pobre, um estilo de vida sedentário, uma má adesão ao regime terapêutico e abuso de substâncias” [15].

Outro trabalho verificou que a reatividade cardiovascular de hipertensos leves é influenciada, em momentos de *stress* emocional, pelo fato de a pessoa ser alexitímica ou inassertiva [9]. O objetivo deste estudo foi o de estabelecer vínculos entre os sintomas físicos dos hipertensos leves com a alexitimia e outros pontos relevantes em períodos chamados *distress* (Sandin, Santed, Chorot & Valiente, 1996 citado por 9). Em estudo com pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, Oliveira e Yoshida (2009) a alexitimia foi apontada como tendo possível função defensiva na obesidade mórbida [14].

Leite et. al. [8], estudaram a alexitimia em pessoas portadoras de HIV, associando-a como uma consequência de uma doença séria ou sendo uma defesa contra depressão ou dor, ou ambas como afirma Campbell [1]. Estes autores, portanto, possui o objetivo de avaliar em sua pesquisa os níveis de depressão, estresse e alexitimia em pacientes portadores de HIV correlacionando-os ao nível de linfócitos T CD4+ e ocorrência de infecções oportunistas, onde demonstrou que estes três fatores (depressão, stress e alexitimia) seriam agravantes nas aparições de in-

fecções [8]. Mais um estudo feito utilizando o tema, foi elaborado por Eizaguirre [3] que teve a possibilidade de olhar a alexitimia de um paradigma não muito explorado por outros autores, que seria analisar as relações entre alexitimia e o modo de funcionar a relação de casais sem patologia, que procura deste modo, observar nas relações interpessoais a alexitimia. Mostrando que os alexitímicos são pouco empáticos, possuem dificuldade de se colocar no lugar do companheiro ou companheira, o que dificulta em suas relações afetivas, que se traduzem por uma modalidade de apego de esquiva.

Guimarães e Yoshida [6] ressaltam que pacientes com doença de Crohn e de RCU (retocolite ulcerativa inespecífica) apresentam alterações em sua vida por causa da doença, atingindo os pacientes de várias formas. Vendo que isto dificultara a realização de atividades no seu cotidiano, as autoras observaram a eficácia da adaptativa destes pacientes [17]. E assim foi possível notar que com esta doença, o indivíduo possui um déficit em âmbitos interpessoais, levando a um possível quadro alexitímico exacerbado “pela severidade e pelo tempo da doença” e, além disso, existe uma possibilidade de “associação entre o comprometimento da eficácia adaptativa e o nível de alexitimia” [6].

Teoricamente, o nível de alexitimia detém relação inversa com a qualidade da eficácia adaptativa, que seria qualidade de resposta de um indivíduo em relação a um setor da personalidade, e para chegar a isto é necessário avaliar três preceitos: “a satisfação que o comportamento proporciona ao sujeito, à medida que soluciona o problema e a medida em que se compatibiliza ou não com os valores e normas culturais, trazendo ou não conflito ao sujeito” [4]. Isto é, são esperadas correlações negativas entre medidas de avaliação da eficácia adaptativa e de alexitimia. A verificação empírica desta hipótese corresponde a uma medida de validade das medidas envolvidas [24,25].

O processo de construção de instrumentos de avaliação psicológica demanda várias etapas, até que atinja níveis aceitáveis de validade e de precisão [12]. Ademais, para que sejam considerados válidos, para estratos específicos da população costumam demandar diferentes versões, ou o desenvolvimento de bancos de itens que contemplem as características da população avaliada [11]. O projeto do biênio 2010/2011 da orientadora teve como objetivo o desenvolvimento de uma versão de autorrelato da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada [24]. A Escala foi inicialmente identificada pelo acrônimo EDAO-R-AR, e teve como objetivo a avaliação da eficácia adaptativa de dois setores da per-

sonalidade: Afetivo-Relacional (A-R) e Produtividade (Pr). Os resultados da pesquisa apontaram três dimensões para cada setor da personalidade: a situação-problema, a relação interpessoal e o eu. Foi ainda apontada a necessidade de adaptação de alguns itens e a exclusão de outros. A realização dos ajustes resultou na segunda versão da Escala, com consequente necessidade de reavaliação de suas propriedades psicométricas [25]. A segunda versão da Escala foi denominada da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato e identificada pelo acrônimo EDAO-AR [25].

Em nosso meio a Toronto Alexithymia Scale-TAS já demonstrou boas qualidades psicométricas na avaliação do nível de alexitimia de diferentes estratos da população (por exemplo, 10,13; 21,23). Esta foi elaborada por Taylor, Ryan & Bagby [20] e vem sendo alterada no decorrer dos anos, e validada em outras línguas como foi feito por Yoshida 2000, que validou a escala em português. Compreende em um instrumento de auto-avaliação, de 26 itens [22]. Em nosso meio a Toronto Alexithymia Scale-TAS já demonstrou boas qualidades psicométricas na avaliação do nível de alexitimia de diferentes estratos da população (por exemplo, 10,13,21,23). Ela pode, portanto, se constituir em medida de critério externo adequado na avaliação das propriedades psicométricas da EDAO-AR.

2. OBJETIVOS

Geral

Avaliar o grau de associação dos escores totais e parciais (AR e Pr) da EDAO-AR com uma medida de alexitimia, cujas propriedades psicométricas do instrumento já tenham sido evidenciadas junto a diferentes estratos da população brasileira.

Específicos

Avaliar a qualidade da eficácia adaptativa de estudantes universitários de acordo com a EDAO-AR, para a amostra total e de acordo com o sexo e o curso de graduação;

Avaliar o nível de alexitimia de estudantes universitários de acordo com a Toronto Alexithymia Scale-TAS para a amostra total e de acordo com o sexo;

Avaliar o grau de associação entre a qualidade da eficácia adaptativa de estudantes universitários e o nível de alexitimia da amostra total, de acordo com o sexo.

3. MÉTODO

3.1. Procedimento

A amostra ficou composta por 80 universitários, solteiros, dos cursos de enfermagem e da farmácia, de universidade confessional do interior do estado de SP, equilibrada quanto ao sexo (n=40), com idade média de 21 anos (DP=3,36), mínimo de 18 e máximo de 37anos.

3.2. Análise de Dados

Segunda versão de autorrelato da Escala Diagnóstica Operacionalizada Redefinida (EDAO-AR) (Yoshida, 2012) - A escala tem como objetivo medir a qualidade da eficácia adaptativa. Ficou constituída por 39 itens divididos em duas escalas independentes, Ar e Pr. Para cada item há uma resposta correspondente a cada nível de qualidade adaptativa: adequado, pouco-adequado ou pouquíssimo adequado. Para tanto, deve-se arredondar os valores médios dos escores das escalas A-R e da Pr, antes de somá-los. A avaliação final segue os mesmos critérios de classificação por Grupos da EDAO-R [17,19]. Grupo 1. Adaptação eficaz, quando AR e Pr são adequados (soma 5,0); Grupo 2. Adaptação ineficaz leve, quando um dos setores é adequado e o outro é pouco adequado (soma 4,0); Grupo 3. Adaptação ineficaz moderada, quando ambos são pouco adequados (soma 3,0), ou um é adequado e o outro pouquíssimo adequado (soma 3,5 ou 3,0); Grupo 4. Adaptação ineficaz severa, quando um setor é pouco e o outro pouquíssimo adequado (soma 2,0 ou 2,5); Grupo 5. Adaptação ineficaz grave, quando ambos são pouquíssimo adequados (soma 1,5).

Toronto Alexithymia Scale/ TAS (Taylor, Ryan & Bagby, 1985) – a versão em português da TAS[22] avalia quatro fatores relacionados à personalidade humana que se expressam na dificuldade em lidar com os sentimentos, emoções e que integram o constructo de alexitimia. São elas: (F1) dificuldade em descrever e identificar os sentimentos, distinguindo das sensações corporais; (F2) dificuldade em fantasiar ou sonhar acordado (draydreaming); (F3) preferencia por eventos externos à vivencia interna (F4) dificuldade em expressar e compreender os sentimentos e as emoções. As respostas aos itens são dadas em escala Likert de cinco pontos que variam de (1) discordo inteiramente a (5) concordo plenamente. O escore total fornece o grau de alexitimia. Na literatura internacional, o ponto de corte para alexitimia é 74, enquanto que escores iguais ou menores que 62 são obtidos por sujeitos não alexitímico [20]. E para os escores entre 63 e 73 não é possível um diagnóstico conclusivo, podendo variar o score de

26 a 130. Na pesquisa com universitários brasileiros, o escore médio para a amostra feminina (N= 394) foi 63,69 (DP=10,01), para a amostra masculina (N= 187) foi 62,08 (DP=10,19) e 63,13 (DP=10,12) para a amostra total (N=581). Obteve-se boa consistência interna ($\alpha=0,72$) e estabilidade no teste e reteste ($r=0,72$).

3.3.Procedimento

Após, obter a autorização dos diretores dos cursos de Farmácia e de Enfermagem para a coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com os professores para fazer o convite aos alunos. No dia e hora agendados, compareceu à sala de aula e informou os alunos dos objetivos da pesquisa e reafirmou o caráter voluntário da participação. Obteve Estes aderiram com muita naturalidade, se dispondo a responder os testes. Foi então solicitada previamente a assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido de cada participante, que recebeu uma cópia. Cada um respondeu à EDAO-AR e à TAS, sendo que a ordem de distribuição dos formulários foi alternada para cada um, de forma a se controlar eventual viés nos resultados, devido à ordem de aplicação dos instrumentos. Após toda a coleta dos dados os resultados foram analisados de forma a atender aos objetivos previamente estipulados.

4. PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

Estatísticas descritivas indicarão a distribuição dos participantes em relação às variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e curso de graduação) e também em relação às medidas das duas escalas: EDAO-AR e TAS (dispersão, valor modal, mediano, médias e desvios padrão, quando se aplicarem). As medidas de validade serão estimadas por coeficientes de correlação de Pearson (para a amostra total e por sub-amostras divididas em função do sexo e curso de graduação).

4. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a estatística descritiva da EDAO-AR da amostra geral (n=80), com os valores mínimos e máximos, medidas de tendência central (média, moda e mediana) por setor da personalidade (A-R e Pr), assim como os diagnósticos da qualidade da eficácia adaptativa, por setor e para a escala total.

Tabela 1- Eficácia Adaptativa de acordo com a EDAO-AR para a amostra geral (n=80).

	A-R		PR		Gr	Eficácia Adaptativa
Mín	2,17	Ad	,90	Pouq Ad.	3	Adaptação Ineficaz Moderada
Máx	2,96	Ad	2	Ad.	1	Adaptação Eficaz
M	2,64	Ad	1,60	P. Ad.	2	Adaptação Ineficaz Leve
(DP)	(0,18)		(0,19)			
Mo	2,71	Ad	1,62	Ad	1	Adaptação Eficaz
Me	2,63	Ad	1,62	Ad	1	Adaptação Eficaz

Min: Mínimo; Máx: Máximo; M: Média; Mo: Moda; Me: Mediana; A-R: Afetivo Relacional; Pr: Produtividade; Ad: Adequado; P. Ad.: Pouco Adequado; Pouq. Ad: Pouquíssimo Adequado e Gr: Grupo.

Como não foram encontradas diferenças entre os sexos nas avaliações da eficácia adaptativa e da alexitimia, foram estimadas apenas as correlações entre as duas medidas para a amostra geral. Para tanto, foi escolhida a correlação de Pearson após testar a normalidade das variáveis em análises, através do Teste Kolmogorov-Smirnov. A Tabela 2 traz os valores dos cotes de correlação para a amostra geral.

Tabela 2 - Coeficientes de Correlação de Pearson entre a EDAO-AR e a TAS-26 (n=80).

EDAO-AR \ TAS	A-R	Pr	EDAO-AR TOTAL
F1	- 0,40**	- 0,33**	- 0,42**
F2	- 0,15	- 0,21	- 0,20
F3	- 0,25*	- 0,12	- 0,21
F4	- 0,36**	- 0,28*	- 0,36**
TAS TOTAL	- 0,50**	- 0,40**	- 0,51**

A-R: Afetivo Relacional; Pr: Produtividade; F1: a habilidade de identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; F 2: o sonhar acordado (daydreaming); F3: a preferência por focalizar eventos externos em vez de experiências internas; F4: a habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas.

Correlação de Pearson **p < 0,01 * p < 0,05

5. DISCUSSÃO

Em relação aos resultados da avaliação da eficácia adaptativa dos participantes com a EDAO-AR (amostra geral), observa-se que os valores das medidas de tendência central (média, moda e mediana) ficaram muito próximos entre si na avaliação do setor A-R (entre 2,63 e 2,71), indicando em todos os casos, adaptação adequada. Na Pr também teria predominado a adaptação adequada (valores da moda e da mediana), ainda que em relação à média seria pouco adequada. Como consequência, tem-se o predomínio de participantes com Adaptação Eficaz (Gr1), ainda que na média ela tenha se caracterizado por ser Ineficaz Leve (G2), significando que parte da amostra apresenta “sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológico, algumas inibições” [18], o que não chega a caracterizar patologia grave.

Quando se dividiu a amostra por sexo, tanto na feminina quanto masculina (Tabela 2), predominaram participantes com Adaptação Eficaz (moda e mediana), ainda que na média, a eficácia adaptativa foi Ineficaz Leve, reproduzindo, o padrão da amostra geral (Tabela1). Com isso é possível dizer que universitários tendem a responder às situações afetivo-relacionais de forma adequada, independentemente do sexo. Em relação à produtividade, também não houve diferenças entre os sexos e a maioria também responde de forma adequada (moda). Apenas para um pequeno contingente os desafios da universidade

tendem a ser enfrentados com respostas pouco adequadas, o que “puxa” a média para “baixo”, o que resulta em Adaptação Ineficaz Leve.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo para vai mostrar a associação entre eficácia adaptativa e Alexitimia em estudantes universitários, mostrando que há correlações negativas estatisticamente significativas, quando essas variáveis são medidas, respectivamente, pela versão para estudantes da EDAO-AR e a TAS. Como era esperado, a partir da eficácia adaptativa pôde prever o individuo possui menos Alexitimia, ou seja, quanto melhor as repostas do individuo, melhor sua eficácia adaptativa, menos alexitimico o individuo será.

6. REFERÊNCIAS

- [1]Campbell, R. J. (2009) Psychiatric dictionary. New York: Oxford University Press. (Original published in 1940).
- [2]Carneiro, B. V. & Yoshida, E. M. P. (2009) Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), 103-108.
- [3]Eizaguirre, A.E. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760-764.
- [4]Freitas, A.R. (2011) Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Auto-Relato (EDAO-R-AR): Validade Convergente e Precisão.
- [5]Fukunishi, I., Kikuchi, M., Kaji, N., & Yamasaki, K. (1997). Can scores on alexithymia distinguish patients with peptic ulcer and erosive gastritis? *Psychological Reports*, 80, 995-1004.
- [6]Guimarães, L.P.M. & Yoshida, E.M.P. (2008). Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa Inespecífica: alexitimia e adaptação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 52-63.
- [7]Haviland, M. G., Shaw, D. G., MacMurray, J. P., & Cummings, M. A. (1988). Validation of the Toronto Scale with substance abusers. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 50, 81-87.
- [8]Leite, V.S., Motta, D.D., Junior, M.S., Araújo, S.M. & Pupulin, A.R.T. (2007) Depressão, estresse e alexitimia em pacientes com infecção pelo vírus HIV. *Maringá*, 29(1), 67-71.
- [9]Lipp, M.E.N., Frare, A. & Santos, F.U. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 161-167.

- [10]Maciel, M. J. N., & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Revista Avaliação Psicológica*, 5(1), 43- 54.
- [11]Nunes, C.H. S. S., & Primi, R. (2009). Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações na psicologia e na educação. In C. S. Hutz (Org.), *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp.25-69). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- [12]Pasquali, L. (Org.) (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPA/IBAPP.
- [13]Pregolato, A. P. F. (2005). *Alexitimia e sintomas psicopatológicos em pacientes com insuficiência renal crônica*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- [14]Oliveira, J.H.A. & Yoshida, E.M.P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.
- [15]Rocha V., Guerra, M. P. & Maciel, M. J. (2010). Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos. *Paidéia*, 20(46), 155-164.
- [16]Sifneos, P. (1977). *Psychothérapie brève et crise emotionnelle*. (G. Hougardy & D. Luminet, Trads.) Bruxelles: Pierre Mardaga. (Trabalho original publicado em 1972)
- [17]Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU. (Original publicado em 1983)
- [18]Simon, R. (1997), Proposta de redefinição da E.D.A.O. (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada), *Boletim de Psicologia*, vol. 47, n.107, p. 85-93.
- [19]Simon, R. (2005). *Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- [20]Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., Parker, J.D., Doody, K. F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- [21]Yoshida, E.M.P. (2000) Toronto Alexithymia Scale-TAS: Precisão e Validade da Versão em Português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(1), 59-74.
- [22]Yoshida, E.M.P. (2006) Validade de critério da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS para população clínica. *Avaliação Psicológica*, 5 (2).
- [23]Yoshida, E.M.P. (2007) Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 389-396.
- [24]Yoshida, E. M. P. (2011). Construção e Validação de versão de auto-relato da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada. *Relatório Parcial de Atividades*, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (manuscrito)
- [25]Yoshida, E. M. P. (2012). *Construção e Validação de versão de auto-relato da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – Revisada*. Relatório Final de Pesquisa. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (manuscrito).