

Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia

Ana Nunes da Silva* / António Branco Vasco* / Jeanne C. Watson**

* Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; ** OISE, Toronto University, Canadá

É repetidamente referido na literatura que pacientes alexitímicos têm piores resultados em psicoterapia. Tendo como referência que as características associadas ao conceito de alexitimia reflectem défices ao nível do processamento emocional, não só ao nível da regulação emocional, mas também dos processos subjacentes, como a consciência e a experenciação emocionais e a expressão e a diferenciação emocional, sugere-se que com pacientes com funcionamento alexitímico seja necessário um maior enfoque terapêutico ao nível das tarefas emocionais. Neste trabalho salientamos as dificuldades que podem ocorrer ao nível da aliança terapêutica e discutem-se as implicações para as tomadas de decisão clínica. Através de uma análise crítica da literatura apontamos a importância de ter em conta esta dimensão na conceptualização de caso, no sentido de antecipar dificuldades ao nível da relação terapêutica e de se optar por objectivos mais focados nos processos subjacentes à alexitimia do que nas suas consequências.

Palavras-chave: Alexitimia, Processos emocionais, Psicoterapia, Relação terapêutica.

*“As emoções são intermináveis.
Quanto mais as exprimimos, mais maneiras temos de as exprimir.”*
(Edward Organ Forster)

O conceito alexitimia tem sido amplamente estudado, sendo as características que compõem o mesmo de extrema relevância no processo terapêutico. Ao longo deste artigo refletimos acerca das vivências emocionais de pacientes com características alexitímicas e quais as suas implicações para o processo terapêutico. Pretende-se repensar a alexitimia em termos de processos psicológicos específicos, de forma a melhorar a intervenção junto de pacientes com este tipo de funcionamento.

ALEXITIMIA

Alexitimia etimologicamente significa “sem palavras para os sentimentos” (Sifneos, 1973). Deriva do Grego e do Latim – Sem (“a”) palavras (“lexus”) para emoções (“thymus”). O termo foi inicialmente usado por Sifneos (1973) para designar um grupo de características cognitivas e afectivas típicas de pacientes com patologia somática. Apesar de ter sido um conceito inicialmente

Este trabalho recebeu apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia – SFRH/BD/65066/2009).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Ana Catarina Nunes da Silva, Faculdade de Psicologia da Universidade, Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa. E-mail: AnaCatarinaNS@gmail.com

ligado a este grupo de transtornos, tornou-se rapidamente evidente que a alexitimia estava presente num largo espectro de perturbações, tais como: perturbações alimentares (e.g., Bourke, Taylor, Parker, & Bagby, 1992; Merino, Godas, & Pombo, 2002; Petterson, 2004), abuso e dependência de substâncias (e.g., Gomez, Eizaguirre, & Aresti, 1997; Haviland, Hendryx, Shaw, & Henry 1994; Speranza et al., 2004; Uzun, 2003), perturbações de ansiedade e depressão (e.g., Wise, Mann, & Hill, 1990; Zeitlan & McNally, 1993) e perturbação de pós-stress traumático (e.g., Hyer, Woods, & Boudewyns, 1991; Krystal, 1979). A investigação sugere ainda uma relação entre alexitimia e perturbações da personalidade, verificando-se uma associação com as perturbações anti-sociais, narcísicas e *borderline* (Sifneos, 1973; Taylor, 2000; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001).

Taylor, Bagby e Parker (1997), numa tentativa de reduzir o número de concepções de alexitimia sugeridas na literatura, encontraram três factores centrais que podem ser usados para a conceptualizar: (1) dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; (2) dificuldade em comunicar sentimentos e; (3) pensamento orientado para o exterior. Estes factores resultam da análise efectuada aquando da elaboração de um instrumento que permitisse avaliar o constructo – a escala de alexitimia de Toronto. Os autores propõem que as características associadas ao conceito de alexitimia reflectem défices ao nível do processamento cognitivo e da regulação emocional. Esta ideia tem por base que as respostas emocionais e a regulação emocional envolvem três sistemas interligados: neurofisiológico (sistema nervoso autónomo e activação neuroendócrina), expressivo motor (expressão facial, tom de voz) e cognitivo-experiencial (consciência subjectiva e relatório verbal sobre estados emocionais) (Dodge & Garber, 1991). Taylor (1994) criticou a posição que afirmava que os indivíduos com funcionamento alexitímico não tinham qualquer experiência ou consciência emocional, salientando o carácter biológico e inato das emoções. Inclusive defende a re-conceptualização tanto da alexitimia, como de algumas perturbações associadas às dificuldades de regulação emocional, como “perturbações da regulação do afecto”. Sugerindo ainda que as intervenções devam ser mais focadas nas dificuldades de regulação do que nas suas consequências (Taylor et al., 1997).

Já em 1984, Taylor alertara para que este constructo fosse visto como uma condição comorbida e não como um traço das perturbações a que tem sido associada. Mais recentemente Ogrodniczuk, Piper e Joyce (2005) referem a importância de pensar na alexitimia não como uma perturbação psiquiátrica, mas como uma característica psicológica do pensamento, sentimentos e processos relacionados. Assim, estamos perante uma forma mais compreensiva de pensar a alexitimia que permite com maior facilidade a sua gestão ao nível do processo terapêutico e das tomadas de decisão clínica. Nesta linha de pensamento sugerimos que se passe a usar a expressão “funcionamento alexitímico” em detrimento de “alexitimia”, uma vez que amplia a noção de processo. Para uma melhor compreensão do fenómeno passamos a uma breve reflexão sobre a etiologia do funcionamento alexitímico.

ETIOLOGIA DA ALEXITIMIA

Várias perspectivas têm sido apresentadas na tentativa de explicar a etiologia da alexitimia: neurofisiológica (Bermond, Vorst, & Moormann, 2006), aprendizagem social (Borens, Grosse-Schultze, Jaensch, & Kortemme, 1977), desenvolvimentista (Nemiah, 1977), psicodinâmica (Krystal, 1979) e até genética (Heiberg & Heiberg, 1977). O debate tem incluído questões relativas ao facto de a alexitimia ser um traço estável de personalidade, um estado flutuante, uma defesa do ego, ou um artefacto cultural (Bach, de Zwaan, Ackard, Nutsinger, & Mitchell, 1994; Parker, Taylor, & Bagby, 1998; Wise, Mann, & Epstein, 1991). Apesar de não haver um consenso quanto à sua etiologia, vários factores parecem ser relevantes para esta resposta, quer como factores

etiológicos, quer como factores que afectam a vivência da alexitimia, como por exemplo factores sociodemográficos (Parker, Keefe, Taylor, & Bagby, 2008; Taylor, 1984).

Vários investigadores apontam a hipótese de que a alexitimia tem uma base desenvolvimentista em estilos de vinculação e socialização desadequados e inseguros (Lane & Schwartz, 1987; Taylor et al., 1997). Tendo em conta a importância dada pelas teorias da vinculação à regulação do afecto, vários estudos têm examinado esta relação (e.g., Scheidt et al., 1999; Troisi, D'Argenio, Peracchio, & Petti, 2001). Por exemplo, Troisi et al. (2001) observaram, numa amostra clínica usando a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), que pacientes com estilo de vinculação preocupado ou evitante eram os que apresentavam uma maior prevalência de alexitimia, 65% e 73% respectivamente. Dos participantes com um estilo desligado, menos de metade (36%) apresentavam valores para a presença de alexitimia. Os autores apontam que estes dados sugerem um papel importante de factores precoces do desenvolvimento na etiologia da alexitimia. Também o estudo de Pedrosa, Scheidt, Hoeger e Nickel (2008) parece suportar esta hipótese, onde observaram numa amostra de pacientes com patologia somatoforme, uma elevada prevalência de vinculação insegura (88.2%) dos quais 22% de sujeitos apresentaram valores para a TAS considerados clinicamente significativos. As análises de regressão demonstraram a relação entre os estilos de vinculação inseguros e traços mais marcados de alexitimia. Estudos mais recentes têm tentado compreender o papel destas duas variáveis no desenvolvimento de determinadas perturbações, como a Perturbação Borderline de Personalidade, onde a alexitimia parece apresentar um papel de mediação entre os estilos de vinculação preocupado e evitante e o desenvolvimento desse tipo de personalidade (e.g., Deborde et al., 2012).

As relações entre estilo de vinculação e funcionamento emocional na vida adulta são ainda ilustradas pelo facto de as crianças a quem as necessidades e expressão emocional são validadas tenderem a transformar-se em adultos mais calmos e emocionalmente “inteligentes” (Gottman, 1997; Gottman, Katz, & Hooven, 1997). Vários teóricos da emoção (e.g., Fridja, 2005; Greenberg, 2002) referem que existem emoções inatas que são biologicamente adaptativas e contribuem para a regulação das necessidades básicas para o funcionamento humano e que cada uma dessas emoções está relacionada com uma tendência de acção distinta ou com uma imediaticidade psicológica para agir de modo a promover a sobrevivência e o bem-estar psicológico. Por exemplo, relativamente à auto-protecção, a acção de fuga surge porque temos medo. Assim, indivíduos com experiências precoces que não permitam ressonância emocional estarão mais vulneráveis a desenvolver psicopatologia.

Esta teorização com base nas relações precoces parece, contudo, apresentar limitações ao não dar resposta à perspectiva de uma alexitimia secundária. Freyberger (1977) sugeriu a distinção entre alexitimia primária e secundária, ao constatar que as características alexitímicas podem ocorrer no adulto após, por exemplo, uma situação traumática ou como defesa relativamente ao aparecimento de doenças cuja etiologia principal é a orgânica. Seria a consequência de tensões insuportáveis associadas à vivência de experiências traumáticas na vida adulta, como o diagnóstico de um cancro ou o terror vivido pelas vítimas do holocausto. Assim, a alexitimia primária, com desenvolvimento nas relações precoces, constituiria um factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia e a alexitimia secundária um factor de protecção face ao significado emocional e gravidade, por exemplo, de uma doença. Taylor (1994) considera necessária mais investigação em torno desta distinção, uma vez que aquilo que, em essência, define alexitimia parece estar presente em ambas as definições. Existe inclusivamente uma certa confusão na própria literatura onde podemos encontrar como definição de alexitimia primária, uma alexitimia que se desenvolve na sequência de uma patologia orgânica e a secundária que se desenvolve na sequência de um trauma (vivido quer na infância, quer na vida adulta).

De relevar que nos parece desadequado considerar a alexitimia secundária como forma de protecção. Ainda que possa ser transitariamente adaptativa (evidente no exemplo das vítimas do

holocausto), poderá ter consequências semelhantes às descritas no contexto de uma alexitimia considerada primária. Parecem existir indicadores de que a alexitimia funciona como predisposição para desenvolver determinado tipo de perturbações, dadas as dificuldades emocionais subjacentes, mas a presença de outro tipo de perturbação parece também determinar um funcionamento alexitímico. Estamos perante o que parece ser uma causalidade circular e a resposta a esta questão poderia ajudar em termos de intervenção. Ainda que, em essência, a alexitimia primária e secundária possam constituir fenómenos equivalentes, a forma como se compreende a pessoa e a forma mais adequada de intervir podem não o ser.

A própria perspectiva genética aponta a importância de factores ambientais no desenvolvimento de um funcionamento alexitímico. A hipótese de uma relação entre alexitimia e genética, parece ser corroborada ao se encontrarem menos diferenças entre gémeos monozigóticos do que entre dizigóticos (Heiberg & Heiberg, 1977). Estudos mais recentes (Jørgensen, Zachariae, Skytthe, & Kyvik, 2007; Picardi et al., 2011) validam igualmente o contributo genético para as diferenças individuais no funcionamento alexitímico, considerando também a importância de factores ambientais.

Apesar do constructo ser aceite tanto como constituindo uma perturbação de défice afectivo, como um traço de personalidade normalmente distribuído na população Parker, Keefer, Taylor e Bagby (2008) tentaram compreender se o constructo de alexitimia significava um tipo de pessoa qualitativamente diferente dos outros, ou um traço de personalidade que varia quantitativamente na população. Os resultados das análises taxométricas para examinar a estrutura latente da alexitimia sugerem uma estrutura dimensional. Os autores sugerem que uma consequência importante destes resultados prende-se com a avaliação no contexto psicoterapêutico. Assim, para começar, a avaliação deve ser feita com medidas que considerem a alexitimia uma variável contínua e a sua leitura deve ser feita numa perspectiva dimensional em vez de categorial. Isto também tem impacto na avaliação da própria mudança ao longo da terapia, que se deve focar mais nas alterações significativas nos scores de alexitimia, numa perspectiva de grau, e não tanto em alterações de “alexitímico” para “não alexitímico” (Parker, Keefer, Taylor, & Bagby, 2008). Estes dados, em conjugação com os resultados referidos anteriormente dos estudos de genética (e.g., Jørgensen et al., 2007), apontam para a possibilidade de vários dos factores envolvidos na etiologia da alexitimia: a exposição a acontecimentos traumáticos, a qualidade das relações de vinculação na infância e factores hereditários. Assim, a compreensão do constructo aumenta ao considerar-se um modelo de múltiplos factores.

Apesar deste importante avanço na explicação da sua etiologia, pouco tem sido feito ao nível da investigação sobre o processo terapêutico. Várias têm sido as dificuldades apontadas do ponto de vista terapêutico relativas aos pacientes com funcionamento alexitímico, nomeadamente, o não serem passíveis de ser analisados (Krystal, 1979), terem resultados mais fracos em terapia (e.g., Leweke, Bausch, Leichsenring, Walter, & Stingl, 2009; McCallum, Piper, Ogrodniczuk, & Joyce, 2003) e ainda, apresentarem sintomas residuais após terapia (e.g., Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2004). Neste sentido parece de extrema relevância ser capaz de aceder a este tipo de funcionamento e compreender a experiência subjectiva destes pacientes. Mas como se pode avaliar a alexitimia?

AVALIAÇÃO DA ALEXITIMIA

Ao longo dos anos foram feitas várias tentativas de criar medidas de avaliação de alexitimia. Na sua maioria são auto ou hetero relatos, como: o Questionário de Psicossomática do Hospital *Beth Israel* (Sifneos, 1973); o Questionário de Alexitimia de Resposta Provocada (Krystal, Giller, & Cicchetti, 1986); a Escala de Personalidade de *Schalling-Sifneos* (Apfel & Sifneos, 1979) que

foi o primeiro instrumento de auto avaliação a ser desenvolvido; a escala de alexitimia do *MMPI* (Kleiger & Kinsman, 1980); a Escala de Alexitimia de Toronto (última versão – TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994); ou o Questionário de alexitimia *Bermond-Vorst* (Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999) no qual a alexitimia é dividida em 4 subgrupos. Alguns investigadores fazem também uso de testes projectivos como o Teste de Apercepção Temática e o Rorschach para avaliar a presença de alexitimia, apesar do suporte empírico que valida a sua utilização ser insuficiente.

Este é um tema que tem gerado alguma discussão e controvérsia. O uso de auto relatos com pacientes alexitímicos tem sido bastante criticado, uma vez que se considera que, dada a própria natureza do constructo, os respondentes com alexitimia poderão ter dificuldade em aceder ao seu mundo interno. Dadas as recentes recomendações para se considerar a alexitimia como uma variável contínua (Parker, Keefe, Taylor, & Bagby, 2008), algumas das medidas anteriores não serão adequadas para a sua avaliação. Existe ainda a problemática da elevada correlação entre o constructo e a depressão, e a variância que pode ser partilhada por ambas na explicação dos resultados (e.g., Hintikka, Honkalampi, Lehtonen, & Viinamaki, 2001).

Para colmatar estas limitações alguns investigadores aconselham a combinação da TAS com outras medidas ou tarefas que avaliem a capacidade de identificar e expressar emoções (e.g., Kooiman, Bolk, Rooijmans, & Trijsburg, 2004). Têm sido também desenvolvidas medidas alternativas aos auto-relatos como a Escala de Observação de Alexitimia (OAS; Haviland, Warren, & Riggs, 2000) e a Entrevista Estruturada de Alexitimia de Toronto (TSIA; Bagby, Taylor, Parker, & Dickens, 2006). Lane e Schwartz (1987) sugeriram também a utilização do instrumento que desenvolveram para avaliação dos níveis de consciência emocional – a escala de avaliação de níveis de consciência emocional (LEAS; Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990) como uma possível medida de alexitimia. Esta medida sugere cinco níveis contínuos de consciência emocional, desde apenas descrições de sensações corporais indiferenciadas até à capacidade de identificar e diferenciar de entre vários estados emocionais subtis. Os níveis são avaliados através do desempenho verbal de pequenas narrativas projectivas. Lane e Schwartz (1987) classificam a alexitimia no final deste contínuo, onde as emoções são experienciadas como sensações, tendências para a acção ou estados emocionais pouco diferenciados.

Um outro aspecto relevante da existência de todas estas medidas refere-se à sua adaptação para outros países e manutenção da validade do constructo. A título de exemplo, referimos a TAS-20, que apesar de ter mantido a estrutura factorial de três factores da medida original com bons resultados para a população portuguesa (ver Prazeres, Parker, & Taylor, 2000), o mesmo não aconteceu na versão Francesa, onde só conseguiram validar dois factores (ver Loas, Otmani, Verrier, Fremaux, & Marchand, 1996). Assim, aquando da escolha da medida a usar para avaliar este constructo é importante ter em atenção os aspectos anteriormente referidos.

ALEXITIMIA E PROCESSO TERAPÊUTICO

Apesar dos vários estudos que demonstram a existência de uma elevada prevalência de pacientes com funcionamento alexitímico na população clínica – superior a 32.7% em pacientes psiquiátricos de ambulatório, cerca de 47.3% em pacientes internados (Todarello, Taylor, Parker, & Fanelli, 1995; Wise et al., 1990) e acima dos 60% em pacientes com pós stress traumático (Zeitlan & McNally, 1993) – muitas vezes esta dimensão não é tida em conta na intervenção psicoterapêutica. Ogrodniczuk (2007) chamou recentemente a atenção para a questão de que, ao longo dos anos, a investigação sobre este constructo se centrou mais na etiologia, descurando a investigação relativa a formas de intervir em contexto terapêutico.

McCallum et al. (2003), estudaram a alexitimia como variável predictor do resultado terapêutico. Neste estudo, os pacientes foram submetidos aleatoriamente a um modelo de terapia interpretativa ou de apoio em contexto individual ou em grupo. No modelo de terapia interpretativa o terapeuta focava-se na exploração de emoções desconfortáveis, interpretação de conflitos inconscientes, uso da transferência como mecanismo terapêutico, e enfatizava o papel do paciente no desenvolvimento e resolução dos seus problemas. No modelo de terapia de apoio o terapeuta focava-se na capacidade do paciente em lidar com a actual situação problemática, como guia e conselheiro, usando estratégias de resolução de problemas, atribuindo responsabilidade às circunstâncias externas e sem um ênfase na exploração do afecto. Os resultados mostram que níveis elevados de alexitimia, especialmente a dificuldade em comunicar sentimentos e o pensamento orientado para o exterior, estão associados a piores resultados terapêuticos, não se verificando uma diferença significativa no formato grupo nos dois modelos de terapia. Os pacientes do grupo de controlo – não-alexitímicos – beneficiaram igualmente das quatro formas de terapia. A dificuldade em descrever sentimentos parece estar inversamente associada com a melhoria nos sintomas gerais e insatisfação com a vida; e o pensamento orientado para o exterior parece estar inversamente associado com as melhorias nos três indicadores de resultado – sintomas gerais, sintomas de luto, e objectivos pessoais a atingir. No formato de terapia individual observa-se que no modelo de terapia de suporte a dificuldade em descrever sentimentos está inversamente relacionada com as melhorias nos sintomas gerais. Dados que os autores tentam explicar referindo que a incapacidade para transmitir a natureza experiencial dos seus problemas pode prejudicar o paciente com funcionamento alexitímico na comunicação eficaz das suas dificuldades. O terapeuta pode ser confrontado com queixas vagas, tornando difícil estabelecer um plano de intervenção. Esta dificuldade na comunicação eficaz parece estar também na base de dificuldades relacionais e interpessoais. Referem que o efeito não se ter feito sentir no mesmo modelo em contexto de grupo, se pode dever às interações serem mais diversas (mais elementos) e poder haver exploração emocional promovida pelo grupo, mesmo no modelo de terapia de suporte. Para além disto, verificaram-se três efeitos para o formato individual independentemente do modelo: a dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los de sensações corporais está inversamente associado a melhorias nos sintomas gerais e no ajustamento social, e o pensamento orientado para o exterior está inversamente associado ao ajustamento social. Destes dados verificamos que os diferentes componentes do funcionamento alexitímico parecem ter um papel importante no resultado terapêutico.

Ogrodniczuk et al. (2005) observaram que em pacientes alexitímicos, a reacção do terapeuta ao paciente medeia, parcialmente, as dificuldades em comunicar sentimentos e o pensamento orientado para o exterior nos sintomas gerais e nos objectivos a atingir. Ou seja, pacientes com alexitimia podem apresentar resultados terapêuticos inferiores em parte porque os seus terapeutas os percebem como tendo menos qualidades, sendo menos compatíveis ou como menos significativos enquanto membros do grupo (em terapia de grupo). Os autores hipotetizam que os terapeutas possam, ainda que não intencionalmente, expressar estes sentimentos, podendo afectar a experiência do paciente em terapia, contribuindo assim para resultados inferiores.

Também os resultados de Hesse e Floyd (2011) em população não clínica, parecem corroborar a presença de dificuldades relacionais em pessoas com funcionamento alexitímico. Neste estudo experimental pessoas com níveis baixos ou elevados em alexitimia viam-se envolvidos numa interacção de 10 minutos com um desconhecido do sexo oposto. Os participantes não alexitímicos foram percebidos como mais atraentes tanto ao nível físico, social, como ao nível do desempenho da tarefa. Os autores salientam que a ligação entre alexitimia e atracção social foi totalmente mediada pela mensagem relacional de intimidade, dando força ao seu argumento de que a alexitimia provoca um défice comunicacional que causa dificuldades relacionais.

Existe igualmente evidência de que a presença de características alexitímicas é preditora de sintomas residuais após a terapia (e.g., Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2004). Isto parece ir ao encontro da proposta de Taylor et al. (1997), que referem o risco do foco da terapia ser nas consequências das dificuldades emocionais, mais do que na origem dessas dificuldades. 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. Nesse sentido, Taylor (2000) sugere que o recurso a psicoterapias que envolvam técnicas específicas para aumentar a consciência emocional e que tomem em consideração o integrar de elementos simbólicos de esquemas emocionais podem ser benéficas na redução das características alexitímicas.

SOLUÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS, PROCESSOS EMOCIONAIS E NECESSIDADES

Tendo em consideração as limitações apontadas anteriormente, quer ao nível das competências emocionais, quer em termos relacionais, e tendo em conta as recomendações de Taylor (2000), podemos afirmar que os modelos que promovam a exploração e consciência emocionais num contexto de segurança, confiança e valorização do outro podem apresentar-se como uma solução adequada ao desenvolvimento das competências emocionais e relacionais em défice num funcionamento alexitímico. Vários modelos/técnicas já existentes parecem ir ao encontro desta necessidade, salientamos: a focagem (Gendlin, 1978); a escrita expressiva (Pennebaker & Chung, 2007); a mentalização (Allen & Fonagy, 2006); a terapia comportamental dialética (Linehan, 1993); ou o modelo de terapia focada nas emoções (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993).

Existiram tentativas de desenvolver tratamentos específicos para reduzir a alexitimia, como o Tratamento para a Redução da Alexitimia (Levant, Halter, Hayden, & Williams, 2009), que consiste numa intervenção breve, em grupo, de 6 sessões psicoeducativas, onde os participantes são guiados na execução de exercícios que promovem a consciência da experiência emocional e interpretação e gestão das suas emoções. Apesar do estudo piloto ter demonstrado uma diminuição significativa do grau de alexitimia no grupo alvo da intervenção (Levant, Halter, Hayden, & Williams, 2009), a grande limitação deste modelo, para além da sua curta duração face aquilo que consideramos ser as necessidades de um paciente com este tipo de funcionamento, prende-se com ser um tratamento dirigido a homens, como base no conceito de alexitimia masculina normativa (Levant, 1992). Este conceito emergiu da ideia de que a socialização masculina é deficitária na expressão emocional, sendo muitas vezes os rapazes desencorajados de expressar e atender às suas emoções. Contudo, apesar de o modelo partir de um pressuposto correcto, limita pela sua especificidade de género. Poderá, ainda assim, ser um ponto de partida para a intervenção com pacientes alexitímicos do sexo masculino.

Apesar da tentativa de criação de um modelo específico para tratamento da alexitimia, uma vez que tem sido defendido que a mesma deve ser vista não como uma perturbação psiquiátrica, mas como uma característica psicológica do pensamento, sentimentos e processos relacionados (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2005) parece mais relevante compreender dos inúmeros modelos psicoterapêuticos existentes, quais os que seriam mais adequados para a intervenção de pacientes com um funcionamento alexitímico. Devemos ter ainda em consideração que os pacientes não procuram ajuda queixando-se especificamente de alexitimia, mas antes de depressão, ansiedade, queixas relacionais, entre outras.

Por exemplo, o tratamento com base na mentalização (Fonagy & Bateman, 2006) pretende promover a mentalização, ou seja, a capacidade para compreender o comportamento do próprio

e dos outros através da atribuição de estados mentais. A mentalização pode ser vista como uma forma de actividade mental imaginativa, a qual permite perceber e interpretar o comportamento humano em termos de estados mentais intencionais como, necessidades, desejos ou sentimentos. Dada a associação entre alexitimia e este constructo (e.g., Moriguchi et al., 2006) um modelo terapêutico com objectivo de aumentar a mentalização poderá trazer benefícios na redução de um funcionamento alexitímico. Um outro modelo relevante poderá ser a focagem (Gendlin, 1964), que consiste no processo de experienciação emocional do paciente, que é guiado de forma a discriminar a sensação corporalmente associada a uma situação ou problema. A experienciação é essencialmente uma interacção entre sentimento e símbolos (palavras, eventos) e não se deve questionar se o cliente experiencia, mas como ele experiencia. Dada a dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção de pacientes alexitímicos este modelo parece trazer benefícios para uma intervenção com melhores resultados. O modelo de Terapia Focada nas Emoções (TFE; Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993) também tem uma forte componente experiencial e pretende ajudar os pacientes a aceder às suas emoções em condições terapêuticas de segurança e aceitação (Rogers, 1961, 1975), condições que facilitam o processamento emocional, que fornecerá informação útil para o processo terapêutico (Greenberg, 2002; Greenberg & Paivio, 1997).

Dos modelos referidos, ainda que todos possam ter um contributo relevante na diminuição dos níveis de alexitimia, este parece-nos dos mais completos face às dificuldades que têm sido descritas na literatura em psicoterapia com pacientes com níveis elevados de alexitimia. Tem ainda a vantagem de ser um modelo bastante investigado, e estar comprovada a sua eficácia. Neste modelo o terapeuta identifica marcadores relativos a dificuldades de processamento emocional que guiam a tomada de decisão clínica. A título de exemplo, apresentamos o marcador modos de envolvimento (*modes of engagement*) que podem ser experienciais ou não experienciais. Pacientes alexitímicos provavelmente irão demonstrar um modo de envolvimento não experiencial, ou seja, usando apenas uma componente do esquema emocional, excluindo os outros (i.e. situacional-perceptivo; conceptual-simbólico, ou fisiológico). Assim, o sujeito não realiza um processamento emocional completo. Na presença deste marcador o terapeuta deverá, num contexto de segurança e confiança, ajudar o paciente a atender a todos os componentes emocionais, antes de passar para tarefas mais complexas (para aprofundar o modelo ver e.g., Elliott et al., 2004). Um princípio chave para quem trabalha com emoções em psicoterapia, consiste no facto de as emoções permitirem aceder a desejos ou necessidades, que por sua vez são fonte de acção. Ou seja, a cada sentimento subjaz uma necessidade e a cada necessidade subjaz uma tendência de acção (Greenberg & Paivio, 1997). Segundo Greenberg (2002), ao trabalharmos com emoções é necessário distinguir entre quatro formas de resposta emocional – experiências emocionais primárias adaptativas e desadaptativas, emoções secundárias e emoções instrumentais. As emoções primárias são estados básicos que não são redutíveis a outra emoção. São a reacção inicial, directa, mais básica a uma situação, como, por exemplo, sentir-se triste por uma perda ou zangado por ter sido privado de algo que necessitava. As emoções primárias adaptativas facilitam o acesso a informação que permite orientação para a resolução de problemas. Por exemplo, em alguns estados depressivos, aceder à zanga saudável face à injustiça que está subjacente ao sentimento de impotência promove adaptação, assim como aceder à vergonha e tristeza por uma perda de auto-estima que tem subjacente zanga pode promover auto-cuidado em vez de auto-destruição. As emoções primárias desadaptativas são respostas que foram adaptativas no passado, desenvolvidas, por exemplo, como uma estratégia de sobrevivência face ao medo da rejeição, negligência ou humilhação na infância (e.g., Greenberg, 2002) que se tornaram desadaptativas *a posteriori*. As emoções secundárias, por seu turno, são respostas relativas a processos internos mais primários e podem ter uma função defensiva face aos mesmos, como por exemplo sentir-se zangado por ter perdido um ente querido (e.g., Greenberg, 2002). Por fim, as emoções instrumentais visam obter

algo de outra pessoa. São expressas porque se aprendeu que dessa forma as pessoas reagem como se pretende. São emoções que podem ser conscientes ou espontâneas, com o propósito de se alcançar determinada meta. São estilos emocionais, mais do que reacções momentâneas (e.g., Greenberg, 2002).

No caso do funcionamento alexitímico, encontrando-se o processamento emocional deteriorado, encontram-se igualmente limitadas aquilo que consideramos ser as funções psicológicas das emoções e, conseqüentemente, a capacidade de regular a satisfação de necessidades psicológicas vitais (Vasco, 2009a,b), nomeadamente: (1) a *função orientadora* no mundo – tanto em termos físicos, como psicológicos e interpessoais; (2) a *função de comunicação* com nós próprios e com os outros – apercebermo-nos mais integralmente do que se passa connosco e comunicá-lo aos outros; (3) a *função preventiva* – quando não nos entristecemos acabamos por nos deprimir; quando não nos permitimos ter medo, acabamos por entrar em pânico; quando não nos permitimos zangar tornamo-nos violentos; (4) a *função de sinalização e de preparação para a acção* – implica todas as outras: sinalização do grau de regulação da satisfação de necessidades e de acções necessárias para essa mesma regulação.

A atenção e a clareza emocionais, consideradas duas dimensões da consciência emocional, parecem estar fortemente associadas à forma como as pessoas processam as suas necessidades (Dizén, Berenbaum, & Kerns, 2005). De acrescentar que o mais importante não parecer ser uma elevada activação emocional em sessão, que poderá ter apenas efeitos catárticos momentâneos, mas a produtividade associada a essa mesma activação emocional (Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007). Os autores defendem que para uma resposta emocional ser produtiva tem que ser primária; experienciada no presente, implicando que o significado subjacente seja activado; esteja suficientemente regulada e não invada o paciente; que este não se sinta uma vítima da emoção e esteja motivado para estar em contacto com a mesma e finalmente para ser produtiva a emoção deve estar relacionada com um tema terapêutico relevante. Pacientes com bons e maus resultados em terapia podem ser diferenciados pela produtividade da sua expressão emocional em níveis mais e menos elevados de activação emocional e uma elevada activação emocional por si só não permite discriminar entre grupos (Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007). Ao pensarmos no constructo alexitimia antecipamos que não haverá à partida grande produtividade emocional, na medida em que existem dificuldades ao nível da identificação das emoções e existem dificuldades ao nível da regulação e da expressão emocionais.

Para além dos aspectos anteriormente descritos, os pacientes que melhoram em psicoterapia parecem evoluir na expressão de acontecimentos externos de uma forma desligada para uma focalização nos sentimentos internos descritos de forma detalhada e associada entre si, acedendo assim às emoções necessárias à promoção de tendências de acção propensas à resolução de problemas (Greenberg, 2002; Rogers, 1959). Conseqüentemente, para haver mudança em psicoterapia, os pacientes não podem limitar-se a falar de uma forma intelectualizada acerca de si e dos seus sentimentos, risco inerente quando se trabalha com pacientes com funcionamento alexitímico. É necessário experienciar sobre aquilo que é dito e usar os sentimentos para identificar e resolver problemas. Estes aspectos parecem-nos particularmente relevantes tendo em conta que uma das características do funcionamento alexitímico é o pensamento orientado para o exterior, que faz com que para além da dificuldade em identificar e comunicar sentimentos, exista ainda este foco no exterior, que dificulta a exploração da vida interna do cliente. Coloca-se ainda a questão de saber se esta orientação do pensamento dita as dificuldades em identificar e comunicar emoções, ou se é uma consequência dessas na medida em que será demasiado difícil olhar para dentro por não se conseguir dar significado ao mundo interno ou por ser excessivamente ameaçador.

Para além desta componente experiencial do processo terapêutico, e tendo em conta as dificuldades relacionais mencionadas anteriormente, é de extrema relevância a relação terapêutica. Watson, Goldman e Greenberg (2007), referem que os casos com melhores resultados terapêuticos

parecem estar tanto associados a relações terapêuticas de qualidade desde o início do processo como à capacidade do paciente estar atento e processar a informação emocional. De forma geral, o que distinguiu os pacientes com bom resultado terapêutico dos com fraco resultado foram diferentes estádios de desenvolvimento relativamente ao seu nível de regulação do afecto, estágio de mudança, a formulação de uma narrativa coerente e a capacidade de reflectirem sobre si próprios (para um desenvolvimento do tema ver e.g., Watson, Goldman, & Greenberg, 2007). Pacientes que estão conscientes dos seus sentimentos e que são capazes de os diferenciar respondem mais rapidamente à terapia do que pacientes que têm que desenvolver essas competências. Clientes que estejam mais motivados para a mudança estarão mais permeáveis às questões do terapeuta do que pacientes que questionam o valor da terapia. Alguns pacientes têm mais facilidade em se focarem em si próprios e desenvolverem narrativas coerentes, enquanto outros necessitam de desenvolver estas competências de um modo que possibilite fazerem um bom uso das intervenções terapêuticas. Colocadas estas diferenças parece importante pensar em formas de intervir que sejam mais úteis para os pacientes com maior dificuldade de atingir resultados terapêuticos satisfatórios, como é o caso de pacientes com níveis elevados de alexitimia.

Numa perspectiva metateórica, considerando o processo terapêutico como uma sequência de sete fases relativas a objectivos terapêuticos estratégicos de carácter tendencialmente sequencial, como é expresso no modelo integrativo de *Complementaridade Paradigmática* (para um desenvolvimento do modelo ver, por exemplo, Vasco, 2006) entendemos que, no caso dos pacientes alexitímicos, mais tempo, atenção e cuidado devem ser consagrados à implementação dos objectivos estratégicos das fases iniciais do processo ou seja, fases 1 e 2. Nomeadamente: (1) estabelecimento, monitorização, manutenção e reparação da aliança terapêutica, particularmente no tocante aos aspectos de segurança e confiança, bem como a motivação do paciente; e (2) aumento da consciência e experiência do *self*, particularmente no tocante ao processamento emocional. Estas duas fases sugerem objectivos estratégicos que vão ao encontro das necessidades subjacentes ao trabalho com pacientes com funcionamento alexitímico. Por um lado, a ênfase na construção da relação terapêutica e manutenção da sua qualidade e na reparação de rupturas e atenção a ciclos interpessoais disfuncionais (Safran & Muran, 2000). Por outro, um trabalho emocional que permita lidar com as dificuldades em identificar e comunicar sentimentos subjacente ao próprio funcionamento alexitímico. Estes aspectos em confluência com o que foi anteriormente referido parecem de primordial relevância na intervenção com pacientes com um funcionamento alexitímico.

REFLEXÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

Apesar do número significativo de estudos relativos ao conceito de alexitimia, pouco se tem estudado sobre as variáveis relevantes e formas de intervenção para o sucesso terapêutico. De uma forma geral aponta-se para a necessidade de se ter em conta o nível de funcionamento alexitímico no contexto psicoterapêutico. Se considerarmos que as mudanças mais duradouras se dão a um nível cognitivo-emocional, abordagens de apoio ou aconselhamento sem esta componente de exploração e desenvolvimento de competências emocionais poderão não ter impacto ao nível da mudança mais consistente, levando a sintomas residuais e recaídas.

Intervenções com o objectivo de aumentar a consciência da experiência e promover a representação mental das emoções podem permitir melhores resultados em processos terapêuticos com pacientes com funcionamento alexitímico. Neste artigo salientamos a Terapia Focada nas Emoções (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1993) pela sua componente relacional e processo-experiencial, mas outros modelos e técnicas poderão ser úteis. Destacamos ainda as dificuldades

ao nível da aliança terapêutica, que devem ser tidas em consideração desde o início da terapia (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991; Safran & Muran, 2000). Terapeutas que não tenham em conta a presença de características alexitímicas poderão ter maior risco de impasses, insucesso e desistências.

Assim, sugerimos que seja tomado em consideração o grau de alexitimia do paciente desde o início do processo, permitindo um foco apropriado de intervenção. Mais importante do que usar instrumentos formais para esta avaliação, como por exemplo a TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*; Taylor, Ryan, & Bagby, 1992; adaptação para a população portuguesa por Prazeres, 1996; Prazeres, Parker, & Taylor, 2000), poderá ser ter alguma sensibilidade para indicadores relacionais e emocionais que possam sugerir a presença de alexitimia. A reflexão sobre estes aspectos e a hipótese da presença de um funcionamento alexitímico pode ajudar a lidar com as dificuldades inerentes e evitar reacções terapêuticas adversas a este tipo de funcionamento.

Relativamente a investigação, será relevante o desenvolvimento de estudos longitudinais, com recurso a metodologias qualitativas e de natureza exploratória, que permitam avaliar em pormenor a influência da alexitimia no processo terapêutico. A identificação de marcadores presentes em pacientes alexitímicos e não presentes em pacientes não alexitímicos é de extrema relevância para auxiliar os terapeutas na sua identificação. Assim, sublinha-se a necessidade de mais estudos que esclareçam as dificuldades inerentes ao processo terapêutico com pacientes alexitímicos. Torna-se premente o desenvolvimento de um modelo mais compreensível do ponto de vista clínico, focado nos processos subjacentes a um funcionamento alexitímico, quer em termos emocionais, quer em termos relacionais. Para concluir sugerimos considerar a presença de um funcionamento alexitímico aquando da conceptualização do caso de forma a minimizar as dificuldades no contexto clínico.

REFERÊNCIAS

- Allen, J., & Fonagy, P. (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-190.
- Bach, M., de Zwaan, M., Ackard, D., Nutsinger, D. O., & Mitchell, J. E. (1994). Alexithymia: Relationship to personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 239-243.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bermond, B., Vorst, H., & Moormann, P. (2006). Cognitive neuropsychology of Alexithymia: Implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(3), 332-360.
- Bermond, B., Vorst, H. C., Vingerhoets, A. J., & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 241-251.
- Borens, R., Grosse-Schulte, E., Jaensch, W., & Kortemme, K. H. (1977). Is “alexithymia” but a social phenomenon? An empirical investigation in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 193-198.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.

- Derborde, A., Miljkovitch, R., Roy, C., Bigre, C.D., Pham-Scottez, A., Speranza, M., Corcos, M. (2012). Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorders in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 676-688.
- Dizén, M., Berenbaum, H., & Kerns, J. (2005). Emotional awareness and psychological needs. *Cognition and Emotion*, 19(8), 1140-1157.
- Dodge, K. A., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 3-14). Cambridge: Cambridge University Press.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization based treatment on patients with borderline personality disorder/mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337-342.
- Fridja, N. (2005). Emotion experience. *Cognition and Emotion*, 19(4), 473-497.
- Gendlin, E. (1978). *Focusing*. New York: Bantam Dell.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 102-148). New York: John Wiley & Sons.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: APA.
- Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York Guilford Press.
- Greenberg, L., Auszra, L., & Herrmann, I.R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 17(4), 482-493.
- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.
- Gomez, C. F., Eizaguirre, A. E., & Aresti, A. A. (1997). Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Toxicodependencias*, 7, 77-85.
- Gottman, J. (1997). *The heart of parenting: How to raise an emotionally intelligent child*. New York. Simon & Schuster.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243-291.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G. & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalised for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 124-128.
- Heiberg, A. N., & Heiberg, A. (1977). Alexithymia – An inherited trait? A study of twins. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 221-225.
- Hesse, C., & Floyd K. (2011). The impact of alexithymia on initial interactions. *Personal Relationships*, 18, 453-470.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamaki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 234-239.
- Horvath, A., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38(2), 139-149.

- Hyer, L., Woods M. G., & Boudewyns, P. A. (1991). PTSD and Alexithymia: Importance of emotional clarification in treatment. *Psychotherapy, 28*(1), 129-139.
- Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8.785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(6), 369-375.
- Kleiger, J. H., & Kinsman, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics, 34*(1), 17-24.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 33*(1), 17-31.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., & Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine, 48*(1/2), 84-94.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 144*(2), 133-143.
- Levant, R. F. (1992). Toward the reconstruction of masculinity. *Journal of Family Psychology, 5*, 379-402.
- Levant, R. F., Halter, M. J., Hayden, E., & Williams, C. (2009b). The efficacy of alexithymia reduction treatment: A pilot study. *Journal of Men's Studies, 17*, 75-84.
- Leweke, F., Bausch, S., Leichsenring, F., Walter, B., & Stingl, M. (2009). Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment. *Psychotherapy Research, 19*(3), 323-31.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Loas, G., Otmani, O., Verrire, A., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology, 29*(2), 139-144.
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia, and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*(2), 133-144.
- Merino, H., Godás, A., & Pombo, M. G. (2002). Alexitimia y características psicológicas asociadas a actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7*(1), 35-44.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R.D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage, 32*, 1472-1482.
- Nemiah, J. C. (1997). Alexithymia: theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28*, 199-206.
- Ogrodniczuk, J. S. (2007). Alexithymia: Considerations for the psychotherapist. *Psychotherapy Bulletin, 42* (1), 4-7.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2004). Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 58*, 150-161.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry, 46*, 206-213.
- Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxonomic investigation. *Psychological Assessment, 20*(4), 385- 396.
- Parker, J. D. A., Taylor, J. T., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 91-98.

- Pennebaker, J. W., & Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman & R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 263-284). New York: Oxford University Press.
- Petterson, R. (2004). Nameless desire: Alexithymia and the anorectic patient. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64(1) 77-90.
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 256-263.
- Prazeres, N. (1996). Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Dissertação de Tese de Mestrado. Trabalho não publicado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Prazeres, N., Parker, J. D., & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 9(1), 9-21.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counselling Psychologist*, 5, 2-10.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Scheidt, C. E., Waller, E., Schnock, C., Becker-Stoll, F., Zimmermann, P., Lucking, C. H., & Wirsching, M. (1999). Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 47-52.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Diaz, F., Lang, F., Venisse, J., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O., & Jeammet, P. (2004). Alexithymia, Depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61-74.
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 1-15.
- 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.
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Mental Disease*, 189(5), 311-316.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 987-994.
- Uzun, Ö. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 435-446.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objetivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.

- Vasco, A. B. (2009a). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness*. Comunicação apresentada na 16th Conference of the European Association for Psychotherapy: Meanings of Happiness and Psychotherapy. Lisboa, 2-5 Julho.
- Vasco, A. B. (2009b). *Sinto, logo também existo!* III Seminário Espaço S, Emoções e Juventude – Abordagem psicológica das emoções. Cascais, 19-20 Novembro.
- Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2007). *Case studies in emotion-focused treatment of depression. A comparison of good and poor outcome*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Epstein, D. (1991). Ego defensive styles and alexithymia: A discriminant validation study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *56*, 141-145.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Hill, B. (1990). Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *54*, 26-31.
- Zeitlan, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 658-660.
- Zlotnick, C., Mattia, J., & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, *14*(1), 177-188.

The research literature repeatedly shows patients with alexithymia as having poorer outcomes in psychotherapy. Taking into account that the characteristics associated with the alexithymia construct reflect deficits in the emotional processing, not only with emotional regulation but also with other underlying processes, such as emotional awareness, experiencing, and the expression and differentiation of emotional experience, we suggest that with these patients it is necessary a greater emphasis on emotional tasks. The difficulties regarding therapeutic alliance are highlighted and the implications for clinical decision making are discussed. We also suggest taking alexithymia into account on the case conceptualization with the aim of anticipating and reducing difficulties on the therapeutic alliance and to centre the attention in goals more focused on alexithymia functioning then on its consequences.

Key-words: Alexithymia, Emotional processing, Psychotherapy, Therapeutic alliance.