

Alexitimia¹

Natália Fernandes*, Rosa Tomé**

Resumo

A alexitimia (sem palavras para as emoções) é um conceito introduzido por Sifneos em 1967 e pode ser descrito como um distúrbio cognitivo e afectivo caracterizado pela dificuldade em diferenciar os sentimentos e expressá-los em palavras.

Foi inicialmente descrita em doentes psicossomáticos, mas actualmente sabe-se que não é exclusiva destes doentes apresentando características alexitímicas em inúmeras patologias. São numerosos os estudos sobre este conceito continuando a existir múltiplas questões sem resposta.

Os autores, num trabalho de revisão bibliográfica, revêem o conceito, a etiologia e as manifestações clínicas. Fazem também referência aos instrumentos de avaliação da alexitimia e algumas considerações sobre a abordagem terapêutica.

Palavras-chave: Alexitimia; Psicossomática; Terapêutica.

INTRODUÇÃO

Alexitimia, do grego, "a": sem, "lexis": palavra, "thymus": ânimo ou emoção, o que quer dizer – sem palavras para as emoções, é um conceito introduzido por Sifneos em 1967 na sequência de estudos feitos com doentes psicossomáticos⁽¹⁾.

Já em 1948 aparece publicado um estudo fazendo referência à ocorrência de uma perturbação na expressão verbal e simbólica em doentes psicossomáticos⁽²⁾. Outros autores, na mesma época, falam de doentes com aparente incapacidade intelectual para verbalizar sentimentos, doentes que não conseguem descrever as suas emoções e doentes inadequados para psicoterapia por dificuldade em descrever sentimentos⁽³⁻⁵⁾.

Posteriormente, em 1963, Marty e De M'Uzan⁽⁶⁾ descrevem uma forma de pensamento – pensamento operativo – aquando do estudo das características cognitivas e da qualidade da relação manifestadas pelos doentes psicossomáticos em entrevistas psicodinâmicas.

Em 1970, Nemiah e Sifneos^(7,8), numa tentativa de melhor compreensão das doenças psicossomáticas, verificam a existência de doentes "com marcada dificuldade em expressar verbalmente ou em descrever os seus sentimentos". Outros autores, como

* Interna Complementar de Psiquiatria. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital de São Marcos – Braga

** Interna Complementar de Psiquiatria. Hospital Magalhães Lemos – Porto.

¹ Trabalho efectuado durante a realização da valência de Internamento no Serviço Porto, do Hospital Magalhães Lemos

Krystal e Rashin descrevem características alexitimicas em doentes vítimas do Holocausto, com severos estados pós-traumáticos e em doentes com comportamentos aditivos⁽⁹⁾.

Embora inicialmente a alexitimia tenha sido descrita no domínio das doenças psicossomáticas^(10,11) e vários estudos tenham confirmado a sua elevada prevalência nas doenças somáticas – doenças cardiovasculares, distúrbios respiratórios, dores crónicas, distúrbios gastrointestinais, artrite reumatóide, doenças dermatológicas, etc. – a sua presença também foi observada nos distúrbios somatoformes e em distúrbios psíquicos, onde parece estar particularmente ligada à depressão, ansiedade, comportamentos aditivos e distúrbios alimentares⁽¹⁰⁻¹⁶⁾. Características alexitimicas também podem ser observadas na população dita normal⁽¹²⁾.

TEORIAS EXPLICATIVAS

A alexitimia tem suscitado a elaboração de vários modelos explicativos nomeadamente, genéticos, neurofisiológicos, psicodinâmicos, socioculturais e cognitivo-comportamentais.

Em 1970, Nemiah e Sifneos, postulam três modelos explicativos diferentes – psicodinâmico, cognitivo-comportamental e neurofisiológico⁽¹⁷⁾. Posteriormente, vários estudos foram feitos no sentido de clarificar a etiologia do fenómeno alexitimia⁽¹⁸⁻²¹⁾.

1. Teoria genética

Num estudo realizado com gémeos em 1978, Heiberg⁽¹⁾ tentou encontrar uma influência genética para o traço alexitimico não tendo sido este trabalho conclusivo.

von Rad⁽¹⁸⁾ chama a atenção para o modelo genético não explicar em que circunstâncias aparecem as manifestações clínicas.

2. Teoria neurofisiológica

A teoria neurofisiológica centra-se em dois modelos diferentes – um modelo "transversal" e um modelo "vertical"⁽¹⁰⁾.

O modelo "vertical" baseia-se numa deficiente transmissão de informação entre o sistema límbico e o neocórtex – uma hipofunção do hemisfério direito. Nemiah^(22,23) é o primeiro a propôr uma explicação da alexitimia baseada neste conceito: "existiria uma falha de conexões entre o sistema límbico (emoções) e neocortex (representação)". Outros autores compartilham desta opinião; Flannery⁽²⁴⁾ num estudo sobre a modulação da experiência e expressão da emoção da dor em alexitimicos, verificou a existência de uma alteração farmacocinética no sistema límbico (nos receptores para substâncias "morphine-like"). Snyder⁽²⁵⁾ defende a hipótese do "doente alexitimico" apresentar comportamentos aditivos devido ao facto de não estar adito às suas próprias substâncias "morphine-like". Sifneos⁽⁸⁾ reforça a hipótese de um défice neurológico, partindo do

próprio conceito de afecto. Assim, a área anatómica das emoções estaria situada no sistema límbico, responsável pelas "emoções viscerais", sendo o neocórtex fundamental para o desenvolvimento de cognições; se houver uma interrupção na transmissão entre o sistema límbico e o neocórtex, os indivíduos não experimentam pensamentos apropriados às emoções.

O modelo "transversal" apoia-se na predominância de um hemisfério cerebral e na transferência de informação entre eles^(10,12). Este modelo de especialização hemisférica partiu de trabalhos realizados com doentes comissurectomizados. Hope^(26,27) verificou a existência de um elevado grau de características alexitímicas em doentes sujeitos a comissurectomia por epilepsia e defende mesmo a existência nos doentes psicossomáticos alexitímicos de "uma comissurectomia funcional", mecanismo de defesa em que a percepção emocional do hemisfério direito é negada pelo hemisfério esquerdo. Outros autores, como Bogen e Bogen⁽²⁸⁾ e Kaplan e Wogan⁽²⁹⁾, em estudos experimentais verificaram que os sujeitos com características alexitímicas exibem somente comportamentos dominados pelo hemisfério esquerdo (insuficiente compreensão não verbal do hemisfério direito, possível perda de linguagem interna por mecanismo inibitório do hemisfério esquerdo, inibição da expressão verbal por um processo inter-hemisférico). Shipko⁽³⁰⁻³²⁾ e Buchanan⁽¹⁷⁾ defendem a existência de uma desconexão funcional entre os dois hemisférios como causa de doen-

ça psicossomática. Vários outros autores realizaram estudos que vão de encontro a esta hipótese^(18,33,34).

Técnicas de imagem, tais como tomografia axial computadorizada, ressonância magnética nuclear cerebral, tomografia com emissão de positrões, estudos do sono, etc., poderão vir no futuro a esclarecer e confirmar este modelo^(24,35-37).

3. Teoria psicodinâmica

Os psicanalistas partem do pressuposto que a doença psicossomática é a consequência dos conflitos não resolvidos através da expressão e resolução verbal. Vários autores propuseram teorias para a doença psicossomática⁽¹⁸⁾.

As concepções psicanalíticas da alexitimia são representadas pelos trabalhos de Krystal, McDougall, Graham e Marty, Freyberger, Benedetti, etc.

As suas principais características, com problemáticas diferentes, são de colocar a alexitimia em relação com distúrbios precoces do desenvolvimento afectivo, condicionando o funcionamento psíquico, no qual o corpo não é reconhecido como seu pelo sujeito e as emoções representam um perigo ao equilíbrio do Eu⁽¹⁰⁾.

Marty e De M'uzan falam do "pensamento operatório" como resultante do défice do Eu, consequente a perturbações precoces da relação mãe-filho, o que impede o desenvolvimento emocional⁽³⁸⁾.

Freyberger considera existir uma relação entre a alexitimia e uma per-

turbação evolutiva – perda de objecto dando lugar a um trauma narcísico e depressivo⁽¹⁸⁾.

McDougall⁽³⁹⁾ propõe uma patologia pré-neurótica com o predomínio de mecanismos de clivagem e de identificação projectiva, sendo a alexitimia uma defesa contra a ansiedade. Nos alexitímicos, crianças "não verbais", o acontecimento de perturbações da relação nos primeiros anos de vida, vai originar um fracasso na introjecção do objecto materno solícito e do investimento libidinal no próprio corpo, havendo uma clivagem da "representação-palavra" (representação-afecto) com o esvaziamento da representação e do afecto da vida mental.

Quando ao pouco investimento libidinal (em parte do corpo ou na totalidade) se associa uma estrutura alexitímica, o sujeito perante um conflito expulsa da consciência as emoções, alterando o funcionamento somático. Aparece um funcionamento mental "supressão de afecto para fora da psique não ficando sinal nem da representação, nem do afecto"⁽⁴⁰⁾.

A aparente acomodação destes indivíduos tem como função protegê-los de perigos internos ou externos. A alexitimia resultaria de uma barreira defensiva contra: ansiedades psicóticas (medo de fragmentação físico-mental, perda de identidade, perigo de comportamentos explosivos), perturbações em relação à imagem narcísica do Eu e formação patológica do Ideal do Eu⁽⁴⁰⁾.

von Rad defende que o processo de dessomatização ficou incompleto

ou não ocorreu nestes indivíduos⁽⁴¹⁾.

Benedetti⁽¹⁸⁾, nos seus trabalhos psicoterapêuticos com doentes psicossomáticos, verificou existir nestes sujeitos uma clivagem das boas e más imagens dos objectos. Os sintomas psicossomáticos seriam tanto uma tentativa de reparação narcísica como uma expulsão da parte má do objecto pela parte somática.

Krystal⁽⁴²⁾ considera a alexitimia como sendo o resultado de uma interrupção do desenvolvimento afectivo após um trauma psíquico na infância, ou então uma regressão na expressão dos afectos, na sequência de acontecimentos traumáticos na vida adulta, envolvendo o funcionamento afectivo e cognitivo. A alexitimia seria assim uma regressão ou paragem no desenvolvimento afectivo e cognitivo.

4. Teoria cognitivo-comportamental

Mais do que uma teoria, a hipótese colocada por Martin e Phil⁽⁴³⁾, hipótese *stress* – alexitimia, é mais uma tentativa de explicar a relação entre manifestações alexitímicas e a existência de situações desencadeadoras de *stress*. Para estes autores, perante uma situação de *stress*, o indivíduo com características alexitímicas vai responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada; isto devido à falta do conhecimento emocional, à incapacidade de expressarem emoções e à tendência para usarem a acção de uma forma primária. Isto leva a que o componente fisiológico da resposta à si-

tuação desencadeadora de *stress* se manifeste de forma exacerbada, levando ao aparecimento de sintomas somáticos. A incapacidade dos alexitímicos em reconhecer uma situação desencadeadora de *stress* vai proporcionar a exposição mais frequente a estas situações. Existiria então uma dissociação entre resposta subjectiva e fisiológica⁽⁴⁴⁾.

Em 1987, Lane e Schwartz⁽⁴⁵⁾ apresentaram um modelo explicativo baseado na importância dos aspectos cognitivos na estruturação do mundo interno. Defendem um modelo com vários níveis de estruturação da experiência emocional, no qual a emoção é experimentada desde um estado somático a um estado somatopsíquico ou a um estado psíquico, passando por graus crescentes de diferenciação e integração. Seguindo este modelo, os indivíduos com características alexitímicas mostram que a emoção é vivida a um nível de indiferenciação, como sensação somática e têm tendência à acção, não experimentando estes indivíduos a emoção como um estado de sentimentos conscientes. Lane e Schwartz concluem que "a natureza indiferenciada da experiência emocional autopropetua-se na medida em que o indivíduo alexitímico evita reflectir sobre ela".

Shipko^(30,31) defende que quando o doente tem que enfrentar uma potencial situação de perigo, na qual necessita de ter consciência dos seus sentimentos, reage usando partes da forma do pensamento operativo. Se o uso deste tipo de pensamento for ine-

ficaz, a tensão sobe "em escalada", originando mecanismos de "coping" cada vez mais ineficazes. Estabelece-se desta forma, um ciclo vicioso levando o sujeito alexitímico a retirar-se da situação ou a reagir impulsivamente – "actingout".

5. Teoria socio-cultural

Vários estudos têm procurado estabelecer relações entre características alexitímicas e o meio sócio-cultural de onde o indivíduo provém⁽²¹⁾. Foi sugerido que as culturas que não valorizam ou não ensinam a introspecção e expressão emocional favorecem a alexitimia^(46,47).

Borens e col.⁽¹⁸⁾ verificaram maior frequência de características alexitímicas em doentes de baixo nível sócioeconómico. Os mesmos autores referem noutro estudo que os indivíduos de classe sócioeconómica baixa com pouca instrução apresentam mais manifestações alexitímicas, comparando com os que provêm de classes sócio-económicas elevadas e mais instruídos. Isto poderá ser devido às expectativas culturais ou as exigências de sobrevivência desencorajarem o processo afectivo em favor do processo racional. Outros autores, nos seus trabalhos, verificaram o mesmo tipo de relação^(12,46,48). Outros estudos apontam no sentido de que os indivíduos com défices alexitímicos seriam menos instruídos, o que os levaria a pertencerem a classes sócio-económicas mais baixas; seria a alexitimia a causa do baixo nível sócio-cultural e não a consequência^(19,21,46,49,50).

Lumley⁽²¹⁾, encontrou uma relação entre famílias emocionalmente disfuncionais e alexitimia. Os indivíduos pertencentes a estas famílias teriam dificuldade em identificar sentimentos, com défices nas funções imaginária e simbólica.

Embora estes estudos tenham validade, os dados sobre a relação da alexitimia com variáveis sócio-culturais são contraditórios, não sendo possível sustentar uma etiologia baseada nestes factores.

6. *Teoria multifactorial*

Freyberger distinguiu dois tipos de alexitimia (primária e secundária) e perante esta hipótese, Nemiah e Sifneos colocaram a possibilidade de várias teorias explicativas intervirem no fenómeno alexitimia^(8,51). Por um lado, um modelo deficitário neuro-anatómico (défice da estrutura neuro-anatómica, alteração bioquímica ou fisiológica, factores hereditários, interrupção da comunicação entre sistema límbico e neocórtex) poderá estar na origem da alexitimia primária; por outro lado factores psicológicos e sociais (trauma psicológico da infância, trauma psicológico na vida adulta, uso excessivo de mecanismos de defesa tais como repressão, negação e regressão) estariam associados ao aparecimento de alexitimia secundária^(46,49,50).

As teorias explicativas, sejam a teoria genética, teoria psicodinâmica, teoria cognitiva-comportamental ou a teoria sócio-cultural, embora diferen-

tes, mantêm em comum o todas considerarem a alexitimia como o resultado da intervenção de diversos factores (mecanismos de defesa, factores neurofisiológicos ou culturais, etc.) que impedem o acesso à consciência dos afectos. Todas estas teorias deixam no entanto por esclarecer múltiplas questões.

PREVALÊNCIA

A alexitimia foi inicialmente descrita nos doentes psicossomáticos, tendo sido confirmada a sua grande frequência nestes doentes em estudos posteriores^(10,12,18). As características alexitímicas, embora em percentagens variáveis, estão presentes numa grande variedade de doenças psiquiátricas, particularmente na depressão, fenómenos ansiosos e fenómenos aditivos^(52,53). Na população psiquiátrica ambulatoria, a prevalência de alexitimia varia entre 30-40%⁽²⁵⁾. Alguns autores encontraram percentagens elevadas de alexitimia, no valor de 48 a 63% nos doentes com diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

Sifneos verificou uma percentagem de alexitimia duas vezes superior nas doenças psicossomáticas relativamente às outras doenças psiquiátricas⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾.

A presença de traços alexitímicos também foi encontrada na população geral, numa percentagem que varia entre 10-20%^(10,18,58), embora a frequência seja superior a 50% nas doenças psicossomáticas – doenças cardiovascula-

res, doenças respiratórias, doenças gastrointestinais, diabetes, poliartrite reumatóide e doenças dermatológicas^(16,60).

Foi encontrada uma maior prevalência de traços alexitímicos em doentes portadores de doenças crónicas, tais como doença pulmonar crónica obstrutiva, asma, cancro e insuficiência renal crónica⁽⁶¹⁻⁶⁵⁾.

A relação da expressão e intensidade das características alexitímicas e o sexo, tem sido objecto de vários estudos, alguns concluindo não haver diferenças na prevalência entre homens e mulheres, enquanto que outros apontam para uma prevalência mais elevada no homem^(12,18,66,67).

Alguns autores têm sugerido existir uma relação entre a alexitimia e um nível socio-económico baixo^(19,21,46), enquanto outros não apontam para essa correspondência⁽¹⁸⁾.

A idade e a presença de características alexitímicas têm também sido objecto de estudo, parecendo haver uma maior frequência de alexitimia nos indivíduos mais velhos^(64,68).

Parece haver uma tendência para uma prevalência mais elevada de alexitimia nas famílias disfuncionais e nos filhos dos indivíduos com características alexitímicas^(19,21,69-71).

Em conclusão, a alexitimia parece estar dependente de factores como a idade, o sexo, a educação ou a situação social, mas os estudos apresentam resultados contraditórios.

ALEXITIMIA: Traço ou Estado

Desde a introdução do conceito

alexitimia, vários autores tentaram definir as características fenomenológicas deste constructo.

A primeira contribuição partiu de Nemiah e Sifneos⁽⁷⁾ que apontam as seguintes características: 1) incapacidade em identificar e descrever sentimentos; 2) incapacidade em diferenciar sentimentos de sensações corporais; 3) dificuldade em distinguir entre diferentes géneros de afectos; 4) possibilidade de ocorrência de breves mas violentas explosões do comportamento afectivo, sem que o sujeito mostre conhecer ou possa explicar o sentimento envolvido; 5) escassez ou ausência de fantasias e preocupação com os acontecimentos externos mais do que com as experiências internas; 6) apresentação de modos rígidos e formais.

Posteriormente, vários autores tentaram sistematizar o conteúdo deste constructo de forma diferente, baseando as suas sínteses em trabalhos de revisão^(72,73).

Em 1979, Apfel e Sifneos, estabeleceram as diferenças entre as características da alexitimia e das perturbações neuróticas, numa tentativa de diferenciar esta entidade de outras perturbações⁽⁷⁴⁾. No entanto, estas características não constituem uma definição do conceito de alexitimia (Quadro I).

As características da alexitimia aproximam-se das características das personalidades do grupo A e C, do DSM-IV. Não existe relação significativa com a personalidade tipo A (padrão comportamental que se caracteriza por agressividade, impaciência e impulsividade) havendo antes uma

Quadro I - **Diferenças entre sujeitos neuróticos e alexitímicos (Apfel, Sifneos, 1979)**

	Alexitímicos	Neuróticos
<i>Queixas</i>	Descrição interminável de sintomas físicos, por vezes sem relação com a doença subjacente.	Ênfase menor nas queixas somáticas: descrição elaborada de dificuldades psicológicas.
<i>Outras queixas</i>	Tensão, irritabilidade, frustração, dor, aborrecimento, inquietação, agitação, nervosismo.	Ansiedade descrita em termos de pensamentos e fantasias, mais do que através de sensações físicas. Depressão descrita como auto-depreciação, culpa, etc.
<i>Conteúdo do pensamento</i>	Ausência de fantasia e descrição elaborada de detalhes triviais relacionados com o ambiente.	Fantasia rica; notável capacidade para descrever os sentimentos com eloquência.
<i>Linguagem</i>	Notável dificuldade em encontrar as palavras adequadas para descrever sentimentos.	Palavras apropriadas para descrever sentimentos.
<i>Choro</i>	Raro; por vezes abundante mas sem relação com um sentimento determinado (tristeza, hostilidade).	Adequado ao sentimento.
<i>Sonhos</i>	Raros.	Muito frequentes.
<i>Afecto</i>	Inadequado.	Apropriado.
<i>Actividade</i>	Tendência a actuar impulsivamente; a acção parece o modo predominante de viver.	Acção apropriada à situação.
<i>Relações interpessoais</i>	Geralmente pobres; tendência a dependência extrema ou a viver isolado, evitando o contacto com os outros.	Conflitos específicos com os outros, porém geralmente com boas relações interpessoais.
<i>Perfil da personalidade</i>	Narcisista, retraído, passivo-agressivo, passivo-dependente, psicopático.	Flexível.
<i>Postura</i>	Rígida.	Flexível.
<i>Contratransferência</i>	O entrevistador ou terapeuta sente-se aborrecido; o paciente parece-lhe sombrio.	Comunicação fácil; o terapeuta pode considerá-lo "interessante".
<i>Relação com antecedentes escolares, sócio-económicos, outros</i>	Nenhuma.	Considerável.

proximidade do tipo C, que se caracteriza pela incapacidade de reconhecer ou verbalizar emoções, nomeada-

mente a cólera e outros afectos negativos, autodepreciação, regressão e resignação em caso de doença. Não

se evidencia relação com a personalidade tipo A de Rosenman^(12,25,72).

Uma das questões que continua sem resposta é a de se definir alexitimia como um traço de personalidade ou uma forma de estado da pessoa. Na bibliografia existente, a maioria dos autores define alexitimia como um traço de personalidade^(10,12,13,72).

Para os investigadores que se baseiam na teoria neurofisiológica, a alexitimia constituiria um traço permanente da personalidade⁽⁷⁴⁾.

Da mesma opinião são alguns autores que apontam uma teoria explicativa psicodinâmica para este fenómeno⁽⁷⁵⁾.

Nos estudos realizados com a TAS (Toronto Alexithymia Scale), escala de avaliação da alexitimia, também se verificou ser esta entidade uma dimensão estável da personalidade^(12,13,72,75).

Para alguns autores, como von Rad, que atribui a alexitimia a uma perturbação da relação de objecto, as características alexitímicas seriam secundárias a traumas do desenvolvimento – estado, ou então inatas ou primárias – traço de personalidade^(41,76-78).

McDougall considera a alexitimia secundária a uma perturbação precoce ou a determinadas situações traumáticas do adulto^(39,40).

Freyberger⁽⁷⁹⁾, coloca a questão de existirem dois tipos de alexitimia – primária e secundária. A alexitimia primária representaria uma característica estável da personalidade e a alexitimia secundária ocorreria como mecanismo de defesa contra a emo-

ção intensa que surge numa situação de doença grave. A alexitimia secundária poderia também corresponder a um estado transitório, atenuando-se as características alexitímicas após a cura da doença – alexitimia secundária aguda.

Os estudos, realizados no sentido de provarem o aparecimento de alexitimia em situações traumáticas incluindo doenças graves, são contraditórios, parecendo haver necessidade de se clarificar se as características da "alexitimia-traço" são diferentes das da "alexitimia-estado"^(18,80-83).

Resta ainda esclarecer a homogeneidade do constructo alexitimia. Os estudos realizados nesse sentido^(31,64,65,84) admitem a possibilidade da alexitimia ser constituída por componentes clínicos diferentes, variando de acordo com a doença, corresponder a um "cluster" de traços ou então existirem vários subtipos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O fenómeno alexitímico pode traduzir uma alteração no funcionamento psíquico de um indivíduo, que se manifesta no estilo particular de pensar⁽³⁸⁾ e na forma de comunicação⁽⁴⁾.

Este pensamento "operatório" leva a uma escassez ou até ausência de representações simbólicas e fantasiosas. O indivíduo relaciona-se de uma forma pragmática com a sua realidade externa^(8,51,79).

Estes indivíduos, não capazes de descrever nem de reconhecer os seus sentimentos, referem-se à realidade

externa utilizando múltiplos pormenores. Embora fazendo referência às suas disfunções orgânicas, não são capazes de discriminar entre emoção e sensação corporal, como não distinguem os vários afectos⁽⁵¹⁾, sejam de satisfação ou de desprazer^(39,40).

Outro fenómeno clínico dos indivíduos alexitímicos é uma pobreza de vida onírica, tendo mais dificuldades em relatar os sonhos do que uma perda da sua ocorrência^(10,12).

Embora os alexitímicos não expressem habitualmente os seus afectos, podem por vezes manifestar afectos negativos tais como tensão, irritabilidade, frustração, raiva, choro e aborrecimento, não sendo capazes de descreverem o que estavam a sentir^(8,18,38,42,85,86).

Aparentemente, os sujeitos alexitímicos parecem bem adaptados socialmente, parecem integrados no seu meio, expressando um alto grau de conformidade – "pseudo-normalidade"^(39,40). No entanto, mantêm uma relação desvitalizada com o mundo e as pessoas para se protegerem de angústias psicóticas (perderem o controlo dos limites do corpo, dos actos e dos sentimentos de identidade). Muitas vezes estes sujeitos têm um envolvimento hiperactivo nos acontecimentos externos^(39,40).

A falta de consciência dos seus problemas psicológicos e a não preocupação pelos sintomas neuróticos, leva-os a adaptar-se à realidade externa de uma forma mecânica "robot-like existence"⁽³⁸⁾. Este mecanicismo parece manifestar-se exteriormente numa aparência rígida, numa expressão

facial imutável e numa pobreza gestual. Esta postura e a tendência ao discurso circunstancial desprovido de emoções, torna-os aborrecidos para as outras pessoas^(8,12,85). Talvez isto explique o facto de os indivíduos alexitímicos terem menos amigos, menos relações sociais e os indivíduos do sexo masculino casarem menos que a população em geral^(21,46).

Krystal⁽⁴²⁾ reconheceu nos alexitímicos pouca capacidade para a empatia, o que se reflecte na relação médico-doente. O alexitímico identifica-se com o terapeuta vendo neste uma duplicação de si próprio – identificação projectiva. Outra particularidade desta relação é a falta de afectividade – "relação branca", tipo C descrito por Langs⁽⁸⁶⁾, esperando o alexitímico obter apenas uma solução para os seus problemas, considerando o terapeuta como uma função, sem qualquer envolvimento emocional quer de um quer de outro⁽⁴²⁾. Este tipo de relação apresenta alguma semelhança com o tipo de relação estabelecida pelos doentes histéricos e obsessivos, como tem sido estudado por vários autores^(41,85).

Uma característica da alexitimia seria os sujeitos responderem perante as situações emocionais, ou através de um sintoma somático ou agindo fisicamente de uma forma primária^(10,12,83). Apresentariam portanto uma amplificação das sensações levando a uma dissociação entre os aspectos fisiológicos e as sensações subjectivas^(87,88).

Embora a alexitimia esteja associada às doenças psicossomáticas, nem

sempre essa se manifesta através de sintomas psicossomáticos, como nem todos os doentes psicossomáticos têm características alexitímicas. Parece haver nos alexitímicos uma maior vulnerabilidade à doença psicossomática. Seria assim um factor de risco possível e não um factor precipitante deste tipo de doenças⁽³⁹⁾.

Em vários estudos verificou-se a presença do fenómeno alexitimia em doenças psicossomáticas tais como úlcera gástrica, colite ulcerosa, artrite reumatóide e asma^(11,16,24,31,46,65,80,83,86); mas também pode ser uma característica de doenças físicas crónicas, sejam ou não definidas como doenças psicossomáticas^(10,14,61,63,89).

Verifica-se a presença de características alexitímicas numa multiplicidade de doenças psiquiátricas não psicossomáticas tais como síndromes funcionais-somáticas, distúrbios somatoformes, distúrbios afectivos, distúrbios de *stress* pós-traumático, toxicodependentes, distúrbio de dor psicogénica, neurose de carácter, etc.^(12,13,52-54,68,73,88,90).

Os estudos efectuados no sentido de verificar se a alexitimia tem correlação com a severidade da doença não confirmam esta hipótese, parecendo haver uma prevalência superior nos doentes com perturbações de somatização, relativamente aos doentes psicossomáticos^(11,91,92).

A presença de traços alexitímicos parece prolongar a doença nos doentes sofrendo de doença somática – "psicomanutenção"⁽¹¹⁾.

Os parâmetros fisiológicos subjacentes às características alexitímicas

seriam uma actividade simpática basal permanentemente elevada, com dificuldade na recuperação do predomínio da actividade parassimpática no período pós-*stress*^(10,82,88).

AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA

Apesar da multiplicidade de instrumentos de identificação e avaliação da alexitimia, este fenómeno continua a ser difícil de operacionalizar. Vários instrumentos têm sido utilizados no sentido de se determinar um método válido e fiável. Podem ser categorizados em questionários, entrevistas estruturadas, escalas de auto-avaliação e testes projectivos. Testes radiológicos, nomeadamente PET, TAC, SPET e RMN, parecem poder dar informações quanto a alterações estruturais presentes nestes indivíduos⁽¹²⁾.

O primeiro instrumento a ser usado em larga escala foi o "*Beth Israel Questionnaire*" (BIQ), um conjunto de 23 itens, desenvolvido por Sifneos⁽⁹³⁾ em 1973. Apesar de ser fácil de usar, este teste é criticado pela natureza dicotómica das respostas tendo de ser o entrevistador a tomar a decisão (sim/não), o que leva a questionar a fiabilidade inter-avaliadores. Esta escala foi utilizada para validar outros instrumentos de avaliação da alexitimia.

O "*Alexithymia Provoked Response Questionnaire*" (APRQ) é uma forma modificada do BIQ desenvolvida por Krystal, Giller e Cicchatti⁽⁹⁴⁾ em 1986; é uma tentativa de standardizar a

entrevista e assim minimizar a influência do entrevistador e o problema da fiabilidade inter-avaliadores.

A "*Toronto Alexithymia Scale*" (TAS) foi desenvolvida por Taylor⁽⁷⁵⁾ em 1985; é uma escala de auto-avaliação formada por 26 itens (usando uma escala tipo Likert) que foi largamente testada durante a sua construção e vários estudos vieram validar a sua consistência interna. É usada em larga escala. A cotação pode ir de 26 a 130 pontos; se o valor for menor que 62 o sujeito não tem características alexitímicas, verificando-se o contrário acima de 74. Esta escala considera a alexitimia um traço estável da personalidade. A sua sensibilidade tem sido questionada^(12,95,96).

Outras escalas de auto-avaliação são a "*Schalling Sifneos Personality Scale*" (SSPS) elaborada por Sifneos⁽⁷⁴⁾ em 1979 e a "*Item MMPI Alexithymia Scale*" elaborada por Kleiger e Kinsman⁽⁹⁷⁾ em 1980.

O "*Interceptive Awareness Subscale of the Eating Disorder Inventory*" foi desenvolvido por Gaure em 1983 e este questionário apresenta fiabilidade e validade apenas em pacientes com anorexia nervosa ou bulimia⁽¹⁸⁾.

Os investigadores⁽⁷⁵⁾ que se baseiam mais numa teoria psicodinâmica da alexitimia, têm usado testes projectivos tais como o "*Rorschach*" e o "*Thematic Apperception Test*" (TAT).

O "*Archetypal Test with 9 elements*" (SAT 9) constitui, segundo alguns autores⁽⁷⁵⁾, um instrumento promissor na quantificação da alexitimia. É um teste grafo-perceptivo introduzido por Demers-Desrosiers⁽⁹⁸⁾ em 1982.

A alexitimia também tem sido estudada através da análise do conteúdo verbal, seja de monólogos ou de diálogos⁽¹²⁾.

Apesar da multiplicidade de instrumentos para avaliar a alexitimia, a TAS e o BIQ continuam a ser as melhores medidas psicométricas da alexitimia^(12,46,62).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS DOENTES ALEXITÍMICOS

Para Sifneos, a alexitimia é uma disposição da vida emocional que produz uma série de perturbações com implicações médicas, psiquiátricas e psicológicas, e não uma doença. Trata-se de um padrão de comportamento caracterizado principalmente por uma incapacidade em identificar e descrever sentimentos, discriminar entre sentimentos e sensações corporais e uma ausência de introspecção. Isto faz com que estes sujeitos expressem os seus problemas psicológicos através de intermináveis queixas somáticas⁽⁸⁾.

Além disto, a experiência clínica tem vindo a demonstrar que os doentes alexitímicos apresentam, quer uma amplificação somatossensorial, quer uma interpretação errónea dos sintomas somáticos dos estados de excitação emocional⁽²⁴⁾. Assim, os alexitímicos percorrem consultas de várias especialidades, fazem inúmeros exames médicos e iniciam tratamentos que não resolvem o quadro clínico, havendo até por vezes agravamento da sintomatologia. Só no fim

deste percurso é que são transferidos para uma consulta de psiquiatria.

Na presença de doenças orgânicas, a existência de comportamentos alexitímicos pode influenciar o número de hospitalizações, dado que o doente desvaloriza os seus sintomas, recebendo em consequência tratamentos menos eficazes ^(64,79). O psiquiatra deveria sensibilizar os vários técnicos de saúde sobre a alexitimia secundária, um estado mental manifestado por alguns doentes com doenças crónicas, como reacção à sua doença.

Segundo Sifneos, os doentes alexitímicos não são bons candidatos para intervenções psicoterapêuticas de orientação psicodinâmica, as quais pressupõem uma abordagem dos sentimentos e fantasias, levando a um aumento da angústia o que pode piorar os seus distúrbios psicopatológicos ou a sintomatologia psicossomática ⁽⁹⁹⁾. A ausência de elementos interpretativos e analisáveis da comunicação não simbólica dos alexitímicos, faz com que muitas vezes apareça uma contra-transferência negativa na relação médico-doente. McDougall fala da frustração do terapeuta perante estes doentes, que ela designa como "normopatas", portadores de uma incapacidade para expressar um sofrimento psíquico que não podem perceber ^(39,40).

No sentido de otimizar o uso das psicoterapias de natureza analítica, diferentes autores ⁽¹⁸⁾ propõem uma série de modificações nesta abordagem psicoterapêutica, e na mesma linha de pensamento, Krystal defende ser fundamental focalizar o tratamen-

to no estilo de comunicar do doente e não no conteúdo da comunicação. Esta terapia seria feita em 3 fases: 1) numa primeira fase o doente observaria a natureza das suas perturbações alexitímicas; 2) numa segunda fase aprenderia a desenvolver tolerância aos seus afectos e a reconhecer as suas emoções como sinais próprios; 3) só numa terceira fase se empregaria a psicoterapia "tradicional" de interpretação da transferência ^(39,40,42).

Para Taylor, a função do terapeuta seria a de contenção das identificações projectivas do doente, numa análise criativa da contra-transferência, para as transformar em pensamentos simbólicos e internos. A psicoterapia estaria também orientada para a interpretação do uso da linguagem e para a incapacidade que manifestam estes doentes em conter em si estados psíquicos intoleráveis ⁽¹⁰⁰⁾.

No caso de doentes severamente alexitímicos, McDougall estabelece como requisitos para o uso deste tipo de psicoterapias, uma disposição firme para conhecer mais de si próprios e terem a percepção dos seus mecanismos de defesa e da incapacidade para vivenciarem e expressarem afectos. A "violência" deste tratamento poderá levar, na sua opinião, a episódios transitórios de despersonalização ou fenómenos pseudo-perceptivos, aumentando a tolerância aos afectos e criando representações verbais e fantasias ^(39,40,42).

von Rad defende a necessidade de proteger e ajudar o doente a atingir uma maturidade e aprendizagem,

construindo com ele um pensamento simbólico⁽⁴¹⁾.

Apesar destas modificações introduzidas nas psicoterapias dinâmicas, estas só parecem ter utilidade nos doentes com alexitimia secundária moderada⁽⁴²⁾.

Os doentes com características alexitímicas procuram muitas vezes em primeiro lugar um médico de clínica geral com o objectivo de obter o alívio dos seus sintomas. Para alguns autores^(22,23,79,99,101), a abordagem na forma de psicoterapia de apoio ou técnicas de suporte, proporcionadas por médicos de clínica geral com o apoio de psiquiatras, é a melhor alternativa para estes doentes. Assim, nesta interacção médico-doente, o médico seria mais activo e mais verbal, mostrando-se disponível e tolerante perante a ambivalência do doente, impondo limites de uma maneira neutral^(22,23).

O tratamento psicofarmacológico de indivíduos com características alexitímicas, passaria por evitar o uso de analgésicos e psicofármacos do tipo das benzodiazepinas, pela sua capacidade em induzir dependência⁽⁴⁴⁾. Aconselha-se o uso de neurolépticos em baixas doses em doentes com distúrbios somáticos não explicáveis ou antidepressivos na suspeita de depressão⁽¹⁸⁾.

Ao longo do tempo, tem vindo a propor-se outras abordagens terapêuticas tais como terapia de grupo, técnicas comportamentais, hipnose, relaxamento, "biofeedback"⁽¹⁰²⁾ e terapia familiar ou de casal^(24,103).

CONCLUSÃO

Desde a sua descrição inicial, o fenómeno alexitimia tem sido objecto de diversos estudos no sentido de esclarecer esta entidade nosológica (síntoma ou doença, estado ou traço, estrutura ou defesa), as hipóteses sobre a sua etiologia (genética, neuro-fisiológica, psicodinâmica, cognitivo-comportamental, sócio-cultural e multifactorial) e a melhor abordagem terapêutica destes indivíduos.

Na literatura actual tem sido demonstrada a presença de manifestações alexitímicas não só nas doenças psicossomáticas mas também noutras doenças, quer do foro psiquiátrico (depressão, ansiedade, perturbações alimentares, comportamentos aditivos, etc.), quer do foro da medicina em geral (doentes em diálise, cancro, doentes em Unidades de Cuidados Intensivos, etc.).

Abstract

Alexithymia (no words for feelings) is a concept introduced by Sifneos in 1967 and can be described as a cognitive-affective disturbance characterized by difficulties in differentiating feelings and expressing them in words.

It was initially described in psychosomatic patients but now is related to other patients and alexithymic characteristics can be identified in a diversity of disorders. There were numerous studies about this phenomenon but many questions remain without answer.

This paper reviews the concept definition, the aetiology and the clinical components of this trait. It also reviews

the present instruments to assess alexithymia and therapeutic approaches.

Key-words: Alexithymia; Psychosomatics; Therapeutic approach.

BIBLIOGRAFIA

1. Heiberg AN, Heiberg A. A possible genetic contribution to the Alexithymia trait. *Psychother Psychosom* 1978; 30: 205-210.
2. Ruesch J. The infantile personality. *Psychosom Med* 1948; 10:134-144.
3. Maclean PD. Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosom Med* 1949; 11: 338-353.
4. Taylor GJ. Alexithymia – concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141:725-732.
5. Warmes H. Alexithymia clinical and therapeutics aspects. *Psychother Psychosom* 1986; 46: 96-104.
6. Marty P, de M'Uzan M, David C. L'Investigation Psychosomatique. Paris, PUF, 1963.
7. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol. 2, ed Oscar W. Hill, London, Butterworths, 1970.
8. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialisation, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11(3):287-292.
9. Brautigam W, Von Rad M. Proceedings of the 11th European Conference on psychosomatic research, Heidelberg 1976. *Psychother Psychosom* 1977; 28: 1-389.
10. Pedinielli JL, Rouan G. Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-400-D-20, 1998.
11. Dirks JF, Robinson SK, Dirks DL. Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma. *Psychother Psychosom* 1981; 36:63-71.
12. Stephenson R. Introducing alexithymia – a concept within the psychosomatic process. *Disability and Rehabilitation* 1996; 18(4):209-214.
13. Bach M, Zwaan M, Ackard De et al. Alexithymia - relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35(3): 239-243.
14. Lejoyeux M, Mourad I, Pouchot J. Troubles psychiatriques et maladies ostéoarticulaires, *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-670-A-30, 1997.
15. Friedman S, Vila G, Mouren-Simeoni MC. Diabète insulino-dépendant et psychiatrie, *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-665-A-10, 1996.
16. Consoli SG. Psychiatrie et dermatologie, *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-670-B-10, Dermatologie 1997; 12-965-A-10.
17. Buchanan DC, Waterhouse GJ, West SC. A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychother Psychosom* 1980; 34: 248-255.
18. Fonte JA. Alexitimia – estudo em doentes com perturbações digestivas. Dissertação de candidatura ao grau de mestre, 37-108, 1993.
19. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J et al. Social factors in alexithymia. *Compr Psychiatry* 1993; 34(5): 330-335.
20. Fukunishi I, Rahe RH. Alexithymia and coping with stress in healthy persons. Alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress. *Psychol Rep* 1995; 76: 1299-1304.
21. Lumley MA, Mader C, Gramzow J et al. Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosom Med* 1996; 58: 211-216.
22. Nemiah JC. Psychology and Psychosomatic illness – reflections on theory and research methodology. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 106-111.

23. Nemiah JC. Denial revisited – reflections on psychosomatic theory. *Psychother Psychosom* 1975; 26:140-147.
24. Flannery JG. Alexithymia II – the association with unexplained physical distress. *Psychother Psychosom* 1978; 30: 193-197.
25. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, 8th ed, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 1998.
26. Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomed patients. *Psychother Psychosom* 1977; 28:148-156.
27. Hoppe KD: Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11(3): 303-316.
28. Bogen JE, Bogen GM. Creativity and corpus callosum. *Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11(3): 293-302.
29. Kaplan CD, Wogan M. Management of pain through cerebral activation. An experimental analogue of alexithymia, *Psychother Psychosom* 1977; 27:144-153.
30. Shipko S: Further reflections on psychosomatic theory. *Psychother Psychosom* 1982; 37: 83-86.
31. Shipko S. Alexithymia and somatization. *Psychother Psychosom* 1982; 37: 193-201.
32. Shipko S, Alvarez WA, Noviello N. Towards a teleological model of alexithymia – alexithymia and post-traumatic stress disorders. *Psychother Psychosom* 1983; 39:122-126.
33. Shapiro D, Jamner LD, Spence S. Cerebral laterality, repressive coping, autonomic arousal and human bonding. *Acta Physiol Scand* 1997; (suppl), 161: 60-64.
34. Jessimer M, Markham R: Alexithymia – a right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain Cogn* 1997; 34(2): 246-258.
35. Brown DG, Kalucy RS. Correlation of neurophysiological and personality data in sleep scratching. *Proc R Soc Med* 1975; 68: 530-532.
36. Tantam De, Kalucy RS, Brown DG. Sleep, scratching and dreams in eczema. A new approach to alexithymia. *Psychother Psychosom* 1982; 37:26-35.
37. Taylor GJ, Bagby RM. Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11(3): 351-366.
38. de M' Uzan M, Marty P. La pensée opératoire. *Rev Fr Psych* 1963; 27: 345-355.
39. McDougall J. Alexithymia – a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38: 81-90.
40. McDougall J. Alexithymia, Psychosomatosis, and Psychosis. *Int J Psychoanal Psychother* 1982; 83(9):379-388.
41. von Rad M, Lolas F. Empirical evidence of alexithymia. *Psychother Psychosom* 1982; 38:91-102.
42. Krystal H. Alexithymia and Psychotherapy. *Am J Psychother* 1979; 33(1):17-31.
43. Martin JB, Phil RO. The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychother Psychosom* 1985; 43:169-176.
44. Zepf S, Liedtke R, Berns U et al. An empirical approach for testing the hypothesis of "alexithymia". *Psychother Psychosom* 1981; 36:57-62.
45. von Rad M. Alexithymia and symptom formation. *Psychother Psychosom* 1984; 42:80-89.
46. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996; 41(6): 505-518.
47. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981; 43:531-543.
48. Berenbaum H, Davis R, McGrew J. Alexithymia and the interpretation of hostile-provoking situations. *Psychother Psychosom* 1998; 67(4):254-258.

49. Fukunishi I, Kaji N, Hosaka T et al. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. *Psychosomatics* 1997; 38(1):20-26.
50. Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa T et al. Mother' low care in the development of alexithymia – a preliminary study in Japanese college students. *Psychol Rep* 1997; 80(1):143-146.
51. Nemiah JC. Alexithymia - present, past and future? *Psychosom Med* 1996; 58: 217-218.
52. Loas G, Dhee-Perot P, Chaperot C et al. Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology* 1998; 31(4): 206-212.
53. Giannini AJ. Alexithymia, affective disorders and substance abuse – possible cross-relationships. *Psychol Rep* 1996; 78(3): 1389-1390.
54. Sexton MC, Sunday SR, Hurt S et al. The relationship between alexithymia, depression and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *Int J Eating Disord* 1998; 23(3):277-286.
55. Smith GJ, Amner G, Johnsson P et al. Alexithymia in patients with eating disorders – an investigation using a new projective technique. *Percept Mot Skills* 1997; 85(1):247-256.
56. Lumley MA, Roby KJ. Alexithymia and pathological gambling. *Psychother Psychosom* 1995; 63(3):201-206.
57. Posse M, Hallstrom T. Depressive disorders among somatizing patients in primary health care. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(3):187-192.
58. Smith GR. Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liaison service. *Am J Psychiatry* 1983; 140:99-101.
59. Dejours C, Marty P, Herzberg-Polowiecka R. Les questions théoriques en psychosomatique. *Encycl Méd Chir* (Paris-France), Psychiatrie, 37400C10, 7-1980.
60. Fukunishi I. Alexithymic characteristics of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease. *Psychol Rep* 1997; 81(2): 627-633.
61. Nielsen T. Alexithymia and impoverished dream recall in asthmatic patients: evidence from self-report measures. *J Psychosom Res* 1997; 42(1): 53-59.
62. Wehmer F, Brejnak C, Lumley M et al. Alexithymia and physiological reactivity to emotion-provoking visual scenes. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(6): 351-357.
63. Scheidt CE, Waller E, Schnock C et al. Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(1): 47-52.
64. Feiguine RJ, Muliman DM, Kinsman RA. Alexithymic asthmatics – age and alexithymia across the life. *Psychother Psychosom* 1982; 37:185-188.
65. Feiguine RJ, Nelson FJ. Alexithymic in chronic bronchitis/emphysema – personality characteristics and illness attitudes. *Psychother Psychosom* 1987; 47: 95-100.
66. Pedinielli JL. Psychopathologie quantitative en psychosomatique, *Encycl Méd Chir* (Paris, France), Psychiatrie, 37400D20, 6-1988.
67. Bulbena A. Psicopatología de la afectividad. In *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*: J. Vallejo Ruiloba; 4ª ed., Barcelona, Masson, 221-236, 1998.
68. Clement JP, Poirot I, Paulin S, Leger JM. Alexithymie et dépression du sujet agé. *Ann Psychiatr* 1997; 12(3):142-150.
69. Joukamaa M, Saarijarvi S, Muuriaisniemi ML et al. Alexithymia in a normal elderly population. *Compr Psychiatry* 1996; 37(2):144-147.
70. Yelsma P, Hovestadt AJ, Nilsson JE et al. Clients' positive and negative expressiveness within their families and

- alexithymia. *Psychol Rep* 1998; 82(2): 563-569.
71. Dion KL. Ethnolinguistic correlates of alexithymia – toward a cultural perspective. *J Psychosom Res* 1996; 41(6): 531-539.
72. Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ. Alexithymia – State and Trait, *Psychother Psychosom* 1992; 58:91-96.
73. Wise TN, Mann LS, Randell P. The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology* 1995; 28(4): 173-176.
74. Apfel RJ, Sifneos PE. Alexithymia – concept and measurement. *Psychother Psychosom* 1979; 32: 180-190.
75. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP et al. Criterion validity of Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988; 50: 500-509.
76. Fukunishi I, Kikuchi M, Wogan J et al. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Compr Psychiatry* 1997; 38(3): 166-170.
77. Kooiman CG. The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained symptoms. *Compr Psychiatry* 1998; 39(3): 152-159.
78. Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW et al. Perceived parental attitude, alexithymia and defense style in psychiatric outpatients. *Psychother Psychosom* 1998; 67(2):81-87.
79. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28:337-342.
80. Lumley MA, Asselin LA, Norman S. Alexithymia in chronic pain patients, *Compr Psychiatry* 1997; 38(3):160-165.
81. Fukunishi I, Kikuchi M, Takubo M. Changes in scores on alexithymia over a period of psychiatric treatment. *Psychol Rep* 1997; 80(2): 483-489.
82. Dewaraja R, Tanigawa T, Araki S et al. Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymia. *Psychother Psychosom* 1997; 66(2): 83-86.
83. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ et al. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics* 1998; 39(5): 399-404.
84. Faryna A, Rodenhauer P, Torem M. Development of an analogue alexithymia scale. Testing in a nonpatient population. *Psychother Psychosom* 1986; 45: 201-206.
85. Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. Alexithymia - a view of the psychosomatic process, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol. 3, ed Oscar W. Hill, London, Butterworths, 430-439, 1976.
86. Langs R. Some communicative properties of the bipersonal field. *Int J Psychoanal Psychother* 1978; 7:87-135.
87. Veríssimo R, Mota Cardoso R, Taylor G. Relationships between alexithymia, emotional control and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother Psychosom* 1998; 67(2):75-80.
88. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia – relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiatry* 1998; 39(2):91-98.
89. Marchand MP, Mercier B, Papineau G et al. Douleur chronique et psychiatrie, *Encycl Méd Chir* (Paris-France), Psychiatrie, 37677A40, 5-1989.
90. Cecero JJ, Holmstrom RW. Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *J Clin Psychol* 1997; 53(3): 201-208.
91. Lumley MA, Tomakowsky J, Torosian T. The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics* 1997; 38(5): 497-502.
92. Covino NA, Dirks JF, Fisch RI et al. Characteristics of depression of chronically ill medical patients. *Psychother Psychosom* 1983; 39: 10-22.

93. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1983; 22: 255-262.
94. Krystal JH, Giller EL, Cicchetti DV. Assessment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illness – introduction of reliable measure. *Psychosom Med* 1986; 48: 84-94.
95. Erni T, Lotscher K, Modestin J. Two-factor solution of the 20-item Toronto Alexithymia Scale confirmed. *Psychopathology* 1997; 30(6): 335-340.
96. Fukunishi I, Nakagawa T, Nakamura H et al. Is alexithymia a culture-bound construct? Validity and reliability of the Japanese versions of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and modified Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire. *Psychol Rep* 1997; 80(3): 787-799.
97. Kleiger JH, Kinsman RA. The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1980; 34: 17-24.
98. Demers-Desrosiers L. Influence of alexithymia on symbolic function. *Psychother Psychosom* 1982; 38:103-120.
99. Sifneos PE. Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with psychosomatic disease? *Psychother Psychosom* 1973; 21:133-136.
100. Taylor GJ. Alexithymia and the counter-transference. *Psychother Psychosom* 1977; 28:141-147.
101. Sifneos PE. Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychother Psychosom* 1975; 26: 65-70.
102. Rickles WH, Onoda L, Doyle CC. Biofeedback as an adjunct to psychotherapy. *Biofeedback Self Regul* 1982; 7:1-33.
103. Aarela E, Saattjarvi S, Salminen JK et al. Alexithymic features do not predict compliance with psychotherapy in consultation-liaison patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(3): 229-233.

