UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Vinculação, alexitimia, reconhecimento e regulação emocional nos fenómenos esquizotípicos

Raquel da Silva Santos (e-mail:luaextravagante@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Subárea de Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Vinculação, alexitimia, reconhecimento e regulação emocional nos fenómenos esquizotípicos

Resumo

O presente estudo enquadra-se na linha de investigação sobre vinculação do adulto e esquizotipia. O seu primeiro objetivo é compreender o papel multidimensional da vinculação do adulto nos fenómenos esquizotípicos. Procura-se, ainda, caracterizar os processos emocionais dos indivíduos que pontuam mais na esquizotipia, nomeadamente as suas dificuldades em reconhecer, regular e atribuir significado às emoções, e compreender os aspetos comuns entre a esquizotipia e a alexitimia. Foi seguida uma metodologia de análise multivariada e regressão linear múltipla numa amostra de indivíduos sem perturbação clinicamente diagnosticada (*N*=281). Os resultados sugerem que a vinculação do adulto tem um efeito preditor na esquizotipia. A alexitimia revelou associações com os sintomas *negativos* de esquizotipia. As dificuldades de regulação emocional demonstraram-se preditoras do desenvolvimento dos fenómenos esquizotípicos.

Palavras-chave: Vinculação do adulto; Esquizotipia; Alexitimia; Reconhecimento de emoções; Regulação emocional.

Attachment, alexithymia, emotion recognition and regulation in schizotypal phenomena

Abstract

The current study takes part in the research involving adult attachment and schizotypy. Its first purpose is to understand the multidimensional role that adult attatchment plays in schizotypal phenomena. It seeks further to descrive emotional processes in individuals who score higher in schizotypal features, including difficulties to recognize, regulate and find meaning to one's own emotions and, additionally, to uderstand the common aspects between schizotypy and alexithymia. A multivariate analysis and multiple linear regression was followed, on a sample of individuals without clinical diagnosed disorder (*N*=281). Results suggest adult attachment had predictive effect in schizotypal phenomena. Alexithymia revealed associations with schizotypal *negative* symptoms. Emotion regulation difficulties predicted schizotypal phenomena.

Key Words: Adult attachment; Schizotypy; Alexithymia; Emotion recognition; Emotion regulation.

Agradecimentos

Aos meus pais, Lurdes e Carlos, a quem devo aquilo que sou. À minha irmã, Joana, que me ilumina desde o primeiro dia. Pelo amor incondicional que me oferecem. Por serem lugar seguro onde sei que posso voltar.

Ao Jack, o meu gato *ginger*. Olhar cúmplice, a oferecer-me a verdade e a paz que preciso.

Aos meus amigos. Os de hoje e os de sempre, os de perto e os de longe, que aturam a minha ausência há tempo demais. Eles sabem quem são.

Aos meus companheiros neste percurso, Carlos e Catarina. Foi mesmo importante sentir que est(áv)amos juntos.

A todos aqueles que disponibilizaram o seu tempo em favor desta investigação. Sem eles este trabalho não teria sido possível.

Ao Professor Rui Paixão, pela sua orientação fundamental neste processo. Pela transmissão dos seus conhecimentos e sabedoria. Pelos espaços de reflexão e análise dinâmica, que sempre admirei.

A quem acreditou… ("*se hace camino al andar*").

"Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive."
(R.Reis)

Bem hajam!

Índice

Introdução …… 01
I - Enquadramento Conceptual …… 02
1. A Perturbação da Personalidade Esquizotípica …… 02
1.1. O modelo tri-fatorial da estrutura esquizotípica …… 03
1.2. O *continuum* com a Esquizofrenia …… 03
2. Vinculação do Adulto e Personalidade Esquizotípica …… 05
2.1. A teoria da vinculação: conceitos essenciais …… 05
2.2. Estilos inseguros de Vinculação no Adulto e Personalidade Esquizotípica … 06
3. Esquizotipia e Emoção …… 08
3.1. Conceptualização de Alexitimia …… 09
3.2. Regulação emocional …… 10
3.3.Dificuldade em significar e regular emoções na Esquizotipia …… 11
3.4. Reconhecimento de emoções na Esquizotipia …… 12
4. Apresentação do construto: relações entre Vinculação do Adulto, Esquizotipia, Alexitimia, Reconhecimento e Dificuldades de Regulação Emocional …… 14
II – Definição do problema e objetivos …… 14
III - Metodologia …… 15
1. Amostra …… 15
2. Instrumentos de Avaliação …… 15
2.1. Questionário Sociodemográfico …… 15
2.2. *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA) …… 16
2.3. *Questionário da Personalidade Esquizotípica* (QPE-P) …… 17
2.4. *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens* (TAS-20) …… 17
2.5. *NimStim Set of Facial Expressions* (NimStim) …… 18
2.6. *Teste de Reconhecimento Paralinguístico das Emoções* (TRPE) …… 18
2.7. *Escala de Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) …… 19
3. Procedimentos de investigação …… 19
IV - Apresentação dos Resultados …… 20
1. Análise estatística …… 20
Estudo 1: Avaliação da capacidade preditiva da Vinculação do Adulto (EVA) na Esquizotipia (QPE-P) …… 20
Estudo 2: Avaliação do efeito preditor das variáveis emocionais - Reconhecimento facial (NimStim) e paralinguístico (TRPE) de Emoções e Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) na Esquizotipia (QPE-P) …… 26
Estudo 3: Alexitimia (TAS-20) e Esquizotipia (QPE-P) …… 28
V - Discussão dos Resultados …… 32
IV - Conclusões …… 37
Bibliografia …… 39
Anexos …… 51

Introdução

A relação que tem vindo a ser estabelecida entre a Perturbação da Personalidade Esquizotípica (PPE) e outras perturbações do espectro psicótico, como a esquizofrenia, tem colocado o estudo desta perturbação no centro da investigação em psicopatologia (Claridge, 1997; Handest & Parnas, 2005; Raine, Lencz, & Mednick, 1995a; Tonelli, von der Heyde, Alvarez, & Raine, 2009). A esquizotipia tem sido considerada um elemento de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia psicótica e, por isso, o seu despiste assume clara importância tanto na investigação como na intervenção clínica precoce, com fins terapêuticos e preventivos (Handest & Parnas, 2005). A evidência empírica sugere que os traços esquizotípicos variam na população num *continuum* desde a normalidade, passando pela excentricidade até à psicose (Johns & van Os, 2001), associando-se com dificuldades no relacionamento interpessoal (Aguirre et al., 2008), reconhecimento e regulação adequada de emoções (Shean, Bell, & Cameron, 2007). Por este motivo, é consistentemente sugerido que a investigação da esquizotipia, em amostras não-clínicas, pode ajudar a compreender as variações dos traços esquizotípicos na população geral (Raine, Lencz, & Mednick, 1995a). Do mesmo modo, o desenvolvimento da Teoria da Vinculação iniciada por Bowlby (1958), assume cada vez mais um papel fundamental na compreensão da psicopatologia do adulto (Mikulincer & Shaver, 2007; Paulli-Pot & Mertessaceker, 2009; Shorey & Snyder, 2006). No entanto, o estudo da relação directa entre Vinculação do Adulto e Esquizotipia parece traduzir-se no "*neglected link*" salientado por Tiliopoulos e Goodall (2009), na investigação recente com amostras não-clínicas, e em particular portuguesas. Assim, o primeiro objetivo deste trabalho é estudar a influência da Vinculação do Adulto, operacionalizada pela *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA) (Canavarro, Dias, & Lima, 2006), no desencadeamento e manutenção dos fenómenos esquizotípicos, tal como definidos pelo DSM IV-TR (APA, 2002) e avaliados pelo *Questionário da Personalidade Esquizotípica* (QPE-P) (Santos, 2011).

É consistente a evidência empírica de que muitos sintomas das perturbações do espectro da esquizofrenia, como a esquizotipia, podem ser compreendidos como consequências da perturbação dos processos emocionais (Berenbaum, Boden, Baker, Dizen, & Thompson, 2006; Karcher & Shean, 2012), quer ao nível dos défices na expressão (Shi et al., 2012), reconhecimento (Aleman & Kahn, 2005) e regulação emocional (Henry et al., 2009). Uma faceta do processamento emocional que tem recebido atenção na literatura é a Alexitimia, a dificuldade do indivíduo em identificar e comunicar verbalmente os próprios estados emocionais subjetivos (Taylor, Bagby, & Parker 1997). A investigação anterior tem associado pontuações elevadas na Alexitimia com competências interpessoais frágeis (Laroi, Van der Linden, & Aleman, 2008), estilos inseguros de vinculação (Wearden, Lamberton, Crook, & Walsh, 2005) e a disrupção dos processos cognitivos (Van Rijn et al., 2011). Por isso, estudam-se as relações entre Esquizotipia e a Alexitimia, avaliada pela *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens*

(TAS-20) (Prazeres, Parker, & Taylor, 2000). Neste sentido, o Reconhecimento facial e paralinguístico de Emoções, avaliados pelo *The NimStim set of facial expressions* (Tottenham et al., 2009) e pelo *Teste de Reconhecimento Paralinguístico das Emoções* (TRPE) (Paixão, Coelho, & Ferreira, 2010), respetivamente, e as Dificuldades de Regulação Emocional, avaliadas pela *Escala de Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010), são estudadas enquanto variáveis emocionais preditoras dos fenómenos esquizotípicos.

A primeira parte do trabalho é dedicada à revisão teórica dos principais paradigmas conceptuais e da evidência empírica recente. Na segunda parte, é apresentado o estudo empírico realizado sobre o relacionamento interpessoal na esquizotipia, e o impacto disruptivo da perturbação nos processos emocionais.

I – Enquadramento conceptual

1. A Perturbação da Personalidade Esquizotípica

"Vive no nosso mundo, mas não vive connosco, apenas ao nosso lado, como se fosse um misterioso habitante de um planeta distante que só aparentemente se adaptasse – e ainda assim nem sempre - aos nossos hábitos e sentimentos." (Mira y López, 1932, p.195)

"Imagine um clube de pessoas parecidas por serem deliciosamente bizarras, mas em que cada uma se está nas tintas para os outros, e principalmente para as bizarrias alheias." (Abreu, 2009, p.135)

A Perturbação da Personalidade Esquizotípica (PPE) encontra-se no Cluster A do DSM-IV (APA; American Psychiatric Association, 2002) justificando-se como uma categoria discreta e diferenciada, com critérios diagnósticos próprios. Insere-se na categoria das *personalidades bizarras*, no designado *espectro esquizofrénico*, isto é, o grupo de transtornos mentais e de personalidade que, de algum modo, se relacionam com a esquizofrenia pela semelhança de sintomas, embora estes se apresentem menos acentuados na forma (Raine & Manders, 1988). Esta perturbação é clinicamente definida por um padrão invasivo e persistente de défices sociais e interpessoais, marcado pelo desconforto e incapacidade para desenvolver e manter relações de proximidade. Descreve indivíduos que apresentam propensão para a psicose, distorções cognitivo-percetivas e que frequentemente se comportam de modo bizarro, excêntrico ou desconfiado (APA, 2002; Scarpa & Raine, 2002). Esta síndrome pode ser ocupacional e socialmente debilitante, uma vez que os esquizotípicos[1] evitam o contacto social e raramente procuram o tratamento (Raine et al., 1995a).

[1] Lenzenweger e Korfine (1995) sublinham a utilização diferenciada dos termos que se referem à PPE. Sugerem que *esquizotípico* deverá designar as manifestações fenotípicas observáveis (como o uso peculiar da linguagem, a aparência e comportamento estranhos), enquanto *esquizotipia*, *per se*, se deve referir a uma organização subjacente da personalidade, sendo essencialmente um construto hipotético latente, que não pode ser observado diretamente.

1.1. O modelo tri-fatorial da estrutura esquizotípica

A esquizotipia é um construto complexo que resulta de uma associação de traços cognitivos, emocionais e comportamentais que se agrupam numa estrutura multidimensional semelhante à encontrada na esquizofrenia (Kwapil, Barrantes Vidal, & Sílvia, 2008; Raine, 2006). De acordo com o modelo tri-fatorial da PPE proposto por Raine et al. (1994), esta constelação de sintomas organiza-se em nove traços distribuídos por três fatores, definidos no *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) (Raine, 1991): (1) *cognitivo-percetivo*, (2) *interpessoal* e (3) *desorganizado*. Com base nesta estrutura fatorial a esquizotipia pode ser classificada em três categorias de sintomas, respetivamente: *positivos*, *negativos* e de *desorganização* (incluídos nos sintomas *positivos*) (Kwapil et al., 2008; Raine, 2006). Os sintomas *positivos*, que dizem respeito à dimensão *cognitivo-percetiva* e correspondem a um tipo de funcionamento excessivo e distorcido, incluem: ideias de referência (excluindo delírios), crenças bizarras ou pensamento mágico, experiências percetivas incomuns (incluindo ilusões somáticas) e desconfiança ou ideação paranoide. Os sintomas *negativos*, a dimensão *interpessoal*, compreendem dificuldades no comportamento em relação com os outros*:* a inadequação ou constrição afetivas, ausência de amigos íntimos, isolamento social, ansiedade social excessiva e dificuldades em experienciar prazer nas relações sociais (anedonia social) (Raine et al., 1994). Por último, os sintomas de *desorganização*, a dimensão mais inconsistente, que tem sido analisada em termos de desorganização cognitiva (Fossati, Raine, Carrettaa, Leonardi, & Maffei, 2003), impulsividade e inconformidade social, é marcada pelo comportamento/aparência excêntricos e padrões de pensamento/discurso bizarro e de oposição (Fonseca-Pedredro et al., 2007). Estes são traços acentuados da síndrome de PPE, podendo variar de leves a severos (APA, 2002; Hansenne, 2004; Raine et al., 1995a), e a sua prevalência pode apenas ser estimada numa incidência de 3% na população geral, de acordo com o DSM-IV (Raine, 2006). Fossati et al. (2003) identificam robusta invariância do modelo trifatorial da Esquizotipia (Raine et al., 1994) no género, e corroboram estudos que sugerem que o género masculino pontua mais alto nos sintomas *negativos* de *ausência de amigos íntimos* e *afeto constrito* (SPQ; Raine, 1991). Por outro lado, sugerem que o género feminino tem resultados superiores nos sintomas *positivos*, em particular, *experiências percetivas incomuns* e *pensamento mágico* (Fossati et al., 2003).

1.2. O c*ontinuum* com a Esquizofrenia

A investigação em torno do conceito de esquizotipia evoluiu desde a origem com o objetivo de compreender as suas relações com a esquizofrenia, ao mesmo tempo que procurou contornar a dificuldade de o tornar um construto unívoco (Meehl, 1962). Neste percurso, procurou-se entender se a psicose existe num *continuum*, e se neste, a esquizotipia pode ser considerada um fator de predisposição para a esquizofrenia (Sellen, Oaksford, & Gray, 2005; Venables, 1995). Do mesmo modo, interessa saber se os sintomas de esquizotipia ocorrem ao longo de um *continuum* nas

populações não-clínicas, ou se se apresentam como fenómenos exclusivamente taxonómicos (Blanchard, Gangestad, Brown, & Horan, 2000). Nesta discussão estão subjacentes os enfoques categoriais e dimensionais: o primeiro, derivado de modelos clínicos adotado pelos sistemas DSM e ICD, considera cada categoria como uma unidade discreta e separada das outras (Meehl, 1962; Siever, 2002); o segundo propõe um modelo de continuidade em que a psicose existe num *continuum* desde o "normal", evoluindo para as perturbações afetivas até à esquizofrenia (Johns & van Os, 2001). Nesta perspetiva, esquizofrenia e esquizotipia possuem elementos etiológicos comuns, embora possam ter expressões diferenciadas em termos de severidade e intensidade (Sellen et al., 2005). Embora escape aos sintomas psicóticos (delírios e alucinações) e apresente menos perturbações cognitivas (Siever et al., 2002) a PPE partilha com a esquizofrenia manifestações clínicas, como o isolamento social, o pensamento mágico e a desconfiança. De acordo com Raine (2006), o fenómeno esquizotípico reflete uma constelação de distúrbios cognitivo-percetivos e interpessoais, que associados ao comportamento e discurso desorganizados pode ser vista como uma forma atenuada de esquizofrenia, que representa um estádio prémorbido ou prodrómico desta perturbação da personalidade (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009). Se a esquizotipia faz parte de um *continuum* entre a normalidade e a patologia psicótica, podemos encontrar ao longo deste, expressões fenotípicas *intermédias* de esquizotipia que variam na duração, intensidade e frequência. Assim, é possível encontrar na população geral, indivíduos que apresentam traços semelhantes ao protótipo esquizotípico ao longo deste *continuum* de ajustamento (Claridge, 1997), mas cuja presença não é disfuncional ou é insuficiente para um diagnóstico clínico de psicose (Claridge & Davis, 2003; Raine et al., 1995a). Nas últimas três décadas, a investigação sobre a história clínica familiar, marcadores biológicos, fenomenologia, tratamento e natureza multifatorial, tem procurado comprovar o potencial da PPE na compreensão da esquizofrenia (Forsyth et al., 2010; Ingraham, 1995; Vollema, Sitskoorn, Appels & Kahn, 2002). Diferentes investigadores sugerem que a experiência de traços esquizotípicos por parte de indivíduos saudáveis pode representar uma expressão comportamental da sua vulnerabilidade às perturbações do espectro psicótico (Dominguez, Wichers, Lieb, Wittchen, & van Os, 2011; van Os et al., 2009) pela possibilidade de exacerbação da severidade psicopatológica na intervenção de fatores intrínsecos ou extrínsecos (Barragan, Laurens, Blas Navarro, & Obiols, 2011; Barrantes-Vidal, Lewandowski, & Kwapil, 2010; Tonelli et al., 2009). É neste sentido que o estudo dos traços esquizotípicos em população não-clínica assume grande importância para o estabelecimento de relações entre personalidades normativas e mal-adaptativas, e na compreensão dos mecanismos psicológicos e processos subjacentes a estas perturbações (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, & Muñiz, 2011). A investigação no domínio da PPE pode ajudar a identificar funções cognitivas intactas que funcionem como *fatores protetores* do desenvolvimento de esquizofrenia (Raine, Lencz, & Mednick, 1995b).

2. Vinculação do Adulto e Personalidade Esquizotípica

2.1. A teoria da vinculação: conceitos essenciais

A investigação tem demonstrado claramente que a vinculação assume um papel fundamental na compreensão da psicopatologia do adulto. Esta evidência reflete-se na procura de dados empíricos sobre o papel que os problemas relacionais – onde a vinculação é o elemento fundamental – desempenham na etiologia, comorbilidade, diagnóstico e tratamento dos distúrbios da personalidade (Mikulincer & Shaver, 2007; Ponizovsky, Nechamkin, & Rosca, 2007; Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006). Tanto que, como é sustentado pela *American Psychiatric Association* (A.P.A.), estes são aspetos patentes na investigação para o desenvolvimento do DSM-V (First et al., 2002).

A Teoria da Vinculação iniciada por John Bowlby (1958, 1960a, 1960b) estuda o processo de construção das interações afetivas, das experiências precoces de separação, privação e perda, na personalidade e desenvolvimento psicossocial da criança (Feeney & Noller, 1996). A conceptualização desta teoria encontra fundamentos em diferentes campos do conhecimento, da etologia à psicanálise (Lorenz, 1935), que tornam clara para Bowlby a importância do conforto e da proximidade com a figura materna, no desenvolvimento das relações precoces afetivas mãe-bebé. Torna-se ainda evidente a necessidade primária do bebé em estabelecer laços afetivos com o cuidador, independentemente da gratificação oral e das necessidades de alimentação (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1958, 1988; Soares, 2007). Esta teoria assenta no *sistema comportamental de vinculação*, o processo homeostático que regula os comportamentos na infância, de procura de proximidade e contacto (Bowlby, 1969, 1973). Este conceito descreve um sistema que tem por objetivo a manutenção de comportamentos inatos, geneticamente determinados (chupar, agarrar, chorar, sorrir, seguir, estabelecer contacto visual) e a proximidade dos cuidadores primários. A sua função biológica adaptativa oferece à criança uma vantagem de sobrevivência, segurança física e psicológica (Bowlby, 1969, 1973; Feeney & Noller, 1996). O comportamento de vinculação permite ainda à criança autonomizar-se e iniciar a sua atividade exploratória em que o cuidador se constitui no refúgio seguro (*safe haven*) onde a criança sabe que pode regressar para obter segurança e conforto face à perceção de ameaça (Bowlby, 1969, 1988). Para que este sistema de vinculação seja ativado/desativado de forma eficaz, é fundamental o desenvolvimento de modelos internos dinâmicos (*internal working models)* que a criança constrói a partir das experiências de interação precoce com a figura de vinculação (Berman & Sperling, 1994). A criança começa a organizar o seu mundo interno, através destas representações mentais de si e dos modelos internos do outro, construídos com base nas experiências relacionais precoces com o seu cuidador (Bowlby, 1988). Estas representações permitem-lhe adquirir consciência da proximidade/disponibilidade e ausência da figura de vinculação em situações de vulnerabilidade, medo ou ameaça. A longo prazo, estes modelos traduzem-se em linhas orientadoras

para as relações que a criança estabelecerá no futuro, permitindo-lhe interpretar e prever o comportamento dos outros (Fonagy, 2001).

A compreensão teórica de Bowlby operacionaliza-se nos trabalhos de Mary Ainsworth (1967, 1977) e Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) que estudaram a qualidade das interações mãe-bebé e trouxeram à vinculação uma nova metodologia experimental de investigação – a *Situação Estranha*. Esta metodologia permitiu observar diferentes comportamentos de vinculação na interação mãe-criança (Ainsworth et al., 1978) e identificar diferentes tipos individuais de vínculos. Do trabalho de Ainsworth surge um conceito fundamental para teoria da vinculação – a noção de base de segurança (*secure base*), presente na relação de confiança que a criança estabelece com a figura de vinculação, que reconhece disponível e para onde sabe que pode regressar. Através de um conjunto estandardizado de episódios de separação e reunião, Ainsworth et al. (1978) identificam três padrões que refletem diferentes reações comportamentais da criança face à figura de vinculação: (1) *evitante*, (2) *seguro* e (3) *ambivalente/ansioso* (Ainsworth et al., 1978). Posteriormente Main e Solomon (1990) identificam o padrão *desorganizado*, característico de amostras clínicas de risco.

A teoria da vinculação confirma a existência de uma necessidade universal para criar relações de proximidade e laços afetivos duradouros, sendo que o comportamento vinculativo funciona como uma forma homeostática de regular o comportamento durante episódios de *stress* (Bowlby, 1980). Esta tendência para as ligações afetivas é influenciada e regulada pelos modelos internos dinâmicos de funcionamento (*internal working models*), que se traduzem em esquemas cognitivo-afetivo-motivacionais consistentes, e abrangem as representações mentais do *Self* e dos outros (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). As expectativas sobre a disponibilidade e capacidade de resposta das figuras de vinculação existem incorporadas nestes modelos internos e conduzem a perceções e comportamentos nas relações subsequentes na idade adulta (Feeney, 1999). Apesar da sua estabilidade, é possível que estes modelos sofram alterações e reformulações ao longo da vida, por influência de vivências traumáticas ou reparadoras. É devido a esta possibilidade de transformação que estes são apelidados de *dinâmicos* (Bretherton, 1985), evoluindo ao longo da vida para níveis mais complexos e elaborados, traduzindo-se em modelos operantes internos, representacionais e integradores das relações atuais, passadas e futuras (Bowlby, 1969).

2.2. Estilos inseguros de Vinculação no Adulto e Personalidade Esquizotípica

A investigação das últimas décadas sugere consistentemente a existência de uma relação significativa entre estilos de vinculação insegura e psicopatologia (Bowlby, 1969, 1973; Brennan & Shaver, 1998; Milkuliner & Shaver, 2007; Paulli-Pot & Mertessaceker, 2009; Taylor et al., 1997). De acordo com Bowlby (1969), a relação diádica mãe-criança é a base do funcionamento intra/interpessoal durante a infância e depois na idade adulta. Desde a década de 80, tem sido amplamente investigada a possibilidade dos

estilos de vinculação definidos por Ainsworth et al. (1978) se alargarem à idade adulta, assumindo um papel fundamental, por exemplo, nas relações adultas românticas e nos processos de procura/manutenção da proximidade física com o outro, na confiança da disponibilidade continuada, no voltar ao outro na procura de conforto face à ameaça física ou emocional e na angústia face à separação e perda (Shaver, Hazan, & Bradshaw, 1988). De acordo com Fonagy (1999), estudos longitudinais sugerem que os estilos de vinculação da infância se relacionam com os estilos de vinculação nas relações amorosas adultas, onde as vivências precoces desempenham uma influência na orientação das relações interpessoais na personalidade e estilos de vinculação do adulto (Feeney, 1999; Feeney & Noller, 1996; Hazan & Shaver, 1987). Neste campo de estudo são incontornáveis os trabalhos de Main e sua equipa, acerca da dimensão representacional da vinculação com a construção da *Adult Attachment Interview* (*AAI*, George, Kaplan, & Main, 1985). Este instrumento permite avaliar a vinculação do adulto, tendo em conta as representações mentais sobre as figuras de vinculação. A partir da análise da coerência do discurso, permite classificar os indivíduos nos padrões de vinculação definidos por Ainsworth et al. (1978). É previsível que, adultos com estilo de vinculação segura percecionem os outros como sendo de confiança e vivenciem as suas relações como base de suporte e conforto. Já os indivíduos com estilo de vinculação insegura, de um modo geral, tendem a revelar níveis elevados de ansiedade social; emoções negativas; baixa autoconfiança; isolamento social; relutância em procurar ajuda em situações de *stress*; descrença na duração das relações amorosas e, consequentemente, a caracterizar-se por baixos níveis de compromisso (Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Collins & Read, 1994; Feeny & Noller, 1996; Hazan & Shaver, 1987).

O modelo de desenvolvimento elaborado por Bowlby (1958; 1960a; 1960b) apresenta clara implicação na manifestação de psicopatologia, pelo que, diferentes autores corroboram a relação entre os estilos inseguros de vinculação adulta e alguns quadros psicopatológicos. São estes, a perturbação da alexitimia, as perturbações afetivas de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbação do comportamento alimentar, abuso de substâncias e as perturbações da personalidade (Bowlby, 1969, 1973; Brisch, 2004; Dozier, Stovall, & Albus, 1999).Contudo, ao nível das relações entre vinculação e esquizotipia a evidência empírica recente é escassa e mais ainda aquela que procura uma avaliação direta e exclusiva da natureza das relações entre estes construtos (Tiliopoulos & Goodall, 2009).

Meins, Jones, Fernyhough, Hurndall e Koronis (2008), demonstram em amostras não-clínicas, uma associação entre vinculação e esquizotipia, com estilos de vinculação segura a evidenciar relações com traços reduzidos de esquizotipia *positiva* e *negativa*. A relação inversa demonstrou relações para ambos os estilos de vinculação *ansiosa* e *evitante*. Tiliopoulos e Goodall (2009) demonstram, em amostras não-clínicas, relações entre vinculação *ansiosa* e sintomatologia esquizotípica primária *negativa* e *positiva*, enquanto associam a vinculação *evitante* unicamente com a sintomatologia *negativa* - traços de natureza interpessoal que representam

défices no funcionamento interno saudável como a indiferença/isolamento social e a inadequação ou constrição afetivas; imagens negativas dos outros, hostilidade interpessoal e a minimização defensiva do afeto (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Os modelos internos dinâmicos *evitantes* fornecem por isso, uma compreensão útil sobre a manutenção da PPE através dos modelos cognitivos (Tiliopoulos & Goodall, 2009). Os autores corroboram a investigação anterior na associação entre vinculação *ansiosa* e esquizotipia *positiva* em amostras não-clínicas (Berry, Wearden, Barrowclough, & Liversidge, 2006; Meins et al., 2008) e evidenciam o potencial da vinculação em elaborar mecanismos desenvolvimentais que podem fazer face à presença da sintomatologia *positiva*, mediante investigação mais aprofundada dos estilos cognitivos associados com a vinculação *ansiosa*. Tiliopoulos e Goodall (2009) sugerem que a vinculação *ansiosa* poderá ser melhor preditora do desenvolvimento de PPE do que a vinculação *evitante*, sendo que a maior influência da vinculação *ansiosa* na sintomatologia *negativa* se manifesta na ansiedade social.

3. Esquizotipia e Emoção

A etimologia da palavra emoção sugere exatamente uma direção externa a partir do corpo: *emoção* significa literalmente "movimento para fora" (Damásio, 2003). Conforme Damásio (2003), a emoção é concebida como a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro, resultando em alterações mentais adicionais. A emoção traduz-se, assim, numa motivação para a cognição e para o comportamento que organiza estratégias eficientes de adaptação às exigências dinâmicas do ambiente e situações problema que ameaçam a sobrevivência do organismo (Primi, 2003). Diferentes autores, como Damásio (2003), sugerem a distinção entre emoções primárias e secundárias. As *emoções primárias*, inatas ou pré-organizadas, constituem-se no mecanismo básico que concebe a resposta automatizada do sistema biológico, associadas à carga genética do indivíduo, isto é, não adquiridas pelo resultado da interação com o ambiente. O ser humano está programado para reagir emocionalmente de um modo pré-organizado quando um certo conjunto de estímulos, do ambiente ou do seu próprio corpo, é detetado. As *emoções secundárias*, ocorrem quando o indivíduo começa a ter sentimentos e a formar ligações sistemáticas entre categorias de objetos e situações, por um lado, e *emoções primárias*, por outro. São diferentes das reações inatas e traduzem-se na perceção de todas as mudanças que constituem a resposta emocional (Damásio, 2003).

Desde Bleuler (1911/1950) que os sintomas psicóticos são relacionados com a perturbação nos processos emocionais. Tem sido demonstrado em distúrbios do *espectro esquizofrénico*, como a esquizotipia, a perturbação nas emoções, ao nível dos défices na expressão (Shi et al., 2012) perceção e reconhecimento emocional (Aleman & Kahn, 2005). O papel importante que estes processos desempenham no desenvolvimento de

distúrbios cognitivo-percetivos e interpessoais (Cohen, Beck, Najolia, & Brown, 2011) é consistente com a evidência de que as emoções têm responsabilidade significativa ao influenciar juízos, tomadas de decisão e comportamentos (Clore, Gasper, & Garvin, 2001). A literatura e a evidência empírica têm associado níveis elevados de emoções negativas com distúrbios cognitivo-percetivos, desde perceções e crenças estranhas até ilusões e alucinações (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001).

3.1. Conceptualização de Alexitimia

Alexithymia deriva do grego e do latim (*a=sem, lexis=palavra,* e *thymos=emoção*) significando, etimologicamente, *sem palavras para emoções*. O termo foi primeiro introduzido por Sifneos (1973) para caracterizar a dificuldade em identificar e verbalizar emoções em quadros psicossomáticos. No entanto, a definição concreta deste construto foi estabelecida em 1976 na *11st European Conference on Psychosomatic Research* (Taylor & Bagby, 2000), por Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976) como um défice na capacidade de usar processos cognitivos para regular as próprias emoções.

A alexitimia é um construto multidimensional (Taylor et al., 1997), considerado por alguns autores como um traço universal (Taylor, Bagby, & Parker, 2003) e estável (Martínez-Sánchez, Ato-García & Ortiz-Soria, 2003; Taylor, Bagby, & Luminet, 2000) de personalidade. Os indivíduos com alexitimia caracterizam-se pela dificuldade (ou perturbação severa) em identificar, comunicar verbalmente os próprios estados emocionais subjetivos e em diferenciar sentimentos de sensações corporais. No campo cognitivo predomina o *pensamento operatório*, marcado pelo *concretismo* e pelas dificuldades do imaginário (Taylor et al., 1997). Este tipo de pensamento caracteriza-se pela focalização nos acontecimentos/detalhes do ambiente externo e sintomas corporais, em detrimento da dimensão afetiva, emoções, sonhos, fantasias e experiências interiores, onde palavra e pensamento perdem o seu valor simbólico (Taylor & Bagby, 2000; Veríssimo, 2003). De acordo com Horney (1952), o concretismo do modo de pensar, orientado para o exterior, seria um meio de compensar a falta de consciência relativa às experiências íntimas. Na alexitimia, a resposta emocional é predominantemente vaga e indistinta (Taylor et al., 1997), designada por Kirmayer (1987), *hypocognized* ou hiposimbolizada. Demonstra uma perturbação na capacidade de representar simbolicamente as emoções e gerir afetos no contexto de uma sinalética (Nemiah et al., 1976; Veríssimo, 2003). As palavras usadas por estes sujeitos para descrever as emoções, são desprovidas de significado psicológico, isto é, inapropriadas para transmitir as condições emocionais e afetivas internas (Weinryb, 1995). Os indivíduos *alexitímicos*, apesar de vivenciarem a ativação emocional, demonstram não ter consciência disso (Luminet, Rimé, Bagby, & Taylor, 2004), sendo por isso descritos como *robôs humanos* portadores do que se designa *analfabetismo emocional* (Sengupta & Giri, 2009). Nestes indivíduos, o *continuum funcional* clarificado por Damásio (2000), não se

realiza de forma satisfatória, uma vez que os processos pré-frontais não ocorrem plenamente, inibindo a consciência das suas emoções (Damásio, 2000; LeDoux, 2007). Ao defender um espectro mais alargado de *funcionamento alexitímico,* Silva e Vasco (2010) consideram que, sem consciência não há processo experiencial, nem diferenciação de emoções, o que compromete a expressão e manipulação dos conteúdos emocionais e consequentemente a regulação emocional (Lane et al., 1996; Taylor et al., 1997). Ogrodniczuk, Piper e Joyce (2005) já salientavam a importância de considerar este fenómeno não como uma perturbação psiquiátrica mas antes como uma característica psicológica do pensamento, sentimento e processos relacionados. Outros autores sugeriram ainda, que a alexitimia não constitui apenas um traço disfuncional de personalidade, podendo ser uma consequência maior de uma perturbação afetiva, que emerge como efeito de experiências traumáticas ou do comprometimento da vinculação precoce (Montebarocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi, 2004). Neste sentido, as ansiedades subjacentes à alexitimia seriam de ordem psicótica já que em causa está a própria possibilidade de existir como ser separado, dotado de uma individualidade própria (McDougall, 1982). De acordo com Modell (1980) a alexitimia pode ser uma defesa construída contra o reconhecimento da perda (objetal e narcísica) na medida em que atacar o afeto é atacar a relação. Tal como Sami-Ali (1992), a alexitimia pode ser pensada como o resultado de fenómenos que designa de *recalcamento do imaginário*, *subjetividade suprimida* e *domínio do banal* (p. 23).

3.2. Regulação Emocional

Para Gross (1998), a regulação emocional refere-se *aos "processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções"* (p. 275). Este construto relaciona-se com a implementação de estratégias para aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional. Este conjunto de estratégias organiza-se e desenvolve-se, ao longo dos primeiros anos, em interação com o ambiente e em particular com os cuidadores (Cassidy, 1994; Walden & Smith, 1997). Segundo Gross (1999), a regulação emocional pode ocorrer em todas as dimensões do processamento emocional, incluindo a regulação biológica/fisiológica, cognitiva, comportamental, experiencial e social do organismo (Vaz, Vasco, Greenberg, & Vaz, 2010). Ao nível fisiológico, o processo de regulação emocional permite que a ativação emocional seja redirecionada, controlada, modelada e modificada, de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa em situações emocionalmente estimulantes, mantendo expressões afetivas flexíveis e adaptativas - essenciais a um funcionamento adequado ao longo do percurso de vida (Bagby & Taylor, 1999; Damásio, 1995). Ao nível cognitivo, a capacidade de regulação emocional implica ser capaz de simbolizar na consciência a ativação fisiológica experienciada de modo a produzir uma emoção. Segundo Greenberg (2004), os indivíduos podem ainda transformar as emoções ao enfatizar diferentes aspetos do que está a ocorrer: podem atribuir diferentes razões para explicar a situação, projetar

diferentes consequências, focalizar-se no acesso a recursos internos e externos diferentes e desenvolver estratégias de *coping* distintas. Ao nível comportamental, os indivíduos podem controlar o que pretendem expressar e o que pretendem suprimir ou optar por regular as emoções, através da gestão das situações às quais se decidem expor, isto é, o evitamento ou a procura de determinado estímulo que evoque essas mesmas emoções (Greenberg, 2004; Vaz et al., 2010). Dependendo da forma como a realiza, a regulação das emoções permite à pessoa desenvolver, ou não, os seus sentimentos (Gross & Thompson, 2007) e a empatia (Decety & Moriguchi, 2007). De acordo com Silva e Vasco (2010) ser capaz de regular emoções implica experiência, consciência e capacidade de traduzir em palavras as emoções de uma forma adaptativa – ausente na alexitimia – para fazer face ao *stress* e promover a consciência e regulação das necessidades e objetivos (Greenberg, 2004).

3.3. Dificuldade em significar e regular emoções na Esquizotipia

O *funcionamento alexitímico* reflete um distúrbio significativo na regulação dos afetos, constituindo um importante fator de risco na doença física e psicológica (Celikel & Saatcioglu, 2007; Taylor et al., 1997). Embora os dados da investigação não sejam conclusivos quanto à participação da alexitimia no espectro mais alargado de perturbações de personalidade (Silva & Vasco, 2010; Taylor, 2000), existem evidências empíricas de que estes indivíduos apresentam frequentemente um quadro alexitímico. Van ’t Wout, Aleman, Bermond e Kahn (2007) e Heshmati, Jafari, Hoseinifar e Ahmadi (2011) sugerem que a alexitimia demonstra, em todas as dimensões, diferenças significativas entre grupos com perturbação do espectro psicótico e da população geral, com o grupo clínico a pontuar mais alto. Os autores sugerem que níveis elevados de alexitimia podem concorrer para uma maior vulnerabilidade a perturbações do *espectro psicótico*, identificando o género masculino como grupo mais vulnerável (com maior dificuldade em identificar sentimentos e tipo de pensamento orientado para o exterior). A investigação entre PPE e expressão/experiência emocional demonstra que níveis elevados de esquizotipia, em todos os subtipos, estão relacionados com a alexitimia (van’t Wout, Aleman, Kessels, Laroi, & Kahn, 2004). Laroi et al. (2008) sugerem que os aspetos interpessoais da esquizotipia se relacionam com a dificuldade em verbalizar e identificar emoções da alexitimia e corroboram a presença desta dificuldade, particularmente em sujeitos masculinos. Os estudos mais recentes que corroboram a associação entre alexitimia, e as perturbações da personalidade no geral (Nicolò et al., 2011), e a esquizotipia em particular (Seghers, McCleery, & Docherty, 2011), tendem a associar estes construtos com a disfunção socioemocional. Estes autores sugerem que a dificuldade que os indivíduos alexitímicos encontram em comunicar os seus sentimentos a outros, pode contribuir para atitudes disfuncionais relativamente às suas relações sociais.

A capacidade de vivenciar e expressar emoções é crucial para a regulação emocional e, em consequência, para o estabelecimento de relações interpessoais (vant’Wout et al., 2007). Yoon, Kang, & Kwon (2008)

demonstram relações entre desregulação emocional e esquizotipia, em particular no que respeita à falta de clareza emocional. Outros estudos demonstram que indivíduos que pontuam mais nos sintomas *positivos* de esquizotipia apresentam níveis elevados de vivência de emoções, na forma de uma emocionalidade negativa acentuada (Berenbaum et al., 2006). Kerns (2005) também sugere que a esquizotipia *positiva* está associada com uma reduzida clareza na perceção emocional. De acordo com o autor, indivíduos com traços de esquizotipia *desorganizada*, em particular, experienciam emoções intensas, (sobretudo negativas) mas podem ter dificuldade em compreendê-las e organizá-las, vivenciando também intensa confusão/ambivalência e desregulação emocional (Kerns & Becker, 2008). Por outro lado, indivíduos com características esquizotípicas *negativas*, embora demonstrem também confusão emocional, com dificuldades em identificar a emoção experienciada (alexitimia), evidenciam uma reduzida intensidade na vivência de emoções. Tem sido especulado que a emocionalidade diminuída pode ser explicada pelo limitado número de interpretações cognitivas, frequentemente responsáveis pelo aumento da intensidade das emoções (Kerns, 2006). Em estudos recentes os traços *negativos* de esquizotipia também estão associados com uma reduzida expressividade de emoções positivas (Henry et al., 2009), normalmente associada com a alexitimia (Phillips & Seidman, 2008). Os estudos de Henry et al. (2009) sugerem que a perturbação específica da emoção, presente na esquizotipia, mais do que o uso da supressão como estratégia de regulação emocional, se estende à amplificação do comportamento expressivo da emoção, que como demonstram, melhor explica o sintoma do afeto inadequado ou constrito (*blunted affect*).

3.4. Reconhecimento de emoções na Esquizotipia

A expressão facial de emoções tem um valor comunicativo (Darwin, 1872) com raízes filogenéticas (lzard, 1971), e a sua produção e interpretação (Ekman & Friesen, 1978) é um tópico de interesse na investigação em psicopatologia. A capacidade limitada para reconhecer com precisão as expressões afetivas dos outros pode perturbar o processamento emocional e resultar numa leitura inadequada de pistas emocionais dinâmicas complexas (Green, Waldron & Coltheart, 2007), tendo sido associada com as perturbações do espectro psicótico (Addington, Penn, Woods, Addington, & Perkins, 2008; Gur et al., 2007a,b) como a esquizotipia (Phillips & Seidman, 2008). É sabido que os indivíduos demonstram naturalmente maior facilidade na descodificação facial em comparação com a descodificação vocal de emoções (Russell, Bachorowski & Fernandez-Dols, 2003), no entanto, a evidência empírica tem associado os défices generalizados (estáveis e independentes dos sintomas) no reconhecimento facial (Addington, Saeedi, & Addington, 2006; Kohler & Brennan, 2004) e vocal (Kucharska-Pietura, David, Masiak, & Phillips, 2005) de emoções, em primeiro plano com a esquizofrenia (em todos os estádios da doença) em relação com as dificuldades no funcionamento social (Addington et al., 2008). Addington et al. (2008) e Phillips e Seidman (2008)

sugerem que esta dificuldade está presente no início da psicose, tendo sido proposta como um potencial fenótipo intermediário na vulnerabilidade psicopatológica (Brown & Cohen, 2010; Gur et al., 2007a,b). Se estes défices sociais precedem e contribuem para o desenvolvimento de traços psicóticos (Pinkham, Penn, Perkins, Graham, & Siegel 2007), estes também podem ser observáveis em indivíduos saudáveis que evidenciem traços característicos da esquizotipia (Germine & Hooker, 2011). Os estudos experimentais que procuram associações entre esquizotipia e reconhecimento facial de emoções demonstram consistentemente que a capacidade de reconhecer emoções faciais está prejudicada nos indivíduos com personalidade esquizotípica e que esta dificuldade tem um grande impacto no resultado funcional das suas relações interpessoais (Aguirre et al., 2008; Williams, Henry, & Green, 2007). Shean et al. (2007) sugerem que a capacidade limitada em descodificar e responder a expressões afetivas pode integrar o défice na cognição social que contribui para o desenvolvimento dos traços esquizotípicos. Alguns autores sugerem ainda, que esta dificuldade acontece devido a determinadas limitações neurocognitivas, como o processamento visual ou a atenção (Brown, 2010). Embora não seja consensual, diversas investigações sugerem que os indivíduos com traços de esquizotipia revelam défices específicos na identificação de emoções faciais positivas (Williams et al., 2007; Shean et al., 2007). Van't Wout et al. (2004) e Couture, Penn, Addington, Woods e Perkins (2008) demonstram que indivíduos com sintomas esquizotípicos *positivos* revelam um enviesamento na descodificação emocional de faces, confundindo emoções positivas com negativas. Os sintomas de *desorganização*, em particular, foram associados com a perceção de expressões faciais como mais negativas (Brown & Cohen, 2010). Por outro lado, Williams et al. (2007) sugerem que os sintomas esquizotípicos *negativos* se associam com a capacidade reduzida na perceção de emoções faciais negativas. De acordo com Dickey et al., (2011), estes indivíduos não só revelam dificuldade em reconhecer emoções faciais como em produzir expressões faciais claras e socialmente atrativas. Os indivíduos com traços esquizotípicos demonstram não apenas baixo desempenho na perceção do afeto facial como também na identificação da emoção a partir do tom da voz (Williams et al., 2007), embora não predominem os estudos experimentais que procuram relacionar o reconhecimento emocional ao nível prosódico com a esquizotipia. Shean et al. (2007) estudaram as relações entre os traços de esquizotipia e o reconhecimento emocional facial, paralinguístico e postural, numa população não-clínica. Neste estudo demonstram que os traços esquizotípicos *positivos*, na subescala *Unusual perceptual experience* do *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ, Raine, 1991), evidenciam correlação com a dificuldade no reconhecimento paralinguístico de emoções.

Apesar da intensa investigação entre reconhecimento de emoções faciais, esquizofrenia e vulnerabilidade à psicose, ainda permanece pouco claro se este défice reflete efetivamente um traço característico dos grupos de risco como os indivíduos com PPE (Brown & Cohen, 2010). Em análise crítica aos estudos existentes no campo das relações entre reconhecimento

facial e vocal de emoções e esquizotipia, alguns autores sublinham que os resultados parecem ser pouco claros e derivar de estudos com amplas limitações metodológicas (Brown & Cohen, 2010; Germine & Hooker, 2011). Brown (2010), por exemplo, refere que estes estudos podem não ser suficientemente sensíveis na deteção dos efeitos neurocognitivos, desvios sociais e aspetos sintomáticos da esquizotipia. É recomendada a sua replicação com amostras mais amplas e medidas psicométricas consistentes e bem validadas (Brown & Cohen, 2010; Germine & Hooker, 2011).

4. Apresentação do construto: relações entre Vinculação do Adulto, Esquizotipia, Alexitimia, Reconhecimento e Dificuldades de Regulação Emocional

Na figura seguinte (*Figura 1*), são apresentadas as relações conceptuais entre as variáveis em estudo: vinculação do adulto, esquizotipia, alexitimia, reconhecimento de emoções e dificuldades de regulação emocional.

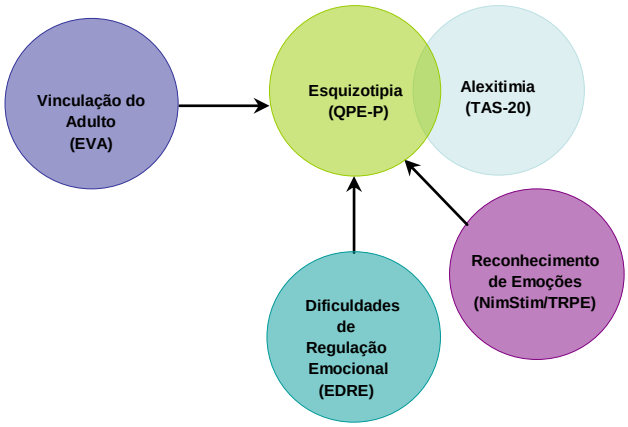

Figura 1. Modelo teórico do estudo das relações entre Vinculação do Adulto, Esquizotipia, Alexitimia, Reconhecimento de emoções e Dificuldades de Regulação Emocional.

II – Definição do problema e objetivos

O principal objetivo do presente estudo é contribuir para clarificar a participação da Vinculação do Adulto nos traços esquizotípicos (QPE-P), considerando um construto onde estes traços são organizados (previstos) por variáveis emocionais relativas ao reconhecimento (NimStim e TRPE), significação (TAS-20) e regulação (EDRE). O problema apresentado organiza-se nas seguintes questões de investigação:

1ª Questão: Que influência desempenha a Vinculação do Adulto (EVA) nos indivíduos, de uma amostra não-clínica, com traços esquizotípicos (QPE-P)?

2ª Questão: Que papel desempenha o processamento emocional, considerando a capacidade de atribuir significado aos próprios sentimentos (TAS-20), o reconhecimento facial e paralinguístico de emoções (NimStim e TRPE) e as dificuldades de regulação emocional (EDRE) na predição de

esquizotipia (QPE-P), na mesma amostra não-clínica?

Para responder às questões de investigação enunciadas, propõe-se a realização de três estudos distintos: o **Estudo I** pretende responder à primeira questão de investigação, averiguando o efeito preditor das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) nos indivíduos que evidenciam traços elevados de esquizotipia (QPE-P). Procura-se, também, saber se os estilos de vinculação insegura (EVA) são preditores da sintomatologia *positiva* e *negativa* de esquizotipia (QPE-P); no **Estudo II**, averigua-se o poder preditivo das variáveis emocionais (Reconhecimento emocional facial e paralinguístico - NimStim/TRPE e Dificuldades de Regulação Emocional - EDRE) no fenómeno esquizotípico; no **Estudo III,** procura-se compreender as relações entre Alexitimia (TAS-20) e Esquizotipia (QPE-P). Devido à invariância no género encontrada na Esquizotipia (Fossati et al., 2003) procedeu-se ao controlo desta variável nos três estudos.

III - Metodologia

1. Amostra

A amostra é constituída por 281 sujeitos, 76 (27,0 %) dos quais do género masculino e 205 (73,0 %) do género feminino. Estes sujeitos são, na sua maioria, estudantes universitários (*n*=230; 81,9%) da Universidade de Aveiro e de Coimbra. A participação dos sujeitos, neste estudo, foi voluntária. Foi garantida a confidencialidade das respostas depois de esclarecidos os objetivos do trabalho e o seu carácter voluntário. Do total de sujeitos inicialmente recolhido (*n*=300), foi critério de exclusão o preenchimento insuficiente do protocolo, tendo sido por essa razão excluídos 19 participantes. A média de idades é de 22,83 anos (*DP*= 6,187) sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 57 anos. A moda da escolaridade situa-se no nível de ensino secundário ou curso profissional, sendo o mínimo o nível do 1º ciclo incompleto e o máximo, o nível de mestrado. No que respeita à atividade profissional, os sujeitos, distribuem-se por sete dos nove grandes Grupos Profissionais da Classificação Nacional das Profissões 2010 (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2011). O estatuto socioeconómico destes indivíduos reflete-se na moda do nível de escolaridade do pai situada no 1º ciclo e o nível de escolaridade da mãe no 9ºano. Os sujeitos são na maioria solteiros (*n*=258; 91,8%), oriundos do Centro de Portugal Continental (*n*=155), residentes em meio predominantemente urbano (*n*=213). A caracterização sociodemográfica da amostra é apresentada no Anexo B (*cf.* Tabela 1).

2. Instrumentos de avaliação

2.1.Questionário Sociodemográfico

Os sujeitos da amostra responderam a um questionário sociodemográfico construído para o efeito, focado nas variáveis Idade, Género, Estado Civil, Nacionalidade, Língua Materna, Naturalidade/Região

Geográfica; Área de Residência, Nível de Qualificação Académica, Profissão/Situação Laboral Atual e Qualificação Académica/ Anos de escolaridade dos pais. No questionário foram ainda avaliadas as variáveis "relações amorosas" (tipo e número) e clínicas (presença de psicopatologia considerando o início e duração de acompanhamento psicoterapêutico ou psiquiátrico, a prescrição de medicação psiquiátrica ao longo da vida e a avaliação de consumo de substâncias) com o objetivo de averiguar relações com as variáveis em estudo (*cf.* Anexo A2).

2.2.Escala de Vinculação do Adulto (EVA; AAS-R)

A *Escala de Vinculação do Adulto* (Canavarro et al., 2006) resulta da adaptação para o português da AAS-R (*Adult Attachment Scale* – R; Collins & Read, 1990). A análise fatorial dos 18 itens da AAS-R revelou a presença de 3 dimensões subjacentes aos diferentes padrões de vinculação – *Close* (quanto o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade), *Depend* (quanto o indivíduo sente poder confiar e depender de outros em situações em que necessita deles) e *Anxiety* (quanto o indivíduo se sente ansioso nas relações, nomeadamente o receio de ser abandonado ou de não ser amado). A primeira dimensão avalia o grau de conforto nas relações íntimas, a segunda a forma como os indivíduos se sentem em relação à dependência de outros e a terceira dimensão a preocupação do indivíduo em ser abandonado ou rejeitado (Canavarro, 1997).

Na versão portuguesa, a Eva mantém os 18 itens de autorresposta, onde é pedido ao sujeito que indique o grau em que cada uma das afirmações apresentadas descreve a forma como geralmente se sente face às relações afetivas que estabelece, de acordo com uma escala de cinco pontos, tipo *Likert*, que varia entre *"nada característico em mim"* e *"extremamente característico em mim*", distribuídos por três fatores: (1) *Ansiedade*, (2) *Conforto com a Proximidade* e (3) *Segurança*/ *Confiança nos Outros*. O primeiro fator refere-se "ao grau de ansiedade sentido pelo indivíduo, relacionado com questões interpessoais de receio de ser abandonado ou de não ser bem querido"; o segundo fator refere-se "ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade"; e o último, diz respeito "ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária" (Canavarro et al., 2006, p. 20-21). Através da análise fatorial às três dimensões descritas por Collins e Read (1990) e seguindo o método recomendado por Collins (1996), a EVA permite a classificação dos sujeitos nos quatro protótipos de vinculação definidos por Bartholomew e Horowitz (1991). A partir dos valores médios obtidos na variável *Ansiedade* e do valor compósito das dimensões *Confiança nos Outros* e *Conforto com Proximidade*, foi criado um novo fator, denominado *Conforto-Confiança* (média da pontuação de cada sujeito nas dimensões *Confiança nos outros* e *Conforto com a proximidade*). Assim, é possível classificar indivíduos *Seguros* (valores superiores ao valor médio (3) no fator *Conforto-Confiança* e valores inferiores ao valor médio no fator *Ansiedade*), *Preocupados* (pontuações superiores a 3 nos fatores *Conforto-Confiança* e *Ansiedade*), *Desligados*

(*dismissive-avoidant*) (valores médios inferiores a 3 nos fatores *Conforto/Confiança* e *Ansiedade*) e *Amedrontados-Evitantes* (*fearful-avoidant*) (valores inferiores ao valor médio (3) no fator *Conforto-Confiança* e valores superiores ao valor médio (3) no fator *Ansiedade*) (Canavarro et al., 2006). Nos estudos psicométricos, a EVA revelou boa fiabilidade e adequada consistência interna (com valores de *alpha* de *Cronbach* entre .69 e .75) assim como boa estabilidade temporal (Canavarro et al., 2006; Collins & Read, 1990).

2.3. Questionário da Personalidade Esquizotípica (QPE-P)

O *Questionário da Personalidade Esquizotípica* (QPE-P) (Santos, 2011), versão portuguesa do *Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)* (Raine, 1991), é um questionário de autoavaliação composto por 74 itens/asserções, numa estrutura multifatorial, que podem ser respondidas com "sim" ou "não". Cada resposta "sim" corresponde a 1 ponto, e os resultados totais possíveis variam entre 0 e 74. Foi elaborado a partir dos critérios do DSM-IV para o *Distúrbio da Personalidade Esquizotípica* (Raine, 1991). Este instrumento avalia a tendência esquizotípica na população não-clínica, averiguando três fatores: défices *cognitivo-percetivos* (F1), *interpessoais* (F2) e de *desorganização* (F3), subdivididos em subescalas para os nove traços esquizotípicos: *ideias de referência* (s1, F1); *ansiedade social excessiva* (s2, F2); *crenças bizarras ou pensamento mágico* (s3, F1); *experiências percetivas incomuns* (s4, F1); *comportamento bizarro ou excêntrico (*s5, F3); *ausência de amigos íntimos* (s6, F2); *discurso bizarro* (s7, F3); *afeto inadequado ou constrito* (s8, F2) *e desconfiança ou ideação paranoide* (s9, F2) (Raine, 1991; Tonelli et al., 2009). O QPE-P mantém uma estrutura fatorial semelhante à da escala original. Apresenta boas qualidades psicométricas em termos de consistência interna (*Cronbach's* α=.76) indicando uma boa fiabilidade, muito boa estabilidade temporal e excelente fiabilidade teste-reteste (*r* =.90).

2.4.Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20)

A *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens* (TAS-20) (*The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale*, Bagby, Parker, & Taylor, 1994a) (versão portuguesa de Prazeres et al., 2000) é um instrumento de autorresposta que apresenta adequada validade e precisão no estudo das dificuldades cognitivas e afetivas da alexitimia. Esta escala tem por objetivo avaliar a capacidade do indivíduo experienciar, atribuir um significado e diferenciar as emoções. A TAS-20 é composta por 20 itens, sendo as respostas assinaladas numa escala de pontuação tipo *Likert* de cinco pontos: 1 para a resposta *"discordo totalmente",* 2 para *"discordo em parte",* 3 para *"nem discordo nem concordo",* 4 para *"concordo em parte"* e 5 para *"concordo totalmente"* (Bagby et al., 1994a; Taylor et al., 1997). O resultado da TAS-20 pode ser usado dimensionalmente ou nominalmente, facultando uma pontuação global em Alexitimia bem como pontuações para cada um dos três fatores que extraem os componentes mais representativos do construto: (F1) *Dificuldade em identificar sentimentos* e em distingui-los das sensações

corporais da emoção; (F2) *Dificuldade em descrever sentimentos* aos outros e (F3) estilo de *Pensamento orientado para o exterior*. A pontuação global resulta da soma de todos os itens com resultados que podem variar entre 20 e 100 pontos, permitindo categorizar os sujeitos como *Não Alexitímicos* (TAS Global ≤ 51), *Zona Limite* (TAS Global entre ≥ 52 e ≤ 60) e *Alexitímicos* (TAS Global ≥ 61) (Taylor et al., 1997). Os itens 4, 5, 10, 18 e 19 são cotados em sentido inverso. A tradução da TAS-20 para diferentes idiomas, que exigiu a replicabilidade da sua estrutura fatorial em diversas amostras, assim como os estudos de validade convergente e discriminativa, têm contribuído para demonstrar a sua validade de construção (Bagby et al., 1994b; Taylor et al., 1997). A avaliação das propriedades psicométricas da tradução portuguesa da TAS-20 numa amostra heterogénea demonstrou níveis adequados de consistência interna traduzida no coeficiente *alfa* de *Cronbach* para a escala total de .79 e excelente precisão teste-reteste (Prazeres et al., 2000).

2.5. NimStim Set of Facial Expressions (NimStim)

O *NimStim Set of Facial Expressions* (Tottenham et al., 2009) é um instrumento constituído por um banco de imagens de expressões faciais produzidas por 43 atores, especialmente preparados para o efeito, validadas e disponíveis para investigação. Na adaptação deste instrumento para o presente trabalho, foram selecionadas 31 imagens referentes a diferentes emoções: alegria, medo, raiva, surpresa e tristeza, incluindo a expressão da emoção nos dois tipos previstos pelo instrumento: *open*/*closed* (boca aberta/ boca fechada). Foram selecionadas 31 imagens (16 do género feminino e 15 do género masculino), tendo em consideração as percentagens de acertos e as características da população a que se destina o estudo. Para apresentação dos estímulos aos sujeitos, foi construída uma apresentação em *PowerPoint* com uma sucessão de diapositivos, alternando um diapositivo com um estímulo e um diapositivo a negro. Na sucessão de diapositivos foi estabelecido um compasso de tempo, considerando que cada diapositivo contendo um estímulo permanecia em visualização por 8 segundos, seguindo-se do diapositivo a negro que permanecia durante 3 segundos até passar ao próximo estímulo. Nos tempos de espera, os participantes deveriam identificar a emoção correta numa grelha de respostas.

2.6.Teste de Reconhecimento Paralinguístico das Emoções (TRPE)

O *Teste de Reconhecimento Paralinguístico das Emoções* (TRPE) (Paixão, Coelho, & Ferreira, 2010) é constituído por um conjunto de estímulos auditivos representando frases de conteúdo semântico neutro, de modo a expressar as entonações específicas às emoções em estudo: *Alegria*, *Medo*, *Nojo*, *Raiva*, *Surpresa* e *Tristeza*. A construção do TRPE teve em consideração o processo de aferição, para a população americana, do subteste DANVAS-AP do *Adult Paralanguage Test* (Baum & Nowicki, 1998). A versão final total é formada por 40 estímulos auditivos, testados numa amostra de 486 sujeitos de Portugal Continental e da Ilha da Madeira.

Tendo em conta os dados prévios da literatura, as emoções que exibem os maiores níveis de reconhecimento são a *Raiva*, a *Tristeza* e o *Medo*, enquanto o *Nojo* se distingue por apresentar os níveis mais baixos de reconhecimento prosódico. Por este motivo, optou-se por eliminar o *Nojo* do presente estudo. Foram escolhidos 31 estímulos auditivos que compreendiam *Alegria*, *Medo*, *Raiva*, *Surpresa* e *Tristeza*. Os estímulos foram organizados num conjunto de gravações apresentadas aos sujeitos, cada uma com uma duração média de 19,5 segundos e um intervalo entre estímulos de aproximadamente 10 segundos. A aplicação deste instrumento teve uma duração de aproximadamente 10 minutos.

2.7.Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

A *Escala de Dificuldades de Regulação Emocional* (Coutinho et al., 2010) é a adaptação portuguesa da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* - Gratz & Roemer, 2004). Esta escala de autorresposta tem o objetivo de avaliar os níveis típicos de desregulação emocional em seis domínios: (1) *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional;* (2) *Não-aceitação das respostas emocionais;* (3) *Falta de consciência emocional;* (4) *Dificuldade no controlo de impulsos;* (5*) Dificuldade em agir de acordo com os objetivos* e (6) *Falta de clareza emocional*. Esta medida é constituída por 36 itens numa escala de *Lickert* de 5 pontos, do 1 "*quase nunca se aplica a mim*" ao 5 "*aplica-se quase sempre a mim*" (Coutinho et al., 2010). A EDRE apresenta boas qualidades psicométricas, com uma estrutura fatorial muito semelhante à da escala original, uma excelente fiabilidade teste-reteste (r=.82), uma excelente consistência interna (*Cronbach's* α =.93) e uma boa validade externa com o BSI. A única subescala que demonstrou possuir qualidades psicométricas menos satisfatórias é a subescala *Consciência*, uma vez que a sua correlação com o BSI não é estatisticamente significativa, podendo sugerir alguns problemas ao nível da validade externa. Os valores da fiabilidade teste-reteste e da consistência interna são inferiores quando comparados com os das outras subescalas, embora satisfatórios (Coutinho et al., 2010).

3. Procedimentos de Investigação

Os resultados apresentados no presente estudo empírico referem-se a um grupo de sujeitos da população geral, sem diagnóstico psicopatológico. Os dados foram na sua maioria recolhidos em cursos de duas instituições universitárias durante o ano letivo de 2010/2011. As instituições selecionadas foram a Universidade de Aveiro (UA), Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial (DEGEI) (Licenciaturas em Gestão, Línguas e Relações Empresariais, Turismo e Mestrado em Gestão); Departamento de Educação (Licenciatura em Educação Básica, MI em Psicologia Clínica e da Saúde), Escola Superior de Saúde da UA (Licenciaturas em Enfermagem, Fisioterapia, Terapia da Fala e Radiologia); Centro de Fé e Cultura da UA, e na Universidade de Coimbra, FPCEUC (MI em Psicologia Clínica e da Saúde e Licenciatura em Ciências da Educação). Os restantes sujeitos foram inquiridos diretamente. A aplicação do protocolo

de investigação foi sempre antecedida de uma explicação sobre os objetivos, procedimento e benefícios da investigação, assim como esclarecimentos sobre consentimento informado, carácter voluntário e confidencialidade. Nas instituições de ensino, a aplicação dos instrumentos decorreu sempre com acompanhamento do investigador, antes ou após o término das aulas, por cedência dos professores do seu tempo útil letivo, a favor da investigação. No caso dos sujeitos contactados diretamente a recolha efetuou-se individualmente e foram fornecidas as mesmas informações anteriormente descritas relativas ao estudo e ao carácter da sua participação, sempre com a presença e acompanhamento do investigador. Pelo facto da participação de todos os sujeitos ser voluntária e confidencial, não foi requerido o preenchimento do consentimento informado, apesar de todo o seu teor ter sido abordado verbalmente (*cf.* Anexo A1).

IV – Apresentação dos Resultados

1. Análise Estatística

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0, para Windows. Foram calculadas as estatísticas descritivas com medidas resumo adequadas para as variáveis em análise (*cf.* Anexo B2). Efetuaram-se cálculos do *Coeficiente de Pearson,* para todas as análises, para avaliar *a posteriori* as relações significativas entre variáveis. No primeiro estudo foram efetuadas regressões hierárquicas múltiplas *standard* (método *enter)* para averiguar a força do efeito preditor da Vinculação do Adulto (vi) na Esquizotipia (QPE-P) (vd). No segundo estudo utilizou-se, também, o modelo regressivo para averiguar apenas o valor preditivo das *Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) (vi) na Esquizotipia (QPE-P) (vd), uma vez que o Reconhecimento facial (NimStim) e paralinguístico (TRPE) de Emoções não demonstrou correlações significativas com a Esquizotipia (QPE-P). Para o terceiro estudo foi utilizada a análise da covariância multivariada (*MANCOVA*) para examinar as diferenças na pontuação da Esquizotipia (vd) entre os indivíduos categorizados na Alexitimia (TAS-20) (vi).

Estudo 1: Avaliação da capacidade preditiva da Vinculação do Adulto (EVA) na Esquizotipia (QPE-P)

Como suporte das análises seguintes foram inicialmente verificadas as relações significativas entre variáveis, através da análise de correlação bivariada no cálculo do *Coeficiente de correlação r* de *Pearson*[2] entre as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) e a Esquizotipia (pontuação total, modelo tri-fatorial e os 9 subtraços) (QPE-P). A dimensão da *Ansiedade* (EVA) está positivamente correlacionada em relações estatisticamente significativas, *grandes* e *médias* (Field, 2005), com o

[2] De acordo com Field (2005), valores ± 0.1 correspondem a um efeito *pequeno,* valores ± 0.3 correspondem a um efeito *médio* e valores ± 0.5 correspondem a um efeito *grande*.

modelo tri-fatorial da Esquizotipia (QPE-P) (correlação *grande* com o F2 *Interpessoal*, r =.588, p< .001), bem como com a maioria dos subtraços. As dimensões *Conforto com a proximidade* (F2, EVA) (correlação *grande* com o F2 *Interpessoal*, r =.535, p< .001) e *Confiança nos Outros* (F3, EVA) correlacionam-se de forma negativa em relações significativas *grandes* e *médias* (Field, 2005), com o modelo tri-fatorial e a maioria dos subtraços da Esquizotipia (QPE-P) (*cf.* Anexo B, Tabelas 11 e 12).

Para averiguar a força do efeito preditor das dimensões da Vinculação do Adulto (*Ansiedade, Confiança nos outros, Conforto com a proximidade*) (EVA) na pontuação total e no modelo tri-fatorial da Esquizotipia (*Cognitivo-percetivo, Interpessoal, Desorganizado*) (QPE-P), foi realizada uma *Regressão hierárquica* (método *enter)*, com controlo do efeito da variável género. Examinou-se, primeiro, o poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) na pontuação total de Esquizotipia (QPE-P), verificando-se que todas as dimensões da EVA são preditoras estatisticamente significativas (*cf.* Tabela 1). Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, este explica 0,3% da variância observada na pontuação total de Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente não significativo [$F_{(1,279)}$ = .766, p = .382].

Tabela 1. ***Análise do poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) na pontuação total de Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género***

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	22.737	1.323	
Género	1.356	1.549	.052
Passo 2			
Constante	25.681	5.849	
Género	0.065	1.201	.003
Ansiedade F1 EVA	7.302	0.745	.501**
Conforto c/ a proximidade F2 EVA	-2.901	1.101	-.135*
Confiança nos outros F3 EVA	-3.440	1.122	-.159*

Nota: R^2 = .003 para o Passo 1(p=.382); ΔR^2 =.419 para o passo 2 (p<.001).*p < .01, **p <.001.

Quando as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) são inseridas (passo 2), verifica-se um aumento do valor da variância explicada para 41,9% tornando-se estatisticamente significativo [$F_{(3,276)}$ = 65.958, p<.001]. Numa análise aos coeficientes de regressão verifica-se que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas na pontuação total de Esquizotipia (QPE-P), relativamente aos do género feminino. Quanto às dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) verifica-se que todas assumem um poder estatisticamente significativo na pontuação total da Esquizotipia (QPE-P): (F1) *Ansiedade* (β=.501, t= 9.805, p<.001), (F2) *Conforto com a proximidade* (β = -.135, t = -2,635, p<.01), (F3) *Confiança nos outros* (β = -.159, t = -3.066, p<.01). Salienta-se o sentido negativo da relação entre o F2 e F3 da Vinculação do Adulto (EVA) e a pontuação total de Esquizotipia (QPE-P), ou seja, os indivíduos que pontuam mais no *Conforto com a proximidade* (F2, EVA*)* e na *Confiança nos outros* (F3,

EVA) revelam menos traços esquizotípicos (QPE-P).

Examinou-se em detalhe o poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no F1 *Cognitivo-percetivo* da Esquizotipia (QPE-P). A Tabela 2 indica que as dimensões 1 e 3 da EVA são preditoras estatisticamente significativas. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, este explica 1,6% da variância observada no F1 da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente significativo [$F_{(1,279)}$ = 4.505, p= .035]. Quando as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) são inseridas (passo 2), aumenta do valor da variância explicada para 25,9%, mantendo-se estatisticamente significativo [$F_{(3,276)}$ = 30.151, p<.001]. Na análise aos coeficientes de regressão verifica-se que os indivíduos do género masculino pontuam menos no F1 da Esquizotipia (QPE-P) relativamente aos do género feminino (β = .108, t= 2.072, p=.039). Quanto às dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) a *Ansiedade* (F1,EVA) (β=.446, t = 7.737, p<.001) e a *Confiança nos outros* (F3, EVA) (β= - .156, t= - 2.663, p<.01) têm um poder estatisticamente significativo no F1 *Cognitivo-percetivo* da Esquizotipia (QPE-P), sendo portanto melhores estimadoras das diferenças observadas neste fator. Salienta-se o sentido negativo da relação entre a dimensão 3 da Vinculação do Adulto (EVA) e o F1 *Cognitivo-percetivo* da Esquizotipia (QPE-P), isto é, os indivíduos que pontuam mais na *Confiança nos outros* (F3, EVA) evidenciam menos traços esquizotípicos ao nível *cognitivo-percetivo* (F1, QPE-P).

Tabela 2. ***Análise do poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no F1 Cognitivo-percetivo da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género***

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	9.684	0.700	
Género	1.740	0.820	.126*
Passo 2			
Constante	2.313	3.521	
Género	1.497	0.723	.108*
Ansiedade F1 EVA	3.468	0.448	.446***
Conforto c/ a proximidade F2 EVA	1.158	0.663	.101
Confiança nos outros F3 EVA	-1.798	0.675	-.156**

Nota:R^2= .016 para o Passo 1; ΔR^2=.259 para o Passo 2 (p <.001).*p< .05, **p< .01, ***p<.001.

Examinando o poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P), observa-se na Tabela 3, que todas as dimensões da EVA são preditoras estatisticamente significativas. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1 este explica 0,7% da variância observada no F2 da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente não significativo [$F_{(1,279)}$ = 1.844, p = .176]. Quando as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) são inseridas (passo 2), verifica-se um aumento do valor da variância explicada para 48,9%, tornando-se estatisticamente significativo [$F_{(3,276)}$ = 86.765, p<.001]. Na análise aos coeficientes de regressão verifica-se que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas no F2 da Esquizotipia (QPE-P),

relativamente aos do género feminino. Quanto às dimensões da Vinculação do Adulto (EVA), verifica-se que todas têm um poder estatisticamente significativo no F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P) estimando as diferenças observadas: F1 *Ansiedade* (EVA) (β =.413, t = 8.621, p<.001); F2 *Conforto com a proximidade* (EVA) (β = -.330, t = - 6.853, p<.001) e F3 *Confiança nos outros* (β = -.155, t = - 3.188, p<.01). Destaca-se o sentido negativo das relações entre as dimensões 2 e 3 da Vinculação do Adulto (EVA) enquanto preditoras do F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P), ou seja, os indivíduos que pontuam mais no *Conforto com a Proximidade* (F2, EVA) e na *Confiança nos outros* da Vinculação do Adulto (F3, EVA) pontuam menos no F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P).

Tabela 3. ***Análise do poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no F2 Interpessoal da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género***

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	11.592	0.723	
Género	1.149	0.846	.081
Passo 2			
Constante	23.268	3.004	
Género	0.137	0.617	.010
Ansiedade F1 EVA	3.297	0.382	.413**
Conforto c/ a proximidade F2 EVA	-3.875	0.565	-.330**
Confiança nos outros F3 EVA	-1.837	0.576	-.155*

Nota: R^2=.007 para o Passo 1; ΔR^2=.489 para o Passo 2 (p <.001). *p <.01, **p <.001.

Ao averiguar o poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no F3 *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P), observa-se que as dimensões F1 e F3 da EVA são preditoras estatisticamente significativas (*cf.* Tabela 4). Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, este explica 1,8% da variância observada no F3 *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente significativo [$F_{(1,279)}$ = 5,097, p<.05].

Tabela 4. ***Análise do poder preditivo das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no F3 Desorganização da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género***

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	4.842	0.379	
Género	-1.003	0.444	-.134*
Passo 2			
Constante	3.777	1.938	
Género	-1.223	0.398	-.163**
Ansiedade F1 EVA	1.657	0.247	.393***
Conforto c/ a proximidade F2 EVA	-0.174	0.365	-.028
Confiança nos outros F3 EVA	-0.794	0.372	-.127*

Nota: R^2 =.018 para o Passo 1; ΔR^2 =.237 para o Passo 2 (p <.001). *p<.05, **p <.01, **p <.001

Quando as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) são inseridas (passo 2), verifica-se um aumento do valor da variância explicada para 23,7%, mantendo-se estatisticamente significativo [$F_{(3,276)}$ = 26.402, p<.001]. Numa análise aos coeficientes de regressão verifica-se que os indivíduos do género masculino pontuam menos no F3 da Esquizotipia (QPE-P) relativamente aos do género feminino (β = -,163, t = -3,074, p<.01). Quanto às dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) verifica-se que a *Ansiedade* (F1, EVA) (β = .393, t= 6,714, p<.001) e a *Confiança nos outros* (F3, EVA) (β= -.127, t= -2,136, p<.05) têm um poder estatisticamente significativo no F3 *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P), sendo melhores estimadoras das diferenças observadas. Sublinha-se o sentido negativo das relações entre a dimensão 3 da EVA e o F3 do QPE-P, isto é, os indivíduos que pontuam mais na *Confiança nos outros* (F3, EVA) pontuam menos no fator *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P).

Em modo de síntese, averigua-se o papel preditor das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no agrupamento dos fatores da Esquizotipia em sintomas *positivos* (F1+F3) e *negativos* (F2, exceto subescala 9) (QPE-P). As dimensões *Ansiedade* (F1, EVA) (β =.485, t = 8.638, p<.001) e *Confiança nos outros* (F3, EVA) (β = -.165, t = -2.900, p<.01) são preditoras estatisticamente significativas dos sintomas *positivos* de Esquizotipia (QPE-P) num modelo que explica 29,9% da variância [$F_{(3,276)}$ = 39.004, p<.001]. Para os sintomas *negativos* de Esquizotipia (QPE-P) indica como melhores estimadores a *Ansiedade* (F1) (β =.337, t = 6.672, p<.001) e o *Conforto com a proximidade* (F2) (β = -.409, t = 8.055, p<.001) (EVA) num modelo que explica 43,3% da variância [$F_{(3,276)}$ = 69.725, p<.001] (*cf.* Tabelas 13 e 14, Anexo B).

Uma vez que a EVA também permite a classificação dos sujeitos nos quatro protótipos de vinculação definidos por Bartholomew e Horowitz (1991), conforme Canavarro et al. (2006), procurou-se averiguar o efeito preditor dos padrões inseguros de Vinculação do Adulto (*Preocupado, Amedrontado, Desligado*), operacionalizados pela EVA, no referido agrupamento das dimensões da Esquizotipia (QPE-P) em sintomas, que se traduzem na Esquizotipia *positiva* (obtida pela soma dos fatores 1 e 3) e *negativa* (fator 2, exceto subescala 9), operacionalizados no QPE-P. Realizou-se uma análise da variância multivariada (*One-way MANOVA*) (GLM) entre a variável categórica *Estilos de Vinculação* (EVA) (vi) e os sintomas de Esquizotipia *positiva* e *negativa* (QPE-P) (vd's), para averiguar *a priori* se os estilos de Vinculação do Adulto (*Seguro, Preocupado, Amedrontado, Desligado*) (EVA) têm efeitos significativos nos sintomas *positivos* e *negativos* de Esquizotipia (QPE-P). Indica-se pelo valor *M de Box* =17,729, p = .140 (p>.05) (Field, 2005) a igualdade das matrizes da covariância entre os grupos, cumprindo o pressuposto da homogeneidade para a *MANOVA*. Foi obtida uma análise multivariada da variância com resultados estatisticamente significativos (*Pillai's Trace*=.378, $F_{(4,276)}$= 16,077, p<.001). O tamanho do efeito multivariado *(Partial Eta Squared)* foi estimado a .189 sugerindo que 18.9% da variância nos sintomas da Esquizotipia (QPE-P) se deve aos estilos de Vinculação do Adulto (EVA).

As análises da variância (*ANOVA*) foram estatisticamente significativas, com cálculos para o tamanho do efeito (η_p^2) na Esquizotipia *positiva* (QPE-P) ($F_{(4,276)}$= 19,153, p<.001, η_p^2=.217) e Esquizotipia *negativa* (QPE-P) ($F_{(4,276)}$= 26,551, p<.001, η_p^2=.278). A homogeneidade da variância foi testada para a pontuação total e para os fatores da Esquizotipia. Os testes do *F* de *Levene* (p>.05) revelaram o cumprimento do pressuposto da homogeneidade para a pontuação total e apenas para os dois primeiros fatores (QPE-P), permitindo efetuar os testes de *follow-up* com a *one-way ANOVA* para a Esquizotipia *positiva* e *negativa* (QPE-P). Todas as análises posteriores da variância (*ANOVA*) foram estatisticamente significantes, com tamanhos do efeito (η_p^2) a demonstrar a variância nos sintomas da Esquizotipia (QPE-P) que é explicada pelos estilos de vinculação (EVA). Destaca-se primeiro a Esquizotipia *negativa* ($F_{(4,276)}$= 26.551, p<.001, η_p^2=.278), e depois a Esquizotipia *positiva* ($F_{(4,276)}$= 19.153, p<.001, η_p^2=.217).

A partir dos dados significativos, averiguou-se o poder do efeito preditor das categorias Estilos de Vinculação do Adulto (EVA) (através de variáveis dummy) na Esquizotipia *positiva* e *negativa* (QPE-P) através da *Regressão múltipla standard* (método *enter),* com controlo para o efeito da variável género. Examinando o poder preditivo dos Estilos de Vinculação do Adulto (EVA) na Esquizotipia *positiva* (QPE-P), os estilos *Preocupado* e *Amedrontado* (EVA) são preditores estatisticamente significativos. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, se explica 0,2% da variância observada na Esquizotipia *positiva* (QPE-P) sendo estatisticamente não significativo [$F_{(1,279)}$= .430, p= .512]. Quando os sintomas de Esquizotipia *positiva* (QPE-P) são inseridos (passo 2), observa-se um aumento do valor da variância explicada para 19,7% da variância, tornando-se estatisticamente significativo [$F_{(3,276)}$ = 22.410, p<.001]. Numa análise aos coeficientes de regressão verifica-se que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas na pontuação relativamente aos do género feminino (β =.016, t =.293, p =.770). Quanto aos estilos de Vinculação do Adulto (EVA) verifica-se que os estilos *Preocupado* (EVA) (β = .372, t = 6.731, p<.001) e *Amedrontado* (β = .316, t = 5.750, p<.001) têm um poder estatisticamente significativo na Esquizotipia *positiva* (QPE-P) sendo portanto melhores estimadores das diferenças observadas (*cf.* Tabela 15, Anexo B). Examinando o poder preditivo dos Estilos de Vinculação do Adulto (EVA) na Esquizotipia *negativa* (QPE-P), todos os estilos inseguros da Vinculação do Adulto (*Preocupado, Desligado* e *Amedrontado)* (EVA) são preditores estatisticamente significativos. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, este explica 0,3% da variância observada na Esquizotipia *negativa* (QPE-P) sendo estatisticamente não significativo [$F_{(1,279)}$ = .812, p = .368]. Quando os sintomas de Esquizotipia *negativa* (QPE-P) são inseridos (passo 2), aumenta o valor da variância explicada para 23,9%, resultando estatisticamente significativo [$F_{(3,276)}$= 28.523, p<.001]. Na análise aos coeficientes de regressão observa-se que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas na pontuação, relativamente aos do género feminino (β =.009, t =.163, p =.871). Quanto aos estilos inseguros de Vinculação do

Adulto (EVA) verifica-se um poder estatisticamente significativo na Esquizotipia *negativa* (QPE-P): *Preocupado* (EVA) (β=.245, t= 4.560, *p*<.001); *Desligado* (EVA) (β=.252, t = 4.678, *p*<.001) e *Amedrontado* (EVA) (β = .428, t = 7.998, *p*<.001) (*cf.* Tabela 16, Anexo B).

Estudo 2: Avaliação do efeito preditor das variáveis emocionais - Reconhecimento facial (NimStim) e paralinguístico (TRPE) de Emoções e Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) - na esquizotipia

Para averiguar as relações significativas entre variáveis foram inicialmente consideradas as análises de correlação bivariada através do cálculo do *Coeficiente de correlação r de Pearson* entre Esquizotipia (pontuação total e modelo tri-fatorial) (QPE-P), e as percentagens de acertos no Reconhecimento facial (NimStim) e paralinguístico (TRPE) de Emoções (*cf.* Tabelas 17 e 18, Anexo B). Não foram demonstradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis, inibindo à partida as relações de predição.

Para averiguar as relações significativas entre a variável *Dificuldades de Regulação Emocional* (pontuação total e fatores), operacionalizada pela EDRE e a Esquizotipia (pontuação total e modelo tri-fatorial) (QPE-P), foram consideradas as análises de correlação bivariada através do cálculo do *Coeficiente de correlação* do *r de Pearson*. Conforme se salienta na Tabela 19 em Anexo B, a pontuação total da Esquizotipia (QPE-P) correlaciona-se de forma estatisticamente significativa com a pontuação total das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) (*r* =.525, *p*< .01). Os fatores e subtraços de Esquizotipia (QPE-P) e os fatores das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) correlacionam-se na sua maioria de forma estatisticamente significativa entre si, em relações positivas *médias* (Field, 2005). Destaca-se a correlação entre a subescala 2 *Ansiedade social excessiva* (QPE-P) e a pontuação total das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) (*r*=.505, *p*< .01).

Averiguou-se o poder preditivo das dimensões das *Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) na pontuação total da Esquizotipia (QPE-P). Observa-se na Tabela 5, que o F2, F4 e F6 da EDRE são preditores estatisticamente significativos. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, se explica 0,3% da variância observada na pontuação total da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente não significativo [$F_{(1,279)}$=.003, *p*=.382]. Quando as dimensões da EDRE são inseridas (passo 2), o valor da variância explicada aumenta para 30,7% tornando-se estatisticamente significativo [$F_{(6,273)}$=20.001, *p*<.001]. Numa análise aos coeficientes de regressão verifica-se que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas na pontuação total da Esquizotipia (QPE-P) relativamente aos do género feminino. Quanto às dimensões da EDRE verifica-se que as dimensões *Não-aceitação das respostas emocionais* (F2) (β=.191, t=2.934, *p*<.01), *Dificuldades no controlo de impulsos* (F4) (β=.187, t = 2.819, *p*<.01) e a *Falta de clareza emocional* (F6) (β=.254, t=4.060, *p*< .001), assumem um poder estatisticamente significativo na pontuação total da Esquizotipia (QPE-P).

Tabela 5. ***Análise do poder preditivo das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) na pontuação total da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género***

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	22.737	1.323	
Género	1.356	1.549	.052
Passo 2			
Constante	0.376	2.999	
Género	0.200	1.330	.008
(F2) Não-aceitação das respostas emocionais EDRE	0.409	0.139	.191*
(F4) Dificuldades no controlo de impulsos EDRE	0.458	0.162	.187*
(F6) Falta de clareza emocional EDRE	0.898	0.221	.254**

Nota:R^2= .003 para o Passo 1 (*p* =.382); ΔR^2=.307 para o passo 2 (*p*<.001). **p*< .01, ***p*< .001.

Averiguando o poder preditivo das dimensões das *Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) no F1 *Cognitivo-percetivo* da Esquizotipia (QPE-P), a maioria dos fatores da EDRE são preditores estatisticamente significativos. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, este explica 1,6 % da variância observada no F1 da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente significativo [$F_{(1,279)}$= 4.505, *p*<.05]. Quando as dimensões da EDRE são inseridas (passo 2), aumenta o valor da variância explicada para 17,0% e da significância estatística [$F_{(6,273)}$= 8.446, *p*<.001]. A análise dos coeficientes de regressão evidencia que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas no F1 da Esquizotipia (QPE-P), relativamente aos do género feminino. Quanto às dimensões da EDRE observa-se que a *Não-aceitação das respostas emocionais* (F2) (β=.156, t= 2,192, *p*< .05), a *Falta de consciência emocional* (F3) (β = -.120, t = -2.031 , *p* < .05), as *Dificuldades no controlo de impulsos* (F4) (β=.197, t=2.706, *p* < .01) e a *Falta de clareza emocional* (F6) (β =.150, t=2.193, *p*< .05), assumem um poder estatisticamente significativo no F1 *Cognitivo-percetivo* da Esquizotipia (QPE-P) (*cf.* Tabela 21, Anexo B).

Examinando o poder preditivo das dimensões das *Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) no F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P), observa-se que a maioria dos fatores da EDRE são preditores estatisticamente significativos. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, se explica 0,7% da variância observada no F2 da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente não significativo [$F_{(1,279)}$ =1.844, *p* = .176]. Quando as dimensões da EDRE são inseridas (passo 2), aumenta o valor da variância explicada para 33,5% tornando-se estatisticamente significativo [$F_{(6,273)}$ =22.453, *p*<.001]. Na análise aos coeficientes de regressão observa-se que os indivíduos do género masculino não apresentam diferenças significativas no F2 da Esquizotipia (QPE-P), relativamente ao género feminino. Quanto às dimensões da EDRE, o *Acesso limitado às estratégias de regulação emocional* (F1) (β=.166, t= 1,975, *p*< .05), a *Não-aceitação das respostas emocionais* (F2) (β=.170, t= 2.661, *p*< .01), a *Falta de consciência emocional* (F3) (β=.107, t= 2.016, *p*< .05) e a *Falta de clareza emocional* (F6) (β=.228, t=3.713, *p*<.001), assumem poder estatisticamente

significativo no F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P) (*cf.* Tabela 22, Anexo B). Ao verificar o poder preditivo das dimensões das *Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) no F3 *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P), observa-se que apenas o F4 e o F6 da EDRE são preditores estatisticamente significativos. Analisando o modelo verifica-se que para o passo 1, este explica 1,8 % da variância observada no F3 da Esquizotipia (QPE-P), sendo estatisticamente significativo [$F_{(1,279)}$= 5.097, p<.05]. Quando as dimensões da EDRE são inseridas (passo 2), verifica-se um aumento do valor da variância explicada para 20,4% mantendo-se estatisticamente significativo [$F_{(6,273)}$= 10.664, p<.001]. Na análise aos coeficientes de regressão, os indivíduos do género masculino apresentam diferenças significativas no F3 da Esquizotipia (QPE-P) relativamente aos do género feminino, pontuando menos (β= -.155, t= -2.810, p<.01). Quanto às dimensões da EDRE verifica-se que as *Dificuldades no controlo de impulsos* (F4) (β=.212, t =2.973, p< .01) e a *Falta de clareza emocional* (F6) (β=.267, t=3.979, p<.001) assumem um poder estatisticamente significativo no F3 *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P) (*cf.* Tabela 23, Anexo B).

Estudo 3: Alexitimia (TAS-20) e Esquizotipia (QPE-P)

Procurou-se averiguar se os indivíduos *Alexitímicos* pontuam mais na Esquizotipia (fatores, sintomas *positivos*/*negativos* e subtraços) do que os indivíduos *Não-alexitímicos*. Procedeu-se à verificação dos pressupostos da normalidade (teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com a correção de *Lilliefors* e teste de *Shapiro-Wilk* para confirmação) (Anexo B, Tabelas 24, 25 e 26) e da homogeneidade da variância (F de *Levene*) nas relações que se pretende averiguar. Verifica-se que a maioria das variáveis não cumpre a normalidade, mas, de acordo com Maroco (2011), quando apenas o pressuposto da normalidade não se verifica, a *MANOVA* paramétrica apresenta menos probabilidades de erro tipo I e maior potência do que as alternativas não-paramétricas. Assim, para testar um dos pressupostos da *MANOVA*, em que as variáveis dependentes se devem correlacionar significativamente de forma moderada entre si (Meyers, Gamst, & Guarino, 2006), foi considerado o cálculo da *correlação do r de Pearson* (*cf.* Tabelas 27 e 28, Anexo B). Após a verificação das relações significativas efetuou-se uma série de análises multivariadas da variância através da *One-way MANCOVA* (GLM) para averiguar diferenças de médias entre a vi categorial *Classificação de Alexitimia* (TAS-20) e a vd Esquizotipia (QPE-P) (pontuação total, fatores, esquizotipia *positiva/negativa* e subtraços), com controlo da covariável género. Testou-se a hipótese de que as categorias da Alexitimia (*Alexitímico, Não-alexitímico*) (vi), tal como operacionalizadas pela TAS-20, têm efeitos significativos sobre a pontuação total e os fatores de Esquizotipia (*Cognitivo-percetivo, Interpessoal, Desorganização*) (vd's) (QPE-P). Indica-se pelo valor *M de Box* = 25,186, p=.219 (p>.05) (Field, 2005) a igualdade das matrizes da covariância entre os grupos, cumprindo o pressuposto da homogeneidade para a *MANCOVA*. Foi obtida uma análise multivariada da variância com resultados estatisticamente significativos (*Pillai's Trace*= .247, $F_{(2,278)}$= 9.684, p<.001). O tamanho do efeito

multivariado (*Partial Eta Squared*) foi estimado a .123, sugerindo que 12,3% da variância na globalidade e fatores da Esquizotipia (QPE-P), se deve às categorias da Alexitimia (TAS-20). O controlo da variável género também revelou significância estatística (*Pillai's Trace*=.076, $F_{(2,278)}$=5.668, p<.001). A homogeneidade da variância foi testada para pontuação total e para os fatores da Esquizotipia. Os testes do *F* de *Levene* (p>.05) revelaram o cumprimento do pressuposto da homogeneidade para a pontuação total e apenas para os dois primeiros fatores (QPE-P), permitindo efetuar os testes de *follow-up* com a *one-way ANCOVA* apenas para o total, o F1 e o F2 da Esquizotipia (vd). Como se pode verificar na Tabela 6, todas as análises posteriores da covariância (*ANCOVA*) foram estatisticamente significativas, com tamanhos do efeito (η_p^2) a demonstrar a variância na globalidade e nos fatores da Esquizotipia (QPE-P) que é explicada pela *Classificação de Alexitimia* (TAS-20). Destaca-se a pontuação total (QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 40.251, p<.001, η_p^2=.225), o F2 (QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 38.748, p<.001, η_p^2=.219) e depois o F1 (QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 17.562, p<.001, η_p^2=.113). O efeito do género apenas se revelou significativo no F1 (QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 4.312, p<.05, η_p^2=.015) a indicar que os sujeitos do género masculino pontuam mais no aspetos *cognitivo-percetivos* da Esquizotipia (QPE-P) em relação aos do género feminino.

Tabela 6. ***One-way Ancova com o F1 e F2 e pontuação total da Esquizotipia (QPE-P) (vd's) e a Classificação de Alexitimia (TAS-20) (vi) com controlo do género***

	Levene		ANCOVA		*Não-alexitímico*		*Alexitímico*	
	$F_{(2,278)}$	p	$F_{(2,278)}$	η_p^2	M	SD	M	SD
QPE-P (F1)	.265	.768	17.562*	.113*	9.225	.479	14.552	.786
QPE-P (F2)	.243	.785	38.748*	.219*	9.847	.464	17.359	.762
QPE-P total	.404	.668	40.251*	.225*	19.005	.846	33.098	1.388

Nota: N=281; *Levene* (p >.05); η_p^2= Partial eta squared; *p <.001

O tamanho do efeito estandardizado, nas diferenças das médias entre *Classificação de Alexitimia* (TAS-20) e a pontuação total e fatores de Esquizotipia (QPE-P), tal como estimado pelo cálculo do *d* de Cohen[3], indicam um efeito *grande* de acordo com Cohen (1992), destacando-se primeiro a pontuação total de Esquizotipia (QPE-P) (*d*= 12.261), depois o F2 *Interpessoal* (QPE-P) (*d*= 11.908) e o F1 *Cognitivo-percetiv*o (QPE-P) (*d*=8.185).

Na *MANCOVA* realizada para a vd sintomas *positivos* (F1+F3) e *negativos* (F2, exceto subescala 9) de Esquizotipia (QPE-P), indica-se pelo valor *M de Box* = 6.989, p =.330 (p>.05) (Field, 2005) a igualdade das matrizes da covariância entre os grupos, cumprindo o pressuposto da homogeneidade para a *MANCOVA*. Foi realizada a análise multivariada da covariância (*One way-MANCOVA*) (GLM) para testar a hipótese de que as categorias da Alexitimia (*Alexitímico, Não-alexitímico*) (vi), tal como

[3] O *d* de Cohen é obtido pela divisão da diferença entre as médias dos dois grupos (*Alexitimico-Não-alexitímico*) e os respetivos desvios-padrão, obtidos na análise multivariada. *d* = valor médio do tamanho do efeito de Cohen (*d* =.20 *pequeno*; *d* =.50 *médio*; *d* ≥.80 *grande*) (Cohen, 1992).

operacionalizada pela TAS-20, têm efeitos significativos sobre os sintomas *positivos* (F1+F3) e *negativos* (F2, exceto subescala 9) de Esquizotipia (QPE-P) (vd's), medidos pelo QPE-P, assim como identificar as interações entre a vi e as vd's. Foi obtida uma análise multivariada da covariância (*MANCOVA*) com resultados estatisticamente significativos (*Pillai's Trace* =.246, $F_{(2,278)}$=19.432, p<.001). O tamanho do efeito multivariado *(Partial Eta Squared)* foi estimado a .123, sugerindo que 12,3% da variância nos sintomas *positivos* e *negativos* da Esquizotipia (QPE-P) se deve à *Classificação de Alexitimia* (TAS-20). A homogeneidade da variância foi testada para ambos os sintomas da Esquizotipia. Os testes do *F* de *Levene* (p>.05) revelaram o cumprimento do pressuposto da homogeneidade, permitindo efetuar os testes de *follow-up* com a *one-way ANCOVA* para a sintomatologia *positiva* e *negativa* de Esquizotipia (vd). Como se verifica na Tabela 7, as análises posteriores da covariância (*ANCOVA*) foram estatisticamente significativas, com tamanhos do efeito (η_p^2) a demonstrar a variância nos sintomas da Esquizotipia *positiva* e *negativa* (QPE-P) que é explicada pela *Classificação de Alexitimia* (TAS-20).

Tabela 7. ***One-way Ancova com a Esquizotipia positiva e negativa (QPE-P) (vd's) e a Classificação de Alexitimia (TAS-20) (vi), com controlo para o género***

	Levene		ANCOVA		Não-alexitímico		Alexitímico	
	$F_{(2,278)}$	*p*	$F_{(2,278)}$	η_p^2	M	SD	M	SD
Esquizotipia *positiva* QPE-P	.235	.791	23.362*	.144*	12.385	.645	20.659	1.058
Esquizotipia *negativa* QPE-P	.750	.473	35.188*	.203*	6.620	.381	12.439	.624

Nota: N=281; *Levene* (p >.05); η_p^2 = Partial eta squared; *p <.001

Destaca-se a Esquizotipia *negativa* (QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 35.188, p<.001, η_p^2=.203) e depois a Esquizotipia *positiva* (QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 23.362 , p<.001, η_p^2=.144).O tamanho do efeito estandardizado, nas diferenças das médias entre *Classificação de Alexitimia* (TAS-20) e Esquizotipia *positiva* e *negativa* (QPE-P), tal como estimado pelo *d* de Cohen, indica que, embora os valores se aproximem, o maior efeito tende a associar-se com a Esquizotipia *negativa* (*d*=11.256) seguido da Esquizotipia *positiva* (*d*=9.443), num efeito *grande* de acordo com Cohen (1992).

Na *MANCOVA* realizada para a vd subtraços de esquizotipia, indica-se pelo valor M *de Box*= 131.802, p=.009 (p>.001) (Field, 2005), a igualdade das matrizes da covariância entre os grupos, cumprindo o pressuposto da homogeneidade para a *MANCOVA*. Foi realizada a análise multivariada da variância (*One way-MANCOVA*) (GLM) para testar a hipótese de que as categorias da Alexitimia (*Alexitímico, Não alexitímico*) (TAS-20) (vi) têm efeitos significativos sobre os 9 subtraços de Esquizotipia [(1) *Ideias de referência,* (2) *Ansiedade social excessiva,* (3) *Crenças bizarras/pensamento mágico,* (4) *Experiências percetivas incomuns,* (5) *Comportamento bizarro/excêntrico,* (6) *Ausência de amigos íntimos,* (7) *Discurso bizarro,* (8) *Afeto constrito,* (9) *Desconfiança/ideação paranoide*] (vd's) (QPE-P). Foi obtida uma análise multivariada da variância com

resultados estatisticamente significativos (*Pillai's Trace*=.302, $F_{(2,278)}$= 5.336, p<.001). O tamanho do efeito multivariado *(Partial Eta Squared)* foi estimado a .151, sugerindo que 15,1% da variância nos subtraços da Esquizotipia (QPE-P) se deve à *Classificação de Alexitimia* (TAS-20). O efeito da covariável género revelou-se significativo (*Pillai's Trace*=.138, $F_{(2,278)}$= 4.783, p<.001). A homogeneidade da variância foi testada para cada um dos subtraços da Esquizotipia (QPE-P). Os testes do *F* de *Levene* (p>.05) revelaram o cumprimento do pressuposto da homogeneidade para metade dos subtraços (QPE-P) (vd) permitindo efetuar os testes de *follow-up* com a *one-way ANCOVA* apenas para os respetivos subtraços que cumprem a homogeneidade. Como se verifica na Tabela 8, a maioria das análises posteriores da covariância (*ANCOVA*) foi estatisticamente significante, com tamanhos do efeito (η_p^2) a demonstrar a variância nos subtraços da Esquizotipia (QPE-P), explicada pela *Classificação de Alexitimia* (TAS-20).

Tabela 8. ***One-way Ancova com subtraços de Esquizotipia (QPE-P) (vd's) e a classificação de Alexitimia (TAS-20) (vi), com controlo para o género***

	Levene		ANOVA		*Não-alexitímico*		*Alexitímico*	
	$F_{(2,278)}$	*p*	$F_{(2,278)}$	η_p^2	M	SD	M	SD
Ideias de referência (s1) QPE-P	1.295	.276	12.348*	.082*	2.448	.193	4.187	.316
Ansiedade social excessiva (s2) QPE-P	1.005	.367	18.528*	.118*	3.067	.197	5.189	.324
Crenças bizarras/pensamento mágico (s3) QPE-P	.962	.383	.777	.006	2.137	.146	2.470	.239
Ausência de amigos íntimos (s6) QPE-P	2.863	.059	25.241*	.154*	1.911	.135	3.740	.222
Desconfiança/ideação paranoide (s9) QPE-P	.750	.473	14.354*	.094*	3.227	.168	4.921	.276

Nota: N=281; *Levene* (p >.05); η_p^2 = Partial eta squared; *p <.001.

Destacam-se, pela ordem decrescente do tamanho do efeito, a *Ausência de amigos íntimos* (subescala 6, QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 25.241, p<.001, η_p^2=.154); a *Ansiedade social excessiva* (subescala 2, QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 18.528, p<.001, η_p^2=.118); a *Desconfiança/ideação paranoide* (subescala 9, QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 14.354, p<.001, η_p^2=.094) e as *Ideias de referência* (subescala 1, QPE-P) ($F_{(2,278)}$= 12.348, p<.001, η_p^2=.082). O efeito da covariável género revelou-se significativo, a indicar que os sujeitos do género masculino pontuam mais nos subtraços 2 $F_{(2,278)}$= 11.310, p<.01, η_p^2=.039) e 3 $F_{(2,278)}$=7.072, p<.01, η_p^2=.025), em relação aos do género feminino. Pelo tamanho do efeito estandardizado, tal como estimado pelo *d* de Cohen, verifica-se que os maiores efeitos tendem a associar-se, em forma decrescente, com a *Ausência de amigos íntimos* (subescala 6, QPE-P) (d = 9.955), a *Ansiedade social excessiva* (subescala 2, QPE-P) (d = 7.914), a *Desconfiança/ideação paranoide* (subescala 9, QPE-P) (d = 7.414) e por último as *Ideias de referência* (subescala 1, QPE-P) (d = 6.642) que correspondem a um efeito *grande* de acordo com Cohen (1992).

V - Discussão dos Resultados

Estudo 1

Procurou-se avaliar o efeito preditor das dimensões da Vinculação do Adulto (*Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros*) (EVA) nos indivíduos que evidenciam traços mais elevados de Esquizotipia (QPE-P). Identificaram-se associações entre níveis elevados de ansiedade, desconfiança e desconforto com a proximidade (EVA) e o fenómeno esquizotípico (QPE-P), sendo que os traços esquizotípicos interpessoais (QPE-P) são os que melhor explicam as diferenças observadas.

As análises sugerem que todas as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) demonstraram efeito preditor na Esquizotipia (QPE-P) com maior efeito da *Ansiedade* (F1, EVA). Por outro lado, os indivíduos que pontuam mais na *Confiança nos outros* (F3, EVA) e depois no *Conforto com a proximidade* (F2, EVA) evidenciam menos traços esquizotípicos (QPE-P). Estes resultados são consistentes com os autores que definem a PPE num padrão invasivo e persistente de défices sociais e interpessoais, marcado pelo desconforto e incapacidade para desenvolver e manter relações de proximidade (APA, 2002; Scarpa & Raine, 2002).

A observação detalhada dos fatores da Esquizotipia (*Cognitivo-percetivo, Interpessoal, Desorganização*) (QPE-P) evidencia que os indivíduos que pontuaram mais nos traços *cognitivo-percetivos* (F1, QPE-P) têm pontuações médias mais elevadas na *Ansiedade* (F1, EVA) e mais baixas na *Confiança nos outros* (F3, EVA), sendo estes os seus melhores estimadores, onde os indivíduos do género masculino pontuam menos, relativamente aos do género feminino. A maior percentagem de variância explicada pelas dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) reside nos aspetos *interpessoais* da Esquizotipia (F2, QPE-P) (48,9%) onde todas demonstram um efeito preditor. Os indivíduos que pontuaram mais nos traços *interpessoais* (F2, QPE-P) também pontuaram na *Ansiedade* (F1, EVA) e menos no *Conforto com a Proximidade* (F2, EVA) e na *Confiança nos outros* (F3, EVA). Em relação aos traços da *Desorganização* (F3, QPE-P), os indivíduos pontuaram mais na *Ansiedade* (F1, EVA) e menos na *Confiança nos outros* (F3, EVA). Estes resultados são consistentes com Main et al. (1985) que demonstram que a incoerência do discurso (presente na dimensão *Desorganização* da Esquizotipia, QPE-P) se relaciona com a própria representação da vinculação. De acordo com Fonagy et al. (1999) indivíduos com vinculação insegura revelam menor capacidade para representar o que está na mente do outro e menor consciência do efeito do próprio comportamento nos outros. É possível que os traços de *desorganização* da Esquizotipia (QPE-P) evoquem no indivíduo a ausência de consciência do efeito do seu comportamento, discurso e aparência, nos outros. Verificou-se ainda que os indivíduos do género masculino pontuaram menos nos aspetos de *desorganização*, relativamente aos do género feminino. Ao agrupar os fatores da Esquizotipia (QPE-P) em *sintomas* confirma-se que os sintomas *positivos* - que incluem os aspetos *cognitivo-percetivos* (*ideias de referência*; *pensamento mágico*; *experiências*

percetivas incomuns e *desconfiança*) e os aspetos de *desorganização* (*comportamento/aparência excêntricos* e padrões de *pensamento* e *discurso bizarros*) se explicam pela pontuação mais elevada na *Ansiedade* (F1, EVA) e menor na *Confiança nos outros* (F3, EVA), que se verificam melhores preditoras dos sintomas *positivos* de Esquizotipia (QPE-P) (29,9%). Os sintomas *negativos* – que incluem os aspetos *interpessoais* (*inadequação/constrição afetiva, ausência de amigos íntimos*, isolamento social e *ansiedade social excessiva*) refletem a maior variância (43,3%) da Esquizotipia (QPE-P), e explicam-se pela maior pontuação dos sujeitos na *Ansiedade* (F1, EVA) e menor no *Conforto com a proximidade* (F2, EVA), sendo os seus melhores preditores. Os resultados obtidos sugerem que os sujeitos que pontuam mais nos traços de Esquizotipia demonstram um grau mais elevado de ansiedade, relacionada com aspetos interpessoais de receio de abandono ou de não ser amados. Por outro lado, sentem-se menos confortáveis com a proximidade e a intimidade e confiam menos na disponibilidade dos outros em situação de necessidade (Canavarro et al., 2006).

De acordo com as hipóteses defendidas por Tiliopoulos e Goodall (2009) averiguou-se o papel preditor dos estilos de vinculação insegura (*Preocupado, Amedrontado e Desligado)* (EVA) na sintomatologia *positiva* e *negativa* de Esquizotipia (QPE-P). Os estilos da Vinculação do Adulto considerados decorrem dos padrões de vinculação propostos por Bartholomew e Horowitz (1991, conforme Canavarro et al., 2006). De acordo com os autores, em termos conceptuais, o protótipo *Preocupado* corresponde ao estilo de vinculação *Ambivalente* de Hazan e Shaver (1987) e *Preocupado* de Main et al. (1985); o protótipo *Amedrontado* (*fearful-avoidant*) corresponde ao estilo *Evitante* definido por Hazan e Shaver (1987) e o protótipo *Desligado* (*dismissive - avoidant*) corresponde ao estilo *Evitante* (*detached/dismissing*) de Main et al. (1985) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Embora as escalas de vinculação dos estudos empíricos considerados não correspondam exatamente aos padrões de Bartholomew e Horowitz (1991) operacionalizados na EVA (Canavarro et al., 2006), averiguou-se a sua ligação conceptual para comparações consistentes (Shaver, Belsky, & Brennan, 2000).

Os dados obtidos são congruentes com a investigação que sugere a existência de uma relação significativa entre estilos de vinculação insegura e as perturbações da personalidade (Brisch, 2004; Paulli-Pot & Mertessaceker, 2009) como a esquizotipia (Meins et al., 2008; Tiliopoulos & Goodall, 2009). Tendo em conta o modelo tri-fatorial da Esquizotipia, era espectável que a maioria dos indivíduos que revelam traços elevados na PPE revelasse, também, estilos de vinculação insegura, que de um modo geral, se manifestam em níveis elevados de ansiedade social; emoções negativas; baixa autoconfiança; isolamento social; relutância em procurar ajuda em situações de *stress*; descrença na duração das relações amorosas e, consequentemente, baixos níveis de compromisso (Brennan et al., 1998; Collins & Read, 1994; Hazan & Shaver, 1987). Os resultados obtidos sugerem que os melhores preditores da Esquizotipia *positiva* (*Cognitivo-*

percetivo e *Desorganização*) são os estilos *Amedrontado* (EVA) e *Preocupado* (com maior variância) (QPE-P). Na categorização de Bartholomew e Horowitz (1991) o protótipo *Preocupado* combina modelos internos dinâmicos negativos de si (que se traduz em maior ansiedade) com a avaliação positiva do outro (mais confiança nos outros e conforto com a proximidade), levando o indivíduo a focar a auto-aceitação na procura de aceitação pelo outro. Estes dados são consistentes com Tiliopoulos e Goodall (2009) que sugerem a relação entre vinculação *ansiosa* e a sintomatologia *positiva* (QPE-P). Na esquizotipia *negativa* (*Interpessoal*, exceto s9) (QPE-P) todos os estilos inseguros de Vinculação do Adulto (*Preocupado, Amedrontado, Desligado*) (EVA) demonstraram um efeito preditor, com destaque para o estilo *Amedrontado* (EVA), que explica a maior variância observada. Estes dados corroboram diferentes autores como Mikulincer et al. (2003), Meins et al., (2008) e Tiliopoulos e Goodall (2009), que salientam relações entre vinculação *ansiosa* e sintomatologia esquizotípica *negativa* e *positiva*, enquanto associam a vinculação *evitante* com a sintomatologia *negativa*. Era de esperar a relação encontrada entre os padrões *Amedrontado* e *Desligado* (EVA) e a sintomatologia *negativa* de Esquizotipia (QPE-P). O padrão de vinculação *Amedrontado* corresponde a uma combinação de modelos internos dinâmicos negativos de si (maior ansiedade) com a avaliação negativa do outro, como sendo rejeitante e não merecedor de confiança (o que se reflete em menor confiança nos outros e menor conforto com a proximidade). Por outro lado, o padrão *Desligado* revela indivíduos que têm modelos positivos de si e modelos negativos dos outros. Estes sujeitos protegem-se da desilusão ao evitar relações de proximidade, mantendo um sentido de independência e invulnerabilidade (Bartholomew & Horowitz, 1991). Os sintomas *negativos* de Esquizotipia (QPE-P) são maioritariamente de natureza *interpessoal* e explicam as dificuldades no funcionamento interno saudável, como a indiferença, o isolamento social e a inadequação/constrição afetivas (Tiliopoulos & Goodall, 2009), aliadas à referida imagem negativa dos outros que se reflete na hostilidade interpessoal e na minimização defensiva do afeto (Mikulincer et al., 2003), presentes na esquizotipia.

Demonstrou-se a influência do padrão *Preocupado* em ambos os sintomas *positivos* e *negativos* de Esquizotipia (QPE-P), embora a força do seu efeito preditor seja claramente mais forte na sintomatologia *positiva* (QPE-P), corroborando os estudos anteriores de Berry et al. (2006) e Meins et al. (2008). De acordo com Tiliopoulos e Goodall (2009), a *desconfiança* e os medos irracionais, característicos da personalidade esquizotípica, podem surgir de um processamento negativo da informação relativa aos aspetos sociais. Do mesmo modo, as *ideias de referência* e o *pensamento mágico*, podem constituir-se um método cognitivo que protege os esquizotípicos dos seus medos irracionais (Tiliopoulos & Goodall, 2009). Numa visão geral, os dados obtidos são congruentes com os resultados obtidos por Tiliopoulos e Godall (2009), quando evidenciam que a vinculação *ansiosa* é melhor preditora do desenvolvimento de PPE do que a vinculação *evitante* (sendo que a sua maior influência na sintomatologia *negativa* se manifesta na

ansiedade social), corroborando os resultados obtidos com as dimensões da Vinculação do Adulto (EVA), onde a *Ansiedade* foi preditora em todas as relações estudadas com o maior valor da variância explicada nas diferenças observadas na Esquizotipia (QPE-P).

Estudo 2

Apesar das evidências empíricas que demonstram que os sujeitos esquizotípicos falham no reconhecimento de emoções (Aguirre et al., 2008), os resultados do presente estudo sugerem que, nenhuma das percentagens de acertos no *Reconhecimento facial* (NimStim) e *paralinguístico* (TRPE) *de Emoções* se correlaciona significativamente com os fatores da Esquizotipia (QPE-P).

Foi ainda averiguado o efeito preditor das *Dificuldades de Regulação Emocional* (EDRE) na Esquizotipia (QPE-P). Os resultados obtidos são consistentes com a evidência empírica que demonstra que a disrupção dos processos emocionais, como a desregulação emocional, pode ser um fator de vulnerabilidade à esquizotipia (Phillips & Seidman, 2008; Yoon et al., 2008). Os sujeitos que na generalidade revelaram traços mais elevados de esquizotipia (QPE-P) demonstraram dificuldades de regulação emocional, particularmente na *falta de clareza emocional* (F6, EDRE), na *não-aceitação das respostas emocionais* (F2, EDRE) e nas *dificuldades no controlo de impulsos* (F4, EDRE). Na observação dimensional da variância das dificuldades de regulação emocional (EDRE) na Esquizotipia (QPE-P), é de interesse observar que a *falta de clareza emocional* (F6, EDRE) se manteve consistente em todas as dimensões da esquizotipia (sintomas *positivos* e *negativos*) (QPE-P), sugerindo a intensa confusão/ambivalência e desregulação emocional, que os indivíduos com traços de esquizotipia vivenciam. Estes resultados são consistentes com Yoon et al. (2008) e Kerns (2005) que também demonstra a relação entre esquizotipia *positiva* e a reduzida clareza na perceção emocional. A *dificuldade no controlo de impulsos* (F4, EDRE) verificou-se coerente com os aspetos *cognitivo-percetivos* e de *desorganização* (sintomas *positivos*) (QPE-P) o que pode corroborar as evidências que demonstram a relação entre esquizotipia *positiva* e a vivência acentuada da emocionalidade (Berenbaum et al., 2006). O efeito preditor do *acesso limitado às estratégias de regulação emocional* (F1, EDRE) destaca-se nos sintomas *negativos* – os aspetos *interpessoais* da Esquizotipia (QPE-P), que revelam as dificuldades destes indivíduos no funcionamento social (Henry et al., 2009). A *não-aceitação das respostas emocionais* (F2, EDRE) foi transversal aos sintomas *positivos* e *negativos* da esquizotipia (QPE-P), o que pode associar-se à dificuldade em identificar e comunicar os próprios sentimentos (alexitimia), presente na esquizotipia (Karcher & Shean, 2012). O efeito da *falta de consciência emocional* (F3, EDRE) também esteve presente em ambos os sintomas, mas parece demonstrar melhor efeito preditor nos aspetos *interpessoais* da esquizotipia (QPE-P), resultado consistente com Berenbaum et al. (2006) ao sugerirem que os sujeitos com sintomas *negativos* de esquizotipia demonstram menor consciência dos seus estados emocionais (alexitimia), ao contrário dos

sujeitos com sintomas *positivos*, que demonstram maior consciência das suas emoções. Estes resultados são ainda congruentes com as observações de Kerns e Becker (2008), quando evidenciam que os indivíduos com traços de esquizotipia *desorganizada* experienciam emoções intensas (sobretudo negativas), mas podem ter dificuldade em compreendê-las e organizá-las. Consistente com a evidência de que a capacidade de vivenciar claramente as emoções é crucial para a regulação emocional, e em sua consequência, para o estabelecimento de relações interpessoais (vant'Wout et al., 2007), a dimensão *Interpessoal* da Esquizotipia (sintomas *negativos,* à exceção da *Desconfiança)* (QPE-P) é a que melhor explica as dificuldades de regulação emocional (EDRE) (33,5%). Este resultado corrobora investigações que demonstram que indivíduos com características esquizotípicas *negativas* exibem, também, confusão emocional com dificuldade em identificar a emoção experienciada (alexitimia), acompanhada de uma reduzida intensidade na vivência de emoções (Kerns, 2006). Segundo Kerns (2006) a emocionalidade diminuída pode ser explicada pelo limitado número de interpretações cognitivas que é frequentemente responsável pelo aumento da intensidade das emoções. Os dados que demonstram a associação com a alexitimia corroboram as observações de Phillips e Seidman (2008), ao referirem que os traços *negativos* de esquizotipia também estão associados com a reduzida expressividade emocional (Henry et al., 2009; Shi et al., 2012) normalmente associada com a alexitimia, revelada pelos indivíduos com diagnóstico de PPE. De acordo com Henry et al. (2009) esta relaciona-se com a perturbação da amplificação do comportamento expressivo da emoção que melhor explica o afeto inadequado ou constrito.

Estudo 3

Neste estudo procurou-se compreender os aspetos da Alexitimia (TAS-20) na Esquizotipia (QPE-P), saber o que estes construtos têm em comum e até que ponto se justapõem. Os resultados obtidos sugerem que os indivíduos classificados como *Alexitímicos* (TAS-20) pontuaram mais na Esquizotipia (QPE-P) em comparação com os *Não-alexitímicos*. Isto é, os indivíduos que revelam traços elevados de esquizotipia têm mais dificuldade em verbalizar e identificar as suas emoções. Estes resultados, relativos à componente cognitiva da alexitimia (identificar e verbalizar) são consistentes com a investigação anterior que demonstra as dificuldades em identificar, descrever e refletir sobre as próprias emoções na esquizotipia (Berenbaum et al., 2006; Cohen, Morrison, Brown, & Minor, 2011; Karcher & Shean, 2012; Kerns, 2005; Laroi et al., 2008; van 't Wout et al., 2007). Na observação multidimensional, em média, demonstraram-se os efeitos mais elevados (*d* de Cohen) para o fator *Interpessoal* (sintomas *negativos*, exceto s9*)* (F2, QPE-P) da Esquizotipia. Os sujeitos *Alexitímicos* revelaram maior *ausência de amigos íntimos* (subescala 6, QPE-P) e *ansiedade social excessiva* (subescala 2, QPE-P). Os resultados são congruentes com a evidência empírica de que existe uma associação entre as dificuldades interpessoais da esquizotipia e as restrições na capacidade de verbalizar e identificar emoções (Laroi et al., 2008) e que os indivíduos esquizotípicos

pontuam menos em medidas de competência e adequabilidade social (Cohen, Minor, & Najolia, 2010). Isto pode ser explicado se se tiver em conta que os indivíduos *alexitímicos* revelam não só dificuldade significativa no reconhecimento verbal e não-verbal de estímulos emocionais (Lane et al., 1996), bem como em reconhecer e identificar os sentimentos de outras pessoas (Prazeres, 2000), o que pode contribuir para a perturbação das suas relações sociais. No campo interpessoal, as relações que os indivíduos *alexitímicos* estabelecem tendem a ser utilitárias, pragmáticas, ausentes de afeto, manifestando-se na capacidade limitada para apreender os próprios sentimentos e empatizar com os estados emocionais do outro (Bekendam, 1997; Prazeres, 2000). Nas palavras de Prazeres (1996) "a forma relacional alexitímica é considerada como uma forma de relação desumanizada que assinala uma tentativa de assegurar a sobrevivência psíquica por um indivíduo para quem a vida construtiva, desejante, conflitual e prazerosa parece inatingível" (p.14).

Relativamente aos sintomas *positivos* da Esquizotipia – aspetos *cognitivo-percetivos* (F1, QPE-P), os indivíduos classificados *Alexitímicos* (TAS-20), revelaram mais *desconfiança/ideação paranoide* (s9, QPE-P) e *ideias de referência* (s1, QPE-P). Estes efeitos são consistentes com as observações de Van Rijn et al. (2011), quando sugerem que a tendência alexitímica pode estar associada com a vulnerabilidade à disrupção dos processos cognitivos. Esta, por seu turno, contribui para as dificuldades interpessoais, associadas com baixos níveis de competência e sentimentos de inadequabilidade social, assim como com a dificuldade em interpretar e responder de forma precisa às ações e intenções do outro, presentes na esquizotipia (Van Rijn et al., 2011). Os resultados sugerem diferenças entre o género masculino e feminino, onde os indivíduos do género masculino pontuaram mais na dimensão *Cognitivo-percetiva* (F1, QPE-P), e no subtraço *Ansiedade social excessiva* (s2, QPE-P). Estes dados são consistentes com van't Wout et al. (2007) e Heshmatti et al. (2010) quando demonstram uma maior incidência da dificuldade em identificar e verbalizar as próprias emoções nos indivíduos do género masculino, em amostras de risco para o desenvolvimento de esquizofrenia. Estes dados são compreensíveis se se considerar que os homens são, tendencialmente, menos capazes de verbalizar os seus sentimentos e que as mulheres são mais emocionais e que por isso experienciam, reconhecem e expressam mais facilmente as suas emoções (Hesmatti et al., 2010).

VI – Conclusões

Os estudos que procuram averiguar a relação entre esquizotipia e vinculação, podem promover o conhecimento acerca dos percursos, aspetos impulsionadores e fatores de vulnerabilidade associados com o desenvolvimento dos fenómenos esquizotípicos, e direcionar para melhores formas de diagnosticar, prevenir e elaborar processos psicoterapêuticos na PPE (Tiliopoulos & Goodall, 2009). Assim, o presente estudo procurou não só contribuir para o conhecimento das relações entre vinculação do adulto e

esquizotipia, como também entre as variáveis emocionais – alexitimia, reconhecimento e regulação emocional - e a Esquizotipia, enquanto fatores impactantes no desenvolvimento dos fenómenos do tipo esquizotípico. Ao alargar o estudo ao complexo campo das emoções, procura-se contribuir para averiguar até que ponto a disrupção emocional pode estar implícita aos quadros psicopatológicos. A introdução do construto da Alexitimia procura contribuir para esclarecer a falta de consenso que o envolve quanto à sua participação no espectro mais alargado das perturbações da personalidade (Silva & Vasco, 2010; Taylor, 2000).

Os resultados mais relevantes deste estudo relacionam-se com a existência de relações de predição estatisticamente significativas quando se considera a influência das dimensões da Vinculação do Adulto (EVA) no construto multidimensional da Esquizotipia (QPE-P). Os sintomas *negativos* (aspetos *interpessoais*) revelaram o maior efeito da vinculação insegura no adulto. A teoria da vinculação pode assim ser um ponto de partida na intervenção (Tiliopoulos & Goodall, 2009), uma vez que os sintomas *negativos* são debilitantes e altamente resistentes aos tratamentos atuais (Erhart, Marder, & Carpenter, 2006). Contudo, a consideração das evidências empíricas apresentadas deve ter em conta as limitações dos seus estudos, como as amostras reduzidas e as limitações inerentes aos questionários de autorresposta, tal como salvaguardam os seus autores (Tiliopoulos & Goodall, 2009).

Enquanto défice na experiência subjetiva do afeto (Henry et al., 2009), a esquizotipia demonstrou elevados efeitos na interferência da alexitimia e dificuldades de regulação emocional. Os resultados sugerem que as dificuldades que concorrem para a perturbação do processamento das emoções interferem, particularmente, nos aspetos do relacionamento interpessoal. Estas dificuldades, aliadas a estilos de vinculação insegura, marcados pela ansiedade, desconfiança e desconforto com a proximidade, em particular, elaboram verdadeiros *handicaps* no funcionamento social (vant´Wout et al., 2007). Percursos marcados pela disrupção emocional, ansiedade, desconfiança, disfunções no contacto social e consequentemente ausência de intimidade, organizam constelações de sintomas que desenham quadros de vulnerabilidade à psicose, observados na esquizotipia (Raine, 2006). Com base na sugestão dos resultados que se apresentam, é possível que o treino e desenvolvimento da regulação emocional no sentido da descodificação dos próprios sentimentos possam ser úteis na diminuição das dificuldades interpessoais (Spitzer, Siebel-Jurges, Barnow, Grabe & Freyberger, 2005; vant´Wout et al., 2007).

É possível identificar algumas limitações neste estudo, que as futuras investigações deverão considerar. A amostra deveria ser mais extensa e equilibrada quanto às variáveis género e idade, para uma representação mais fiel dos traços esquizotípicos na população geral. A amostra de conveniência foi na maioria constituída por estudantes universitários, o que limita a generalização de resultados. Identificam-se ainda as limitações inerentes aos questionários de autorresposta (Tiliopoulos & Goodall, 2009). Apesar das evidências que asseguram a validade e fiabilidade dos instrumentos

utilizados, a inclusão de entrevistas clínicas, ainda que apenas numa parte dos sujeitos, permitiria uma avaliação mais compreensiva e válida dos participantes e a redução da probabilidade de falsos positivos. Identifica-se, ainda, a utilização do *NimStim Set of Facial Expressions* (Tottenham et al., 2009) por ausência de uma versão validada para a população portuguesa.

Bibliografia

Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2006). Facial affect recognition: A mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophrenia Research, 85*, 142-150.

Addington, J., Penn, D., Woods, S.W., Addington, D., & Perkins, D.O. (2008). Facial affect recognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *The Bristish Journal of Psychiatry, 192*, 67-68.

Aguirre, F., Sergi, M. J., & Levy, C. A. (2008). Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy. *Schizophrenia Research*, *104*(1-3), 255-264.

Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hoppkins University Press.

Ainsworth, M. D. (1977). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P. H. Leiderman & S. Tulkin (Ed.), *Culture and infancy: Variations on human experience* (pp. 49-67). New York, NY: Academic Press.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist, 46*(4), 333-341.

Aleman, A., & Kahn, R.S. (2005). Strange feelings: do abnormalities dysregulate the emotional brain in schizophrenia? *Prog Neurobiol, 77*, 283-98.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., *texto rev.*). Lisboa: Climepsi Editores.

Bagby, R.M., Parker, J. D., & Taylor, G.J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res, 38*(1), 23-32.

Bagby, R., Taylor, G., & Parker, J. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexhitymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33-40.

Bagby, R.M., & Taylor, G. J. (1999). Affect disregulation and alexithymia. In G. Taylor & M. Bagby (Orgs.), *Disorders of affect regulation* (pp. 7-25). Cambridge: Cambridge University.

Barrantes-Vidal, N., Lewandowski, K. E., & Kwapil, T. R. (2010). Psychopathology, social adjustment and personality correlates of schizotypy clusters in a large nonclinical sample. *Schizophrenia Research, 122*, 219-225.

Barragan, M., Laurens, K.R., Blas Navarro, J., & Obiols, J.E. (2011).

'Theory of Mind', psychotic-like experiences and psychometric schizotypy in adolescents from the general population. *Psychiatry Research, 186*(2-3), 225-231.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244.

Bentall, R., Corcoran, R., Howard, R. Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001) Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143-1192.

Berry, K., Wearden, A. J., Barrowclough, C., & Liversidge, T. (2006). Attachment styles, interpersonal relationships and psychotic phenomena in a non-clinical student sample. *Personality and Individual Differences, 41*, 707–718.

Bekendam, C. C. (1997). Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation, alexithymia and empathy. Unpublished doctoral dissertation, The Fielding Institute, Santa Barbara, CA.

Berenbaum, H., Boden, M.T., Baker, J.P., Dizen, M., & Thompson, R.J. (2006). Emotional correlates of the different dimensions of schizotypal personality disorder, *J Abnorm Psychol., 115*, 359–368.

Berman, W., & Sperling, M. (1994). The Structure and Function of Adult Attachment. In M. Sperling & W. Berman (Ed.), *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 3-28). New York, NY: The Guildford Press.

Blanchard, J. J., Gangestad, S. W., Brown, S.A., & Horan, W. P. (2000). Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia. *J Abnorm Psychol., 109*, 87–95.

Bleuler, E. (1950) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (J.Zinkin, Trans.). New York, NY: International Universities Press.

Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child´s Tie to his Mother. *International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 350-373.

Bowlby, J. (1960a). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis, 41*, 89-113.

Bowlby, J. (1960b). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child, 15*, 9-52.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss.* Vol. 1*: Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss.* Vol.2: *Separation.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss.* Vol. 3: *Loss.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A Secure Base: clinical applications of attachment theory. London: Routledge.

Brennan, K., Clark, C., & Shaver, P. (1998). Self-Report Measurement of Adult Attachment. An Integrative Overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Ed.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46-76). New York: The Guilford Press.

Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality, 66*, 835-878.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Ed.), *Growing points of attachment theory and research: Monographs of the society for research in child development* (vol. 50, pp. 3-35). New York, NY: Basic Books.

Brisch, K. H. (2004). *Treating attachment disorders: From theory to therapy.* New York: The Guildford Press.

Brown, L. (2010). *Emotion Recognition in Schizotypy.* A Thesis Submitted to the Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College In partial fulfillment of the Requirements for the degree of Master of Arts in The Department of Psychology.

Brown, L. A., & Cohen, A. S. (2010). Facial emotion recognition in schizotypy: the role of accuracy and social cognitive bias. Journal Int Neuropsychol Soc., 16 (3), 474-483.

Canavarro, M. C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. S. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia, XX*(1), 11-36.

Cassidy, J. (1994). Emotion Regulation: Influences of Attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev, 59*(2-3), 228-49.

Celikel, F. C., & Saatcioglu, O. (2007). Alexithymia and anxiety sensivity in turkish depressive, anxiety and somatoform disorder outpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 11*(2), 140-145.

Claridge, G. (1997). *Schizotypy: implications for Illness and Health.* Oxford: Oxford University Press.

Claridge, G., & Davis, C. (2003). *Personality and psychological disorders*. London: Arnold.

Clore, G. L., Gasper, K., & Garvin, E. (2001). *Affect as information.* In J. P. Forgas (Ed.), *Handbook of Affect and Social Cognition* (pp.121-144) Erlbaum.

Cohen, A. S., Minor. K. S., & Najolia, N. (2010). A framework for understanding experiential deficits in schizophrenia. *Psychiatric Research, 178*, 10-16.

Cohen, A. S., Morrison, S. C., Brown, L. A., & Minor, K. S. (2011). Towards a cognitive resource limitations model of diminished expression in schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(1), 109-118.

Cohen, A. S., Beck, M. R., Najolia, G. M., & Brown, L. A. (2011). Affective

disturbances in psychometrically defined schizotypy across direct, but not indirect assessment modes. *Schizophrenia Research, 128*, 136-142.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in Psychology: A power prime. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159.

Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 810-832.

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult Attachment Relationships, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663.

Collins, N., & Read, S. (1994). Cognitive representations of adult attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (Vol. 5, pp. 53-92). London: Jessica-Kingsley Publ.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010) Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín., 37* (4), 145-51.

Couture, S., Penn, D., Addington, J., Woods, S., & Perkins, D. (2008). Assessment of social judgments and complex mental states in the early phases of psychosis. *Schizophrenia Research, 100*(1), 237-241.

Damásio, A. (1995). Toward a neurobiology of emotions and feeling: Operational concepts and hypotheses. *The Neuroscientist, 1*, 19-25.

Damásio, A. (2000). O mistério da Consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si. São Paulo: Companhia das Letras.

Damásio, A. (2003). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Darwin, C. R. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.

Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine, 1*, 22-65.

Dickey, C. C., Panych, L. P., Voglmaier, M. M., Niznikiewicz, M. A., Terry, D. P., Murphy, C., Zacks, R., et al. (2011). Facial emotion recognition and facial affect display in schizotypal personality disorder. Schizophrenia Research, 131(1-3), 242-249.

Dominguez, M.G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., & van Os, J. (2011). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. *Schizophrenia Bulletin 37*, 84–93.

Dozier, M. Stovall, K. C., & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication* (pp. 355- 377). New York, NY: The Guilford Press.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (2011). *Classificação Portuguesa de Profissões: 2010*. Estatísticas Mensais.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1978). *Facial action coding system: A technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Erhart, S. M., Marder, S.R., & Carpenter, W. T. (2006). Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophr Bull., 32*, 234-237.

Feeney, J., & Noller, P. (1996). *Adult Attachment.* Sage Publications.

Feeney, J. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 355- 377). New York, NY: The Guilford Press.

Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2nd edition). London: SAGE Publications.

First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison, R., Offord, D. R., et al. (2002). Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. A. Regier (Ed.), *A research agenda for DSM*-V (pp. 123–200). Washington, DC: APA.

Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the View point of Attachment Theory and Research. In J. Cassidy & P. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications* (pp. 355- 377). New York, NY: The Guilford Press.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York, NY: Other Press.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York, NY: Other Press.

Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo Álvarez, A., & Villazón-Garcia (2007). Multidimensionality of schizotypy under review. Papeles del Psicólogo, 28, 117–126.

Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., & Muñiz, J. (2011). Schizotypy, emotional–behavioural problems and personality disorder traits in a non-clinical adolescent population. *Psychiatry Research, 190*(2-3), 316-21.

Forsyth, J. K., Bolbecker, A. R., Mehta, C. S., Klaunig, M. J., Steinmetz, J. E., O'Donnell, B. F., & Hetrick, W. P. (2010). Cerebellar-Dependent Eyeblink Conditioning Deficits in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin.*

Fossati, A., Raine, A., Carrettaa, I., Leonardi, B., & Maffei, C. (2003). The three-factor model of schizotypal personality: Invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences, 35*, 1007-1019.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview.* Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Germine, L. T., & Hooker, C. I. (2011). Face emotion recognition is related to individual differences in psychosis-proneness. *Psychological Medicine, 41*(5), 937-948.

Gratz, K.L., & Roemer L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.

Green, M. J., Waldron, J.H., & Coltheart, M. (2007). Emotional context processing is impaired in schizophrenia. *Cogn. Neuropsychiatry, 12*, 259–280.

Greenberg, L. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(1), 3–16.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol, 2*, 271-99.

Gross, J. J. (1999). Antecedent and response focused emotion regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237.

Gross, J. J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24) New York, NY: Guilford.

Gur, R. E., Calkins, M.E., Gur, R.C., Horan, W.P., Nuechterlein, K.H., Seidman, L.J. et al. (2007a). The Consortium on the Genetics of Schizophrenia: neurocognitive endophenotypes. *Schizophr Bull., 33*, 49-68.

Gur, R. E., Nimgaonkar, V. L., Almasy, L., Calkins, M.E., Ragland, J. D., Pogue-Geile, M. F., Kanes, S., Blangero, J., & Gur, R.C. (2007b). Neurocognitive Endophenotypes in a Multiplex Multigenerational Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry, 164*, 813-819.

Handest, P., & Parnas, J. (2005). Clinical characteristics of first-admitted patients with ICD10 schizotypal disorder. *British Journal of Psychiatry, 187.*

Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511-524

Henry, J.D., Green, M.J., Restuccia, C., de Lucia, A., Rendell, P.G., McDonald, S., & Grisham, J.R. (2009). Emotion dysregulation and schizotypy. *Psychiatry Research 166*, 116–124.

Heshmati, R., Jafari, E., Hoseinifar, J., & Ahmadi, M. (2010) Comparative study of alexithymia in patients with schizophrenia spectrum disorders, non-psychotic disorders and normal people.*Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 1084-1089.

Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis, 12*, 3-9.

Ingraham, L. J. (1995). Family–genetic research and schizotypal personality. In A. Raine, T. Lencz, & S. A. Mednick (Ed.) *Schizotypal Personality* (pp. 19-42). New York, NY: Cambridge University Press.

Johns, L.C., & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev., 21*(8), 1125-41.

Karcher, N., & Shean, G. (2012). Magical ideation, schizotypy and the

impact of emotions. *Psychiatric Res., (in press).*

Kerns, J.G. (2005). Positive schizotypy and emotion processing. *Journal of Abnormal Psychology, 114,* 392-401.

Kerns, J.G. (2006). Schizotypy facets, cognitive control, and emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 115,* 418-427.

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

Kohler, C. G., & Brennan, A. R . (2004). Recognition of facial emotions in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry, 17,* 81–86.

Kucharska-Pietura, K., David, A., Masiak, M., & Phillips, M. (2005). Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness. *British Journal of Psychiatry, 187*(6), 523-528.

Kwapil, T.R., Barrantes Vidal, N., & Silvia, P.J., (2008). The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: factor identification and construct validity. *Schizophrenia Bulletin 34*, 444–457.

Lane, R. D., Sechrest, L., Reidel, R. Weldon, V., Kazniak, A., & Schwartz, G. E. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 58,* 203-210.

Laroi, F., Van der Linden, M., & Aleman, A. (2008). Associations Between Dimensions of Alexithymia and Psychometric Schizotypy in Nonclinical Participants. *Journal of Nervous & Mental Disease. 196(*12), 927-930.

LeDoux, J. (2007). Unconscious and conscious contributions to the emotions and cognitive aspects of emotions: A comment on Scherer's view of what an emotion is. *Social Science Information, 46,* 395-407.

Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie, 83,* 137–215.

Luminet, O., Rimé, B. Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion, 18*(5), 741-766.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security of infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Ed.), *Growing points of attachment theory and research* (pp. 66-106). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M.T. Greenberg, D. Cichetti & E.M. Cummings (Ed.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Maroco, J. P. (2011). A*nálise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro.

Martínez-Sánchez, F., Ato-Garcia, M., & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia, state or trait? *The Spanish Journal of Psychology, 6,* 51-59.

McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother*

Psychosom, 38, 81-90.

Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *Am Psychol., 17,* 102- 128.

Meins, E., Jones, S. R., Fernyhough, C., Hurndall, S., & Koronis, P. (2008). Attachment dimensions and schizotypy in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences, 44,* 1000-1011.

Meyers, L.S., Gamst, G., & Guarino, A. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers.

Mira y Lopéz, E. (1932). *Manual de Psicologia de Psicologia Jurídica.* Barcelona: Salvat Ed.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27,* 77-102.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood.* New York, NY: Guilford.

Modell, A. H. (1980). Affects and their non-comunication. *Int. J.Psycho-Anal, 61,* 259-267.

Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attatchment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 36,* 499 – 507.

Nemiah, J.C., & Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In *Modern trends in psychosomatic medicine. Vol. 2.* London: Butterworths press.

Nemiah, J., Freyberger, H., & Sifneos, P. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.) *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol.2) (pp. 430-439), London: Butterworths.

Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., & Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatric Research, 190,* 37-42.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry,* 46, 206-213.

Paixão, R., Coelho, L., & Ferreira, J. (2010). Teste de Reconhecimento Paralinguístico das Emoções, *Psychologica,* 53, 423-446.

Paulli-Pot, U., & Mertesacker, B. (2009). Affect expression in mother-infant interaction and subsequent attachment development. *Infant Behavior and Development, 37,* 1-8.

Phillips, L.K., & Seidman, L.J. (2008). Emotion Processing in Persons at Risk for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 34* (5), 888-903.

Pinkham, A., Penn, D., Perkins, D. O., Graham, K.A., & Siegel, M. (2007). Emotion perception and social skill over the course of schizophrenia: a comparison of individuals "at risk" for psychosis and individuals with early and chronic schizophrenia spectrum illness. *Cognitive*

Neuropsychiatry, 12, 198–212.

Ponizovsky, A.M., Nechamkin, Y., & Rosca, P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*, 324–331.

Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um Estudo sobre a alexitimia com Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).* Dissertação de Mestrado, submetida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

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

Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da escala de alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Oficial de La Associacion Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluacion Psicológica, 9*(1), 9-21.

Primi, R. (2003). Inteligência: avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica, 1*, 67-77.

Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin, 17*(4), 555–564.

Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology 2*, 291–326.

Raine, A., & Lencz, T. (1995a). Conceptual and theoretical issues in schizotypal personality research. In A. Raine, T. Lencz, & S.A. Mednick (Ed.), *Schizotypal Personality* (pp. 3-15). New York, NY: Cambridge University Press.

Raine, A., Lencz, T., & Benishay, D. S. (1995b). Schizotypal personality and skin conductance orienting. In A. Raine, T. Lencz, & S.A. Mednick (Ed.), *Schizotypal Personality* (pp. 219-249) New York, NY: Cambridge University Press.

Raine, A., & Manders, D. (1988). Schizoid personality, inter-hemispheric transfer, and left hemisphere over-activation. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 333–347.

Raine, A., Reynolds, C., Lencz, T., Scerbo, A., Tryphon, N., & Kim, D. (1994). Cognitive perceptual, interpersonal and disorganised features of schizotypal personality. *Schizophrenia Bulletin, 20*, 191–201.

Russell, J. A., Bachorowski, J., & Fernandez-Dols, J. (2003). Facial and Vocal Expressions of emotion. *Annual Review Psychology, 54*, 329-349.

Sami-Ali, M. (1992). *Pensar o Somático - Imaginário e patologia.* (M. E. Marques, Trad) Lisboa: ISPA. (Obra original publicada em 1987)

Santos, F. (2011). A Dimensionalidade dos Fenómenos Esquizotípicos: Validação e Adaptação do *Schizotypal Personality Questionnaire*. Tese de MIP apresentado à F.P.C.E. da Universidade de Coimbra.

Scarpa, A., & Raine, A. (2002). Psychophysiology of personality disorders. In H. D'haenen, J. S. den Boer, H. Westenberg, & P. Willner (Ed.),

Textbook of Biological Psychiatry (pp. 1361-1370). New York, NY: Wiley.

Seghers, J. P., McCleery, A., & Docherty, N.M. (2011). Schizotypy, alexithymia, and socioemotional outcomes. *J Nerv Ment Dis, 199*(2), 117-21.

Sellen, J. L., Oaksford, M, & Gray, N. S. (2005) Schizotypy and conditional reasoning. *Schizophrenia Bulletin, 31*(1), 105-116.

Sengupta, A., & Giri, V. (2009) Alexithymia and managerial styles: Implications in Indian organizations. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 35*, 71-77.

Shaver, P. R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). Comparing measures of adult attachment: An examination of interview and self-report methods. *Personal Relationships, 7*, 25-43.

Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioral systems. In R. J. Sternberg & M. Barnes (Ed.), *The psychology of love* (pp. 68-98). New Haven, CT: Yale University Press.

Shean, G., Bell, E., & Cameron, C. D. (2007). Recognition of nonverbal affect and schizotypy. *Journal of Psychology, 141*(3), 281-291.

Shi, Y-F., Wang, Y., Cao, X-Y., Wang, Y-N., et al. (2012). Experience of Pleasure and Emotional Expression in Individuals with Schizotypal Personality Features. *PLoS One*, 7(5), 341- 47.

Shorey, H. S., & Snyder, C.R. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology, 10*, 1-20.

Siever, L. J., Koenigsberg, H. W., Harvey, P., Mitropoulou, V., Laruelle, M., Abi-Dargham, A., Goodman, M., & Buchsbaum, M. (2002). Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research, 54*(1-2), 157-167.

Sifneos, P. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychoter Psychosom, 22*, 255-62.

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

Silva, A. N., & Vasco, A. B. (2010). Alexitimia: que processos emocionais? Que intervenção psicoterapêutica? Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, 675-682.

Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento.* Teoria e avaliação (pp. 15-45). Braga: Psiquilibrios.

Spitzer, C. Siebel-Jurges, U., Barnow, S., Grabe, H.J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psycother Psychosom, 74*, 240-6.

SPSS (2004). *Statistical Package for the Social Sciences (Version 17.0)*. Chicago, IL: Author.

Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry, 45*(2), 1-15.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia. In R. Bar-On, & J. D. Parker (Ed.), *Handbook of emotional intelligence.* Chapter 14 (pp. 301-319). San Francisco: Jossey-Bass.

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On, & J. D. Parker (Ed.), *Handbook of emotional intelligence.* Chapter 3 (pp. 40-67). San Francisco: Jossey-Bass.

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*, 277-283.

Tiliopoulos, N., & Goodall, K. (2009). The neglected link between adult attachment and schizotypal personality traits. *Personality and Individual Differences 47*(4), 299-304.

Tonelli, H., von der Heyde, M.D., Alvarez, C.E., & Raine, A. (2009). Versão em português do Questionário da Personalidade Esquizotípica (SPQ). *Rev Psiq Clín., 36*(1), 34-37.

Tottenham, N., Tanaka, J.W., Leon, A.C., McCarry, T., Nurse, M., Hare, T.A., Marcus, D. J., Westerlund, A., Casey, B. J., & Nelson, C.A. (2009) The NimStim set of facial expressions: judgments from untrained research participants. *Psychiatry Res., 168*(3), 242-249.

Van Rijn, S., Schothorst, P., van 't Wout, M., Sprong, M., Ziermans, T., van Engeland, H., Aleman, A., & Swaab, H. (2011). Affective dysfunctions in adolescents at risk for psychosis: emotion awareness and social functioning. *Psychiatry Research, 187*(1).

Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L., (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine 39*, 179–195.

Van ’t Wout, M., Aleman, A., Kessels, R. P., Laroi, F., & Kahn, R. S. (2004). Emotional processing in a non-clinical psychosis-prone sample. *Schizophrenia Research, 68*, 271-281.

Van ’t Wout, M., Aleman, A., Bermond, B., & Kahn, R.S. (2007). No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry, 48*(1), 27-33.

Vaz, F. M., Vasco, A.B., Greenberg, L., & Vaz, J. M. (2010). *Avaliação dos processos emocionais dos pacientes em psicoterapia* (pp. 697-708). Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho. Portugal.

Veríssimo, R. (2003). Inteligência Emocional: da Alexitimia ao Controlo Emocional. *Acta Médica Portuguesa, 16*, 407- 411.

Venables, P. H. (1995). Schizotypal status as a developmental stage in studies of risk for schizophrenia. In A. Raine, T. Lencz, & S.A.

Mednick (Ed.), *Schizotypal Personality* (pp. 107-132). New York, NY: Cambridge University Press.

Venables, P. H., & Rector N. (2000) The content and structure of schizotypy: a study using confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Bulletin, 26*(3), 587-602.

Vollema, M. G., Sitskoorn, M. M., Appels, M. C., & Kahn, R. S. (2002). Does the Schizotypal Personality Questionnaire reflect the biological-genetic vulnerability to schizophrenia? *Schizophrenia Research 54*, 39-45.

Walden, T., & Smith, M. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion, 21*, 7-25.

Wearden, A., Lamberton, N., Crook, L., & Walsh, V. (2005). Adult Attachment, alexithymia, and smptom reporting. An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 279-288.

Weinryb, R. M. (1995). Alexithymia: old wine in new bottles? *Psychoanalysis and contemporary thoughts, 18*(2), 159-195.

Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1065–1085.

Williams, B. T., Henry, J. D., & Green, M.J. (2007). Facial affect recognition and schizotypy. *Early Intervention in Psychiatry,1,* 177-182.

Yoon, S-A, Kang, D-H, & Kwon, J. (2008) The emotional Characteristics of Schizotypy. *Psychiatric Invest., 5*, 148-154.

Anexos

Anexo A

Protocolo de Investigação (parcial)

Anexo B

Análise estatística e dados relevantes do SPSS

Anexo A: Protocolo de Investigação (parcial)

1.Modelo de Consentimento Informado

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Declaração de Consentimento Informado

O presente estudo decorre no âmbito da Tese de Mestrado do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e tem como principal objetivo compreender o modo como os indivíduos se relacionam com as outras pessoas, como se sentem em termos emocionais e como diferenciam as suas emoções.

A sua colaboração, caso aceite participar, traduz-se no preenchimento de um conjunto de questionários de autorrresposta. Os dados assim recolhidos são absolutamente confidenciais e as suas respostas apenas serão alvo de tratamento estatístico coletivo. No entanto, caso tenha alguma dúvida pode e deve colocá-la diretamente ao investigador que se encontra na sala consigo. A sua participação é, de qualquer modo, absolutamente voluntária, podendo inclusivamente, se assim o entender, desistir a qualquer momento. Caso concorde participar é importante que responda de uma forma sincera e espontânea, não deixando nenhuma questão por responder

Muito obrigada pela sua colaboração.

2.Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

DADOS PESSOAIS/FAMILIARES

Data de Nascimento: ___/___/___

Género: Masculino ◯ Feminino ◯

Estado Civil:

solteiro/a ◯ casado/a ◯ união de facto ◯ separado/a ou divorciado/a ◯ viúvo/a ◯

outro ◯ especifique: _____

Nacionalidade: _____ Língua Materna: _____

Naturalidade: _____ Residência Actual : _____

Nº de anos de escolaridade ou grau académico do pai: _____

Nº de anos de escolaridade ou grau académico da mãe: _____

INFORMAÇÕES DE ÂMBITO ACADÉMICO/PROFISSIONAL

Qualificação Académica

1º ciclo incompleto ◯ 1º ciclo ◯ 2º ciclo ◯ 9º ano ◯ Secundário ou curso profissional ◯

Bacharelato ◯ Licenciatura ◯ Pós-graduação ◯ Mestrado ◯ Doutoramento ◯

Estuda? Sim ◯ Não ◯ Ano: _____ Curso: _____

Estabelecimento de Ensino: _____

Ocupação Profissional: _____

DADOS RELACIONAIS

Mantêm alguma relação estável no momento? Sim ◯ Não ◯

Que tipo de relação? namoro ◯ união de facto ◯ casamento ◯ outro ◯ especifique: _____

Tempo total da sua relação actual: _____anos e _____ meses.

Se aplicável, há quanto tempo vivem juntos? _____ anos e _____ meses.

Tem filhos? Sim ◯ Não ◯ Quantos? _____ São filhos do casal ou de relações anteriores? _____

Anteriormente a esta relação manteve: namoros ◯ uniões de facto ◯ casamentos ◯

Qual o tempo da relação mais prolongada que teve? _____ anos e _____ meses.

DADOS COMPLEMENTARES

Já foi seguido/a em consultas de Psicologia /Psiquiatria/Neurologia? Sim ◯ Não ◯

Em caso afirmativo. Qual o motivo? _____

Quando? _____ Durante quanto tempo? _____ anos e _____ meses.

Já tomou medicação do tipo antidepressivos ou calmantes? Sim ◯ Não ◯

Em caso afirmativo. Qual o motivo? _____

Quando? _____ Durante quanto tempo? _____ anos e _____ meses.

Consome algum tipo de drogas (incluindo o álcool)? Sim ◯ Não ◯ Qual(is)? _____

Há quanto tempo? _____ anos e _____ meses. Com que frequência? _____

Em que contextos? _____ Com que objectivo? _____

Grata pela sua colaboração!

Anexo B: Análise estatística e outputs relevantes do SPSS

1.Amostra

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra (n=281) em valores absolutos e percentagem

		N	%
Género	Masculino	76	27.0
	Feminino	205	73.0
Idade	Mínimo	18	
	Máximo	57	
	Média	22,83	
	Desvio Padrão	6,187	
Nacionalidade	Portuguesa	275	97.9
	Outra	6	2.1
Naturalidade/ Região Geográfica	Norte	82	29.2
	Centro	155	55.2
	Lisboa	9	3.2
	Alentejo	1	0.4
	Algarve	1	0.4
	Açores	1	0.4
	Madeira	5	1.8
	Outro país	27	9.6
Área de Residência	Área Predominantemente Urbana	213	75.8
	Área Moderadamente Urbana	60	21.4
	Área Predominantemente Rural	8	2.8
Estado Civil	Solteiro	258	91.8
	União de facto	5	1.8
	Casado	18	6.4
Qualificação Académica Pai	1º ciclo incompleto	2	0.7
	1º ciclo	46	16.4
	2º ciclo	35	12.5
	9º ano	35	12.5
	Secundário ou curso profissional	39	13.9
	Bacharelato	2	0.7
	Licenciatura	16	5.7
	Mestrado	2	0.7
	Doutoramento	2	0.7

	Não responde	14	5.0
	Não questionado	88	31.3
	Moda (sujeitos questionados)	1ºciclo	
Qualificação Académica Mãe	1º ciclo incompleto	4	1.4
	1º ciclo	29	10.3
	2º ciclo	31	11.0
	9º ano	48	17.1
	Secundário ou curso profissional	45	16.0
	Bacharelato	6	2.1
	Licenciatura	15	5.3
	Mestrado	3	1.1
	Doutoramento	1	0.4
	Não responde	11	3.9
	Não questionado	88	31.3
	Moda (sujeitos questionados)	9ºano	
Qualificação Académica	2º ciclo	2	0.7
	9º ano	3	1.1
	Secundário/curso profissional	212	75.4
	Bacharelato	2	0.7
	Licenciatura	56	19.9
	Pós-graduação	3	1.1
	Mestrado	3	1.1
	Moda	Secundário/curso profissional	
Ser estudante	Sim	253	90.0
	Não	28	10.0
Nível de Ensino/Ano	11º ano	1	0.4
	12º ano	2	0.7
	1º ano Licenciatura	86	30.6
	2º ano Licenciatura	25	8.9
	3º ano Licenciatura	92	32.7
	4º ano Licenciatura	1	0.4
	5º ano Licenciatura	1	0.4
	1º ciclo MI (3º ano)	8	2.8
	2º ciclo MI (1º ano)	8	2.8
	Pós graduação	1	0,4
	1º ano Mestrado	20	7.1
	2º ano Mestrado	5	1.8
	Doutoramento	3	1.1
	Não se aplica	28	10.0

Estabelecimento de Ensino	Universidade de Aveiro	223	79.4
	Universidade de Coimbra	20	7.1
	Outros	10	3.5
	Não se aplica	28	10.0
Profissão/ Situação Laboral Atual	Forças Armadas	1	0.4
	Quadros Superiores e Dirigentes	1	0.4
	Profissões Intelectuais e Científicas	23	8.2
	Técnicos e Profissionais Intermédios	5	1.8
	Pessoal Administrativo	5	1.8
	Serviços e Vendedores	10	3.6
	Operários	1	0.4
	Estudantes	230	81.9
	Desempregado	2	0.7
	Não responde	3	1.1

2.Estatística descritiva dos construtos em estudo (médias, desvios padrão, valores mínimos/máximos

Tabela 2. Vinculação do Adulto (fatores e estilos) (EVA)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
EVA_ F1_ Ansiedade	281	2,6477	,79072	1,00	4,83
EVA_ F2_ Conforto com a proximidade	281	3,5587	,53823	2,33	5,00
EVA_ F3_Confiança nos outros	281	3,2005	,53354	1,33	4,50
Estilo Seguro EVA	153	5,7282	,44527	4,42	6,83
Estilo Preocupado EVA	50	7,0117	,52028	6,25	8,17
Estilo Amedrontado EVA	28	6,4107	,46588	5,50	7,33
Estilo Desligado EVA	21	5,1905	,40922	4,17	5,75
Não Classificáveis EVA	29	6,1434	,60653	5,00	7,33

Tabela 3. Distribuição dos indivíduos nas categorias *Estilos de Vinculação* (EVA)

	F	%
Seguro	153	54,4
Preocupado	50	17,8
Amedrontado	28	10,0
Desligado	21	7,5
Não Classificáveis	29	10,3
Total	281	100

Tabela 4. Esquizotipia (fatores, sintomatologia positiva/negativa e pontuação total)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
QPE-P_F1_Cognitivo-perceptivo	281	10,95	6,143	0	29
QPE-P_F2_Interpessoal	281	12,43	6,311	0	28
QPE-P_F3_Desorganização	281	4,11	3,333	0	15
Esquizotipia positiva QPE-P	281	15,06	8,359	0	40
Esquizotipia negativa QPE-P	281	8,66	5,111	0	22
QPE-P_pontuação global	281	23,73	11,529	2	60

Tabela 5. Esquizotipia (9 subtraços) (QPE-P)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
QPE-P_subescala 1_ ideias de referência	281	3,06	2,416	0	9
QPE-P_subescala 2_ansiedade social excessiva	281	3,86	2,566	0	8
QPE-P_subescala 3_crenças bizarras/pensamento mágico	281	2,25	1,774	0	7
QPE-P_subescala 4_ experiências percetivas incomuns	281	1,87	1,948	0	9
QPE-P_subescala 5_comportamento bizarro/excêntrico	281	1,26	1,744	0	7
QPE-P_subescala 6_ausência de amigos íntimos	281	2,47	1,767	0	8
QPE-P_subescala 7_discurso bizarro	281	2,85	2,172	0	9
QPE-P_subescala 8_afecto constrito	281	2,33	1,892	0	8
QPE-P_subescala 9_desconfiança/ideação paranoide	281	3,77	2,126	0	8

Tabela 6. Alexitimia (fatores e pontuação total) (TAS-20)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
TAS-20_F1_dificuldade em identificar sentimentos	281	17,63	5,940	7	34
TAS-20_F2_dificuldade em descrever sentimentos	281	14,64	3,228	5	23
TAS-20_F3_pensamento orientado para o exterior	281	18,85	3,878	8	29
Não-alexitímico_TAS-20	145	43,25	5,653	28	51
Intermédio/Zona limite_TAS-20	82	55,99	2,274	52	60
Alexitímico_TAS-20	54	64,85	3,642	61	78
TAS-20_pontuação global	281	51,12	9,789	28	78

Tabela 7. Distribuição dos indivíduos nas categorias do TAS-20

	f	%
Não Alexitímico	145	51.6
Intermédio/Zona limite	82	29.2
Alexitímico	54	19.2
Total	281	100

Tabela 8.Dificuldades de Regulação Emocional (fatores e pontuação total) (EDRE)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
EDRE_F1_acesso limitado às estratégias de reg. emocional	281	16,09	5,918	8	36
EDRE_F2_ não-aceitação das respostas emocionais	281	12,97	5,391	6	30
EDRE_F3_falta de consciência emocional	281	14,55	3,976	6	27
EDRE_F4_dificuldades no controlo de impulsos	281	12,04	4,716	6	29
EDRE_F5_dificuldades em agir de acordo com os objetivos	281	14,44	4,418	5	25
EDRE_F6_falta de clareza emocional	281	10,38	3,259	5	19
EDRE_pontuação global	281	80,47	19,628	40	136

Tabela 9. Reconhecimento facial de emoções (NimStim) (% total e detalhe por emoção)

	N	% média de acertos	DP	Mínimo	Máximo
NimStim_% acertos Alegria	281	87,0869	16,02671	,00	100,00
NimStim_% acertos Tristeza	281	73,6655	19,11869	16,67	100,00
NimStim_% acertos Medo	281	56,0752	20,26484	,00	100,00
NimStim_% acertos Raiva	281	82,3250	14,43278	50,00	100,00
NimStim_% acertos Surpresa	281	90,8897	15,66132	20,00	100,00
NimStim_% total de acertos	281	77,1783	8,21842	51,61	100,00

Tabela 10. Reconhecimento paralinguístico de emoções (TRPE) (% total e detalhe por emoção)

	N	% média de acertos	DP	Mínimo	Máximo
TRPE_% de acertos Alegria	281	95,0178	10,37989	28,57	100,00
TRPE_% de acertos Tristeza	281	94,2044	11,50963	42,86	100,00
TRPE_% de acertos Medo	281	88,7544	15,81862	20,00	100,00
TRPE_%de acertos Raiva	281	96,7463	8,84856	14,29	100,00
TRPE_% de acertos Surpresa	281	83,0605	20,92230	,00	100,00
TRPE_% total de acertos	281	92,2856	7,93663	48,39	100,00

3.Estudo 1: A Vinculação no Adulto (EVA) tem um efeito preditor na Esquizotipia (QPE-P)

Tabela 11. Cálculo do *Coeficiente de correlação de Pearson* entre os fatores da Vinculação do Adulto (EVA) e Esquizotipia (pontuação global, fatores, sintomas *positivos/negativos*) (QPE-P)

	QPE-P total	QPE-P F1	QPE-P F2	QPE-P F3	QPE-P positive	QPE-P negativa
1. EVA Ansiedade (F1)	**,609****	**,474****	**,588****	**,446****	**,526****	**,512****
2. EVA Conforto c/ a proximidade (F2)	**-,371****	**-,128***	**-,535****	**-,193****	**-,171****	**-,558****
3. EVA Confiança nos outros (F3)	**-,402****	**-,298****	**-,440****	**-,271****	**-,327****	**-,371****

Nota: EVA = Escala de Vinculação do Adulto; QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica. *QPE-P total= Pontuação total;* QPE-PF1= *Cognitivo-percetivo*; QPE-P F2= *Interpessoal*; QPE-PF3= *Desorganização.*

*p< .05. **p< .01 (2-tailed).

Tabela 12. Cálculo do *Coeficiente de correlação de Pearson* para os fatores da Vinculação do Adulto (EVA) e a Esquizotipia (subtraços) (QPE-P)

	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9
	QPE-P	QPE-P	QPE-P	QPE-P	QPE-P	QPE-P	QPE-P	QPE-P	QPE-P
EVA (F1)	**,436****	**,487****	,104	**,299****	**,288****	**,371****	**,453****	**,377****	**,512****
EVA (F2)	-,064	**-,437****	,024	-,076	**-,148***	**-,503****	**-,177****	**-,445****	**-,247****
EVA (F3)	**-,188****	**-,238****	-,073	**-,189****	**-,214****	**-,365****	**-,243****	**-,340****	**-,413****

Nota: EVA=Escala de Vinculação do Adulto; EVA F1=Ansiedade; EVA F2=Conforto c/ a proximidade; EVA F3=Confiança nos outros QPE-P=Questionário da Personalidade Esquizotípica; (s1)Ideias de referência; (s2) QPE-P Ansiedade social excessiva; (s3) QPE-P Crenças bizarras/pensamento mágico; (s4) QPE-P Experiências percetivas incomuns; (s5) QPE-P Comportamento bizarro/excêntrico; (s6) QPE-P Ausência de amigos íntimos; (s7) QPE-P Discurso bizarro; (s8) QPE-P Afeto constrito; (s9) QPE-P. Desconfiança/ideação paranoide.*p< .05. **p< .01 (2-tailed).

Tabela 13. Análise do poder preditivo dos fatores da Vinculação do Adulto (EVA) na sintomatologia esquizotípica *positiva* (F1+F3) (QPE-P)

Variável	**B**	**Erro Padrão**	**β**
Passo 1			
Constante	14.526	0.960	
Género	0.737	1.124	.039
Passo 2			
Constante	6.090	4.659	
Género	0.274	0.957	.015
F1 Ansiedade EVA	5.125	0.593	.485**
F2 Conforto com a proximidade EVA	0.984	0.877	.063
F3 Confiança nos outros EVA	-2.592	0.894	-.165*

Nota: R^2=.002 para o passo 1 (*p*=.512); ΔR^2 =.299 para o Passo 2 (*p* <.001). **p* <.01; ***p* <.001.

Tabela 14. Análise do poder preditivo dos fatores da Vinculação do Adulto (EVA) na sintomatologia esquizotípica *negativa* (F1+F3) (QPE-P)

Variável	**B**	**Erro Padrão**	**β**
Passo 1			
Constante	8.211	0.586	
Género	0.619	0.687	.054
Passo 2			
Constante	19.590	2.562	
Género	-0.209	0.526	-.018
F1 Ansiedade EVA	2.177	0.326	.337*
F2 Conforto com a proximidade EVA	-3.885	0.482	-.409*
F3 Confiança nos outros EVA	-0.848	0.491	-.088

Nota: R^2 =.003 para o passo 1 (*p*= .368); ΔR^2 =.433 para o Passo 2 (*p*<.001). **p* <.001.

Tabela 15. Análise do poder preditivo dos estilos inseguros da Vinculação do Adulto (EVA) na sintomatologia esquizotípica *positiva* (F1+F3) (QPE-P)

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	14.526	0.960	
Género	0.737	1.124	.039
Passo 2			
Constante	12.285	0.908	
Género	0.300	1.025	.016
Seguro vs Preocupado EVA	8.113	1.205	.372 *
Seguro vs Desligado EVA	3.191	1.758	.101
Seguro vs Amedrontado EVA	8.811	1.532	.316 *

Nota: R^2 =.002 para o passo 1; ΔR^2 =.197 para o Passo 2 (*p* <.001). **p* <.001.

Tabela 16. Análise do poder preditivo dos estilos inseguros da Vinculação do Adulto (EVA) na sintomatologia esquizotípica *negativa* (F2 exceto subescala 9) (QPE-P)

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	8.211	0.586	
Género	0.619	0.687	.054
Passo 2			
Constante	6.914	0.540	
Género	0.099	0.610	.009
Seguro vs Preocupado_EVA	3.272	0.718	.245*
Seguro vs Desligado EVA	4.896	1.047	.252*
Seguro vs Amedrontado_EVA	7.297	0.912	.428*

Nota: R^2 = .003 para o Passo 1; ΔR^2 =.239 para o Passo 2 (*p*<.001). **p* < .001.

4. Estudo 2: As variáveis emocionais (Reconhecimento facial (NimStim) e paralinguístico (TRPE) de Emoções e as Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) têm um efeito preditor nos fenómenos esquizotípicos (QPE-P)

Tabela 17 Cálculo *do Coeficiente de Correlação de Pearson* entre a Esquizotipia (fatores e pontuação global) (QPE-P) e o Reconhecimento Facial de Emoções (NimStim)

	NimStim % acertos global	NimStim % acertos alegria	NimStim % acertos tristeza	NimStim % acertos medo	NimStim % acertos raiva	NimStim % acertos surpresa
1. QPE-P (F1) Cognitivo-Percetivo	-,074	-,095	-,038	-,034	-,027	,042
2. QPE-P (F2) Interpessoal	,010	-,027	,053	-,012	,028	-,016
3. QPE-P (F3) Desorganização	-,002	-,011	,008	,024	,011	-,057
6.QPE-P Pontuação total	-,008	-,047	,018	,004	,017	-,014

Nota: QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica; NimStim = NimStim Set of Facial Expressions. *p <.05. **p <.01 (2-tailed).

Tabela 18 Cálculo *do Coeficiente de Correlação de Pearson* entre a Esquizotipia (fatores e pontuação global) (QPE-P) e o Reconhecimento Paralinguístico de Emoções (TRPE)

	TRPE % acertos global	TRPE% acertos alegria	TRPE% acertos tristeza	TRPE% acertos medo	TRPE % acertos raiva	TRPE% acertos surpresa
1. QPE-P (F1) Cognitivo-Percetivo	-,029	-,021	,010	,024	,000	-,079
2. QPE-P (F2) Interpessoal	-,035	-,016	,005	-,006	,032	-,090
3. QPE-P (F3) Desorganização	-,058	-,012	-,007	-,029	-,024	-,087
6.QPE-P Pontuação total	-,042	-,017	,004	,004	,008	-,097

Nota: QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica; TRPE=Teste de Reconhecimento Paralinguístico das Emoções. *p <.05. **p <.01 (2-tailed).

Tabela 19. Cálculo do *Coeficiente de correlação r de Pearson* entre a Esquizotipia (fatores, sintomas *positivos/negativos,* pontuação total) (QPE-P) e as Dificuldades de Regulação Emocional (fatores e pontuação global) (EDRE)

	EDRE (F1)	EDRE (F2)	EDRE (F3)	EDRE (F4)	EDRE (F5)	EDRE (F6)	EDRE total
1. QPE-P (F1) Cognitivo-Percetivo	,304**	,288**	-,031	,310**	,259**	,261**	,341**
2. QPE-P (F2) Interpessoal	,488**	,431**	,252**	,343**	,373**	,468**	,561**
3. QPE-P (F3) Desorganização	,297**	,269**	,097	,307**	,170**	,354**	,354**
4. QPE-P Esquizotipia positiva	,342**	,319**	,016	,350**	,258**	,333**	,392**
5. QPE-P Esquizotipia negativa	,460**	,411**	,291**	,312**	,369**	,458**	,545**
6.QPE-P Pontuação total	,452**	,413**	,141*	,392**	,351**	,445**	,525**

Nota: QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica; EDRE= Escala das Dificuldades de Regulação Emocional. *p< .05. **p< .01 (2-tailed). EDRE(F1)=Acesso limitado às estratégias de reg.emocional; EDRE(F2)=Não-aceitação das respostas emocionais; EDRE(F3)=Falta de consciência emocional; EDRE(F4) Dificuldades no controlo de impulsos; EDRE (F5)=Dificuldades em agir de acordo com os objetivos; EDRE(F6) Falta de clareza emocional; EDRE total=Pontuação total.

Tabela 20. Cálculo do *Coeficiente de correlação r de Pearson* para a Esquizotipia (subtraços) (QPE-P) e as Dificuldades de Regulação Emocional (fatores e pontuação global) (EDRE)

	EDRE F1	EDRE F2	EDRE *F3*	EDRE F4	EDRE F5	EDRE F6	EDREtotal
1. Ideias de referência (s1) QPE-P	**.255****	**.243****	-.007	**.203****	**.210****	**.183****	**.269****
2. Ansiedade social excessiva (s2) QPE-P	**.427****	**.389****	**.198****	**.327****	**.405****	**.360****	**.505****
3. Crenças bizarras/pensamento mágico (s3) QPE-P	.072	.085	**-.140***	**.167****	**.132***	.080	.100
4. Experiências percetivas incomuns (s4) QPE-P	**.202****	**.210****	-.015	**.282****	**.195****	**.208****	**.262****
5. Comportamento bizarro/excêntrico (s5) QPE-P	**.151***	**.191****	.046	**.224****	.033	**.235****	**.208****
6. Ausência de amigos íntimos (s6) QPE-P	**.345****	**.302****	**.280****	**.231****	**.226****	**.354****	**.409****
7. Discurso bizarro (s7) QPE-P	**.335****	**.260****	.112	**.291****	**.234****	**.354****	**.376****
8.Afeto constrito (s8) QPE-P	**.342****	**.300****	**.256****	**.183****	**.235****	**.419****	**.404****
9. Desconfiança/ideação paranoide (s9) QPE-P	**.342****	**.292****	.049	**.268****	**.221****	**.288****	**.355****

Nota: QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica; EDRE= Escala das Dificuldades de Regulação Emocional. EDRE F1=Acesso limitado às estratégias de regulação emocional; EDRE F2= Não-aceitação das respostas emocionais; EDRE F3= Falta de consciência emocional; EDRE F4= Dificuldades no controlo de impulsos; EDRE F5= Dificuldades em agir de acordo com os objetivos; EDRE F6= Falta de clareza emocional; EDRE total= Pontuação total. *p<.05.; **p<.01 (2-tailed).

Tabela 21. Análise do poder preditivo das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), no F1 *Cognitivo-percetivo* da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género

Variável	**B**	**Erro Padrão**	**β**
Passo 1			
Constante	9.684	0.700	
Género	1.740	0.820	.126*
Passo 2			
Constante	3.687	1.750	
Género	1.202	0.776	.087
F2 Não-aceitação das respostas emocionais EDRE	0.178	0.081	.156*
F3 Falta de consciência emocional EDRE	- 0.186	0.092	-.120*
F4 Dificuldades no controlo de impulsos EDRE	0.256	0.095	.197**
F6 Falta de clareza emocional EDRE	0.283	0.129	.150*

Nota:R^2=.016 para o Passo 1 (p<.05); ΔR^2 =.170 para o passo 2 (p<.001). *p < .05, **p< .01.

Tabela 22. Análise do poder preditivo das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), no F2 *Interpessoal* da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	-2.650	1.609	
Género	1.149	0.846	.081
Passo 2			
Constante	-2.650	1.609	
Género	0.548	0.714	.039
F1 Acesso limitado às estratégias de reg. emocional EDRE	0.177	0.090	.166*
F2 Não-aceitação das respostas emocionais EDRE	0.199	0.075	.170**
F3 Falta de consciência emocional EDRE	0.170	0.084	.107*
F6 Falta de clareza emocional EDRE	0.441	0.119	.228***

Nota: R^2 = .007 para o Passo 1 (*p*=.176); ΔR^2 =.335 para o passo 2 (*p*<.001).

p*< .05, ***p*< .01,**p*< .001.

***Tabela 23. Análise* do poder preditivo das Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), no F3 *Desorganização* da Esquizotipia (QPE-P) com controlo para o género**

Variável	B	Erro Padrão	β
Passo 1			
Constante	4.842	0.379	
Género	-1.003	0.444	-.134*
Passo 2			
Constante	0.393	0.929	
Género	-1.158	0.412	-.155**
F4 Dificuldades no controlo de impulsos EDRE	0.150	0.050	.212**
F6 Falta de clareza emocional EDRE	0.273	0.069	.267***

Nota: R^2 = .018 para o Passo 1 (*p* <.05); ΔR^2 =.204 para o passo 2 (*p*<.001).

**p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001.

5. Estudo 3: A Alexitimia (TAS-20) relaciona-se com a Esquizotipia (QPE-P)

Tabela 24 Teste de normalidade entre as variáveis Classificação de Alexitimia (TAS-20) (vi) e Esquizotipia (pontuação total e fatores) (QPE-P) (vd's)

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	TAS Classificação	*D*	df	*p*	*D*	df	*p*
QPE F1 Cognitivo-perceptivo	Não Alexitímico	,122	145	,000	,941	145	,000
	Alexitímico	,120	54	,049	,980*	54	,481
QPE F2 Interpessoal	Não Alexitímico	,113	145	,000	,956	145	,000
	Alexitímico	,091*	54	,200*	,960*	54	,069
QPE F3 desorganização	Não Alexitímico	,180	145	,000	,890	145	,000
	Alexitímico	,150	54	,004	,956	54	,044
QPE Pontuação total	Não Alexitímico	,082	145	,018	,958	145	,000
	Alexitímico	,088*	54	,200*	,977*	54	,381

Nota: a. *Lilliefors Significance Correction*; **p* > 05; df = N

Tabela 25. Teste de normalidade entre as variáveis Classificação de Alexitimia (TAS-20) (vi) e Esquizotipia *positiva* e *negativa* (QPE-P) (vd's)

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	TAS Classificação	*D*	df	*p*	*D*	df	*p*
Esquizotipia positiva QPE	Não Alexitímico	,092	145	,005	,951	145	,000
	Intermédio	,101	82	,039	,967	82	,031
	Alexitímico	,080*	54	,200*	,987*	54	,831
Esquizotipia negativa QPE	Não Alexitímico	,123*	145	,000	,945	145	,000
	Intermédio	,069*	82	,200*	,978*	82	,178
	Alexitímico	,123	54	,042	,974*	54	**,296**

Nota: a. *Lilliefors Significance Correction*; **p* > 05; df = N

Tabela 26. Teste da normalidade entre as variáveis Classificação de Alexitimia (TAS-20) e subtraços de Esquizotipia (QPE-P)

		Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	TAS Classificação	*D*	Df	*p*	*D*	df	*p*
QPE_subescala 1_ ideias de referência	Não Alexitímico	,188	145	,000	,887	145	,000
	Alexitímico	,135	54	,016	,952	54	,031
QPE_subescala 2_ansiedade social excessiva	Não Alexitímico	,150	145	,000	,919	145	,000
	Alexitímico	,253	54	,000	,865	54	,000
QPE_subescala 3_crenças bizarras/pensamento mágico	Não Alexitímico	,185	145	,000	,903	145	,000
	Alexitímico	,185	54	,000	,921	54	,002
QPE_subescala 4_ experiências perceptivas incomuns	Não Alexitímico	,283	145	,000	,775	145	,000
	Alexitímico	,152	54	,003	,933	54	,005
QPE_subescala 5_comportamento bizarro/excêntrico	Não Alexitímico	,307	145	,000	,658	145	,000
	Alexitímico	,213	54	,000	,833	54	,000
QPE_subescala 6_ausência de amigos íntimos	Não Alexitímico	,173	145	,000	,898	145	,000
	Alexitímico	,130	54	,024	,960	54	,071
QPE_subescala 7_discurso bizarro	Não Alexitímico	,162	145	,000	,905	145	,000
	Alexitímico	,102*	54	,200*	,966	54	,129
QPE_subescala 8_afecto constrito	Não Alexitímico	,182	145	,000	,874	145	,000
	Alexitímico	,163	54	,001	,960	54	,069
QPE_subescala 9_desconfiança/ideação paranoide	Não Alexitímico	,171	145	,000	,931	145	,000
	Alexitímico	,123	54	,042	,951	54	,026

Nota: a. *Lilliefors Significance Correction*; **p* > 05; df = N

Tabela 27. Cálculo do *Coeficiente de correlação de Pearson* entre a Esquizotipia (pontuação global, fatores, sintomas *positivos/negativos*) (QPE-P) e a Alexitimia (pontuação global e fatores) (TAS-20)

	TAS-20 F1	TAS-20 F2	*TAS-20 F3*	TAS-20 total
2.QPE-P Cognitivo-Percetivo (F1)	**.486****	**.240****	.078	**.405****
3. QPE-P Interpessoal (F2)	**.493****	**.515****	**.211****	**.552****
4. QPE-P Desorganização (F3)	**.404****	**.307****	**.136***	**.400****
5. QPE-P Esquizotipia positiva (F1+F3)	**.519****	**.299****	.111	**.457****
6. QPE-P Esquizotipia negativa (F2 exceto s9)	**.428****	**.527****	**.223****	**.522****
QPE-P Pontuação Global	**.566****	**.450****	**.180****	**.563****

Nota: QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens. TAS-20(F1)= Dificuldade em identificar sentimentos; TAS-20 (F2)=Dificuldade em descrever sentimentos; TAS -20(F3)= Pensamento orientado para o exterior; TAS-20 total=Pontuação total. *p< .05. **p< .01 (2-tailed).

Tabela 28. Cálculo do *Coeficiente de correlação de Pearson* entre a Esquizotipia (subtraços) (QPE-P) e a Alexitimia (fatores e pontuação total) (TAS-20)

	TAS-20 F1	TAS-20 F2	*TAS-20 F3*	TAS-20 total
1. Ideias de referência (s1) QPE-P	**.411****	**.199****	**.131***	**.367****
2. Ansiedade social excessiva (s2) QPE-P	**.365****	**.289****	**.165****	**.382****
3. Crenças bizarras/pensamento mágico (s3) QPE-P	**.216****	.050	**-.131***	.096
4. Experiências percetivas incomuns (s4) QPE-P	**.354****	**.178****	.104	**.315****
5. Comportamento bizarro/excêntrico (s5) QPE-P	**.265****	**.190****	.060	**.247****
6. Ausência de amigos íntimos (s6) QPE-P	**.355****	**.506****	**.236****	**.476****
7. Discurso bizarro (s7) QPE-P	**.408****	**.319****	**.160****	**.416****
8.Afeto constrito (s8) QPE-P	**.330****	**.559****	**.159****	**.447****
9. Desconfiança/ideação paranoide (s9) QPE-P	**.434****	**.260****	.089	**.384****

Nota: QPE-P = Questionário da Personalidade Esquizotípica; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens. TAS-20(F1)= Dificuldade em identificar sentimentos; TAS-20(F2)= Dificuldade em descrever sentimentos; TAS -20(F3)= Pensamento orientado para o exterior; TAS-20 total=Pontuação total. *p<.05.; **p<.01 (2-tailed).