
Alexitimia: Uma Forma de Sobrevivência¹

Nina Prazeres*

Resumo:

O presente trabalho apresenta uma breve revisão do conceito de alexitimia bem como da sua etiopatogenia numa perspectiva psicanalítica. O funcionamento alexitímico pode ser considerado como correspondendo ao funcionamento da parte psicótica da personalidade e resultaria de uma perturbação na relação primária que ocorreria durante a posição esquizoparanóide. 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. A alexitimia é hoje considerada como um factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas e um dos obstáculos maiores à psicanálise e psicoterápias de orientação analítica.

O CONCEITO DE ALEXITIMIA

A alexitimia, etimologicamente: "sem palavras para as emoções", começou por ser descrita no âmbito das doenças psicossomáticas e está intimamente associada ao conceito de pensamento operatório de Marty e de M'Uzan⁽¹⁾ que procuraram descrever uma estrutura de personalidade 'psicossomática' (específica) da qual o pensamento operatório seria uma componente essencial.

No decurso das investigações conduzidas por Nemiah e Sifneos⁽²⁾ sobre o estilo cognitivo e a capacidade para vivenciar afectos por parte dos pacientes psicossomáticos, Sifneos⁽³⁾ propôs o termo alexitimia para designar um conjunto de características afectivas e cognitivas clinicamente observadas nestes pacientes, reconhecíveis, sobretudo, no seu estilo comunicativo, e que os distinguem dos pacientes neuróticos. Em contraste com estes, os doentes psicossomáticos apresentavam uma dificuldade acentuada em identificar e descrever verbalmente os seus sentimentos, uma vida de fantasia empobrecida resultando num estilo de pensamento literal, utilitário e orientado para o exterior e uma tendência para utilizar a acção de forma

¹ O presente artigo constitui uma síntese de algumas das considerações teóricas apresentadas em: Prazeres, N. (1996). Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa), policopiado.

* Assistente da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

a evitar situações conflituosas geradoras de tensão. Estes pacientes relatavam poucos sonhos e pareciam não beneficiar de abordagens psicoterapêuticas de orientação analítica, sendo frequentemente descritas reacções contratransferenciais de aborrecimento, tédio, frustração e paralisia da capacidade de interpretação^(1-2, 4-5).

Estas características tinham sido já descritas, na literatura de influência psicanalítica, por vários investigadores que procuraram compreender o mecanismo subjacente ao aparecimento de sintomas psicossomáticos. Deste modo, as origens do conceito de alexitimia são frequentemente traçadas como remontando à distinção feita por Freud⁽⁶⁾ entre neuroses actuais e psiconeuroses⁽⁷⁻⁹⁾, distinção que lançou as bases para a discussão sobre a questão da ausência de significado simbólico do sintoma psicossomático, por oposição ao sintoma neurótico, e da adequação do método psicanalítico e das abordagens psicoterapêuticas de orientação analítica com os pacientes psicossomáticos. O trabalho de Reush⁽¹⁰⁾ é, também, considerado importante numa sinopse histórica do conceito de alexitimia^(5, 7, 9, 11-12), pois, tendo considerado a existência de uma personalidade infantil como o problema central das perturbações psicossomáticas, chamou a atenção para uma perturbação na expressão verbal e simbólica das emoções nos doentes psicossomáticos. Igualmente importante é o trabalho de Krystal que, desconhecendo os trabalhos de Nemiah e Sifneos e de Marty e M'Uzan, descreveu, na década

de sessenta e início da década de setenta, características alexitímicas em estados de abstinência de drogas, em estados pós-traumáticos graves e, em colaboração com Raskin, em toxicodependentes⁽¹³⁾.

O facto de as características alexitímicas terem sido inicialmente observadas e descritas em doentes psicossomáticos conduziu à concepção prematura e errónea de uma relação etiológica específica entre alexitimia e doença psicossomática^(5,7). No entanto, cedo se tornou claro que a alexitimia não é específica nem se verifica de uma forma 'universal' nas doenças psicossomáticas⁽¹¹⁾, facto para o qual Sifneos⁽³⁾ tinha já chamado a atenção. A partir da 11ª Conferência Europeia de Investigação em Psicossomática, que teve lugar em Heidelberg, em 1976, o interesse pela alexitimia tornou-se crescente e numerosos trabalhos de investigação deram conta da presença desta numa ampla variedade de quadros clínicos bem como em indivíduos saudáveis⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No entanto, muitas destas investigações foram conduzidas com instrumentos de avaliação da alexitimia com qualidades psicométricas inadequadas ou pobremente estudadas, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados.

O problema presente na alexitimia não parece ser o de possuir, ou não, um vocabulário afectivo, o que poderia ser concluído de uma leitura literal e concreta do termo, mas antes a forma como é usado. A 'palavra afectiva alexitímica' teria perdido a sua qualidade de símbolo não servindo

mais à elaboração das tensões internas. O não ter palavras para a emoção denotaria, sobretudo, uma impossibilidade de sentir as emoções subjectivamente, uma falta do componente psíquico da emoção. Deste modo, as características alexitímicas têm sido descritas em quadros em que o acesso à mentalização e elaboração psíquica dos conflitos e tensões internas parece estar comprometida^(7, 12, 14, 16-17). Perante um aumento de tensão existiriam apenas duas possibilidades: a passagem ao acto e a descarga somática⁽¹⁸⁾. A proximidade entre as doenças do agir (*acting out*) e a somatização tem sido frequentemente salientada⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Green⁽¹⁹⁾, sublinhando a proximidade entre as estruturas psicossomática e psicopática, considera o psicossomático como um 'psicopata corporal' cujo agir no interior do corpo (*acting in*) teria por objectivo, tal como o *acting out*, a expulsão do afecto para fora da realidade psíquica. "No final de contas, o que caracteriza o psicossomático como o psicopata é a sua ausência de sintomatologia psíquica: quer dizer, a sua normalidade. É por isso que os primeiros estão nas mãos dos médicos e os segundos nas mãos dos homens das leis" (19, p.184).

Taylor^(14,21), entendendo a alexitimia como um traço de personalidade, considera que a deficiência na capacidade para modular e processar cognitivamente as emoções é o problema fundamental nesta e o factor principal sobre o qual assenta a vulnerabilidade do alexitímico à doença. Esta deficiência tem sido hipotetizada como conduzindo quer

a uma focalização e amplificação do componente somático da activação emocional, contribuindo para o desenvolvimento de hipocondria e queixas somáticas, quer à utilização de comportamentos compulsivos como forma de reduzir a tensão emocional desagradável, contribuindo para o desenvolvimento de perturbações associadas ao uso compulsivo de uma actividade, pessoa ou substância, quer, ainda, a uma exacerbação das respostas fisiológicas face a situações de *stress*, conduzindo ao desenvolvimento de doença somática⁽²¹⁻²²⁾.

A alexitimia não é um fenómeno de "tudo ou nada" admitindo-se que todos os indivíduos podem, por vezes, adoptar um estilo comunicativo relativamente assimbólico⁽²³⁾. O aspecto problemático deste tipo de funcionamento surgiria quando este se constituiu como a única forma existente para lidar com os estados de tensão. Um funcionamento alexitímico é considerado como um factor de risco para o desenvolvimento de várias perturbações clínicas e um dos obstáculos maiores à psicanálise ou psicoterapias de orientação analítica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA ALEXITIMIA

Numa perspectiva descritiva, as perturbações alexitímicas podem ser sumariamente descritas nas áreas afectiva, cognitiva e relacional^(7,13).

Área afectiva

As perturbações afectivas caracterizam-se por uma acentuada dificul-

dade para reconhecer e descrever os sentimentos e para discriminar entre estados emocionais. As manifestações emocionais são essencialmente somáticas e as emoções são geralmente indiferenciadas, vagas e inespecíficas. Segundo Taylor⁽¹⁴⁾, a pobreza de expressão emocional levou alguns clínicos a concluir, erradamente, que os indivíduos alexitímicos não tinham qualquer experiência ou consciência de emoções. Criticando esta posição salienta que, de acordo com os teóricos da emoção, as emoções são fenómenos biológicos inatos sendo, pelo contrário, precisamente na área emocional e, sobretudo, na dificuldade de regulação das emoções que se encontra o problema fundamental destes sujeitos. As explosões emocionais breves mas violentas que, por vezes, manifestam estariam, também, em franca contradição com a ideia da ausência de emoções. Estas explosões emocionais não são, no entanto, acompanhadas por um reconhecimento do sentimento associado, revelando-se os pacientes incapazes de descrever verbalmente o que sentem e a razão de tais explosões^(7,13). A mesma opinião é expressa por McDougall⁽⁴⁾ ao afirmar que "nenhum bebé nasce 'alexitímico'" (p.88), pelo contrário, as crianças são, geralmente, hipertímicas e, progressivamente, vão aprendendo "através dos actos e, mais tarde, das palavras dos que as rodeiam, a como dar significado à emoção, de forma a que possam usar os seus sentimentos como sinais para si próprios e como meios de identificação e comunicação com os outros" (p.89).

Área cognitiva

O estilo cognitivo destes sujeitos foi descrito, na década de 60, por membros da Escola Francesa de Psicossomática sob a designação de pensamento operatório⁽¹⁾, pensamento caracterizado pela descrição minuciosa de acontecimentos externos, geralmente adaptado à tarefa, mas do qual está ausente a dimensão afectiva e fantasmática. Marty e M'Uzan⁽¹⁾ apresentaram o pensamento operatório como possuindo duas características essenciais: ilustração e duplicação da acção e ausência de relação com a actividade fantasmática. A palavra, o pensamento, perdeu o seu valor simbólico e, à semelhança do sintoma somático ou da passagem ao acto, cumpre apenas uma função de descarga de tensões e não mais de elaboração psíquica destas⁽¹⁸⁾. A perturbação na actividade fantasmática pode traduzir-se, igualmente, na actividade onírica que parece marcadamente ausente (ou, pelo menos, não é relatada) e, quando ocorre, o seu relato parece obedecer, também, às regras do pensamento operatório⁽¹⁾.

O pensamento operatório é particularmente evidente na forma como estes indivíduos tendem a relatar a sua história de vida. Este relato tende a ser feito por referência à realidade externa, numa enumeração sucessiva de datas e lugares, estando ausente qualquer referência a uma realidade interior, qualquer marca de uma vivência subjectiva e personalizada⁽²⁴⁾. Este tipo de pensamento pode ser considerado como uma perturbação subtil do pensamento na medida em

que não provocará erros lógicos substanciais e facilmente reconhecíveis, assinalando, no entanto, uma pobreza imaginativa e um pensar a experiência e o mundo desnudado do pólo afectivo. É uma forma de pensamento destituída da qualidade humana que se pode manifestar como bastante deficiente quando o indivíduo necessita de tomar decisões que respeitam à esfera pessoal e social, apesar das capacidades intelectuais estarem preservadas⁽²⁵⁾.

Área relacional

As relações objectais caracterizam-se, igualmente, por um estilo operativo. As relações tendem, assim, a ser utilitárias e pragmáticas e a dimensão afectiva parece marcadamente ausente. Marty e M'Uzan⁽¹⁾ referem-se a este tipo de relação, no contexto da situação analítica, como uma *relação branca*, lisa, superficial, sem profundidade e desvitalizada que contribui para as reacções contratransferenciais de tédio e aborrecimento frequentemente descritas pelos analistas destes pacientes. Apesar do afecto transferencial estar ausente, este estilo de relação é considerado uma forma de transferência na medida em que corresponde à forma como lidam com os outros fora da sessão analítica e como aprenderam a lidar, na infância, com os objectos significativos^(23, 26). A incapacidade destes indivíduos em perceber o outro como possuindo uma individualidade própria foi descrita por M'Uzan⁽²⁴⁾ sob a designação de *reduplicação* projectiva e manifesta-se, na situação analítica,

por encararem o terapeuta como uma versão de si próprios, dotado do mesmo estilo de pensamento operativo⁽¹⁾. Esta característica, juntamente com a incapacidade para perceber os sentimentos em si e nos outros, contribui para uma capacidade reduzida de empatia e de compreensão humana. Embora se observe, nalguns casos, uma tendência para o evitamento de relações interpessoais, estes indivíduos tendem, sobretudo, a estabelecer relações interpessoais marcadamente dependentes, assumindo, por vezes, o aspecto de uma verdadeira 'toxicoddependência de objecto', sendo também possível observar-se uma oscilação entre estas duas posições. Como não há nenhuma diferença essencial entre os objectos, estes, embora necessários, são facilmente substituídos^(13, 27).

Uma característica frequentemente associada é a de que, geralmente, parecem sujeitos bem adaptados, com elevado grau de conformidade social. McDougall propõe a designação de normopatas para se referir a este tipo de indivíduos que, apesar de profundamente perturbados, não exibem manifestações psicóticas ou neuróticas. Trata-se de uma *pseudo-normalidade* já que têm pouco contacto com a sua própria realidade psíquica, vivendo a vida como se seguissem um qualquer manual de instruções. Corresponde a uma adaptação de *false self*⁽²⁸⁾ indicando, segundo McDougall⁽²³⁾, uma "tentativa desesperada para sobreviver psiquicamente no mundo dos outros mas sem suficiente compreensão dos laços emocionais, sinais e símbolos que tornam as relações

humanas significativas" (p.149). Na ausência de sintomatologia psíquica evidente as reacções contratransferenciais, anteriormente referidas, são consideradas um elemento fundamental na identificação das características alexitímicas.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A ETIOPATOGENIA DA ALEXITIMIA NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

A discussão sobre a etiologia da alexitimia permanece, devido a dificuldades metodológicas nos estudos empreendidos, uma questão especulativa, sendo provável que múltiplos factores, tais como os de ordem neurofisiológica, psicológica, socio-cultural e outros, possam contribuir para essa etiologia^(7, 17, 29). Sendo um quadro inicialmente descrito nas doenças psicossomáticas, no âmbito das investigações que procuravam estabelecer a existência de uma estrutura de personalidade 'psicossomática', as explicações da etiopatogenia da alexitimia tendem a confundir-se com as teorias defendidas para essas mesmas doenças. No entanto, ao ser descrita noutros quadros, importa saber se há uma etiopatogenia específica da alexitimia que, nesse caso, deve ser consistente e transversal a todos os quadros psicopatológicos em que surge.

As teorias psicanalíticas propõem, numa forma geral, a presença de uma perturbação na relação primária que é entendida como um factor etiológico importante no desenvolvimento de

características alexitímicas. Adoptando a posição de que a relação primária é uma relação de inter-regulação mútua de processos não só psicológicos mas também fisiológicos, Taylor⁽⁵⁾ considera que a vulnerabilidade à doença física e mental se constrói quando esta regulação fica comprometida no seio de uma relação primária inadequada por ausência de sintonia entre os seus membros. Considerando que a alexitimia assinala uma perturbação na regulação das emoções propôs, recentemente, que as perturbações clínicas, nas quais a alexitimia desempenhe um papel fundamental, sejam reconceptualizadas como *perturbações da regulação das emoções*⁽¹⁴⁾.

A imaturidade funcional do bebé encontra na mãe um objecto regulador das tensões ainda não possíveis de elaborar por aquele. Gradualmente a criança vai adquirindo a possibilidade de auto-regulação o que corresponderia à interiorização de uma imagem da mãe cuidadora e apaziguante com a qual a criança se poderá mais tarde identificar podendo, então, desempenhar esse papel cuidador e regulador para si própria de uma forma mais autónoma. McDougall atribui à falência do ambiente humano, representado essencialmente pela mãe, a impossibilidade da criança interiorizar tal objecto o que a torna irremediavelmente dependente do meio para lidar com os estados de tensão de origem interna e externa. Deste modo, haverá uma necessidade e procura permanente de um objecto externo capaz de desem-

penhar as funções que o indivíduo não pode desempenhar para si próprio⁽¹⁵⁾. Estaríamos, então, no âmbito dos comportamentos de dependência compulsiva, que podem ser pensados independentemente do objecto alvo específico – substância psicoactiva, actividade sexual, objecto humano, situação analítica/analista, trabalho, jogo –, como forma de reparar um vazio interno e criar a experiência, mesmo que breve e ilusória, de cuidado e apaziguamento pessoal.

von Rad⁽¹⁵⁾ salienta, também, a perturbação na relação primária como factor etiológico importante no desenvolvimento de características alexitímicas. Fazendo apelo às fases de desenvolvimento propostas por Mahler, considera que esta perturbação ocorreria durante a fase simbiótica. Ao contrário do que ocorre no desenvolvimento normal, as mães de pacientes psicossomáticos com características alexitímicas tendem a usar os seus filhos como forma de resolução dos seus problemas narcísicos e como uma extensão de si próprias, numa relação primária em que a separação, autonomia e independência não é possível. A criança torna-se, literalmente, uma parte do corpo da mãe sobre a qual esta exerce uma vigilância intensa de forma a evitar o aparecimento de tensões ou de sentimentos de desprazer. Funcionando como uma verdadeira barreira de protecção contra os estímulos, estas *mães calman-tes*, hiperprotectoras, impedem o desenvolvimento progressivo, por parte da criança, de estratégias pessoais para lidar de forma efectiva com o au-

mento de tensão, tornando-a irremediavelmente dependente da sua presença para o fazer. Esta ausência da capacidade para cuidar de si próprio, assinalada também por Krystal⁽¹³⁾ e McDougall⁽³⁰⁾, pode resultar numa total ausência de atenção e negligência pelas sensações corporais que, tendo perdido a sua função de sinalização, faz perigar a própria sobrevivência física.

Defendendo que a alexitimia não é uma incapacidade para vivenciar ou expressar emoção, mas antes uma incapacidade para conter e reflectir sobre um excesso de experiência afectiva, McDougall⁽²⁶⁾ prefere designar estes pacientes como *desafectados*, procurando, deste modo, salientar que experimentaram, de facto, emoção que, pela sua intensidade, se tornou desorganizadora ameaçando o sentimento de integridade e de identidade. Os comportamentos de dependência compulsiva referidos seriam, deste modo, uma forma de evitar o fluxo afectivo. A alexitimia, à semelhança dos outros sintomas psicológicos, seria uma tentativa de cura e de sobrevivência psíquica, através do ataque e silenciamento da experiência afectiva, tanto de natureza agradável como desagradável.

Considerando que as teorias que propõem defeitos neurobiológicos, inatos ou adquiridos, são insuficientes para a compreensão do fenómeno alexitímico (já que este pode desaparecer em resultado do tratamento psicanalítico), McDougall⁽²³⁾ encara a alexitimia como uma poderosa defesa contra a vitalidade interna afecti-

va em que predominam os mecanismos de clivagem e de identificação projectiva. Os afectos, primitivos, pouco matizados e integrados, teriam um carácter avassalador. O seu aparecimento assinala o risco de se ser submerso por afectos incontroláveis que fazem vacilar a adaptação e a capacidade de controlo, podendo despertar o medo da morte psíquica, da desorganização e loucura. Deste modo, todas as percepções capazes de evocar reacções afectivas poderosas são ou evitadas ou rapidamente repudiadas da consciência. Sem outros mecanismos para lidar com o conflito e a tensão, o indivíduo não tem outro recurso, face a situações de *stress*, senão atacar qualquer percepção que se arrisque a despertar a emoção. Para McDougall⁽²³⁾ a modalidade comunicativa e relacional alexitímica pode, em alguns casos, ser comparada à retirada esquizóide já que "ambas procuram manter um estado de morte interna como forma de prevenir a invasão por experiências afectivas tempestuosas" (p.174).

O funcionamento alexitímico resultaria de uma perturbação na relação primária que, ocorrendo durante a posição esquizo-paranóide, teria por consequência uma diferenciação incompleta das representações do *self* e do objecto e uma utilização concreta dos símbolos⁽³¹⁻³³⁾. O funcionamento alexitímico corresponderia, assim, ao funcionamento da parte psicótica da personalidade em que o indivíduo se defende da dor mental e da ansiedade de aniquilação pelo uso da clivagem e identificação projectiva e por ataques ao vínculo⁽³⁴⁻³⁵⁾. O maior

ou menor predomínio da parte psicótica da personalidade sobre o funcionamento global do indivíduo determinaria o grau de gravidade das características alexitímicas. O ataque ao vínculo emocional é considerado por McDougall como uma actividade psíquica principal dos alexitímicos e Bion⁽³⁵⁾, salientando que do ódio à emoção ao ódio à própria vida vai um pequeno passo, descreve o resultado de tal actividade: "Esses ataques à função de vinculação da emoção levam a uma proeminência excessiva, na parte psicótica da personalidade, de vínculos que parecem ser lógicos, quase matemáticos, mas nunca emocionalmente razoáveis. Consequentemente, os vínculos que sobrevivem são perversos, cruéis e estéreis" (p.315).

Embora não utilizando o conceito de alexitimia, a descrição feita por Modell⁽³⁶⁾ de um grupo de pacientes narcísicos, que apresentavam como característica principal a não comunicação de afectos, é similar. A não comunicação de afectos é equivalente a um estado de não relação. A procura de destruição do vínculo afectivo com os outros teria como objectivo manter a ilusão de auto-suficiência. Na ausência de um ambiente parental de *holding*⁽²⁸⁾, a criança teria sentido necessidade de desempenhar ela própria essas funções. 'Empurrada' para uma autonomia precoce desenvolve uma estrutura de *falso self*⁽²⁸⁾. Como, de facto, a criança não pode ser autónoma e cuidar dela própria, a única forma de resolver o dilema seria a de reactivar fantasias de auto-suficiência onipotente que, na ver-

dade, assinalam uma extrema vulnerabilidade e dependência.

Krystal⁽¹³⁾ atribui a alexitimia a uma paragem no desenvolvimento afectivo após trauma psíquico infantil ou a uma regressão após trauma catastrófico na vida adulta. Deste modo, refere-se a dois tipos de alexitimia que podemos considerar como equivalentes à distinção proposta por Freyberger⁽³⁷⁾ entre alexitimia primária e alexitimia secundária, apesar de Krystal não utilizar esta terminologia. Conjugando a perspectiva de Freyberger⁽³⁷⁾ com a de Krystal⁽¹³⁾ poderíamos entender a alexitimia primária e secundária nos termos que se seguem. A alexitimia primária surgiria na infância devido a um trauma que decorre da incapacidade da mãe/ /objecto cuidador de assegurar e impedir o surgimento de tensões insuportáveis e impossíveis de manejar por um aparelho mental naturalmente insuficiente porque em desenvolvimento. Constituiria, então, uma forma mais grave de alexitimia que decorreria da inibição do desenvolvimento afectivo e das estruturas cognitivas necessárias à elaboração psíquica das tensões e conflitos. O trauma seria, portanto, anterior ao desenvolvimento da linguagem e do pensamento simbólico, ficando comprometida a utilização de canais sublimatórios e simbólicos para a elaboração de experiências afectivas avassaladoras. Corresponderia a um prejuízo no desenvolvimento da função alfa o que poderia, também, explicar a suposta ausência de vida onírica nestes pacientes⁽³⁸⁻³⁹⁾. A alexitimia secundária dever-se-ia à

presença de tensões insuportáveis devido a situações traumáticas extremas na vida adulta, como por exemplo, o terror vivido pelas vítimas do holocausto. É de facto possível imaginar, e constatar na realidade histórica da humanidade, que, por mais bem integrada e harmoniosa que seja a personalidade de um indivíduo, este se pode defrontar com situações extremas que sabotam qualquer possibilidade de mentalização e integração harmoniosa da experiência vivida. Desta forma, o indivíduo regressaria a um modo de funcionamento característico da fase pré-verbal em que o outro é ainda indispensável ao manuseamento e integração da tensão e do conflito e em que a tensão se descarrega primordialmente pelo somático.

Krystal⁽¹³⁾ considera a alexitimia como possuindo uma etiologia traumática que resultaria, como já foi referido, numa impossibilidade do indivíduo desempenhar um papel parental face a si próprio. Esta impossibilidade resultaria não tanto de um défice destas funções ou das estruturas psíquicas, mas antes da sua inibição e de uma distorção nas representações do *self* e do objecto. Esta distorção corresponderia a atribuir tais funções à representação do objecto, mantendo-as rigidamente encapsuladas nesta, e a sentir uma proibição em assumir tais funções. Deste modo, assistir-se-ia a um empobrecimento do Eu e a um aumento de áreas psíquicas não integradas e consideradas como 'não-Eu'. "A minha opinião é que a representação do *self* está severamente limitada e todas as

funções vitais e afectivas são vivenciadas como parte da representação do objecto. Desempenhar quaisquer actividades de 'maternidade', de preservação da vida ou de acalmia é reservado à mãe 'externa', ou seu substituto, e proscrito para o sujeito. A sua representação do self é a de uma criança para quem apoderar-se destas funções maternas é proibido e muito perigoso" (13, p.249).

Os mecanismos defensivos geralmente evocados para explicar o funcionamento alexitímico são de tipo primitivo, o que encontra apoio na investigação efectuada nesta área. Apesar de tal investigação ser relativamente escassa, ao que não será alheia a dificuldade de desenvolver instrumentos apropriados para a avaliação dos mecanismos defensivos, alguns trabalhos, como o de Wise, Mann e Epstein⁽⁴⁰⁾, têm revelado a associação da alexitimia com a utilização de mecanismos de defesa imaturos ou de tipo psicótico. Para além da clivagem e da identificação projectiva, mecanismos frequentemente evocados, Krystal⁽¹³⁾ considera que o mecanismo de recalamento primário pode explicar a presença do pensamento operatório na alexitimia. Este mecanismo deixaria verdadeiros 'buracos' na estrutura psíquica, geralmente referidos pelo paciente como um sentimento de vazio interno⁽¹³⁾.

Referindo-se ao tipo de relação primária vivida por pacientes alexitímicos, McDougall encontra frequentemente, na história clínica destes pacientes, uma relação paradoxal em que a mãe, embora presente física-

mente, não está em contacto com as necessidades emocionais da criança. Descreve um ambiente familiar que, não tolerando qualquer expressão de emoção e individualidade, ensina, literalmente, a criança a ser alexitímica, única forma de esta manter os seus objectos e, portanto, sobreviver. A relação vivida é, então, uma relação destituída de qualquer qualidade humana, o medo de aniquilação é, em certo sentido, o resultado de uma avaliação realista da situação já que o que se exige é a morte da vitalidade interna, é este o 'preço a pagar' para garantir a sobrevivência. "Experimentamos o que eles aprenderam – que a sua sobrevivência psíquica dependia da capacidade para tornar a vitalidade interna inerte ... com certos pacientes descobrimos que esta paralisia interna tem o objectivo de evitar fantasias primitivas de implosão ou abandono ou o retorno de um estado traumático de desamparo e desesperança no qual a existência psíquica, e talvez a própria vida, foi sentida como ameaçada" (23, p.177).

As ansiedades subjacentes à alexitimia seriam de ordem psicótica⁽⁴⁾ já que em causa está a própria possibilidade de existir como ser separado dotado de uma individualidade própria. Ser alexitímico é uma forma não humana de existir e de se relacionar com o outro, solução possível quando o indivíduo não viu reconhecido o seu direito a existir. A criança precisa de ser confirmada e valorizada quando ensaia os movimentos de separação e individuação. Se a criança depara com uma mãe incapaz de

prescindir dela como objecto de suprimimento narcísico, que não tolera qualquer afirmação de individualidade e diferença, a criança percepção uma proibição de ser diferente, de ser ela própria, e submete-se ao objecto como forma de não o perder. No entanto, depender de um objecto e reconhecer a sua necessidade constitui uma actualização e agravamento da ferida narcísica inerente ao sentimento de incompletude. A alexitimia pode ser, então, uma defesa construída contra o reconhecimento da perda (objectal e narcísica) na medida em que atacar o afecto é atacar a relação. Não comunicar afectivamente é destruir a possibilidade de uma relação humanizada, destruir a separação do objecto e a sua importância para o sujeito e refugiar-se num sentimento de auto-suficiência narcísica e onipotente⁽³⁶⁾.

Estar em contacto com a sua realidade psíquica seria estar em contacto com a realidade de um objecto que não ama e não valoriza o indivíduo por aquilo que ele é, pela sua especificidade e diferença. Implicaria a possibilidade de desistir de um amor e de um objecto que nunca se teve verdadeiramente, a possibilidade de aceitar a perda e deprimir-se verdadeiramente, isto é, mentalmente. A impossibilidade de o fazer abre o caminho para o *acting in* e para o *acting out*. "Com efeito, a depressão ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada (é o *deprimido*, que sofre psiquicamente e tem possibilidade de vir a curar-se) ou não é aceite como doença psíqui-

ca e faz sofrer o corpo com a sua repercussão interna ou a sociedade com as suas distímias irritadas e descargas agressivas (é o deprimido que adoce somaticamente e/ou provoca sofrimento nos outros)" (41, p.67/68).

Abstract

The present work presents a brief revision of the alexithymia construct as well as of its etiopathogenesis in a psychoanalytic perspective. The alexithymic functioning can be considered as corresponding to the functioning of the psychotic part of the personality being the result of a disturbance in the primary relationship during the paranoid-schizoid position. The alexithymic relational form is considered as a dehumanizing form of relationship that signals an attempt to ensure the psychic survival by an individual to whom the constructive, desirous, conflictual and pleasurable life seems unattainable. Alexithymia is considered, nowadays, as a risk factor to the development of several clinical disorders and one of the major obstacles to psychoanalysis and analytic oriented psychotherapies.

BIBLIOGRAFIA

1. Marty P, M'Uzan. La pensée opératoire. *Rev Fran Psychanal* 1963; 27 (suppl.): 345-356. Paris: Presses Universitaires de France.
2. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychother Psychosom* 1970; 18: 154-160.
3. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 255-262.

4. McDougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38, 81-90.
5. Taylor GJ. *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison: International Universities Press, Inc, 1987.
6. Freud S. *La sexualidad en la etiología de las neurosis* (L. L-P. y de Torres, Trad.). In S. Freud Obras Completas (Tomo I, Cuarta Edición, pp. 317-329). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. (Pub. orig. 1898), 1981.
7. Lolas F, von Rad M. *Alexithimia*. In S. Cheren. (Ed.) *Psychosomatic Medicine: Theorie, Physiology, and Practice* (vol I, pp. 189-241). Madison: International Universities Press, Inc, 1989.
8. Taylor GJ. Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *J Am Acad Psychoanal* 1992; 20(2): 251-275.
9. Weinryb RM. Alexithymia: old wine in new bottles? *Psychoanal Contemp Thought* 1995; 18(2): 159-195.
10. Reusch J. The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 1948; 10: 134-144.
11. Nemiah JC. A reconsideration of psychological specificity in psychosomatic disorders. *Psychother Psychosom* 1982; 38: 39-45.
12. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E. Two decades of alexithymia. *J Psychosom Res* 1995; 39 (7): 803-807.
13. Krystal H (com Krystal JH). *Integration and Self-Healing. Affect - Trauma - Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press, 1987.
14. Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Exper. Clin Psychiat* 1994; X (2): 61-74.
15. von Rad M. Alexithymia and symptom formation. *Psychother Psychosom* 1984; 42: 80-89.
16. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981; 43(6): 531-543.
17. Taylor GJ. Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiat* 1984; 141(6): 725-732.
18. Melon J. Reflexions sur la structure psychosomatique et son approche a partir des tests de Rorschach et de Szondi. *Bull Soc Fran Rorsch Method Project* 1978; 31: 41-51.
19. Green A. L'affect dans les structures cliniques. In A. Green, *Le discours vivant* (p.145-187). Presses Universitaires de France, 1973.
20. Spurling, M. Acting-out behaviour and psychosomatic symptoms: clinical and theoretical aspects. *Int J Psychoanal* 1968; 49, 250-253.
21. Taylor GJ. Psychosomatics and self-regulation. In JW Barron, MN Eagle, & DL Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (p.464-488). Washington, DC: American Psychological Association, 1992.
22. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1991; 32(2): 153-164.
23. McDougall J. Reflections on affect: A psychoanalytic view of alexithymia. In J McDougall, *Theaters of the Mind. Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage* (pp. 147-180). New York, Brunner/Mazel, 1991.
24. M'Uzan M. Psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation. *Psychother Psychosom* 1974; 23: 103-110.
25. Luzes P. *L'interaction cognition-émotion et la psychologie clinique* (version préliminaire). Comunicação apresentada nas XXV^èmes Journées d'études de l'association de psychologie scientifique de langue française, Coimbra, 14-16 de Setembro de 1995

- (texto não publicado facultado pelo autor), 1995.
26. McDougall J. *Theaters of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York, W. W. Norton & Company, 1989.
 27. Taylor GJ. Psychoanalysis and empirical research: the example of patients who lack psychological mindedness. *J Am Acad Psychoanal* 1995; 23(2): 263-281.
 28. Winnicott DW. La théorie de la relation parent-nourrisson (J. Kalmanovitch, Trad). In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 237-256). Paris: Petite Bibliothèque Payot. (Pub. orig. 1960), 1969.
 29. Sifneos PE. Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. *Psychother Psychosom* 1991; 56: 116-122.
 30. McDougall J. Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. *Int J Psychother* 1982/83; 9: 379-388.
 31. Klein M. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional dos bebés (A Cabral, Trad.). In M Klein, P Heimann, S Isaacs & S Riviere, *Os progressos da psicanálise* (3ª ed., pp. 216-255). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Pub orig 1952), 1982.
 32. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (A Cabral, Trad). In M Klein, P Heimann, S Isaacs & S Riviere. *Os progressos da psicanálise* (3ª ed., pp. 313-343). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Pub orig 1952), 1982.
 33. Segal H. Notas sobre a formação de símbolos (BH Mandelbaum, Trad). In EB Spillius (Ed), *Melanie Klein Hoje. Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 1: Artigos predominantemente teóricos* (2ª ed., pp. 167-184). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Pub. orig. 1957), 1991.
 34. Bion WR. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int J Psycho-Anal* 1957; 38: 266-275.
 35. Bion WR. Attacks on linking. *Int J Psycho-Anal* 1959; 40: 308-315.
 36. Modell AH. Affects and their non-communication. *Int J Psycho-Anal* 1980; 61: 259-267.
 37. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28: 337-342.
 38. Bion WR. Uma teoria do pensar (B. H. Mandelbaum, Trad.). In EB Spillius (Ed), *Melanie Klein Hoje. Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Vol. 1: Artigos predominantemente teóricos* (2ª ed., pp. 185-193). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Pub. orig. 1962), 1991.
 39. Graham R. The concept of alexithymia in the light of the work of Bion. *Br J Psychother* 1988; 4(4): 364-379.
 40. Wise TN, Mann LS, Epstein S. Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study. *Psychother Psychosom* 1991; 56, 141-145.
 41. Matos AC. *Patologia psicossomática: perspectiva psicanalítica*. In J. França de Sousa, G. Cardoso & A. Barbosa (Eds.) *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática. Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria* (p. 61-73), 1988/89a.