

CENTRO DE ESTUDOS JOSÉ DE BARROS FALCÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA
MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO



REVISÃO DE LITERATURA: ALEXITIMIA, UMA COMUNICAÇÃO ARCAICA

Carla Maria do Amaral Velho

ORIENTADOR: Dr. Prof. Francisco Pascoal Junior

PORTO ALEGRE

2017

**Monografia apresentada como requisito para a
Conclusão do Curso de Especialização em Psiquiatria do
Centro de Estudos José de Barros Falcão**

Carla Maria do Amaral Velho

Alexitimia: uma comunicação arcaica

Alexithymia: an archaic communication

BANCA EXAMINADORA

Dr. Ms. Francisco Pascoal Junior
Prof. Orientador

Dr.
Prof. Arguidor

Dr.
Prof. Arguidor

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me ajudar a conquistar meus objetivos e a minha família e amigos que sempre estão ao meu lado, com paciência e carinho nesta caminhada. A uma amiga especial, amiga de Fé, Amanda Gobatto, amiga de tantas trajetórias e tantas jornadas de faculdade e que segue me acompanhando pelas estradas da medicina. Ao querido Mestre, Dr. Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros (IN MEMORIAN), que me incentivou a cursar pós-graduação em psiquiatria e tanto me ensinou, compartilhando sua sabedoria. Ao grande amigo, Prof.Dr. Herberto Édison Maia que escuta pacientemente minhas conversas de divã. Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco Pascoal Junior. Obrigada por sua amizade e ensinamentos. A todos os professores e funcionários do CEJBF (em especial, Ana Bastos que está a frente do ambulatório com sua dedicação e empenho) que fazem o dia-a-dia do aprendizado acontecer. Seguindo a poesia de Ricardo Reis, colocando afeto e empenho nas atividades diárias, alcançam-se os objetivos almejados.

Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe o quanto és

No mínimo que fazes.

Assim, em cada lago a lua toda

Brilha, por que alta vive.

Ricardo Reis

RESUMO

Esta revisão visa ofertar ao médico o conhecimento da alexitimia que consiste na falta de verbalização dos sintomas afetivos. Foi feita uma revisão de literatura em periódicos sobre Alexitimia. Esta pode ter origem na infância ou na idade adulta. Em ambas as fases da vida a patologia é devida a traumas emocionais. Estudos mostram também uma origem neuronal como fator predisponente. Existe relação de transtornos psiquiátricos com a alexitimia e uma tendência de maior número de casos com o decorrer da idade, com correlação com doenças neurodegenerativas. Ainda é pouco conhecida no meio acadêmico brasileiro. É um assunto importante, visto que existem muitas pesquisas no mundo ocidental a seu respeito. A fim de facilitar a identificação do indivíduo alexitimico, pesquisadores elaboraram uma escala para poder avaliar e auxiliar no diagnóstico facilitando o entendimento do paciente sobre sua dificuldade em interpretar seus sentimentos, o que leva a produzir sintomas físicos. A partir do momento em que o médico reconhece em seu paciente traços da medicina psicossomática, ele é capaz de tratar melhor este indivíduo ou encaminhá-lo à psicoterapia, para que este consiga lidar melhor com suas emoções, diminuindo as doenças em seu físico.

Palavras chaves: alexitimia; medicina psicossomática; sintomas afetivos; emoção.

SUMMARY

This review aims to offer the doctor the knowledge of alexithymia that consists in the lack of verbalization of the affective symptoms. A literature review was made in journals on Alexithymia. This may originate in childhood or adulthood. In both phases of life the pathology is due to emotional traumas. Studies also show a neuronal origin as a predisposing factor. There is a relation of psychiatric disorders with alexithymia and a tendency of more cases with the passage of the age, with correlation with neurodegenerative diseases. It is still little known in Brazilian academia. This is an important subject, as there is much research in the Western world about it. In order to facilitate the identification of the alexithymic individual, researchers have elaborated a scale to be able to evaluate and assist in the diagnosis facilitating the understanding of the patient about their difficulty in interpreting their feelings, which leads to produce physical symptoms. From the moment that the doctor recognizes in his patient traces of psychosomatic medicine, he is able to treat this individual better or direct him to psychotherapy, so that he can deal better with his emotions, reducing the diseases in his physique.

Keywords: alexithymia; Psychosomatic medicine; Affective symptoms; emotion.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
METODOLOGIA.....	4
REVISÃO DE LITERATURA	
APORTES TEÓRICOS.....	5
ETIOGÊNESE.....	9
IMPORTÂNCIA PARA O MÉDICO.....	14
CONCLUSÃO.....	16
ANEXOS	
A. VINHETA CLÍNICA.....	17
B. ESCALA.....	19
REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

A concepção psicossomática oportuniza o médico a compreender os fenômenos da saúde e da doença de forma integral nas vertentes biológicas, psicológica, social e ambiental do ser humano. Assim, constata-se que as doenças orgânicas não são geradas somente por causas fisiológicas, pois o corpo pode sofrer também com as dificuldades da “alma”. No entanto, esta concepção holística do processo de adoecer necessita de maior compreensão da área médica, visto que ainda é precário o entendimento da ciência médica nesta área. Com o envelhecimento, a compreensão das emoções torna-se ainda mais complexa, pois a pessoa perde a capacidade de expressar seus sentimentos, ocasionando dores no corpo físico. Não obstante, nessa fase do ciclo vital há as patologias características da idade, como as demências, os transtornos de humor e as psicoses que trazem dificuldade de entendimento sobre a realidade a sua volta, dificultando ainda mais o processamento dos afetos. Assim, é preciso uma maior abrangência do conhecimento médico na escuta da pessoa que utiliza a expressão corporal para manifestar o que lhe aflige na mente, a fim de compreender e poder tratar doenças somáticas. Desta forma, ajuda-se o paciente a entender seus sintomas corporais, identificando as emoções que estão por trás destes, levando à cura de muitos males físicos e psíquicos. Neste contexto, visualiza-se a alexitimia. É uma defesa arcaica do ego, na qual as pessoas apresentam dificuldade ou incapacidade para expressar verbalmente suas emoções de prazer ou desprazer, resultando em uma comunicação primitiva onde o corpo “fala”.

METODOLOGIA

O presente trabalho objetiva realizar uma revisão de literatura sobre Alexitimia, Para tanto foram revisadas publicações em periódicos sobre alexitimia, utilizando-se os seguintes descritores: *emotions*, *affective symptmoms*, *alexitimia*, *comunicação arcaica*, *somatização*. A revisão foi realizada por artigos encontrados em publicações de 1973 a 2016 no **PUBMED, LILACS, MEDLINE, COCHRANE, Scielo (Ciência em Saúde geral)**.

A coleta de artigos deu-se no período de outubro a dezembro de 2016. Foram encontrados no PUBMED: 207.756 artigos com MESH emotions; 20800 com termo affective symptmoms; 21475 versando sobre alexithymia; alexithymia and older 579 textos; alexithymia and depression 7873 artigos e psychosomatic and older com 256 resultados. Já na base de dados SCIELO, encontrou-se 13 artigos sobre alexitimia e 4 sobre somatização, enquanto que no LILACS houve 2 artigos sobre comunicação arcaica. Para esta revisão de literatura foram utilizados 60 artigos. Como critérios de escolha dos artigos para esta revisão foram avaliados os textos buscando salientar os tópicos essenciais do tema.

REVISÃO DE LITERATURA

APORTES TEÓRICOS

O termo psicossomática foi utilizado pela primeira vez em 1818 pelo médico Helmholtz. Após isso, vários autores têm estudado o assunto, tentando explicar o fenômeno psicossomático (SILVA, 1992).

Jürgen Ruesch, em 1948, citou pacientes sem imaginação que expressavam emoções através do corpo. Paul MacLean (1949) considerou que deveria ser uma das notáveis observações sobre o paciente psicossomático a sua aparente inabilidade intelectual para verbalizar seus sentimentos (FREIRE, 2010).

Na década de 60, em Boston, os psiquiatras John Nemiah e Peter Sifneos notaram que alguns pacientes psicossomáticos apresentavam dificuldade para falar de suas emoções e sentimentos, dando a impressão de não compreenderem o significado destas palavras. Sifneos, em 1972 criou a palavra alexitimia para explicar este comportamento (FREIRE, 2010).

Baseado nestes sintomas, o Instituto de Psicossomática de Paris propôs compreender e tratar doenças somáticas segundo o postulado fundamental de que o processo de somatização aparece quando o sujeito não é capaz de tratar, mentalmente, as contradições que pesam sobre si (CARNEIRO, YOSHIDA, 2009).

A medicina psicossomática ponderou que a perda da capacidade de simbolização leva o corpo “a falar”. A perda da capacidade verbal é, na maior parte das vezes, um distanciamento da pessoa de si mesmo (SANDLER, 2008). Pacientes somáticos apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estritamente vinculada à materialidade dos fatos. Estes sujeitos se caracterizam por um comprometimento da capacidade de simbolização. O inconsciente não consegue se comunicar mediante o emprego de representações e tende a encontrar no comportamento sua única possibilidade de expressão (PERES, 2006).

Sendo assim, a alexitimia foi explicada por Sifneos (1972) como: a) uma grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para pensar e escrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais; b) uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre; e c) um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente (FREIRE, 2010). A última definição

encontrada na literatura foi a de que se trata de um construto multidimensional, integrado por: a) dificuldades em identificar e descrever sentimentos subjetivos; b) dificuldades em fazer distinção entre emoções e sensações físicas; c) escassez de sonho e incapacidade de simbolizar ou fazer relação entre afeto e fantasia; e d) um estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa (SIFNEOS, 1991; TAYLOR & BAGBY, 2004; CARNEIRO E YOSHIDA, 2009). Estudos contemporâneos identificaram a Alexitimia como um traço de personalidade (Salminen et AL.,2006),com prevalência estimada em torno de 10% entre a população geral (Franz et al.,2008; Mattila et AL.,2006) e um fator predisponente para psicopatologias (Bankier et al.,2001, Taylor e Bagby, 2004; NERISSA et.,al 2015) com taxas mais altas associadas à idade avançada, menos anos de escolaridade e menor nível sócio-econômico (Lane,Sechrest,& Riedel,1998;Mattila,Salminen,Nummi&Joukamaa,2006;Salminen,Saarijärvi,Äärelä,Toikka,&Kauhanen,1999; GENNARINA, 2015). A literatura considerou que os pacientes alexitimicos têm um mundo interno pobre, por isso, investem exaustivamente na realidade externa, ficando dependentes ou hiperadaptados a ela. Quando sofrem problemas existenciais, intensificam seu tempo no trabalho, deixando que este seja seu objeto interno de segurança. Como as percepções carregadas de afeto são afastadas da mente, as tensões físicas não conseguem ser processadas no psíquico, permanecendo no corpo físico, gerando sintomas no mesmo (SILVA, 1992). Para os estudiosos, os sintomas da pessoa com alexitimia são expressões da patologia dos sentimentos, com conseqüente dificuldade no estabelecimento do contato afetivo real e na expressão da capacidade de criação e /ou ciência. Os pacientes somatizados são pessoas que não sonham ou se mostram incapazes de transmitir seus sonhos. Quando os relatam, estes aparecem como uma forma pragmática do pensamento (BARROS, 1994).

Os alexitímicos foram descritos como robôs humanos, pois as emoções podem desaparecer do aparelho psíquico mediante a expulsão do plano consciente de pensamentos, fantasias e representações associadas a afetos capazes de provocar sofrimentos. O neologismo “desafetação” foi criado por McDougall (1984), para fazer referência a esse distúrbio, por envolver o rompimento do indivíduo com o seu próprio sentimento. A desafetação leva o sujeito a ter dificuldades para aprender contrastes emocionais e discriminar seus afetos e os das demais pessoas com as

quais convive, conduzindo ao estabelecimento de vínculos pouco consistentes (PERES, 2006). Estes indivíduos, por serem incapazes de identificar seus estados afetivos, tornam-se inábeis para refletir e regular suas emoções. Comunicam-se emocionalmente de forma muito pobre, falhando em atrair outros para receber ou dar ajuda e conforto. Estas pessoas freqüentemente sofrem de problemas psicossomáticos e problemas emocionais (FREIRE, 2010). Mc Dougall (1989), disse que estes pacientes apresentavam também uma incapacidade para experimentar satisfação e prazer (afetos do bem estar), chamada de anedonia (BARROS, 1994). O alexitímico tem fraca percepção de suporte social, pequena rede social em face de pouca habilidade social e propensão a desenvolver problemas psicossomáticos (FREIRE, 2010). Também, o seu processo decisório é limitado. Decidir significa escolher entre opções e esta escolha se ampara em emoções conscientizadas: motivações (desejos) e metas (futuro imaginado) e, como há pobreza imaginativa, possui dificuldade de tomar decisões, pois “não sabe o quer” (FREIRE, 2010). Mc Dougall ponderou que pacientes psicossomáticos apresentam limitada capacidade em desempenhar um papel parental, protetor para consigo próprio, esperando que outra pessoa faça por eles. Isto se deve à deterioração da capacidade de auto cuidar-se. A autora propôs uma regressão na expressão dos afetos devido a fatos traumáticos na idade adulta. Estes fatos são, na verdade, uma defesa para impedir o retorno para o estado traumático. Além disso, ela reiterou que a origem das reações psicossomáticas severas provém de um relacionamento muito complicado no início do desenvolvimento infantil (BARROS, 1994).

Sifneos (1991) se referiu à Alexitimia, como uma reação aos efeitos de traumas ou doenças sérias, podendo originar-se de situações traumáticas na infância ou traumas intensos na idade adulta. Estas experiências traumáticas podem ser tão fortes que levem a alterações estruturais do funcionamento psíquico, afetando as emoções, com implicações para a vida do indivíduo. Como conseqüência, as emoções seriam expressas em termos de sensações somáticas ou reações comportamentais, em vez de relacionadas a pensamentos. Mc Dougall disse que o afeto suprimido fica sem compensação, deixando a mente vazia e propensa a seguir seu curso como um feito puramente somático, propiciando a desorganização psicossomática. Para a autora, este mecanismo é defensivo, evitando o surgimento de ansiedades psicóticas, ligadas ao perigo de: perda de

identidade; perda de limites do corpo; erupção de afetos sem controle (explosão afetiva). A mesma reitera que a expulsão do afeto do alexitímico pode ser defesa mental extremamente primária. Para ela, a somatização é uma mensagem sem palavras, em que a criação dos sintomas é uma tentativa de auto cura. São esforços criativos para desenvolver técnicas de sobrevivência. Sendo assim, o alexitímico apresenta uma desafetação aparente, um diálogo no qual o corpo e o psíquico não se comunicam. Esta é a definição do corpo psicossomático (SILVA, 1992; CARNEIRO, YOSHIDA, 2009; BARROS, 1994; MARTY, 1994; PIERRE, 1983; PETER E SIFNEOS, 1983).

ETIOGÊNESE

Sifneos, Apfel-Savitz e Frankel (1977), em seus estudos, ponderaram vários fatores etiológicos da alexitimia: genéticos, neuroanatômicos, psicossociais, alterações neuroquímicas e de desenvolvimento. Krystal (1988) sugeriu que uma das possíveis causas da alexitimia possa ser um déficit no processamento cognitivo da emoção. Alguns estudos mostraram que há relação entre alexitimia e a habilidade em perceber emoções (inteligência emocional) (BUENO, COUTO, NORONHA, 2010). Em 1991, Sifneos considerou que as várias etiologias deveriam ser classificadas em dois tipos: as de origem biológicas e as de causas psicossociais (de desenvolvimento). Assim, concordando com pesquisadores europeus (e.g. Pedinielli & Rouan, 1998), classificou em alexitimia primária as de origem biológica, e secundária as de causa psicossocial. A secundária poderia ter como origem fatos traumáticos na infância ou idade adulta, bem como em doenças graves. Em relação a traumas vividos na infância, Krystal, Giller e Cicchetti (1986) defendiam que aqueles decorrentes de excessos ou privações nas relações mãe-criança impediram o desenvolvimento adequado da capacidade de expressão afetiva, assim como da função simbólica. Como consequência, a falha na internalização da função parental de proteção, o uso excessivo da negação e repressão de afetos, o colapso dos mecanismos de defesa do ego, entre outros, levariam a uma paralisação do desenvolvimento afetivo normal, podendo resultar nos transtornos psicossomáticos. No que se refere à associação entre Alexitimia e os traumas intensos vividos na idade adulta, indivíduos sem características alexitímicas, sofreriam uma regressão na função afetivo-cognitiva e reagiriam à situação de forma a impedir a consciência da emoção (KRYSTAL & Cols., 1986; SILVA & CALDEIRA, 1992; TAYLOR, 1984). O estresse intenso levaria a um “embotamento dos sentimentos”, evitando a consciência das emoções e expressão dos sentimentos (SIFNEOS, 1991). A alexitimia secundária não aparece necessariamente vinculada a uma patologia, mas funciona como uma estratégia de enfrentamento desenvolvida pelo indivíduo, frente a uma situação conflituosa e de difícil resolução (MACIEL & YOSHIDA, 2006; CARNEIRO, YOSHIDA, 2009; BARROS, 1994). A primária seria causada por defeito estrutural neuroanatômico ou deficiência neurobiológica, com a interrupção da comunicação entre os dois hemisférios cerebrais ou entre o sistema límbico e o

córtex (SIFNEOS, 1991; TAYLOR, 1984; CARNEIRO, YOSHIDA, 2009; ISLAS, 1998). Taylor (2000), um dos criadores do instrumento TAS (Toronto Alexithymia Scales), identificou uma proposta em que nos alexitimicos existiria um rompimento na comunicação entre os dois hemisférios cerebrais, refletida em uma limitada capacidade de coordenar e integrar atividades inter-hemisférios. Em 2008, estudiosos italianos realizaram uma pesquisa para testar essa proposta de Taylor, encontrando suporte para essa hipótese (FREIRE, 2010).

Novas evidências, baseadas em pesquisas na área da neurobiologia, demonstraram uma nova perspectiva de exploração da alexitimia, colaborando para os fatores biológicos na sua etiologia. Modelos teóricos recentes sugerem que o funcionamento anormal da ínsula anterior (IA) provoca aumento dos níveis de alexitimia, fornecendo evidência crítica de que essa região apóia a consciência emocional; Acredita-se que a IA e o córtex cingulado anterior (CCA) estão envolvidos na representação de nossa experiência emocional consciente. Além destas diferenças funcionais, estudos de neuroimagem estrutural recentes (baseados em Voxel Morfometria) encontraram volumes reduzidos de matéria cinzenta na IA em indivíduos alexitímicos (Borsci et al., 2009, Ihme et al., 2013) e redução da IA com base em redes anatômicas (BERNHARDT et al., 2014). Danos causados na IA estão associados à sensibilidade reduzida a estímulos somatossensoriais (GREENSPAN et al., 1999) e uma experiência de desgosto (CALDER et al., 2000, Hogeveen, 2016). Ainda não há uma teoria universalmente aceita sobre os correlatos neurais da Alexitimia. Várias regiões cerebrais têm sido levantadas como hipóteses, moldando as características cognitivas e afetivas. Uma visão proeminente sustenta que os danos no corpo-caloso (CC) conduzem às características cognitivas da alexitimia devido ao comprometimento da transferência inter-hemisférica de informações, o que interferiria nas coordenações dos dois hemisférios cerebrais no devido tempo do processamento cognitivo (LARSEN et al., 2003). A hipótese de danos ao CC foi originalmente proposta por Hoppe e Bogen (1977) e estudos mais recentes também (LUMLEY E SIELKY, 2000, PARKER et al., 1999, ROMEI et al., 2008). Contudo, falta evidência direta de neuroimagem (NERISSA, 2015). Novos estudos estão elucidando a relação de muitos transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, dependência de substâncias químicas, associados à alexitimia. Em estudo que avalia a conectividade neural da alexitimia associada a

distúrbio depressivo maior (DDM), verificou-se a associação com depressão maior. Achou-se a correlação entre a conectividade da substância branca e a Alexitimia. Foram observadas correlações da substância branca do corpo caloso (CC) e da região do fascículo longitudinal superior (FLS) direito. A partir deste achado, propôs-se que a alexitimia no grupo DDM pode estar associada a uma redução da regulação emocional automática e pensamento introspectivo, com maior esforço para a regulação cognitiva em formação (NERISSA, 2015). Há evidências preliminares de uma rara dissociação entre a ÍNSULA ANTERIOR e a CONSCIÊNCIA EMOCIONAL. O dano a IA está associado a níveis elevados de alexitimia. Esta patologia tem sido estudada quanto a sua comorbidade com distúrbios do desenvolvimento neurológico, como distúrbios do espectro autista (BIRD e COOK, 2013) e esquizofrenia (FOGLEY et al.,2014), contudo estudos recentes sugeriram que a Alexitimia pode ser adquirida após uma lesão cerebral, especificamente na IA (HENRY et al.,2006; WILLIAMS e WOOD, 2013, 2010). Esse achado fornece suporte causal para a visão de que o funcionamento anormal da IA pode ser uma característica neurofisiológica fundamental do desenvolvimento da alexitimia (BREWER et al .,2015; QUATTROCKI e FRISTON, 2014). A presente evidência de alexitimia adquirida após lesão da IA é feita através da neuroimagem (CRAIG, 2009), e vários estudos de lesões humanas envolvendo a IA na interocepção e consciência emocional (GU et al.,2013,JONES et al.,2010). Dentro da construção alexitímica mais ampla, os presentes achados sugerem que a IA está especificamente implicada na consciência emocional. Danos causados na IA estão associado à sensibilidade reduzida a estímulos somatossensoriais (GREENSPAN et al.,1999; Hogeveen,2016). Um estudo sobre modelo de processamento sensorial, com objetivo de explorar a associação entre a capacidade de processamento sensorial, impulsividade, alexitimia, depressão e desesperança, feito no Departamento de Neurociência da Universidade de Genova, entre junho de 2014 e abril de 2016, evidenciou que indivíduos com transtornos afetivos maiores podem sofrer de dificuldades no processamento sensorial, ligados a maior depressão, impulsividade, alexitimia e desesperança. Além disso, indivíduos com transtornos de processamento sensorial podem estar associados de forma diferente a dificuldades de identificar sentimentos. Examinando sessenta e oito mulheres com fibromialgia que foram avaliadas por traços alexitímicos, foi relatado que indivíduos com traços

alexitimicos podem exercer hipersensibilidade à informação sensorial, tolerância reduzida à dor e ao calor, e aumento da reatividade relacionada a estímulos viscerais (KATZ et al.,2009; KANO et al., 2007; NYKLICEK E VINGERHOETS, 2000; SERAFINE et al, 2016). Já, em um outro estudo utilizando amostra de pacientes do sexo feminino com dor crônica, feito pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital da Universidade de Sichuan, Chengdu (China), buscou-se identificar um modelo que explique a relação entre fatores psicossociais e dor crônica em pacientes mulheres. Confirmou-se associações significativas entre ansiedade, eventos de apoio social, personalidade e alexitimia. Neste estudo, a Alexitimia tem um efeito indireto sobre a dor crônica, mediado pelo apoio social e eventos de vida (ZENG, 2016). Pesquisas sobre disfunção executiva e alexitimia em adultos mais velhos são escassas. De acordo com estudos epidemiológicos que indicam que a taxa de alexitimia aumenta ao longo da vida útil, previmos que o idoso pode apresentar maior alexitimia do que adultos jovens (MATTILA et al.,2006). Baseado em links de dados sobre alexitimia e função executiva em adultos jovens e em um estudo em adultos mais velhos, previmos que a função executiva estaria associada à alexitimia tanto na idade como nas funções neurocognitivas em população geriátrica (por exemplo, memória e QI verbal; A associação entre alexitimia e função executiva verbal pode ser devido a circuitos pré-frontais compartilhados envolvidos na regulação emocional. Os resultados fornecem uma visão de possíveis origens entre emoção e autoconsciência deficientes em idosos. A associação negativa entre função executiva e alexitimia em adultos mais velhos sugere aumento do risco de desregulação da emoção nos idosos com distúrbios do envelhecimento e com deficiências em função executiva (por exemplo, demência frontotemporal). Há evidências de associações entre alexitimia e distúrbios neurodegenerativos. Na doença de Parkinson, a redução da transmissão dopamina nigroestriatal e pré-frontal produz características alexitímicas, tais como, afeto embotado, motivação reduzida e dificuldade em reconhecer expressões emocionais. Além disso, a falta da dopamina no córtex cingulado anterior ou córtex orbitofrontal pode intensificar as manifestações cognitivas e emocionais da alexitimia na doença de Parkinson. (Koh,et al.,2016). Pesquisas futuras sobre alexitimia em adultos jovens e de meia idade com disfunção executiva resultante de lesão ou doença que interrompa a função cerebral (por exemplo, lesão cerebral traumática) pode clarificar a natureza

da relação entre alexitimia, funcionamento executivo e disfunção frontal, excluindo o declínio relacionado à idade (Gennarina, 2015). Com a continuação das pesquisas, busca-se esclarecer melhor a natureza desta patologia, visando tratamento e prevenção mais efetivos e diminuindo o número de casos de doenças tratadas e não resolvidas por estarem associadas a pacientes alexitimicos (CARNEIRO, YOSHIDA, 2009; SIFEOS, 1973). Sabe-se que o tratamento baseia-se no apoio à saúde mental através de psicoterapias que visam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes, aprendendo a descrever e identificar sentimentos. Tais habilidades podem incluir técnicas de reestruturação, resolução de problemas e eficácia de aprimoramento (ZENG, 2016).

A IMPORTÂNCIA PARA O MÉDICO

Os pacientes sintomáticos exigem do médico a interpretação dos sintomas orgânicos que são apresentados como se fossem simbólicos. O terapeuta deve assegurar ao indivíduo que sua mente não está vazia, procurando dar sentido aos padecimentos de seu paciente. Porém, isso faz com que “o espaço psíquico do doente fique no espaço psíquico do analista”. Outro fato que ocorre na inter-relação médico-paciente é a sensação de inércia nas consultas, bem como outras manifestações contratransferências, como: sentimento de paralisação interior, frustração, aborrecimento e tédio. O médico acaba se sentindo alexítimico (SILVA, 1992). É importante que o médico entenda que a atividade fantasmática, na medida em que permite a dramatização, diminui as tensões puncionais. Essa função de integração comum à atividade onírica e à atividade fantasmática, não existe ou estão alteradas nos pacientes psicossomáticos, deixando-os desprotegidos, resultando em sintomas no corpo (MARTY, 1994).

Enfatiza-se a necessidade do médico em conhecer os processos de formação das estruturas psíquicas. Sabe-se, da importância da angústia nestas estruturas psíquicas, de sua origem e dos mecanismos para lidar com ela. Dejours (1988) publicou um estudo da angústia dividindo-a em duas categorias: a) angústia somática, que não se acompanha de afeto correspondente e não tem representação psíquica. Seria própria de psicossomáticos e se assemelha à angústia das Neuroses Atuais de Freud; b) angústia psíquica, que se acompanha de afetos. A angústia somática seria uma tensão física, registrada no corpo e com característica de Psicomatose. Para Mc Dougall, nas psicossomatoses há uma estrutura semelhante à estrutura psicótica, só que nesta o pensamento é delirante e nas psicossomatoses o corpo é quem delira. O sintoma é desprovido de sentido tanto no campo biológico, como no campo psíquico. Reafirma que sem afeto não se liga a psique e o soma. (SILVA, 1992)

Por suas características dirigidas para o externo, e por não ser uma doença, no sentido físico do termo, a alexitimia exige do médico muita atenção em relação ao seu paciente, pois o alexítimico não se percebe desajustado, quase sempre resiste ao tratamento. A terapia convencional (apoiada na verbalização de emoções) tem pouco ou nenhum efeito sobre ele. Estes pacientes necessitam de terapias

específicas, baseadas em processos de reeducação e aprendizagem emocional. Exemplo, regulação emocional, que é a forma como a pessoa experimenta e expressa à emoção: de forma amortecida, minimizada ou de forma intensificada, cultivada, permitindo a pessoa desenvolver ou não seus sentimentos (FREIRE, 2010).

CONCLUSÃO

Observando-se a preocupação de especialistas em criar escalas para ajudar a avaliar o indivíduo alexitímico, além de discussões aprofundadas sobre o tema, fica claro que, um dos fatores importantes do estudo sobre a Alexitimia, consiste em auxiliar o médico assistente a fazer uma correta avaliação e diagnóstico, com maior conhecimento do assunto, podendo ajudar seu paciente a encontrar, se não a cura, a melhora significativa na forma de enfrentar seus problemas. Há a necessidade de uma maior divulgação do tema, desde a formação acadêmica. Por isso, preconiza-se a continuação de estudos científicos para aprimorar o conhecimento e a divulgação do assunto. A partir do diagnóstico preciso, a pessoa consegue distinguir o que lhe incomoda, deixando de somatizar os afetos reprimidos. Desta forma, muitos sintomas, que parecem doenças, são devidamente identificados, evitando tratamentos errados, bem como o gasto com manejos desnecessários.

ANEXOS

ANEXO A

Vinheta clinica

Exemplo de situação de sessão psicoterápica.

Um senhor, recém-aposentado, foi afastado por cardiopatia de um cargo público importante no qual sua palavra era a lei. Descreve-se como uma pessoa que não pode aceitar erros, suportar atrasos e que na adolescência era apelidado de "pentelho encravado". Recentemente, teve seu sofrimento psicológico acentuado por apresentar diminuição da libido, chegando às vezes à impotência como efeito colateral do uso de medicação anti-hipertensiva. Numa dada sessão, chegando religiosamente no horário e após o cumprimento formal, indaga onde poderia colocar o seu guarda-chuva, enfatizando que era inglês e não poderia deixá-lo fora. Aponto para um local comumente usado pelos demais pacientes. Retira o sobretudo dizendo que o comprou numa das viagens à Europa, e pendura-o no cabideiro. Indago a mim mesmo "por que diz assim". Sentou-se, e após curto silêncio disse: "A minha mulher é um bucho, agora está querendo emagrecer, não sei se adiantará". Fica ansioso, movimentando a arcada dentária e cerrando os dentes, expressando hostilidade. Novamente me indago: "o que, como e por quê mordendo?". O paciente continua: "A maior é que ontem à noite, minha esposa disse que não me quer mais, que não me suporta mais e que eu sou um chato de galocha". Ficou cabisbaixo e, pela primeira vez, após meses em psicoterapia mostrou-se deprimido, chorando e utilizando o lenço de papel para enxugar as lágrimas, e não para limpar os óculos como comumente fazia.

Ao descrever esta forma de comunicação o autor evidencia que o que não se diz com as palavras, expressa-se com o funcionamento dos órgãos ou com gestos. No caso da comunicação referida, há a relação do paciente com o guarda-chuva, especial símbolo fálico, e com o sobretudo como uma carapaça tentando aplacar seus sentimentos hostis. Para este psiquiatra, as manifestações comportamentais através da mímica, do olhar, dos gestos e da postura do paciente reforçam ou modulam o discurso verbal. São informações rápidas e com o impacto imediato do terapeuta. O autor afirma

que a imagem percebida diz muito, pois os objetos e os acessórios utilizados pelos pacientes fazem parte da sua imagem corporal e expressam significados (BARROS, 1997)

ANEXO B

Escala

Para ajudar na avaliação e mensuração da alexitimia foram criados questionários e escalas de auto-avaliação (ex.: MMPI- Kleiger e Kinsman, 1980; e a SSPS- Apfel e Sifneos, 1979)¹⁴ para serem testadas nos pacientes. Anos depois, Taylor, Ryan e Bagby (1985)¹⁴ propuseram outra escala de auto-avaliação com enfoque teórico orientado pelo *constructo* intitulada: “ Toronto Alexithymia Scales-TAS”. Esta escala demonstrou consistência interna e boa precisão de teste e reteste. Foram realizados estudos sobre a TAS concluindo-se que ela apresenta maior consistência com o conceito de alexitimia que as anteriores. A partir da TAS criou-se uma versão em português a fim de auxiliar o médico a medir o grau de alexitimia do paciente(YOSHIDA,2000; YOSHIDA,2006; YOSHIDA,2007 ; BACH,1995).

Toronto Alexithymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em Português(YOSHIDA,2000)

1. Quando choro sempre sei porquê.
4. Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.
8. É difícil para mim encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.
14. Quando estou perturbado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.
17. Frequentemente fico intrigado com sensações em meu corpo.
20. Tenho sentimentos que não posso identificar muito bem.
22. É difícil para mim descrever como me sinto em relação às pessoas.
23. As pessoas pedem para eu descrever mais os meus sentimentos.
25. Não sei o que está acontecendo dentro de mim.
26. Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.

Fator 2 (2; 5; 16; 18).

2. Sonhar acordado é uma perda de tempo.

- 5. Frequentemente sonho acordado com o futuro.
- 16. Passo muito tempo sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.
- 18. Raramente sonho acordado.

Fator 3 (7; 11; 13;19; 21;24).

- 7. Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.
- 11. Para mim não é suficiente que algo seja feito. Eu preciso saber por quê e como funciona.
- 13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.
- 19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas aconteceram daquele jeito.
- 21. Estar em contato com as emoções é essencial.
- 24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.

Fator 4 (3; 6; 9; 12;15)

- 3. Gostaria de não ser tão tímido.
- 6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.
- 9. Gosto de deixar as pessoas saberem minha opinião sobre as coisas
- 12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.
- 15. Uso muito minha imaginação.

REFERÊNCIAS

1. Bach M; Bach D. Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients. *Psychother Psychosom*; Vol.64. p. 43-48, 1995.
2. Barros CASM. Comunicação em psicoterapia: aspectos descritivos. *Aletheia*. Revista do curso de psicologia ULBRA. N°6.p.87-90, 1997.
3. Barros CASM. Pensamento Operatório e alexitimia: Aspecto fenomenológico In: Barros CASM. *Alcoolismo, Obesidade, Consultoria Psiquiátrica*. Porto Alegre: Editora Movimento; p. 142-147,1994.
4. Bernhardt, BC. Valk, SL., Silani, G., Bird, G., Frith, U., Singer, T. Selective Disruption of Sociocognitive Structural Brain Networks in Autism and Alexithymia. *Cereb. Cortex* 24, 3258–3267, 2014.
5. Bird, G., Cook, R. Mixed emotions: The contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Transl. Psychiatry* 3, 285, 2013.
6. Borsci, G, Boccardi, M, Rossi, R, Rossi, G, Perez, J, Bonetti, M, Frisoni, GB. Alexithymia in healthy women: A brain morphology study. *J. Affect. Disord.* 114, 208–215, 2009.
7. Brewer, R., Cook, R., Cardi, V., Treasure, J., Bird, G. Emotion recognition deficits in eating disorders are explained by co-occurring alexithymia. *R. Soc. Open Sci.* 2, 2015.
8. Bueno JMH; Couto C; Noronha APP. Alexitimia e inteligência emocional. *Psicologia: teoria e prática*. Universidade São Francisco. 12 (3): 52-65, 2010.
9. Calder, AJ.,Keane, J., Manes, F., Antoun, N., Young, AW. Impaired recognition and experience of disgust following brain injury. *Nat. Neurosci.* 3, 1077–1078, 2000.
10. Carneiro BV; Yoshida EMP. Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. PUC-Campinas. Vol.25-n°1 p.103-108, 2009.

11. Craig, AD. How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nat. Rev. Neurosci.* 10, 59–70, 2009.
12. Fogley, R., Warman, D., Lysaker, P.H. Alexithymia in schizophrenia: Associations with neurocognition and emotional distress. *Psychiatry Res.* 218, 1–6, 2014.
13. Freire L. Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. Psicologia: Teoria e Pesquisa. *Universidade Federal de Feira de Santana.* Vol.26-nº1 p. 15-24, 2010.
14. Gennarina D. Santorelli, Rebecca E. Ready. Alexithymia and Executive Function in Younger and Older Adults, *The Clinical Neuropsychologist*, 29:7, 938-955, 2015.
15. Gennarina D. Santorelli, BRE. Ready. Alexithymia and Executive Function in Younger and Older Adults, *The Clinical Neuropsychologist*, 29:7, 938-955, 2015.
16. Gennarina D., Santorelli RE. Ready. Alexithymia and Executive Function in Younger and Older Adults, *The Clinical Neuropsychologist*, 29:7, 938-955, 2015.
17. Greenspan, JD., Lee, RR., Lenz, FA. Pain sensitivity alterations as a function of lesion location in the parasyllian cortex. *Pain* 81, 273–282, 1999.
18. Gu, X., Hof, P.R., Friston, K.J., Fan, J. Anterior insular cortex and emotional awareness. *J. Comp. Neurol.* 521, 3371–3388, 2013.
19. Henry, JD., Phillips, LH., Crawford, JR., Theodorou, G., Summers, F. Cognitive and psychosocial correlates of alexithymia following traumatic brain injury. *Neuropsychologia* 44, 62–72, 2006.
20. Hogeveen, J , Bird, G, Chau A, Krueger, F , Grafman J., Acquired alexithymia following damage to the anterior insula, *Neuropsychologia*, 82, 142-148, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2016.01.021>> Acesso em 15/12/2016.

21. Hoppe, KD., Bogen, JE. Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychother. Psychosom.* 28, 148-155, 1977.
22. Ihme, K., Dannlowski, U., Lichev, V., Stuhrmann, A., Grotegerd, D., Rosenberg, N., Kugel, H., Heindel, W., Arolt, V., Kersting, A., Suslow, T. Alexithymia is related to differences in gray matter volume: A voxel-based morphometry study. *Brain Res.* 1491, 60–67, 2013.
23. Islas ST. Alexitimia: características e implicaciones terapêuticas. *Revista de Sanidad Militar.* Vol.52 Issue 4, p216, 4p. Julho-Agosto, 1998.
24. Jones, CL., Ward, J., Critchley, HD. The neuropsychological impact of insular cortex lesions. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 81, 611–618, 2010.
25. Kano, M., Hamaguchi, T., Itoh, M., Yanai, K., Fukudo, S. Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human. *Pain* 132, 252– 263, 2007.
26. Katz, J., Martin, AL., Page, MG., Calleri, V. Alexithymia and fear of pain independently predict heat pain intensity ratings among undergraduate university students. *Pain Research & Management* 14, 299–305, 2009.
27. Koh, MJ, Kang,JI , Namkoong K, Lee, SI , Kim, SJ. Association between the Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Val Met Polymorphism and Alexithymia in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Yonsei Med J*, 57(3):721-727, 2016.
28. Lane, RD., Sechrest, L., Riedel, R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377–385. 1998.
29. Larsen, JK. Brand, N., Bermond, B., Hijman, R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *J. Psychosom. Res.* 54, 533-541, 2003.
30. Lumley, MA., Sielky, K. Alexithymia, gender, and hemispheric functioning. *Compr. Psychiatry* 41, 352-359, 2000.

31. Maciel, MJN., Yoshiba, EMP. Avaliação da alexitimia, neurociticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5, 43-54, 2006.
32. Marty P; M'uzan M. O Pensamento Operatório. Expediente. *Revista Brasileira de Psicanálise*. Órgão Oficial da Associação Brasileira de Psicanálise; Vol.28-nº1.p.165-174, 1994.
33. Mattila, AK, Salminen, JK, Nummi, T, Joukamaa, M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 629– 635. 2006.
34. McDougall, J. Teatros do eu (O. Coddá, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.
35. _____ McDougall, J. The “dis-affected” patient: reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 53, 386-409, 1984.
36. Nerissa SP. Ho, Michael M.C. Wong and Tatia M.C. Lee, Neural connectivity of alexithymia: Specific association with major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 2015. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.057>> Acesso em: 15/12/2016
37. Nerissa SP. Ho, Michael MC. Wong and Tatia MC. Lee, Neural connectivity of alexithymia: Specific association with major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders*, [2015](#).
38. Nyklicek, I., Vingerhoets, AJ. Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain* 85, 471–475, 2000.
39. Parker, JD., Keightley, ML., Smith, CT., Taylor, GJ. Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: an experimental study. *Psychosom. Med.* 61, 464-468, 1999.
40. Pedinielli, JL., Rouan, G. Concept d' alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20,370-400,1998.
41. Peres RS. O Corpo na Psicanálise Contemporânea: Sobre as Concepções Psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicologia Clínica*, Rio

- de Janeiro. Vol18-nº1 p.165-177, 2006.
42. Peter E. Sifneos. The Prevalence of 'Alexithymie' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Boston Mass. USA: Department of Psychiatry, Beth Israel Hospital and Harvard Medical School, 1973.*
43. Peter E. Sifneos. Psychotherapies for Psychosomatic and Alexithymie Patients. *Psychother.Psychosom. Boston Mass. USA: Department of Psychiatry, Beth Israel Hospital and Harvard Medical School; Vol. 40.p.66-73, 1983.*
44. Pierre Marty, Michel de M' Uzan. El "pensamiento operatorio". Department of Psychiatry, La Asociacion psicoanalitica Argentina. *Revista de Psicanalisis. Vol. 40- nº4 p. 711-721, 1983.*
45. Quattrocki, E., Friston, K. Autism, oxytocin and interoception. *Neurosci. Biobehav. Rev. 47, 410–430, 2014.*
46. Romei, V., De Gennaro, L., Fratello, F., Curcio, G., Ferrara, M., Pascual-Leone, A., Bertini, M. Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: a transcranial magnetic stimulation study. *Psychother. Psychosom. 77, 175-181, 2008.*
47. Salminen, JK., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., Kauhanen, J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research, 46, 75–82, 1999.*
48. Sandler PC. Psicossomático ou somatopsicótico? Análise crítica da Medicina psicossomática. *Einstein. Vol. 6-nº2 p.134-141, 2008.*
49. Serafini, G., Gonda, X., Canepa, G., Pompili, M., Rihmer Z., Amore, M., Engel-Yeger, B. Extreme sensory processing patterns show a complex association with depression, and impulsivity, alexithymia, and hopelessness, *Journal of Affective Disorders, 2010, 249-257, 2017.*
50. Sifeneos, PE. Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics, 56, 116-122, 1991.*

51. Silva AFR; Caldeira G; Alexitimia e pensamento operatório. A questão do afeto na Psicossomática. In: Filho JM, colaboradores. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; p.113-118,1992.
52. Silva, AFRD., Caldeira G. Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. Em J.Mello Filho (org), *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 113-118, 1992.
53. Taylor, GJ. Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732, 1984.
54. Taylor,GJ.,Bagby, RM. New trends in alexithymia research. *Psychosomatics*, 73, 68-77, 2004.
55. Williams, C., Wood, RL. Alexithymia and emotional empathy following traumatic brain injury. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 32, 259–267, 2010.
56. Williams, C., Wood, RL. The impact of alexithymia on relationship quality and satisfaction following traumatic brain injury. *J. Head Trauma Rehabil.* 28, 16–19, 2013.
57. Yoshida EMP. Toronto Alexithymia Scale-TAS: Precisão e Validade da Versão em Português. *Psicologia: Teoria e Prática*. PUC-Campinas. Vol.2-nº1. p. 59-74, 2000.
58. Yoshida EMP. Validade em Português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em Amostra Clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. PUC-Campinas. Vol.20-nº3 p. 389-396, 2006.
59. Yoshida EMP; Silva FRCS. ESCALA de Avaliação de Sintomas -40 (EAS-40: validade e precisão em amostras não-clínica. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRPEE)*. Vol.11-nº1 p. 89-99, 2007.
60. Zeng, F., Sun, X., Yang, B., Fu, X., Life events, anxiety, social support, personality, and alexithymia in female patients with chronic pain: A path analysis. *Asia- Pacific psychiatry*, 44-50, 2016.