

ALEXITIMIA: CONCEITO, MEDIDA E TRATAMENTO

Berenice Victor Carneiro*

RESUMO

Alexitimia é um termo usado para designar “sem palavras para expressar emoções”. O termo tem sido usado para o diagnóstico de pacientes que apresentam acentuada dificuldade em expressar emoções e escassa habilidade para a fantasia. O conceito foi desenvolvido e inicialmente usado em psiquiatria, nos anos 70, em estreita ligação com as doenças psicossomáticas clássicas. Nas últimas três décadas grande ênfase tem sido dada ao desenvolvimento do conceito, da medida em alexitimia, e formas de tratamento da alexitimia. Existem vários instrumentos disponíveis na literatura, mas alguns têm pouca consistência interna. A TAS – Toronto Alexithymia Scales – foi validada para a população brasileira. Mais recentemente, novas pesquisas em alexitimia têm integrado perspectivas diferentes, como a psicologia cognitiva, psicofisiologia, neurobiologia, entre outras. Este artigo apresenta uma breve revisão da literatura sobre alexitimia ao longo dos anos e inclui informações sobre seu conceito, instrumentos, e formas de tratamento.

Palavras-chave: processamento da emoção, psicofisiologia, doenças psicossomáticas, avaliação, tratamento.

ABSTRACT

Alexithymia is a term meaning “no words to express emotions”. It has been used to identify patients who have marked difficulty in verbal expression of emotions and limited ability to use fantasy. The concept was developed and first applied in psychiatry in the 70's, and was linked with classic psychosomatic diseases. In the last three decades great effort has been placed in developing the concept and measurement of alexithymia, as well as the means of treatment. Several instruments are available in the literature, but some lack internal consistency. One instrument – TAS -Toronto Alexithymia Scales- has been validated to the Brazilian population. Recently, new trends in research have integrated diverse perspectives including cognitive psychology, psychophysiology, and neurobiology, among others. This article presents a brief review of the literature in alexithymia in the last three decades and includes information about it's concept, measurement and means of treatment.

Key words: emotional processing, psychophysiology, psychosomatic diseases, measurement, treatment.

A etiologia do termo “alexitimia” vem do grego onde o prefixo **a** corresponde a *privativo*, **lexis** a *palavra*, e **thymos** a *humor* (YOSHIDA, 2000). O conceito de alexitimia, como sugerido por Sifneos no início da década de 70, tem se mantido relativamente inalterado ao longo dos vários anos de pesquisa.

De acordo com a descrição clássica (LANE, 2000), segundo Nemiah e Sifneos

* Psicóloga e Psicopedagoga. Doutoranda em Psicologia (PUC-Campinas). Mestre em Ciências Sociais (Universidade da Califórnia - Irvine, EUA). Professora de Psicologia na Faculdade de Educação, e nos cursos de Especialização em Psicopedagogia e Educação Infantil no Centro Universitário Padre Anchieta - UniAnchieta, Jundiaí, SP.

(1970), o indivíduo alexitímico tem dificuldades em identificar e descrever sentimentos subjetivos; b) dificuldades em fazer distinção entre emoções e sensações físicas que acompanham estimulação emocional; c) escassez de sonhos, capacidade de simbolizar ou fazer relação entre afeto e fantasia; d) pensamento voltado para eventos externos e triviais; e) pouca capacidade de introspecção e lembrança pobre dos sonhos (TAYLOR, 1994, apud MANN, et al., 1995).

A literatura atual sobre alexitimia é bastante extensa, mas revela resultados incoerentes e contraditórios. As dificuldades encontradas variam desde problemas na definição e operacionalização do construto, estudos empíricos a partir de amostras algumas vezes inadequadas, e instrumentos que apresentam baixos coeficientes de fidedignidade e validade.

Apesar do transtorno alexitimia ainda não aparecer nas classificações psiquiátricas (FERNÁNDEZ, 1999), tem-se demonstrado seu valor heurístico, visto as inúmeras pesquisas buscando explorar o papel da personalidade e emoções na patogênese de certas enfermidades e doenças somáticas (TAYLOR, 2000).

Antes da introdução do conceito de alexitimia descrito por Nemiah e Sifneos, um grupo de pesquisadores europeus supunha que estes pacientes utilizavam mecanismos de defesa de *negação* ou *repressão* para emoções.

A corrente européia acrescenta ainda que estes pacientes apresentam um investimento intenso na realidade externa e um pensamento pouco voltado para experiências internas, o que caracteriza a forma de "pensamento operatório" sugerida por Marty e M'Uzan em 1963 (SILVA; CALDEIRA, 1992; SCHWARTZ, 1997).

Para Sifneos, no entanto, a dificuldade esta relacionada a um defeito, uma ausência total ou parcial da capacidade de ter consciência dos sentimentos ou da vida interior (LANE, 2000; SILVA; CALDEIRA, 1992). Para Sifneos, a alexitimia está presente em muitos pacientes psicossomáticos que definem as emoções em termos de sensações somáticas ou reações comportamentais, em vez de relacioná-las a pensamentos (YOSHIDA, 2000; LANE, 2000).

Os conceitos de alexitimia e pensamento operatório, relativos às doenças psicossomáticas, foram desenvolvidos tanto pela escola americana quanto pela européia, e atualmente são largamente usados pelos estudiosos do problema (SILVA; CALDEIRA, 1992). Segundo a visão dos psiquiatras e psicanalistas franceses, os portadores de pensamento operatório têm um mundo interno pobre e investem de forma intensa na realidade externa, da qual passam a ser dependentes. Quando sofrem problemas de ordem existencial, intensificam ainda mais seus esforços no trabalho (respostas físicas), para que este ocupe lugar das representações ou percepções carregadas de afeto (SILVA; CALDEIRA, 1992).

A incapacidade de rotular e expressar afeto, combinada à tendência para dar respostas físicas aos estímulos, levam a uma inibição no processo de enfrentamento do stress e conseqüente predisposição a transtornos mentais específicos como os de ordem psicossomática (MORRISON; PIHL, 1989). Apesar de muitos estudos buscarem verificar a relação entre alexitimia e doen-

ças psicossomáticas, as evidências atuais acumuladas sugerem que “a alexitimia pode ocorrer tanto em populações clínicas quanto não clínicas (SIFNEOS, 1988) não estando necessariamente vinculada a distúrbios mentais específicos” (YOSHIDA, 2000: 59).

A noção de alexitimia como primária e secundária também é mais característica dos pesquisadores europeus. A *primária* é usada para denominar a forma hereditária do transtorno, um defeito estrutural neuro-anatômico ou uma deficiência neurobiológica, que implica em interrupção da comunicação entre o sistema límbico e o neocortex (FERNÁNDEZ, 1999). Neste caso, Campbell (1996, apud YOSHIDA, 2000) sugere que a alexitimia seria um traço de personalidade. Este traço poderia ser evidenciado pela “dificuldade em identificar o próprio estado emocional” (YOSHIDA, 2000:01).

A noção de alexitimia como *secundária* se origina de situações traumáticas ocorridas em períodos críticos do desenvolvimento, ou por traumas massivos na idade adulta, como passar por experiências de guerra, ter vivido em campos de concentração, ser vítima de seqüestros, usar drogas, etc. (SILVA; CALDEIRA, 1992). Kristal (1973, apud SILVA; CALDEIRA, 1992; LESSER, 1981) explica que no primeiro caso, situações traumáticas infantis, excesso de afetos não neutralizados ou amortecidos pela ajuda materna, levariam a uma paralisação do desenvolvimento afetivo normal. Já nos traumas massivos, para o adulto, o stress levaria à regressão da função afetiva. Campbell (1996, apud YOSHIDA, 2000) acrescenta ainda que, nestes últimos, a alexitimia poderia ser uma forma de defesa contra a depressão e/ou dor.

Taylor (2000) publicou uma revisão dos estudos e pesquisas experimentais recentes sobre alexitimia em relação à medicina psicossomática. O autor salienta que a alexitimia, enquanto construto, é constituída de um conjunto de características afetivas e cognitivas que refletem déficits no processamento cognitivo e no ajustamento das emoções. Em um dos estudos, segundo Taylor e Bagby (2004), indivíduos alexitímicos expostos a uma situação emocional mostraram demora em decidir qual palavra, dentro da categoria emoção, poderia denominar a emoção desencadeada após exposição à situação. Segundo estes autores, a demora em encontrar uma palavra para expressar a emoção evidencia o fato de que os esquemas relacionados a emoção não se encontram bem integrados na alexitimia. Taylor (2000) acrescenta ainda que estudos recentes associam alexitimia a estilos mal-adaptativos de ajustamento emocional, baixa inteligência emocional, déficits na comunicação inter-hemisférica, diminuição na densidade de movimentos REM -relação entre o número de movimentos rápidos e períodos REM, e inibição da atividade do sistema caloso (BUCHANAN et al., 1980).

Teóricos que analisam a relação entre stress, alexitimia e doenças psicossomáticas enfatizam que o stress desencadeia no indivíduo reações fisiológicas, através da ativação do sistema nervoso simpático (ROEDEMA; SIMONS, 1999). Segundo esses teóricos, quando as emoções são externadas, há uma

atenuação da ativação simpática. Ao contrário, quando há um déficit em comunicar ou expressar as emoções (como na alexitimia), há uma intensificação das reações fisiológicas (ativação do sistema simpático). Isto poderia hipoteticamente levar a uma atividade prolongada ou excessiva de órgãos ativados pelo sistema nervoso simpático, o que, como resultado, levaria à degeneração de tecidos e conseqüente doença somática. Sifneos et al. (1977) explicam que em situação de intenso stress ou potencialmente perigosa, o paciente alexitímico se sente frustrado e tenso, não conseguindo encontrar dentro de si fantasias ou palavras para lidar com a situação de desamparo. Frente à possibilidade de ter que fugir, desistindo da situação, o paciente opta por agir de forma impulsiva e irrefletida. Enquanto tudo isso ocorre na esfera psicológica, em nível fisiológico os sistemas endócrino e simpático são intensamente ativados. Havendo defeitos estruturais, sejam de ordem genética ou não, a superestimulação destes sistemas provocará lesões específicas em órgãos periféricos envolvidos, e em conseqüência surgem as doenças somáticas.

Esta relação entre ativação de órgãos inervados pelo sistema simpático em situação de stress e alexitimia não foi confirmada em vários estudos, nos quais, ao contrário do esperado, alexitímicos não apresentaram déficits ou alterações significativas em reações fisiológicas relacionadas ao stress (ROEDEMA; SIMONS, 1999). Outros estudos (LANE, 2000), no entanto, contestam a hipótese acima e sugerem que o fracasso em observar ativação do sistema nervoso autônomo frente a situações eliciadoras de emoção, deve-se em parte à ineficácia do método em induzir emoção, devido à existência do déficit exteroceptivo, o que impossibilita detectar os sinais relativos à emoção. Lane e colaboradores (1997, apud TAYLOR; BAGBY, 2004) levantaram uma hipótese de que a alexitimia está relacionada a um déficit na atividade do córtex cingulado anterior direito, área envolvida na habilidade de perceber o próprio estado mental e emocional, assim como o estado mental e emocional dos outros. Esta hipótese foi comprovada, segundo Taylor e Bagby (2004), por um estudo francês que usou o exame funcional de ressonância magnética para medir a atividade cerebral durante a apresentação de figuras com conteúdo emocional.

Um estudo realizado por Roedema e Simons (1999) buscou mensurar reações fisiológicas emocionais específicas, como alterações de músculos específicos na face esquerda, necessários para sorrir e franzir sobrancelhas, alterações no ritmo cardíaco, e respostas de condução da pele, frente à exposição a *slides* coloridos (IAPS – *International Affective Picture System*). Estas reações fisiológicas foram comparadas em uma lista de palavras (SAM - *Self-Assessment Manikin*) associadas pelos sujeitos às emoções experienciadas durante os seis segundos de apresentação de cada *slide*. No estudo, os alexitímicos evidenciaram respostas características relacionadas a afeto diferentemente do grupo controle. Mais especificamente, os alexitímicos produziram déficits fisiológicos congruentes com seus auto-relatos, os quais eram indicativos de sentir

menos emoções que o grupo controle. Os autores concluem que os alexitímicos possuem déficits não apenas na habilidade de descrever emoções como também de experienciá-las.

Dentre as características do alexitímico, encontradas na literatura, estão:

- Alto grau de conformismo social - comportamento rígido e sujeito às regras convencionais (FERNÁNDEZ, 1999).
- Manifestação dos conflitos através de conduta impulsiva e irreflexiva, sem que haja por parte do sujeito relação com as emoções subjacentes (FERNÁNDEZ, 1999).
- Tendência à timidez e a estabelecer relações inter-pessoais estereotipadas, seja de dependência ou de isolamento (FERNÁNDEZ, 1999).
- Habilidade limitada de empatia (MANN et al., 1995).
- Expressões faciais rígidas desprovidas de expressão de sentimentos (MANN et al., 1995).

Na tentativa de verificação empírica, Fernández (1999) cita vários estudos que vêm buscando correlação entre alexitimia e alguns transtornos somáticos e mentais, entre eles estão trabalhos realizados no Japão por Fukunishi e colaboradores (apud FERNANDEZ, 1999) com pacientes com infarto de miocárdio e influência da utilização de mecanismos de enfrentamento como negação. Na Noruega, Norby e colaboradores (apud FERNANDEZ, 1999) encontraram maior nível de alexitimia entre mulheres hipertensas de 40 anos de idade do que em mulheres normotensas. Na Índia, Fernández, Sriram e colaboradores (apud FERNANDEZ, 1999) observaram que em um grupo de pacientes com artrite reumatóide a incidência de alexitimia é 27.5% maior que no grupo controle. Os estudos de Smith e colaboradores, na Suíça, Porcelli e colaboradores (apud FERNANDEZ, 1999), na Itália, e Hartmann (apud FERNANDEZ, 1999), na Alemanha, indicam maiores índices de alexitimia em pacientes com enfermidades inflamatórias intestinais (colite ulcerativa e doença de Crohn) que grupos controle. Outros estudos, segundo Fernandez (1999), também evidenciaram a presença de alexitimia e doenças somáticas em mulheres com transtorno pré-menstrual, pacientes queimados com stress crônico.

A literatura indica a mensuração da alexitimia a partir de diferentes questionários e escalas de auto-avaliação, que segundo Yoshida (2000) possuem pesquisas empíricas demonstrando as características psicométricas, além de suas vantagens e limitações. Entre eles estão: BIQ (*Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire*); *Alexithymia Provoked Response Questionnaire*; MMPI-A (*MMPI - Alexithymia*); SSPS (*Schalling-Sifneos Personality Scale*); e TAS (*Toronto Alexithymia Scales*).

Alguns instrumentos baseados em auto-relato, como MMPI-A, SSPS e BIQ, têm sido criticados por seus baixos coeficientes de fidedignidade e validade (HAVILAND et al., 1988). Taylor e Bagby (2004) indicam que novos instrumentos de avaliação têm buscado melhorar a qualidade, empregando multimétodos e não

apenas o auto-relato. Versões modificadas do BIQ, assim como o OAS (Observer Alexithymia Scale), incluem, por exemplo, um conjunto de variáveis do Rorschach.

Dentre os vários instrumentos usados para avaliar a alexitimia, aquele que na literatura parece ter maior consistência com o conceito de alexitimia é a TAS (HAVILAND et al., 1988; MORRISON; PIHL, 1989; YOSHIDA, 2000, TAYLOR; BAGBY, 2004). Segundo Yoshida (2000), a versão original da TAS evidenciou consistência interna e boa precisão de teste-reteste. As versões modificadas da TAS para o finlandês (KAUHAREN; JULKUNEN; SALONEN, 1991, apud YOSHIDA, 2000), e espanhol (RODRIGO; LUSIARDO; NORMEV, 1989, apud YOSHIDA, 2000) demonstraram possuir estabilidade e validade de acordo com Yoshida (2000).

A validação da TAS para a população brasileira foi feita com sucesso por Yoshida (2000). Para isso foi aplicada em população de 581 estudantes universitários, assim como o estudo feito por Rodrigo, Lusiardo e Normey (1989, apud YOSHIDA, 2000) para validação da TAS em espanhol, no Uruguai. Yoshida (2000) aponta como vantagens de se utilizar o estudo uruguaio, por já haver se mostrado congruente com a versão inglesa, além da proximidade à cultura brasileira.

A TAS - Escala de Alexitimia de Toronto é uma escala com 26 itens, do tipo Likert, auto-relato, de cinco pontos (ordem crescente, sendo que 1 corresponde a discordo inteiramente e 5, concordo plenamente). O escore mínimo é de 26 pontos e máximo de 130 pontos. É considerado alexitímico o indivíduo que obtém um escore igual ou superior a 74. A escala mede quatro fatores indicativos de alexitimia, sendo eles (YOSHIDA, 2000): 1) habilidade de identificar e descrever sentimentos, e distingui-los de sensações corporais; 2) sonhar acordado; 3) priorizar fatores externos em detrimento de internos; 4) habilidade em comunicar sentimentos a outras pessoas.

Quanto ao tratamento de pacientes alexitímicos, segundo Yoshida (2000), os pacientes alexitímicos foram considerados por Sifneos em 1972 como inaptos à psicoterapia de modo geral, principalmente às psicoterapias breves geradoras de ansiedade. A dificuldade em comunicar seus sentimentos e emoções, capacidade diminuída de insight e dificuldade em relacionar conflitos psicológicos a sintomas físicos fazem com que psicoterapias provocadoras de ansiedade sejam contra-indicadas (LESSER, 1981). Além disto, o terapeuta se vê forçado a prover explicações pelo paciente, para seus "prováveis" sentimentos, emoções e conflitos (YOSHIDA, 2000).

No entanto, Taylor e Bagby enfatizam que existem poucas pesquisas empíricas que investigam os resultados da alexitimia em psicoterapia. Segundo estes autores alguns estudos comprovam a maior eficácia das psicoterapias dinâmicas - baseadas na interpretação - para o tratamento de pacientes com baixo grau de alexitimia, assim como para aqueles que possuem uma orientação psicológica (com habilidade para perceber relações entre pensamentos, sentimentos e ações com a finalidade de entender as causas de comportamentos e experiências). Estes autores explicam ainda que apesar de existirem pesquisas que demons-

tram a correlação negativa entre alexitimia e mente com orientação psicológica, o que dá suporte à conclusão de que pacientes altamente alexitímicos não se beneficiariam de psicoterapias de base analítica, é possível que estes pacientes “sejam complacentes e responsivos à psicoterapia de suporte” (2004:74).

A literatura sugere que o tratamento da alexitimia deve envolver métodos não verbais, terapia em grupo, treino através de biofeedback, uso de movimentos com o corpo, e hipnose para aliviar os sintomas (LESSER, 1981). Quanto às terapias de grupo, Beresnevaite (2000, apud TAYLOR; BAGBY, 2004) sugere que a modificação de técnicas psicoterápicas em *settings* grupais podem alterar as características da alexitimia, especialmente por enfocarem a consciência afetiva e atividade imaginativa. Outros estudos ressaltam o valor de métodos educativos, pelos quais pacientes são ensinados sobre a natureza de seu déficit.

A aprendizagem também pode ser útil quando o paciente é levado a identificar emoções nos outros, distinguindo entre presença e ausência de emoções positivas e negativas (LANE, 2000). Estudos recentes indicam que a possibilidade de haver resistência em explorar emoções negativas pode ser superada aos poucos, à medida que o paciente vivencia os benefícios da consciência das emoções positivas (LANE, 2000).

Taylor e Bagby (2004) concluem que são muitas as oportunidades de estudos para avaliar a eficácia da psicoterapia no tratamento da alexitimia, sendo portanto necessárias mais pesquisas, nas quais clínicos e pesquisadores continuem a planejar e avaliar técnicas psicoterápicas para modificar a alexitimia.

Durante os últimos trinta anos as pesquisas em alexitimia avançaram consideravelmente, partindo desde estudos focalizando a validação de instrumentos até pesquisas experimentais e interdisciplinares (por ex., psicologia cognitiva e psicofisiologia) envolvendo vários aspectos do processamento da emoção. No entanto, como enfatizado acima, muito ainda precisa ser feito na área da pesquisa para aumentar a compreensão sobre a alexitimia como construto teórico, medida e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUCHANAN, D.C.; WATERHOUSE, G.J.; WEST JR., S.C. (1980). A proposed neurophysiological basis of Alexitimia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 34: 248-255.

FERNÁNDEZ, V.M. (1999). Alexitimia. *Elementos*. v.6. nº 35. Jul-Set.

HAVILAND, M.G. et al. (1988). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 50:81-87.

HOGAN, C.C. (1997). Ther psychoanalytic treatment of patients with inflammatory bowel disease. *The Psychoanalytic Approach to Psychosomatics and Eating Disorders*. Discussion by Marilia Aisenstein [\(http://www.cyberpsych.org\)](http://www.cyberpsych.org).(11/12/97). Recuperado em 01/11/2004.

LANE, R.D. et al. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and repressive coping style. *Psychosomatic Medicine*. nº 62. pp 492-501.

LESSER, I.M. (1981). A Review of the Alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*. v.43. nº 6. pp 531-541.

MANN, L.S. et al. (1995). Alexithymia, affect recognition, and live factors of personality in substance abusers. *Perceptual Motor Skills*. 81:35-40.

MORRISON, S.L.; PIHL, R.O. (1989). Psychometrics of the Schalling-Sifneos and Toronto Alexithymia Scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 51:83-90.

ROEDEMA, T.M.; SIMONS, R.F. (1999). Emotion-processing déficit in alexitimia. *Psychophysiology*. 36:379-387.

SIFNEOS, P.E. et al. (1977). The phenomenon of Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 28:47-57.

SILVA, A.F.R. da; CALDEIRA, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. In: MELLO FILHO, Julio de. *Psicossomática Hoje*. São Paulo: Artmed. pp 113-118.

TAYLOR, G.J.(2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*. v.45. nº 2 pp 134-1342. <http://www.nootropics.com/social-intelligence/alexithymia.com>. Recuperado em 8/7/2004.

TAYLOR, G.J.; BAGBY, R.M. (2004). New trends in alexithymia reasearch. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 73:68-77.

YOSHIDA, E.M.P.(2000). Toronto Alexithymia Scales precisão e validade da versão em português. *Psicologia; teoria e prática*. S.P.: Ed. Mackenzie. v.2. nº 1. pp 59-73.