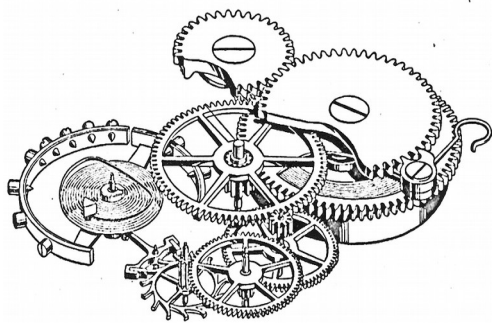




Alexitimia e Alcoolismo: a relação psicoterapêutica como «aparelho de desintoxicação emocional»

(João Azevedo)*

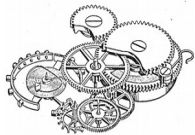
Resumo

O autor faz uma revisão do conceito de alexitimia e suas hipóteses etiológicas. Partindo de um ponto de vista psicanalítico em diálogo com os contributos das Neurociências, o autor enfatiza uma perspectiva da alexitimia como resultado da progressiva obstrução do diálogo entre o corpo e a mente mediado pelas emoções que compromete a mentalização e que se traduz numa estruturação psíquica caracterizada por mecanismos mentais que procuram proteger o psiquismo de perturbações e escapar ao sofrimento e à dor. Com base nos estudos que indicam que a alexitimia é um factor predisponente ao alcoolismo, o autor realiza um estudo exploratório em 30 pacientes alcoólicos abstinentes seguidos na sua consulta na Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias com o objectivo de rastrear a prevalência de alexitimia, avaliar a expressividade emocional e o nível de stress percebido bem como a organização defensiva dominante nos pacientes com alexitimia. Os resultados indicam que 50% dos pacientes apresentam alexitimia, menor expressividade emocional, maior percepção do stress e uma organização defensiva caracterizada predominantemente por mecanismos de defesa do tipo fóbico, narcísico/antidepressivo e de controlo da agressividade. O autor considera que o paciente alcoólico abstinente com alexitimia, estando mais vulnerável à recaída impulsiva ou à eventual manifestação somática (de forma variável e até intermutável), beneficiará duma intervenção psicoterapêutica que tome a relação psicoterapêutica como um “aparelho de desintoxicação emocional” que, ao viabilizar a experiência emocional e a sua ressignificação através da nova relação empática, ajuda a prevenir a recaída e, sobretudo, a proporcionar ganhos em saúde para o paciente.

Palavras-Chave: Alexitimia; Psicanálise; Neurociência; Alcoolismo; Psicoterapia.

* (Mestre em Psicologia Clínica e Assistente Principal de Psicologia Clínica na Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias. Membro da SPP.

João Paulo Barbosa Azevedo
Rua Alfredo Cunha, 367
4450-024 Matosinhos
E-mail: joao.p.azevedo@arsnorte-min.saude.pt



1. Aleximia: descrição e hipóteses etiológicas

Aleximia, etimologicamente traduzida por «*sem palavras para as emoções*», é um constructo multifacetado da personalidade introduzido por Nemiah e Sifneos durante os anos de 1970. O termo alexitimia foi inicialmente sugerido por Sifneos (1973) para descrever a dificuldade que os doentes psicossomáticos teriam em diferenciar sentimentos e em expressá-los por palavras. A partir da clínica dos doentes psicossomáticos, Nemiah e Sifneos (1970) descreveram um conjunto de características cognitivas e afectivas observadas naqueles doentes, nomeadamente um défice ou ausência de pensamento simbólico bem como uma acentuada dificuldade para reconhecer e descrever verbalmente os sentimentos e discriminar entre estados emocionais.

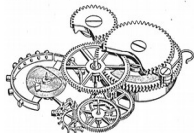
Apesar de ser oriundo da investigação americana de referencial psicanalítico na área da psicossomática, o constructo alexitimia tem vindo a ser, progressivamente, alvo de atenção de inúmeros investigadores de diferentes perspectivas conceptuais e áreas científicas, dando origem, nas duas últimas décadas, a uma intensa pesquisa e corpo teórico sobre este tópico. Uma parte considerável dos estudos dizem respeito à definição da alexitimia e descrição das suas características e/ou factores que as condensam bem como à elaboração de modelos explicativos.

Uma das classificações mais conhecidas da alexitimia é a que a divide em primária e secundária (Freyberger, 1977; Pedinelli & Rouan, 1998). A alexitimia primária, associada à etiologia das doenças psicossomáticas, actuará limitando a expressão dos afectos e das emoções que assim se manifestam de forma deslocada no sintoma físico, no pensamento concreto e na falta de fantasia. Este tipo de expressão corresponderia a um traço de personalidade. A alexitimia secundária está mais próxima da noção de estado, devido à sua natureza transitória, e tende a ser considerada uma consequência do stress. Alguns estudos

longitudinais têm sugerido uma visão da alexitimia como traço (Martinez-Sanchez, Ato-Garcia & Ortiz-Soria, 2003; Parker, Keefer, Taylor & Bagby, 2008), enquanto que a associação frequentemente observada entre alexitimia e depressão ou ansiedade tem indicado uma perspectiva da alexitimia como um estado. De acordo com Fernandes e Tomé (2001), um modelo neuroanatômico deficitário poderá estar na origem da alexitimia primária enquanto que factores psicológicos e sociais (trauma psicológico na infância, trauma psicológico na vida adulta, uso excessivo de mecanismos de defesa) surgiriam associados à alexitimia secundária.

Uma outra teorização da alexitimia define-a como uma perturbação da personalidade que está presente em diferentes categorias diagnósticas e que se manifesta em três áreas do funcionamento do sujeito: 1) Afectiva – relativa à dificuldade do sujeito em diferenciar as sensações corporais das emoções e em verbalizar estas últimas, associada a uma ausência de expressividade emocional e actuações impulsivas inesperadas; 2) Cognitiva – em que as dificuldades para simbolizar não correspondem a uma limitação intelectual do sujeito, mas traduzem um uso dos símbolos como signos, sem criatividade e sem integração num contexto pessoal; 3) Das Relações Interpessoais – relativa à distância e indiferença face a si próprio (incluindo o seu corpo e a sua saúde) e face ao outro (Krystal, 1979).

Se bem que o construto alexitimia não apareça nas classificações psiquiátricas habituais, reconhece-se que possui um valor descritivo, de significado clínico, dando conta de um conjunto de características observadas em determinadas perturbações ou em certos pacientes, nomeadamente: a) Incapacidade em identificar e descrever sentimentos; b) Incapacidade em diferenciar sentimentos de sensações corporais; c) Impulsividade como expressão dos conflitos; e) Preocupação excessiva com os acontecimentos externos, com os detalhes e ausência de fantasia; f) Apresentação de modos rígidos e estereotipados de relação



(Carneiro & Yoshida, 2009; Fernandes & Tomé, 2001; Krystal, 1979; Martinez-Sanchez, Ato-Garcia & Ortiz-Soria, 2003).

Alguns autores tomam a alexitimia como um constructo da personalidade cujas características reflectem um défice do processamento cognitivo e da regulação dos estados emocionais (Taylor, Bagby & Parker, 1997; Taylor, 2000). Outros autores colocam a hipótese de que as características alexitímicas representam defesas mentais primitivas decorrentes de uma perturbação do desenvolvimento afectivo (Cherchiari, 2000, Clemente & Peres, 2010; McDougall, 1978; McDougall, 1982).

Observada, inicialmente, no âmbito da clínica das doenças tradicionalmente conhecidas como psicossomáticas, a alexitimia passou a ser constatada nas perturbações somatoformes e em outros problemas psíquicos. Várias investigações descrevem características alexitímicas em pacientes que apresentam um largo espectro de psicopatologia, nomeadamente em pacientes com adições, com depressão, com perturbação de pânico ou de stress pós-traumático. Este facto tem levado os investigadores a procurar uma possível etiopatogenia específica para a alexitimia e a colocar diversas hipóteses etiológicas (Prazeres, 2000).

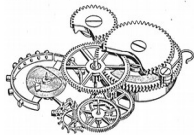
De um modo descritivo, são apontadas causas desenvolvimentais para a alexitimia que dão conta de uma lacuna precoce na aprendizagem da ligação entre as emoções e as palavras com elas relacionadas associada a factores socioculturais e ambientais (Sá, 2009).

Também são apontadas causas neurofisiológicas para alexitimia com base na hipótese de um défice na transferência inter-hemisférica apoiada na possibilidade de que a emoção estaria localizada no hemisfério direito e a expressão verbal no hemisfério esquerdo, pelo que a suposta falta de comunicação entre os hemisférios no sujeito alexitímico produziria um défice na capacidade de articular

verbalmente as emoções (Bucci, 1997; Hoppe, 1977; Taylor, 2000).

São também avançadas causas de base cognitiva para a alexitimia. Tendo por base o ponto de vista frequentemente aceite de que no humano a resposta emocional e a regulação da emoção compreendem três sistemas interrelacionados (Dodge & Garber, 1991) - Neurofisiológico (pela activação do sistema nervoso autónomo e neuroendócrino), que representa a dimensão biológica do afecto; Motor-expressivo (como por exemplo, expressões faciais, mudanças de postura, tom de voz); Cognitivo-experiencial (consciência subjectiva e relato verbal dos sentimentos, em que está implicado o neocórtex), que seria a dimensão psicológica do afecto - Taylor (2000) considera que as características associadas ao conceito de alexitimia reflectem défices ao nível do processamento cognitivo das emoções e da regulação emocional que envolve aqueles três sistemas. Salientando o carácter biológico e inato das emoções, Taylor (2000) defende a re-conceptualização tanto da alexitimia, como de algumas perturbações associadas às dificuldades de regulação emocional, como "perturbações da regulação do afecto".

Outra hipótese etiológica para a alexitimia, de acordo com Fernandes e Tomé (2001, p.100), é a do «stress-alexitimia», defendida por Martin e Phil. Esta hipótese é uma tentativa de explicar a relação entre manifestações alexitímicas e a existência de situações desencadeadoras de stress, considerando que as características alexitímicas seriam um factor de risco capaz de agravar as repercussões patogénicas do stress. Face a uma situação de stress, o sujeito com características alexitímicas vai responder de um modo específico, não conseguindo lidar com a situação de forma adequada devido à falta de conhecimento emocional, à incapacidade de expressar emoções e à tendência para usar a acção de uma forma primária. A dissociação entre as respostas fisiológicas e subjectivas incapacitam o sujeito para perceber a activação como um sinal interno indicador da



existência de processos de adaptação. A falta de conhecimento emocional leva a que o sujeito permaneça exposto aos efeitos patogénicos do stress (Serra, 1988a; Serra, 1988b) ao carecer de informação precisa não apenas para realizar um enfrentamento da emoção como para pôr em marcha estratégias de evitamento ou fuga face ao problema (Martínez Sánchez, 1999).

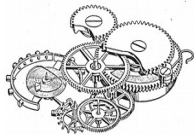
Entre as teorias psicológicas explicativas da alexitimia, o modelo psicanalítico postula causas ligadas a uma perturbação da relação primária que compromete a capacidade de leitura emocional do sujeito. Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976) consideram existir uma relação entre alexitimia e uma perturbação evolutiva – perda de objecto dando lugar a um trauma narcísico e depressivo. Krystal (1998) considera a alexitimia como resultante de uma regressão ao nível do desenvolvimento afectivo na sequência de trauma infantil ou de trauma catastrófico na vida adulta. De acordo com McDougall (1982), a alexitimia resulta dum traumatismo precoce por falha do escudo de para-excitação materno, ou seja, falha da função materna em proteger o bebé das tensões provenientes do mundo exterior. Reconhecendo a existência, desde o início da vida, dum psiquismo cuja tarefa será registar as apresentações do corpo de forma pictográfica segundo um processo originário, McDougall (1978) considera ainda o papel da mãe na interpretação dos gritos e gestos do bebé («comunicação primitiva») e na nomeação dos seus estados afectivos como fundamental para a organização psicossomática do bebé. A relação mãe-bebé perturbada gera comprometimentos na possibilidade da criança poder vir a adquirir um corpo, tornar-se consciente dos seus sinais e apta a poder elaborar simbolicamente, através da via imaginária e do pensamento verbal, os acontecimentos físicos e emocionais que lhe são próprios. Ao não interpretar a «comunicação primitiva» que surge na interacção com o seu bebé e ao não nomear os seus estados afectivos, a figura materna compromete a progressiva des-somatização do aparelho mental e o desenvolvimento da capacidade de simbolização (Clemente &

Peres, 2010). A alexitimia corresponde a uma incapacidade do sujeito para conter e reflectir sobre um excesso de experiência afectiva que, pela sua intensidade, se tornou desorganizadora, ameaçando o sentimento de integridade e de identidade (McDougall, 1982). Perante um conflito, dá-se o repúdio das emoções do aparelho psíquico mediante a expulsão do plano consciente de pensamentos, fantasias e representações associadas a afectos capazes de provocar sofrimento, dando conta do funcionamento da parte psicótica da personalidade em que o indivíduo se defende do sofrimento e da dor pelo uso da clivagem e identificação projectiva (Cherchiari, 2000, Clemente & Peres, 2010; McDougall, 1978). Trata-se duma estratégia defensiva que produz um problema de natureza afectiva que McDougall (1978) designa de «desafecção» e que traduz o desinvestimento do corpo e o rompimento do indivíduo com os seus próprios sentimentos, podendo conduzir ao «acto-sintoma» ou à eclosão psicossomática.

Alexitimia: Perspectiva duma Psicanálise em diálogo com a Neurociência

Os conhecimentos actuais oriundos do campo das neurociências permitem-nos saber que o diálogo entre o corpo e o pensamento, entre o inato e o adquirido, é contínuo e garantido por um complexo sistema de comunicação, onde as emoções assumem um papel mediador fundamental (Sá, 2009). As emoções e os sentimentos que se seguem aos diferentes tipos de estímulos são parte integrante dos sistemas de valores necessários para estabelecer a memória de longo prazo e para o pensamento e tomada de decisão, envolvendo as escolhas para direccionar a vida (Lima, 2010).

De acordo com Freire (2010), as abordagens dos neurocientistas LeDoux e Damásio consideram que: a) As emoções podem ser compreendidas como uma combinação de activação neuro-cortical, expressão motora e uma sensação subjectiva inconsciente desse estado corporal

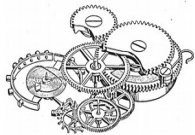


(imagem mental do corpo), que Damásio chama de sentimento da emoção, primariamente inconsciente; b) As áreas associadas ao córtex pré-frontal, responsáveis pela cognição, são usadas pelo indivíduo para tomar consciência da emoção: trata-se de um processo cognitivo sobre as sensações subjectivas dos estados corporais eliciados por agentes externos ou internos à pessoa.

António Damásio (2000), em o «Sentimento de Si», distingue emoções (dirigidas para o exterior e públicas), sentimentos de emoções (dirigidos para o interior e privados) e sentimento de si ou consciência, que resultaria do sentimento que se tem do sentimento da emoção. Damásio (2000) separa três fases ao longo de um contínuo: “o estado de emoção, que pode ser desencadeado e executado de forma não consciente; o estado de sentimento, que pode ser representado de forma não consciente; e o estado de sentimento tornado consciente, isto é, conhecido pelo organismo que experimenta tanto a emoção como o sentimento.” (p.57). Para Damásio (2000, 2011), as emoções desenrolam-se no teatro do corpo; os sentimentos desenrolam-se no teatro da mente. Os sentimentos serão então as experiências mentais das emoções: “Assumindo que todas as estruturas nervosas necessárias estejam no seu lugar, os processos (...) permitem que um organismo experimente uma emoção, a manifeste e a transforme em imagem, isto é, sinta a emoção. Porém (...) para que um organismo saiba que tem um sentimento, é necessário acrescentar o processo da consciência (...)” (Damásio, 2000, p.103-104). O impacto humano de todas as causas de emoção e de todas as tonalidades de emoção que essas causas provocam depende dos sentimentos gerados por essas emoções. Mas o impacto completo e duradouro dos sentimentos exige a consciência que permite que os sentimentos se tornem conhecidos do indivíduo que os experimenta (Damásio, 2000, p.57).

Num diálogo entre a Psicanálise e a Neurociência, Andrade (2003), ao inspirar-se na teoria do marcador somático de Damásio, afirma serem os afectos (ou

sentimento, na linguagem de Damásio) consequência de dispositivos de bio-regulação formados por circuitos neurais cerebrais activados ou inibidos em função de processos bioquímicos do corpo em interacção com o ambiente. Inicialmente, o afecto corresponderá à descarga de energia no interior do corpo acompanhada de prazer ou desprazer conjugada à percepção da descarga (Andrade, 2004; Winograd, Sollero-de-Campos & Landeira-Fernandez, 2005). Esses primeiros registos mnésicos correspondem ao embrião da mente, enquanto estrutura inconsciente, que surge como representação de sensações corporais (estruturas afectivo-ideativas). A percepção consciente só passa a acontecer quando esse pensamento inconsciente se liga a traços mnésicos verbais (estruturas ideativas). Ao tomar-se o afecto como ponto de partida, todo o corpo se torna pensamento e cognição. Esta remissão do psíquico ao corporal leva Andrade (2004) a considerar que o ego desenvolvido como estrutura inconsciente é o ponto de partida para a compreensão das transformações da psicanálise que a colocam em sintonia com as neurociências, confirmando não apenas o «inconsciente emocional» mas também a teoria da relação de objecto – a representação ou a ideia como resultado das vivências afectivas experimentadas na relação com os objectos. O diálogo entre a psicanálise e as neurociências estreita-se ainda a partir da comprovação neurocientífica de que as ligações afectivas, das quais a díade mãe-bebé é o protótipo, são o instrumento essencial fornecido pela natureza para modelar o cérebro e a mente (Lima, 2010). Da mesma forma que uma relação afectiva positiva é capaz de desenvolver a cognição e o controlo natural das emoções, uma relação afectiva deficiente pode propiciar o surgimento de estruturas patológicas, por desenvolvimento insuficiente da cognição e precário controlo natural das emoções (Andrade, 2004). De acordo com Changeux (1985), a auto-organização cerebral, cujos resultados dependem da base neurobiológica e que são determinados pela epigénese e pelo genoma, pode ser majorante ou minorante. No primeiro caso, as experiências emocionais vinculam-se com o cognitivo, surgindo um recurso

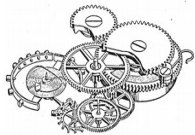


de auto-regulação mais eficiente: a mentalização, que posteriormente se complexifica na função simbólica. A auto-organização minorante traduz-se pela criação de uma nova estrutura psíquica subtil e complexa, mas de fiabilidade diminuta (inércia) e empobrecida em termos de conteúdo (menor especificidade e redundância) e exprime-se psicologicamente em mecanismos que procuram proteger o aparelho psíquico de perturbações e escapar ao desprazer e à angústia.

Freire (2010) considera que a alexitimia é um dos possíveis resultados duma relação afectiva deficiente. Com base nos contributos de LeDoux e Damásio, o autor postula um fluxo emocional alexitímico em que a criança não só não aprende a desenvolver sentimentos conscientes, como aprende a evitar a consciencialização das emoções a partir da emoção negativa de dor, consequência da sua necessidade não atendida e da negligência de que foi objecto. A resposta emocional "hipo-cognizada" (Freire, 2010, p.21), vaga e indiferenciada, indicará um fluxo que, no máximo, realiza aquilo que Damásio chama de sentimentos inconscientes.

Por seu lado, Sá (2009) considera que a alexitimia testemunha a prevalência, perante um conflito, da progressiva obstrução do diálogo entre a *"linguagem do corpo e a linguagem que a mente tolera sem censura"* (Sá, 2009, p. 43) mediado pelas emoções (como processo natural e espontâneo de transformação dos conteúdos que o sistema nervoso produz, inerente à auto-organização cerebral). Esta obstrução surge em consequência dum sofrimento cumulativo (como resultado da história de experiências de descuido, desamparo ou indiferença com os objectos de relação) ao qual os pacientes fazem frente, sendo que os componentes psicossomáticos que podem surgir em todos os quadros clínicos se tornam mais prevalentes quanto mais a expressividade emocional aparece inibida e mais é exigida contenção da agressividade (Sá, 2009). Com base no contributo de Changeux (1985) de que a linguagem do

sistema nervoso são as imagens, Sá (2009) enfatiza que a produção de imagens *"(...) convive com as emoções e já supõe uma actividade pensante que ou promove juízos espontâneos (a que podemos chamar ideias) que resultam da auto-organização cerebral que vão na direcção da integração mental e da memória, ou desbloqueiam reacções autonómicas de stress."* (p.103). O stress será uma forma de ampliar os sinais emocionais para leitura mental. Se as emoções (imagens filogenéticas ou imagens, mediadas por marcadores somáticos, resultantes da experiência de vida) despertarem stress *" (...) originam um longo percurso de metabolismo do sofrimento que culmina nas estruturas psicopatológicas."* (Sá, 2009, p.103). A mobilização de estratégias de desparasitação da angústia que se organizam como uma barreira defensiva predominantemente erguida à custa de mecanismos de defesa obsessivos ou antidepressivos promovem o silenciamento emocional. Nestas circunstâncias, *" (...) é como se as emoções, (...) em função do condicionamento da educação ou das experiências de vida, fossem ignoradas ou tomadas como estranhas, introduzindo-se – de início – uma clivagem e, depois, uma fractura entre a linguagem do corpo e a linguagem que a mente tolera sem censura. Em função dessa dissociação de linguagens, e perante uma situação conflitual, o sujeito não é capaz de expressar, ler, legendar e elaborar simbolicamente as suas emoções, deixando – progressivamente – de responder aos sinais do corpo (a que alguns autores chamam alexitimia (...))."* (Sá, 2009, p. 43-44). A retracção dos recursos emocionais e suas contrapartidas em imaginário, deixará o sujeito vulnerável ao agir impulsivo ou às descargas somáticas da dor em função da forma como são reprimidas, mais ou menos onnipotentemente, as emoções.



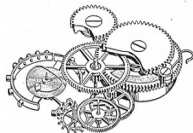
Alexitimia e Alcoolismo

Um conjunto de estudos significativos tem procurado mostrar que a alexitimia é um factor predisponente para diferentes formas de adoecer, mais psíquicas ou mais somáticas, devendo ser levada em conta para aferir as modalidades terapêuticas. Vários estudos dão indicações de que a alexitimia ocupa uma posição central no alcoolismo (Taieb et al., 2002) ou constitui um factor de risco (Maciel & Yoshida, 2006), embora, de acordo com Speranza, Corcos, Stephan, Loas, Perez-Díaz & Lang et al. (2004) surjam controvérsias sobre a natureza primária ou secundária desta dimensão e suas relações com a depressão e com o estado clínico dos pacientes. A ocorrência de alexitimia é habitualmente estimada entre 45% e 67% nos dependentes de álcool por comparação a valores entre 5% e 15% na população geral (Haan, Schellekens, van der Palen, Verkes, Buitelaar & De Jong, 2012; Lyers, Hastking, Albrecht & Thorberg, 2012; Maciel & Yoshida, 2006; Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers, 2009; Thorberg et al., 2011). O álcool tende a ser considerado como um recurso externo para lidar com o sofrimento e a dor nos indivíduos com alexitimia, ajudando-os a superar a sua incapacidade para experienciar ou exprimir as suas emoções (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2008; Thorberg et al., 2009; Thorberg et al., 2011).

Muitos autores enfatizam a relevância de identificar as características alexitímicas nos pacientes dependentes de substâncias para os resultados terapêuticos, sublinhando que elas são um factor prejudicial à manutenção da abstinência (Evren, Evren, Dalbudak, 2009; Solange, Paget, Jouanne, Varescon, Edel, 2010; Thorberg, et al., 2011). De uma forma geral aponta-se para a necessidade de se ter em conta o nível de funcionamento alexitímico no contexto psicoterapêutico. Ogrodniczuk (2007) salienta a importância de identificar formas de comunicação terapêutica que reduzam efectivamente as características alexitímicas de

forma à psicoterapia ser uma resposta mais eficaz para estes pacientes. Taylor (2000) considera que as psicoterapias que envolvem técnicas que visam o desenvolvimento da consciência emocional e a integração de elementos simbólicos dos esquemas emocionais podem reduzir efectivamente as características alexitímicas e trazer potenciais benefícios para a saúde física. Um estudo de revisão sobre as técnicas psicoterapêuticas desenvolvidas para intervir em pacientes com funcionamento alexitímico levou os autores a concluir que intervenções com o objectivo de aumentar a consciência da experiência e promover a representação mental das emoções podem permitir melhores resultados terapêuticos (Silva, Vasco & Watson, 2013).

A nossa experiência clínica na Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias levou-nos a refletir sobre as particularidades da intervenção psicoterapêutica com os pacientes alcoólicos que, do nosso ponto de observação, se mostram, frequentemente, no contacto, quando abstinentes, tendencialmente submissos, cordatos, apresentando um silêncio aparentemente vazio de elaboração psíquica e um discurso a-subjectivo, inafectivo, focado nos aspetos concretos dos acontecimentos da vida mais do que no seu significado. Estes dados da observação levaram-nos a colocar algumas interrogações: a) Até que ponto o consumo abusivo de álcool não poderá ser um simulacro de experiência de emoções num sujeito com um funcionamento psíquico que reprime a vida emocional traduzível nas características clínicas duma alexitimia? b) Até que ponto a situação de abstinência (pela ausência da contrapartida agida) não poderá implicar nestes pacientes um sofrimento acrescido pela exposição continuada aos sinais emocionais que aguardam leitura mental, cuja consequência poderá ser a emergência de sintomas psíquicos ou somáticos? c) Como pensar a intervenção psicoterapêutica com pacientes com tal significativa vulnerabilidade emocional? Estas questões constituíram o pano de fundo para o desenvolvimento de um estudo exploratório para identificar a presença de alexitimia entre os pacientes



alcoólicos abstinentes seguidos na nossa consulta, avaliar o seu nível de expressão emocional e de percepção de stress bem como identificar os mecanismos de defesa dominantes do seu funcionamento mental. O objectivo deste estudo foi aprofundar o conhecimento do paciente alcoólico e reflectir sobre o seu acompanhamento psicoterapêutico.

2. Material e Método

O estudo exploratório incidiu sobre 30 pacientes alcoólicos abstinentes em seguimento na nossa consulta na Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias e teve como objectivo avaliar a presença de alexitimia e verificar a hipótese de que os pacientes alcoólicos alexitímicos apresentam menor expressão emocional e maior percepção de stress. Procuramos ainda conhecer a organização defensiva dominante do paciente alcoólico com alexitimia e reflectir sobre as suas implicações para o acompanhamento psicoterapêutico.

A presente investigação consistiu num estudo exploratório, observacional e transversal. As variáveis quantitativas do estudo são classificadas do seguinte modo: a) Variável Dependente: Alexitimia; b) Variáveis Independentes: Género, Idade, Escolaridade, Situação Profissional, Expressividade Emocional; Percepção do Stress. Procedemos ainda a um estudo qualitativo procurando caracterizar os pacientes alexitímicos em termos da sua actividade defensiva predominante recorrendo à Folha de Decomposição do TAT proposta por Shentoub (1999).

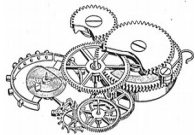
Instrumentos:

Os instrumentos psicológicos que foram usados na avaliação foram os seguintes:

- a) Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens [TAS-20] (Prazeres, Parker & Taylor, 2000) – Instrumento de auto-relato usado para medir o grau de alexitimia,

considerando-a como um traço estável da personalidade. Aquando da elaboração desta escala, Taylor, Bagby e Parker (1997) encontraram três factores centrais que podem ser usados para caracterizar a alexitimia: 1 - Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; 2 - Dificuldade em descrever/comunicar sentimentos; 3 - Pensamento orientado para o exterior. Os resultados totais variam entre 26 e 130. Apesar de a TAS-20 ter como base a conceptualização da alexitimia como uma variável contínua da personalidade, os indivíduos podem ser categorizados como Alexitímicos, para valores iguais ou superiores a 74, e como Não Alexitímicos, para valores menores que 62 (Fernandes & Tomé, 2001; Taylor et al. 1998). Os autores consideram que esta escala é uma das melhores medidas psicométricas da alexitimia (Fernandes & Tomé, 2001) e poderá ser utilizada como um instrumento de rastreio em populações portuguesas (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

- b) Escala de Expressividade Emocional [EEE] (Dinis, Gouveia & Xavier, 2011) - Destina-se a avaliar o grau em que os respondentes exteriorizam as suas emoções independentemente da sua valência emocional ou canal de expressão: mudanças comportamentais que acompanham as emoções; comportamentos verbais ou não verbais da experiência emocional; manifestação exterior das emoções. Dinis et al., (2011) sugerem que a versão portuguesa da escala é um instrumento com boas características psicométricas.
- c) Escala de Stress Percebido [ESP] (Ribeiro & Marques, 2009) – Instrumento de relato pessoal utilizado na avaliação global do stress, permitindo determinar até que ponto os acontecimentos de vida são percebidos como indutores do stress em consequência do seu carácter imprevisível, incontroável ou excessivo. De acordo com Ribeiro e Marques (2009) a ESP é uma medida que foca as consequências percebidas do stress e, portanto, uma medida de perturbação emocional. Os resultados totais variam entre 0 e 56. Segundo Trigo, Canudo, Branco e



Danilo (2010), o facto de a ESP constituir uma medida global do stress torna-a particularmente adaptável a diferentes contextos de saúde

- d) Teste de Apercepção Temática [TAT] - Teste de imaginação que tem por objectivo a investigação aprofundada do funcionamento psíquico dum indivíduo. É pedido ao sujeito que conte uma história a partir de cada cartão apresentado. Recorremos à teoria e metodologia de análise do TAT proposta por Shentoub (1999), nomeadamente à Folha de Decomposição que permite o registo quantitativo dos procedimentos de elaboração do discurso que remetem para as modalidades de tratamento dos conflitos reavivados pela apresentação do material tal como surgem nas diferentes organizações psicopatológicas da personalidade. O registo quantitativo é feito de acordo com a Presença (+), Frequência (++) e Utilização Maciça (+++) das modalidades de discurso usadas na elaboração das narrativas.

Procedimentos:

A passagem dos instrumentos processou-se, em média, ao longo de 3 consultas consecutivas, durante Janeiro de 2013 e Junho de 2014, e foi desenvolvida pelo mesmo avaliador. Foi explicado, inicialmente, o propósito da avaliação a cada participante e obtido o seu consentimento. O processamento e análise estatística dos dados foram realizados com recurso à versão 19 do programa informático *Statistical Package for de Social Science*. Os dados foram analisados de acordo com uma Estatística Descritiva (frequências das variáveis) e a uma Estatística de Inferência: Teste - T para comparação de médias entre Alexitimia e a variável Género; Coeficiente de Correlação de Pearson para analisar a associação entre a TAS-20 e as variáveis Expressividade Emocional e Percepção do Stress. Os níveis de significância usados foram de $p < 0,05$ e $p < 0,01$. A parte qualitativa do estudo consistiu na caracterização dos pacientes alexitímicos em termos da sua actividade defensiva

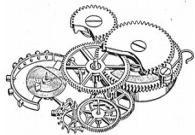
predominante recorrendo aos denominadores comuns do uso Frequente e/ou Maciço dos procedimentos de discurso usados na elaboração das narrativas pelos pacientes com alexitimia, de acordo com o registo da Folha de Decomposição do TAT proposta por Shentoub (1999).

Participantes:

Este estudo utilizou o método de amostragem não probabilística do tipo amostra por conveniência constituída por 15 homens (50,0%) e 15 mulheres (50,0%), com idades compreendidas entre os 31 e os 62 anos ($M = 45,7$; $DP = 7,689$). Em termos de escalões etários, o escalão dos 30 a 39 anos corresponde a 16,7% ($n = 5$), o escalão dos 40 aos 49 anos obtém 53,3% ($n = 16$), o escalão dos 50 aos 59 obtém 26,7% ($n = 8$) e o escalão dos participantes com mais de 60 anos corresponde a 3,3% ($n = 1$). Relativamente ao nível de escolaridade, os participantes com o 1º Ciclo de escolaridade correspondem a 33,3% ($n = 10$), os do 2º Ciclo 36,7% ($n = 11$), com o 3º Ciclo 10,0% ($n = 3$), com o nível Secundário cerca de 6,7% ($n = 2$) e com o nível de Licenciatura 13,3% ($n = 4$). A maioria dos participantes encontra-se integrada em actividade profissional (56,7%; $n = 17$).

3. Resultados

Relativamente à TAS-20 ($n = 30$), os resultados obtidos indicam que 50,0% ($n = 15$) dos pacientes são categorizados como Alexitímicos e os restantes 50,0% ($n = 15$) são categorizados como Não Alexitímicos (tabela 1). Os valores da média de cada um dos três factores que condensam as características essenciais da alexitimia avaliada pela TAS-20 são os seguintes: Factor 1 - «dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais» - apresenta uma média de 22,07; Factor 2 - «dificuldade em descrever/comunicar sentimentos» - apresenta uma média de 16,13; Para o Factor 3 - «pensamento orientado para o exterior» - obtém-se uma média de 21,33.



A análise estatística das médias da variável dependente Alexitimia e da variável independente Género a partir do Teste-T confirma a hipótese nula da ausência de diferenças na média nos dois grupos, significando que a Alexitimia não varia em função do sexo. A análise estatística das correlações de Pearson entre as Categorias da TAS-20 (Alexitimia e Não Alexitimia) e as variáveis independentes Escalão Etário, Nível Escolar e Situação Profissional validam a hipótese nula da não existência de associação estatisticamente significativa, indicando que a Alexitimia não varia com o Escalão Etário, Nível Escolar nem com a Situação de Actividade ou Não Actividade Profissionais.

A correlação de Pearson entre a variável Alexitimia e a variável Expressividade Emocional mostra uma correlação de sinal negativo e estatisticamente significativa ($r = -0,419$ para $p < 0,05$), indicando que a maiores valores de alexitimia se associam valores menores de expressividade emocional (ver tabela 2).

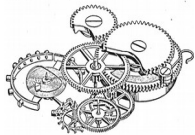
A correlação de Pearson entre a variável Alexitimia e a variável independente Percepção do Stress indica uma correlação de sinal positivo e estatisticamente significativa ($r = 0,489$ para $p < 0,01$), sugerindo que a presença de alexitimia se associa a uma maior percepção de stress (ver tabela 3).

A parte qualitativa deste estudo procurou estabelecer a associação entre Alexitimia e Modalidades Defensivas. Através da Folha de Decomposição referente aos pacientes com alexitimia, verificamos, para cada protocolo, em que Séries de procedimentos (que remetem para determinados mecanismos de defesa) se encontram os registos de uso Frequente e/ou Maciço. Posteriormente, dentro de cada Série onde se verifica o uso Frequente e/ou Maciço de procedimentos de discurso, extraímos os denominadores comuns a todos os protocolos (ver tabela 4). Assim, na Série A, relativa à conflitualização intra-psíquica, é preponderante o uso de mecanismos de isolamento do afecto (isolamento de elementos ou personagens; apego aos pormenores) e, em particular, do controlo da agressividade (vai-vem entre a expressão pulsional e a defesa; formação

reactiva; precauções verbais). Na Série C, relativa ao evitamento e fuga do conflito, assinala-se o uso de uma enorme quantidade de procedimentos que revelam mecanismos: 1) de tipo fóbico (por projecção na realidade externa da representação angustiante): silêncios iniciais e intra-relato; não indicação dos motivos dos conflitos; banalização dos relatos; necessidade de questionar; 2) de tipo narcísico e antidepressivo: tónica na vivência subjectiva não relacional e sobreinvestimento da função de análise do objecto. A configuração defensiva predominante em todos os protocolos dos pacientes com alexitimia parece apontar para um funcionamento limite da personalidade.

5. Discussão

O rastreio efectuado através da versão portuguesa da TAS-20, em 30 pacientes alcoólicos, em abstinência recente, seguidos na nossa consulta na Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias, revela 50% ($n=15$) de pacientes Alexitímicos e 50% de pacientes Não Alexitímicos. Estes resultados vão ao encontro dos surgidos na literatura que apontam níveis de prevalência da alexitimia nos dependentes de álcool a variar entre 45% e 67%. (Haan et al., 2012; Lyers et al., 2012, Maciel & Yoshida, 2006; Thorberg et al., 2009; Thorberg et al., 2011). O estudo de validação da TAS-20 levado a cabo por Taylor et al. (1998) conclui que as pontuações na escala foram significativamente mais elevadas para o grupo de pacientes identificados clinicamente como alexitímicos do que para o grupo dos não alexitímicos. Apesar da recomendação do valor de 74 ou superior para identificar pacientes alexitímicos e o valor de 62 ou inferior para identificar pacientes não alexitímicos, Taylor et al. (1998) sublinha que estas pontuações devem ser consideradas provisórias na medida em que os dados que estiveram na base dessa categorização foram obtidos a partir duma amostra clínica reduzida. Por outro lado, Vanheule (2008)



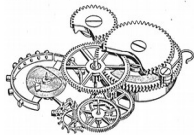
refere que há um crescente consenso de que a forma como as pessoas representam e regulam emoções é, em parte, implícita, pelo que os questionários de auto-relato para medir a alexitimia perdem um componente crucial relativo à maneira como as pessoas processam e regulam os seus estados afectivos. Com efeito, os instrumentos de auto-relato pedem às pessoas para reportar uma capacidade que, de facto, é suposto estar em falta, isto é, o tratamento mental dos estados afectivos, pelo que será aconselhável recorrer a diferentes métodos quando se pretende medir a alexitimia (Vanheule, 2008). Tendo por base que o nosso estudo não incluiu nem o uso de outros instrumentos de medida da alexitimia nem uma avaliação clínica estruturada do fenómeno, devemos considerar, *a priori*, a possível existência de imprecisão nos resultados obtidos.

Os resultados da média de cada um dos factores que condensam as características da alexitimia avaliada pela TAS-20 sugerem que, mais do que a dificuldade em comunicar sentimentos ($M=16,3$), parece ser a dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção ($M=22,07$) o factor com um valor médio mais elevado, logo seguido do factor relativo à externalização do pensamento, com uma média de 21,3. Taylor et al. (1998) salienta que a capacidade para identificar a componente afectiva da excitação emocional e diferenciá-la das sensações corporais que a acompanham é o aspecto que mais diferencia os indivíduos alexitímicos dos não alexitímicos.

Em sintonia com os resultados do estudo de Taylor, Bagby e Parker (1997) aquando da elaboração da TAS-20 os nossos resultados mostram que a alexitimia não varia em função do género, escalão etário, nível escolar ou com a integração em actividade profissional. Já os resultados do estudo de Taylor et al. (1998) indicam que os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar valores mais elevados na escala do que os indivíduos do sexo feminino, o que não se verificou no nosso estudo. De uma forma geral, a literatura

faz referência a estudos que apresentam resultados contraditórios relativamente à dependência da alexitimia de factores como a idade, o sexo, educação ou situação social (Fernandes & Tomé, 2001).

Os pacientes alcoólicos abstinentes com alexitimia tendem a apresentar menor exteriorização das suas emoções, independentemente da sua valência ou canal de expressão. Os resultados do nosso estudo sugerem que o paciente alcoólico com alexitimia parece mostrar uma supressão da sua expressividade emocional, o que pode indicar comprometimentos da área motora-expressiva da resposta emocional para além dos comprometimentos da área cognitivo-experiencial (consciência subjectiva e relato verbal dos sentimentos). O estudo de validação da EEE para a população portuguesa levado a cabo por Dinis, Gouveia e Xavier (2011) concluiu que uma elevada expressividade emocional: a) Está associada a uma menor vivência de estados emocionais negativos; b) correlaciona-se negativamente com a ruminação (conceptualizada como uma estratégia de regulação emocional cognitiva, de supressão emocional, numa tentativa de suprimir a experiência mais intensa dos componentes fisiológicos, comportamentais e subjectivos da emoção negativa); c) correlaciona-se negativamente com a reavaliação cognitiva. Embora o apoio empírico da repressão emocional seja contraditório, aceita-se actualmente a sua existência quer como um mecanismo cognitivo quer como um estilo de coping para lidar com os estímulos ameaçadores pelo recurso à repressão, denegação e evitamento cognitivo e comportamental (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994). De acordo com Helves, McNeil, Holden & Jackson (2008), inibir a expressão de emoções perturbadoras é considerado um processo activo que envolve não pensar sobre a emoção associada, exigindo assim esforço e dispêndio energético quer psicológico quer fisiológico. Os resultados do estudo realizado por Helves et al. (2008) indicam que a inibição emocional é um predictor consistente de alexitimia, apesar de se tratar de dois constructos de natureza conceptual diferente. É possível

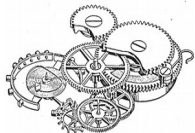


pensar que a supressão da expressão emocional encontrada no paciente alcoólico alexitímico possa estar associada ao uso de estratégias de evitamento do conflito interno e dos afectos associados que, assim, permanecem não contidos no interior do espaço psíquico da experiência.

Os nossos resultados indicam ainda que os pacientes alcoólicos alexitímicos tendem a perceber maior stress por comparação aos não alexitímicos quando avaliados pela ESP que, segundo Ribeiro e Marques (2009), é uma medida de perturbação emocional ou psicopatologia. Estes resultados parecem sugerir então a presença de sinais e sintomas psicopatológicos mais fixados e possível comorbilidade psiquiátrica. A este propósito, pensamos que teria sido pertinente proceder à aferição clínica do eventual duplo diagnóstico psiquiátrico, procedendo, concomitantemente, a uma avaliação psicopatológica com recurso, por exemplo, à Escala Breve de Sintomas (BSI). De um modo geral, os estudos demonstram a existência duma associação entre a presença de stress e a recaída alcoólica, independentemente das medidas de stress utilizadas e do período de tempo decorrido entre o início do tratamento e o follow-up (Brown et al., 1990). As investigações apoiam ainda alguma associação entre alexitimia e stress em populações clínicas e mesmo na população não clínica a alexitimia tem sido associada a um estilo de coping menos eficaz para lidar com o stress.

A avaliação do funcionamento mental e das modalidades defensivas dos pacientes alexitímicos realizada através do TAT parece indicar estarmos perante uma organização-limite da personalidade (Bergeret, 1997). A análise dos procedimentos de discurso usados na elaboração das histórias indica a predominância de mecanismos de defesa da linha do evitamento e fuga do conflito, de tipo fóbico (evitar o encontro com a representação que convoca o afecto doloroso) e narcísico/antidepressivo (escape à vivência afectiva da carência e da perda) mitigados por mecanismos da linha do controlo do afecto, particularmente agressivo. Não

encontramos nos pacientes alcoólicos alexitímicos um uso frequente e/ou maciço das modalidades de discurso que testemunham os mecanismos de defesa característicos do funcionamento observado nos pacientes psicossomáticos, em que a actividade mental é concreta e orientada para o presente, sem relação com fantasias inconscientes (“pensamento operatório”, Marty & M'Usan, 1963), apesar de não raras vezes os pacientes alcoólicos apresentarem, por exemplo, quadros de hipertensão e psoríase. O Eu da personalidade-limite conserva nas suas fixações um olhar ainda virado para a antiga indistinção somatopsíquica e pode recuar, num momento particularmente angustiante, a um modo arcaico de expressão utilizando a linguagem do corpo (Bergert, 1997). As modalidades defensivas do paciente alcoólico alexitímico encontradas no nosso estudo, da linha do evitamento e da fuga às representações que convocam os afectos dolorosos dão conta de mecanismos de defesa pouco elaborados e pouco eficazes. Estudos realizados por Wise e Kooiman indicam que os resultados da TAS-20 correlacionam-se significativamente e positivamente com defesas imaturas e negativamente com defesas maduras ou neuróticas (Helves et al., 2008). Em quaisquer circunstâncias, os resultados obtidos no TAT parecem sugerir que o paciente alcoólico alexitímico não dispõe de recursos psíquicos para elaborar a angústia, a tristeza ou a agressividade, recorrendo a estratégias de protecção dispendiosas, sob o ponto de vista económico, para o funcionamento do sujeito e empobrecedoras da sua identidade. Kantazian salienta que o papel da alexitimia na patologia aditiva tem permitido reconhecer que as dificuldades afectivas que predispõem à adição podem ser desagradáveis ou disruptivas não apenas por causa dos sentimentos dolorosos como a raiva, a ansiedade e a depressão mas também pelo facto de os sentimentos poderem estar ausentes ou não nomeados (Cecero & Holmstrom, 1997).



6. Conclusões e Reflexões Finais

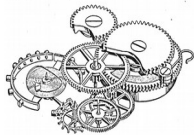
Os resultados obtidos no nosso estudo indicam que 50% de pacientes alcoólicos abstinentes, em seguimento na nossa consulta na Unidade de Alcoologia do Porto Dr. José Barrias, apresentam alexitimia. O valor que encontramos no nosso estudo aproxima-se dos referidos na literatura relativos à prevalência de alexitimia entre esta população clínica (Haan et al., 2012; Lyers et al., 2012; Maciel & Yoshida, 2006; Thorberg et al., 2009; Thorberg et al., 2011).. Relativamente aos factores que foram identificados aquando da elaboração da TAS-20 (Taylor, Bagby & Parker 1997) e que condensam as características fundamentais do constructo, os nossos dados indicam que a «dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais» é o factor que surge com uma média mais elevada, logo seguido do factor referente à «orientação do pensamento para o exterior». Considerando que a TAS-20 tem por base uma conceptualização da alexitimia como traço da personalidade, os nossos resultados podem ir ao encontro dos estudos que sugerem que alexitimia é um factor preponderante e de risco para o alcoolismo (Taieb et al., 2002; Maciel & Yoshida, 2006).

Os resultados do nosso estudo indicam que o paciente alcoólico abstinente com alexitimia parece apresentar uma significativa inibição emocional. De acordo com Dinis, Gouveia e Xavier (2011), esta provável supressão da expressão emocional está associada a estratégias cognitivas de repressão dos afectos dolorosos. Os estudos tendem a confirmar que a supressão da expressão emocional provoca um prejuízo nas capacidades para prestar atenção, descrever e compreender as emoções, bem como em usá-las eficazmente em direcção a objectivos valorizados (Gross & John, 2003; Gross, DeSteno & Kubzansky, 2013). Os nossos

dados parecem concordantes com os estudos de Helmes et al (2008) que indicam que a inibição emocional é um predictor de alexitimia. Por outro lado, a presença de inibição emocional perante um acontecimento potencialmente stressor confere ao álcool o papel de recurso externo que permite ao indivíduo lidar com o sofrimento e a dor, ajudando-o a superar a sua incapacidade para experienciar ou exprimir as suas emoções (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2008; Thorberg et al., 2009; Thorberg et al., 2011).

Os dados do nosso estudo indicam que a presença de alexitimia se correlaciona positiva e significativamente com a percepção de stress. Atendendo a que a avaliação do stress ocorreu por administração duma escala que, de acordo com Ribeiro e Marques (2009), é uma medida de perturbação emocional, uma leitura possível é a de que os pacientes alexitímicos abstinentes apresentem maior sintomatologia psíquica, sugerindo co-morbilidade psiquiátrica. Teria sido pertinente avaliar a presença de sintomatologia psíquica e proceder ao diagnóstico clínico da eventual perturbação em presença. A literatura dá conta que a alexitimia está presente numa diversidade de categorias diagnósticas, surgindo particularmente associada à ansiedade e à depressão. Partindo da nossa experiência clínica e da observação de manifestações psicossomáticas entre os pacientes alcoólicos, como por exemplo hipertensão ou psoríase, colocamos a hipótese de que os sintomas psíquicos e as manifestações somáticas possam ser variáveis e até intermutáveis ao longo do tempo.

A avaliação dos mecanismos de defesa dos pacientes alcoólicos alexitímicos dá conta da presença de mecanismos de defesa de tipo fóbico e narcísico/antidepressivo para conter o sofrimento convocado por representações de perigo, nomeadamente de carência afectiva e perda. A presença deste tipo de modalidades defensivas do Eu, pouco elaboradas e eficazes, vai no sentido dos estudos que indicam que os resultados da TAS-20 se correlacionam significativa e positivamente como

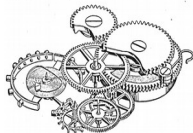


defesas imaturas (Helmes et al. 2008). Os pacientes alcoólicos alexitímicos parecem estar perturbados por sentimentos dolorosos como o medo, a tristeza e a agressividade que permanecem como “emoções sem nome”. De acordo com Cecero & Holmstrom (1997), Kantazian salienta que o papel da alexitimia na patologia aditiva permitiu reconhecer que as dificuldades afectivas que predis põem à adição podem ser desagradáveis ou disruptivas não apenas por causa dos sentimentos dolorosos como a raiva, a ansiedade e a depressão mas também porque os sentimentos podem estar ausentes ou não nomeados. Os resultados do estudo de Cecero & Holmstrom (1997) são consistentes com o ponto de vista de que os alcoólicos alexitímicos estão perturbados por sentimentos dolorosos. Ao postular a existência dum fluxo emocional alexitímico, Freire (2010) considera uma alexitimia que resulta do facto de a criança aprender a evitar a consciencialização das emoções a partir da emoção dolorosa, consequência das falhas ocorridas na experiência com os seus objectos de relação. Um qualquer acontecimento, ao introduzir um excesso de experiência afectiva que, pela sua intensidade, não pode ser contida nem reflectida, constitui-se como um verdadeiro traumatismo psíquico, conduzindo à descompensação.

A alexitimia, do nosso ponto de vista, enquanto testemunha da área a-conflitual do funcionamento mental, como resultado duma obstrução do diálogo entre o corpo e a mente, dá conta de uma vulnerabilidade acrescida do indivíduo face às emoções que, não seguindo o fluxo normal inerente à auto-organização cerebral no sentido da integração mental e da memória, se tornam, na melhor das hipóteses, de acordo com Damásio (2000, 2001), sentimentos de emoção inconscientes. Trata-se de uma perspectiva que toma a alexitimia como traduzindo «lacunas de mentalização» (Milheiro, 1999) e uma racionalidade desprovida de conteúdo emocional e colorido afectivo. Soussimi (2001) sublinha que se se parece adquirido que a mentalização e sua complexificação na função simbólica é decorrente e atrelada às experiências emocionais positivas no processo de

desenvolvimento, já as situações traumáticas vividas pelo indivíduo não permitem que os procedimentos de auto-regulação se desenvolvam além das fases em que a emoção está totalmente vinculada aos estados corporais, mantendo o sujeito fixado no estágio de vida e desenvolvimento em que ocorreu o trauma, sem que isso impeça que “(...) *uma outra modalidade de cognição se instale no ser humano, sob a forma de racionalidade, com o uso da linguagem, com o uso da palavra como coisa, desprovida de colorido e conteúdo emocional*” (p.6). Esta perspectiva repõe a relevância da relação afectiva e as suas falhas como estando na origem de uma hiper-adaptação ao objecto cuidador à custa do comprometimento dos recursos protectores e comunicacionais que são as emoções que, não sendo interpretadas e significadas na relação, permanecem por mentalizar e ameaçam desarticular a unidade psicossomática. O evitamento das experiências emocionais dolorosas vai a par com a mobilização de estratégias defensivas para escapar à dor e ao sofrimento que se vai acumulando ao longo da história das experiências traumáticas vividas com os objectos de relação, conduzindo à estruturação psicopatológica da personalidade. McDougal (1978, 1982) associa os aspectos alexitímicos ao funcionamento da parte psicótica da personalidade e Clemente e Peres (2010) referem-se a uma patologia pré-neurótica da personalidade (Clemente e Peres, 2010).

A ausência da capacidade para conter as emoções no interior do espaço psíquico e para reflectir a partir das representações mentais das emoções e de outras experiências - mentalização -, traduzida na forma como o indivíduo deixa de expressar, ler e significar as suas emoções (alexitimia), torna o sujeito vulnerável ao agir impulsivo ou à manifestação somática. No pensamento de McDougall (1978, 1982), o problema afectivo subjacente à alexitimia, designado de «desafecção», traduzindo um desligamento do sujeito com os seus próprios sentimentos, pode conduzir ao agir impulsivo como forma de compensar os défices simbólicos. O álcool será, neste contexto, uma forma de encontrar alívio,



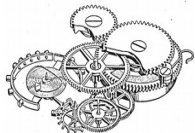
ainda que ilusório, para a dor e o sofrimento, e regular os estados emocionais. Esta compensação pode tornar-se um “ato-sintoma” e incidir sobre o corpo, na medida em que este passa a ser percebido como um objeto alheio ao psiquismo (Peres, 2006), tal como muitas vezes se observa na compulsão à repetição da ingestão alcoólica aparentemente vazia de sentido. Ainda que não se deva associar indiscriminadamente a desafecção à somatização, os pacientes desafectados tendem a evitar a consciência de qualquer sentimento potencialmente desestruturante e, como consequência, são impelidos a apresentar reações orgânicas perante o sofrimento mental com maior frequência e intensidade (Ibid). A nossa experiência clínica dá conta da coexistência de quadros psicossomáticos (hipertensão, psoríase) com a problemática alcoólica, o que poderá sugerir uma variabilidade e até intermutabilidade das manifestações ao longo do tempo. Como pensar então o acompanhamento psicoterapêutico do paciente alcoólico alexitímico?

O modelo psicoterapêutico de inspiração na psicanálise moderna aprofundou o papel da relação intersubjectiva na obtenção de resultados terapêuticos em pacientes mais graves. Dados actuais da neurociência indicam que uma relação afectiva produz alterações fisiológicas e bioquímicas no organismo dos seres em interacção e que uma relação afectiva positiva é capaz de desenvolver a cognição e o controlo natural das emoções (Lima, 2010). De acordo com Pacheco e Silva Filho (2003), o conceito actual neurocientífico de plasticidade cerebral, das redes ou mapas neuronais com suas miríades de sinapses sempre em mudança de maneira activa em contacto com aquilo que vem da realidade interna e externa, dá uma base orgânica estrutural para a teoria e práticas psicanalíticas. Graças ao desenvolvimento de sofisticadas técnicas de neuro-imagem, reconhece-se, actualmente, que a psicoterapia produz transformações na actividade de áreas específicas do cérebro, alterando padrões de funcionamento também neste nível (Andrade, 2004). Numa relação psicoterapêutica a “(...) *introjecção de um novo modelo de*

relação objectal capaz de modificar o padrão primitivo (...) corresponde à criação de circuitos neurais contendo representações de relações objectais experimentadas recentemente. Tendo em vista que essas relações são experimentadas num plano afectivo, seu registro mnésico se dará como memória afectiva implícita, isto é, irremediavelmente inconsciente como o registro anterior.” (Andrade, 2004, p.58).

Ao pensarmos no seguimento do paciente alcoólico alexitímico salientamos a relevância duma relação intersubjectiva que se pretende «*sadia, sanígena e desenvolvutiva*» (Matos, 1999), isto é, uma relação psicoterapêutica que tome em consideração o factor afectivo-transfere-contratransferencial como motor de mudança da memória implícita primitiva (das experiências afectivas com os objectos primeiros de relação) e o desvelamento dos conflitos e a nomeação da «emoção sem nome» (Fleming, 2005). O percurso de metabolização do sofrimento remete para a relevância de tomar em consideração a organização da personalidade do paciente alcoólico alexitímico por forma a projectar uma intervenção psicoterapêutica que promova, através da compreensão e flexibilização dos mecanismos de defesa dominantes, a contenção elaboração psíquica do medo, da tristeza e da agressividade. Pensamos uma intervenção que pressupõe uma relação psicoterapêutica que se constitui como um “aparelho de desintoxicação emocional” que, viabilizando a experiência emocional e a sua resignificação através da nova relação empática, torna possível prevenir a recaída e, sobretudo, proporcionar ganhos em saúde para o paciente.

Finalmente, identificamos algumas limitações ao estudo realizado, designadamente: a) o tamanho da amostra, que limita o tipo e a qualidade das inferências que se podem fazer para a população alcoólica; b) a realização de dois níveis de análise de resultados, quantitativo e qualitativo; c) a falta dum grupo de controlo, que traria outro nível de inferência aos resultados. Em termos de pistas para novas



investigações consideramos a pertinência de verificar eventuais descompensações psicossomáticas (hipertensão arterial, psoríase, etc.) antecedentes ou intercorrentes nos pacientes alcoólicos alexitímicos. Teria sido pertinente proceder a um estudo longitudinal para avaliar o período de abstinência e adesão ao tratamento do paciente alcoólico alexitímico por comparação ao não alexitímico. O estudo teria beneficiado de uma caracterização amostral relativamente a eventuais medicações prescritas e possíveis comorbilidades físicas e psiquiátricas. A investigação tem demonstrado que a avaliação da alexitimia exclusivamente por medidas de auto-relato é, por vezes, insuficiente para avaliar com precisão o constructo em populações com perturbações adicionais, tal como defendem Taylor et al. (1998), Haviland, Shaw, MacMurray & Cummings (1998), Vanheule (2008) e Hendrix, Haviland & Shaw (1991), entre outros.

Agradecimentos Terminamos fazendo um agradecimento aos pacientes que aceitaram colaborar neste estudo e ao Dr. Ruben Julião Ferreira que, no contexto do seu estágio curricular de psicologia clínica, procedeu à passagem dos instrumentos psicológicos sob a minha orientação e supervisão.

TABELAS

Categorias da TAS-20

	Frequência	Porcentagem	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Com Alexitimia	15	50,0	50,0	50,0
Sem Alexitimia	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabela 1

Correlação entre TAS-20 e EEE

		Expressão Emocional	TAS Total
Expressão emocional	Pearson Correlation	1	-,419*
	Sig. (2-tailed)		,024
	N	29	29
TAS-20	Pearson Correlation	-,419*	1
	Sig. (2-tailed)	,024	
	N	29	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

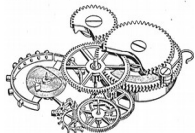


Tabela 2

Correlação entre TAS-20 e ESP		*Postura significante de afectos	*Importantes silêncios iniciais e
		*Idealização de si	*Motivo dos conflitos não banalizados, impessoais
		*Idealização do Objecto (valência positiva ou negativa)	*Necessidade de questionar
Stress Percebido	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	*Apelo a normas exteriores	*Acento inscrito na vivência relacional *Sobreinvestimento da função objecto
0	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	30 ,489** ,006 30	

Tabela 4

relation is significant at the 0.01 level (2-tailed)
a 3

Psychoanalytic Inquiry, 17,
151-172.

Referências

Bibliográficas

Andade, V. M. (2003). *Um diálogo entre psicanálise e a neurociência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Andrade, V. M. (2004). A psicanálise em transformação. A ação terapêutica da psicanálise na perspectiva da interface com a neurociência. In Psicanalítica (Ed.), *A Revista da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro*: 5 (1), pp 49-65.

Bergeret, J. (1997). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi Editores (Obra original publicada 1976).

Brown, G. A. Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, J. L., Ivan, M. R. & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (4), pp.344-348.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization.

Carneiro, B. V. & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), pp. 103-108

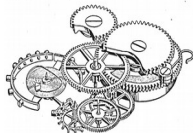
Carneiro, B. V. & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (1), pp. 103-108

Cecero, J. J. & Holmstrom (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (3), pp.201-208.

Changeux, J.-P. (1985). *O homem neuronal*. Lisboa: Publicações D. Quixote (Obra original publicada 1983).

Cherchiari, E. A. N. (2000). **Psicossomática: um estudo histórico e epistemológico.**

Psicologia: ciência e



profissão, 20 (4), pp. 64-79.

Clemente, J. P. L. & Peres, R. S. (2010). Funcionamento psíquico e manejo clínico de pacientes somáticos: reflexões a partir da noção de desafetação. *Psicologia Clínica, 22* (2), pp.57-69.

Damásio. A. (2000). *O sentimento de si. O copo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Lisboa: Publicações Europa-América (Obra original publicada 1999).

Damásio. A. (2011). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates - Círculo de Leitores (Obra original publicada 1994).

DeSteno, D., Gross, J. J. & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: the importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology, 32* (5), p. 474-486.

Dinis, A., Gouveia, J. P. & Xavier, A. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Expressividade Emocional. *Psicologica, Avaliação Psicológica em Contexto Clínico, 54*, p.111-138.

Dodge, K. A. & Garber, K.A. (1991). J. Domains of emotion regulation. In Garber J, Dodge K. A. (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp.3-11). Cambridge: Cambridge University Press.

Evren, C., Evren, B. & Dalbudak, E. (2009). Alexithymia and personality dimensions in relation to depression and anxiety in male alcohol-dependent inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13* (1), 3-10.

Fernandes, N. & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 3* (2), pp. 97-115.

Fernández-Montalvo, J. & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema, 6* (3), pp.357-366.

Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26* (1), pp.15-23.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85* (2), pp.348-62.

Haan, H. A., Schellekens, A. F. A., van der Palen, J., Verkes, R.-J., Buitelaar, J. K. & De Jong, C. J. (2012). The Level of Alexithymia in Alcohol-Dependent Patients Does Not Influence Outcomes after Inpatient Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38* (4), pp. 299-304.

Haviland, M. G., Shaw, D. G., MacMurray, J. P. & Cummings, M. A. (1998). Validation of the Toronto

Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics, 50*, pp. 81-87.

Helmes, E., McNeil, P. D., Holden, R. R. & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology, 64* (3), pp.318-331.

Hendrix, M. S., Haviland, M. G., Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment, 56* (2), pp.227-237.

Hoppe K. D. (1977). Split brains and psychoanalysis. *Psychoanal Q, 46*, pp.220-244.

Krystal H. (1998). *Integration and self-healing: affect, trauma, and alexithymia*. Hillsdale (NJ): Analytic Press.

Krystal, H. (1979). Alexithymia and Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 33* (1), pp. 17-31

Lima, A. P. (2010). O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37* (6), pp. 280-287.

Lumley, M. A., Neeley L. C. & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of*

Personality Assessment, 89 (3), pp.230-246.

Lyvers, M., Hasking P., Albrecht B. & Thorberg, F.A. (2012). Alexithymia and alcohol: The roles of punishment sensitivity and drinking motives. *Addiction Research and Theory, 20* (4), pp. 348-357.

Maciel, M. J. N. & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica, 5* (1), pp. 43-54.

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

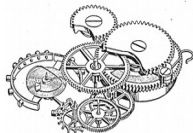
Marty, P. & M'Usan, M. (1963). Le "pensé opératoire". *Revue Française de Psychanalyse, 27* (suppl), pp. 1345-1356.

Matos, C. (1999). Ser único e ter rosto: o binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1* (1), pp. 11-21.

McDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anoralité*. Paris: Éditions Gallimard.

McDougall, J. (1982). Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics, 38*, p. 81-90.

Milheiro, J. (1999). Lacunas somáticas v/s lacunas de mentalização. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 1* (1), pp. 33-41.



- Nemiah J. C., Freyberger, H. & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In Hill OW (Ed.). *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, pp.430-439). London: Butterworths.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic Illness: a problem of communication. *Psychotherapy Psychosomatic*, 18, pp.154-160.
- Ogrodniczuk, J. S. (2007). Alexithymia: Considerations for the psychotherapist. *Psychotherapy Bulletin*, 42 (1), pp. 4-7.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. & Joyce, A. S. (2008). Alexithymia and Therapist. *Psychiatry*, 71 (3), pp. 257-265.
- Pacheco, A. C. & Filho, S. (2003). Psicanálise e neurociências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (3), pp.104-107.
- Parker, D. A., Keefer, K. V., Taylor G. J. & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20 (4), pp.385-396.
- Pedinielli, J. L. & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20, pp. 370-400.
- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica*, 18 (1), pp. 165-177.
- Prazeres N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), pp. 109-121.
- Prazeres, N., Parker, D. A. & Taylor, J. & J. G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *RIDEP*, 9 (1), pp. 9-21.
- Ribeiro, J. P. & Marques, T. (2009). Avaliação do stress: a propósito de um estudo de adaptação da Escala de Percepção de Stress. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), pp. 237-248.
- Sá, E. (2009). *Esboço para uma nova psicanálise*. Ed. Almedina. Coimbra.
- Serra, A. V. (1988a). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), pp. 301-316.
- Serra, A. V. (1988b). Stress. *Coimbra Médica*, 10, pp.131-141.
- Shentoub, V. (1999). *Manual de Utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada 1990).
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of Alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22, pp. 255-262.
- Silva, A. N., Vasco, A. B. & Watson, J. C. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 31 (2), pp. 197-211.
- Solange Carton, S. B., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I. & Edel, Y. (2010). Emotional Awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (6), pp. 599-610.
- Soussumi Y. (2006). Tentativa de integração entre algumas concepções básicas da psicanálise e da neurociência. *Psicologia Clínica*, 18 (1), pp. 63-82.
- Soussumi, Y. (2001). Neuropsicanálise. A busca do Intercâmbio entre neurociência e a psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 3 (3/2), pp. 573-596.
- Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F. & Lang, F., et al. (2004). Alexithymia, depressive experiences and dependency in addictive disorders. *Substance use & Misuse*, 39 (4), pp.551-559.
- Taieb, O., Corcos, M., Loas, G., Speranza, M., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., et al. (2002). Alexithymie et dépendance à l'alcool. *Annales de Médecine Interne*, 153, pp.51-60.
- Taieb, O., Corcos, M., Loas, G., Speranza, M., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., et al. (2002). Alexithymie et dépendance à l'alcool. *Annales de Médecine Interne*, 153, pp.51-60.
- Taylor G. J., Bagby, R. M. & Parker J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia. Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (2), pp.134-142.
- Taylor, G. J., ChB, M. B., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D. A., Doody, K. F., et al. (1988). *Psychosomatic Medicine* 50, pp. 500-509.
- Thorberg F. A., Young R. M., Sullivan K. A. & Lyvers M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Addiction Behaviour*, 34 (3), pp.237-245.
- Thorberg F., Young R. M., Sullivan K., Lyvers M., Hurst C., Connor, J., et al. (2011). Attachment security and alexithymia in a heavy drinking sample. *Addiction Research and Theory*, 19 (6), pp. 566-570.
- Vanheule, S. (2008). Challenges for alexithymia research: a commentary on "The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms". *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), pp.332-337.
- Veríssimo, R. (2003). Inteligência emocional: da alexitimia ao controlo emocional. *Acta Médica Portuguesa*, 16, pp. 407-411.
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F. & Landeira-Fernandez, J. (2005). Resenha: um diálogo entre a psicanálise e a neurociência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (1), pp.121-122.
- Yoshida P. E. M. (2007). Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale -TAS em amostra clínica. *Psicologia-Reflexão e Crítica*, 20 (3), pp. 389-396.

