

A INVESTIGAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA. Alguns Aspectos Teóricos e Metodológicos

ANTÓNIO BARBOSA, J. LUIS CASTANHEIRA, J.C. DIAS CORDEIRO

Clinica Psiquiátrica Universitária. Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Este artigo aponta as principais linhas actuais da investigação em psicossomática quer na delimitação do conceito de doença psicossomática, quer na sua compreensão etiológica, quer nas particulares formas de abordagem terapêutica. Particularizam-se alguns problemas metodológicos decorrentes da utilização de vários instrumentos de recolha de dados e de medida. Analisa-se a relevância teórica dos constructos: equivalentes depressivos e, particularmente, o de alexitimia. Partindo da descrição fenomenológica consensual deste constructo, situa-se a respectiva compreensão psicodinâmica, fundamentação neurofisiológica e determinação sociocultural. Questiona-se a relação entre alexitimia e doença psicossomática e conclui-se pela pertinência da sua utilização como factor de risco ou de manutenção e para a possibilidade da sua modelação por factores ambientais. Clarificam-se os principais contributos heurísticos deste constructo para a investigação em psicossomática e procede-se a uma análise crítica sumária da validade e fiabilidade de alguns instrumentos de medida construídos para a sua medição. Conclui-se pela necessidade de encarar a investigação em psicossomática com relevância prioritária na área da saúde e propõem-se várias linhas de investigação a fomentar no nosso país para as quais se recomenda uma perspectiva multidisciplinar.

SUMMARY

Psychosomatic research. Theoretical and methodological issues

This article mentions the present main lines of psychosomatic research either in what concerns the delimitation of the concept of psychosomatic illness, or in what concerns its etiological understanding of the peculiar ways of therapeutic approach. We specify some methodological problems resulting from using several instruments to collect data and measure them. We analyse the theoretic relevance of the constructs: depressive equivalents and, specially, the alexithymia one. Starting from the consensual phenomenological description of this construct, we explain its psychodynamic understanding, its neurophysiologic basis and sociocultural determination. We question the relationship between alexithymia and psychosomatic illness. We point out the pertinency of its utilization as a risk or maintenance factor and the possibility of its modelling by ambience factors. We clarify the main heuristic contributions of this construct to psychosomatic investigation and we analyse, critically and concisely, the validity and fidelity of some instruments of measure built to measure it. It is necessary to pay prior attention to psychosomatic investigation in the health area. We propose lines of investigation to be developed in our country that should have a multidisciplinary perspective.

INTRODUÇÃO

Os avanços da investigação epidemiológica em psicossomática tem vindo a alertar, preocupantemente, para as crescentes prevalências e incidências destas afecções em populações comunitárias e na prática clínica moderna, onde tem desencadeado estimulantes desafios no campo etiológico, nosológico e terapêutico.

Por outro lado, a área do conhecimentos designada por psicossomática tem vindo a alargar-se e a integrar um número crescente de investigadores clínicos e das ciências básicas¹, dando origem a novos e promissores ramos disciplinares: Psicoimunologia^{2,3,4}, Psiconeuroendocrinologia^{5,6}, Psiconcologia^{7,8}...

Podemos considerar que a investigação psicossomática comporta actualmente três ordens de problemas relevantes:

— A delimitação do conceito de psicossomática e sua operacionalização perante a questão de como captar e objectivar a complexidade mas, também, a especificidade do funcionamento mental e biopsicossocial destes doentes. Os problemas metodológicos centram-se, preferencialmente, na avaliação crítica da validade e fiabilidade dos vários instrumentos de recolha de dados e na pertinência da comparabili-

dade de populações diversificadas (comunitárias, hospitalares ou ambulatorias).

— A compreensão etiológica perspectivada em torno de modelos oscilando entre uma polaridade biológica/médica e psicossocial/psiquiátrica e, por outro lado, o do posicionamento epistemológico necessário à integração de factores etiológicos de natureza diferente (biopsicossocial) numa perspectiva de investigação interdisciplinar com a relativização decorrente das particularidades das várias fases do ciclo de vida.

Na compreensão etiológica destas patologias a questão essencial é a de delimitar o que é comum a todo o adoecer psicossomático e o que será específico de cada situação. Existem condições de base comuns a todos os doentes sofrendo de doenças psicossomáticas ou pelo contrário existem várias doenças psicossomáticas?

Esta pergunta básica reenvia para o estudo de dialéctica entre factores de vulnerabilidade geral e específica e factores de protecção (biológicos, psicológicos e sociais) na determinação etiológica destas afecções. É nesta linha de preocupação científica que se têm desenvolvido e aperfeiçoado estudos centrados no funcionamento mental, estilos de vida, stress e acontecimentos de vida, suporte social e cultural destes doentes, e aprofundado, por outro lado, a investigação

dos mediadores neurofisiológicos, dos marcadores biológicos e dos mecanismos imunológicos destas afecções.

— A abordagem terapêutica, apesar de não se situar no âmbito específico deste trabalho, coloca actualmente, três dimensões fundamentais de investigação:

— O estudo dos aspectos relacionais e de comunicação na interacção médico-doente, neste tipo particular de doentes em que a clivagem corpo-psi se coloca com uma acuidade particular, conduzindo à proposição e avaliação de vários modelos na formação do médico na abordagem psicossomática.

— A delimitação das fronteiras de intervenção psicológica do internista/clínico geral e a do psiquiatra, bem como o estudo das formas de articulação interdisciplinar mais eficaz para uma abordagem global e integrada destes pacientes.

— A crescente especialização das intervenções terapêuticas nos doentes psicossomáticos, através dum enfoque psicofarmacológico, cognitivo-comportamental (relaxação e biofeedback), passando pela investigação e abordagem familiar, psicoterápica breve ou psicanalítica.

QUESTÕES METODOLÓGICAS

A investigação em psicossomática é pontuada metodologicamente por duas dificuldades/problemas metodológicos fundamentais: a validade (até que ponto um dado instrumento mede o que é relevante para a investigação), e a fiabilidade que implica a consistência, a precisão, o rigor e a repetibilidade das observações/medições.

Encontramos dois procedimentos básicos de recolha de dados em investigação psicossomática: o recurso aos registos clínicos que, habitualmente, não contém todo o tipo de informação necessária, e a utilização de procedimentos directos e específicos que podem seguir várias orientações: biofísicas, intrapsíquica, comportamental e fenomenológica.

Os métodos biofísicos (que pertencem a disciplinas como a psicofisiologia, neurofisiologia, neuroradiologia, psiconeuroendocrinologia) utilizam medidas como o EEG, medidas psicogalvânicas, níveis hormonais, etc. Constituem-se potencialmente em complementos dos métodos tradicionais de diagnóstico mas, a sua utilização diagnóstica em psicossomática está quase sempre enviesada pela ausência de dados de base.

Os métodos intrapsíquicos centram-se essencialmente nas técnicas projectivas (TAT, Rorschach) cuja utilização tem vindo a declinar nas duas últimas décadas, pois apesar de constituírem a única forma minimamente standardizada de obter dados dessa natureza, apresentam fraca validade e fidelidade devido à sua dependência da inferência clínica e falta de critérios consistentes no que respeita à interpretação dos dados.

Os métodos comportamentais baseiam-se, por outro lado, na observação sistemática, análise de performances e do comportamento verbal e procuram utilizar dados observáveis não subjectivos.

Os métodos fenomenológicos incluem entrevistas clínicas estruturadas ou semi-estruturadas na linha de autores como Nemiah⁹ e Marty¹⁰, escalas de autopreenchimento e medidas de performance (tarefas perceptíveis e cognitivas). O principal problema psicométrico destes métodos reside na distinção entre medição dum traço (disposição permanente) e estado (temporário) e a maior parte destes instrumentos agrega uma mistura de variáveis de traço e de estado, como o tão utilizado MMPI.

No sentido de obviar ou controlar alguns destes problemas metodológicos é cada vez mais frequente a integração simultânea no mesmo protocolo de vários métodos, como a combinação entre métodos centrados no observador e de autopreenchimento.

QUESTÕES TEÓRICAS

A medicina psicossomática referencia-se à premissa básica de que as emoções e a personalidade podem influenciar as funções corporais e contribuir para a etiologia e patogénese da doença.

Os mecanismos pelos quais estas interacções ocorrem não estão ainda totalmente compreendidos, pelo que vários modelos explicativos têm sido propostos¹¹.

Dos vários constructos que têm emergido, citaremos dois que, paradigmaticamente, exemplificam os problemas nesta área: o dos equivalentes afectivos e o da alexitimia.

O primeiro tem sido desenvolvido por Fernandes da Fonseca e colaboradores desde a década de 60¹², e alicerça-se num consistente conjunto de trabalhos^{13,14} que permite concluir sobre a existência de estruturas constitucionais geneticamente transmitidas que se traduzem por equivalentes de perturbação do humor, sendo as manifestações depressivas as mais frequentes. Estes estados designados por *equivalente afectivos* parecem traduzir manifestações clínicas da mesma predisposição básica da personalidade ciclotímica que ora descompensaria com crises isoladas de depressão (ou mania) ora a descompensação poderia assumir uma forma predominantemente psicossomática (sendo as perturbações somáticas mais frequentes, as dermatológicas e as gástricas)¹⁵.

O segundo constructo — o da alexitimia — tem polarizado crescentemente o interesse dos investigadores que privilegiam o estudo das relações entre a susceptibilidade à doença física e o nível de capacidade de expressão emocional^{16,17}, e a ele nos referiremos com maior detalhe.

A alexitimia é um constructo multidimensional definido consensualmente pelas seguintes características cognitivo-afectivas¹⁸:

- Dificuldade em identificar e descrever sentimentos.
- Dificuldade em distinguir sentimentos e sensações corporais.

- Restrição dos processos imaginativos com pobreza da fantasia e da actividade anímica e onírica.

- Estilo cognitivo concretista baseado na realidade, com preocupação quase exclusiva por acontecimentos externos com dificuldade franca na capacidade introspectiva.

Apesar de se verificar um generalizado consenso quanto à descrição fenomenológica destas características, sobressai alguma polémica, no seio dos investigadores em psicossomática, no respeitante à etiologia dessas características, à sua compreensão, à sua relação com a doença e à sua modificabilidade pela terapêutica.

Assim, o campo etiológico é repartido essencialmente por três perspectivas de fundo: a psicodinâmica, a neurofisiológica e a sociocultural.

A abordagem psicodinâmica, encara, por sua vez, a alexitimia sob dois ângulos fundamentais. Um modelo de referência da defesa¹⁹ — inibição da função — em que a alexitimia seria derivada duma inibição maciça e global dos afectos devido a um recurso drástico a mecanismo de defesa como a negação, o recalque e o isolamento.

Para outros autores é, sobretudo, um modelo de déficit — ausência de função — que melhor a explica, sendo então concebida como consequência de um déficit das funções relacionadas com a vivência dos afectos, quer por paragem do desenvolvimento afectivo após traumatismo infantil^{20,21}, quer por regressão na função afectiva cognitiva depois de um trauma catastrófico na vida adulta²², quer ainda por *forchusão* da pisque, desde muito cedo, de afectos dolorosos²³, no contexto de relações precoces perturbadas, determinando uma incapacidade de simbolizar os conflitos instintivos e de elaborar as fantasias.

Assiste-se, no entanto, a um certo consenso na maioria dos investigadores quanto a que, quer por ausência ou com-

promisso dessas funções ou por inibição ou déficit dos mecanismos de processamento das emoções, nos doentes com alexitimia não se procederá a um trabalho de elaboração mental das experiências psíquicas internas, não havendo portanto, nestes doentes, uma mediação psicológica que pudesse regular, modelar, transformar ou integrar essas experiências afectivas, constituindo-se assim, uma vulnerabilidade para a situação de tensão externa ou interna, que se repercutiriam directamente no físico sem o devido *amortecimento* pelo aparelho psíquico.

Esta compreensão etiológica, complementada pela determinação sociocultural e por uma fundamentação neurofisiológica da alexitimia com substratos de investigação clínicos e experimentais, sugere que no desenvolvimento da alexitimia poderão intervir múltiplos factores.

Os vários estudos que, por outro lado, hipotizam uma relação entre alexitimia e doença psicossomática levantam, também, problemas teórico-metodológicos de índole diversa que explicitaremos sinteticamente em seis pontos fundamentais.

— Não existe uma relação etiológica sistemática entre alexitimia e doença psicossomática²⁴. Na realidade nem todos os doentes com doenças psicossomáticas *clássicas* têm características alexitímicas. A alexitimia também não explica a escolha de órgão^{25,26}.

— A maior parte das pessoas pode funcionar transitóriamente de forma alexitímica²⁷. Essas características poderão, por exemplo, não aparecer na primeira entrevista, mas só ao longo do processo terapêutico ou vice versa. Admite-se que o funcionamento alexitímico poderá coexistir com outros tipos de funcionamento — coexistência de vários estados mentais na personalidade²⁸.

— A alexitimia não poderá ser encarada como um processo de tudo ou nada, segundo alguns autores a sua natureza dimensional seria quantificável num continuum^{29,30}.

— A alexitimia poderá predominar em populações menos diferenciadas³¹, sujeitas, portanto, a impactos socioculturais diversos^{32,33}, bem como pode aparecer como resposta a reacções contratransferências pouco empáticas dos profissionais de saúde^{34,35}.

— As suas características foram descritas noutras afecções como: dores psicogêneas³⁶, perturbações do stress post-traumático³⁷, perturbações somatoformes³⁸, toxicodependências^{39,40}, depressão major⁴¹, perversão sexual⁴², personalidades narcísicas⁴³, perturbações alimentares⁴⁴.

— A alexitimia foi, também, evidenciada como fenómeno secundário nos doentes em diálise ou sujeitos a transplante de órgãos, bem como em doentes com doenças de alto risco, internados em unidades de cuidados intensivos⁴⁵.

Como procurámos evidenciar, existem, ainda, muitas interrogações não clarificadas quanto a este constructo. Podemos, contudo, considerar, em síntese, a alexitimia como uma perturbação não específica no processamento e vivência das emoções em que estaria sistematicamente alterada a regulação dos estados emocionais internos e do funcionamento fisiológico conduzindo a comportamentos de abuso alimentar, alcoólico ou toxicodependente, a estados de mal estar físico vagos e de difícil verbalização e até ao desenvolvimento de doenças somáticas com lesões tecidulares.

Neste sentido a alexitimia deverá ser encarada como:

— uma das vias possíveis para um aumento da susceptibilidade à doença e portanto como um factor de risco ou predisponente no adoecer somático.

— um factor de manutenção da intractabilidade de uma doença.

— podendo ser perpetuada por certos factores ambientais⁴⁶.

O valor da alexitimia — quer seja abordada como uma síndrome, quer como um padrão de comunicação, quer,

ainda, como uma estrutura psíquica consoante o nível de observação ou o posicionamento teórico do investigador — como constructo científico reside exactamente na sua fertilidade em fornecer novas abordagens e suscitar novos problemas e é geralmente aceite o seu estimulante papel na investigação psicossomática:

— na valorização do estilo comunicativo dos doentes e no problematizar a sua relação com a respectiva estrutura psíquica.

— na investigação psicopatológica, como modelo conceptual de estudo de doenças psiquiátricas crónicas (comportamentos aditivos, perturbações do stress pos-traumático...).

— como gerador de hipóteses diversas sobre a dissociação entre os comportamentos afectivos e fisiológicos das emoções⁴⁷, bem como sobre a especialização hemisférica na regulação das emoções^{48,49}.

— na revisão das teorias dos afectos (psicodinâmicas e fisiológicas) chamando a atenção para novas dimensões da relação entre estratégias de coping, estilo de vida e doença.

— na crítica a uma fácil e reducionista generalização sobre factores etiológicos na doença e conduzindo à sua investigação aprofundada e multidisciplinar com a preocupação de incorporar linguagens biológicas, psicológicas e sociais.

— na reformulação de teoria básica sobre as emoções, cognição, simbolização e atribuição de significado.

— na esfera do tratamento, em que a dificuldade encontrada na psicoterapia destes pacientes⁵⁰ conduziu à modificação das técnicas psicoterapêuticas usuais^{51,52} e à utilização de novas modalidades terapêuticas⁵³.

No entanto, se bem que seja reconhecido um largo consenso sobre o valor heurístico do constructo alexitimia, há, por outro lado, pouca evidência empírica sobre a sua validade^{54,55,56,57}, o que deve ser atribuído à dificuldade de operacionalização deste complexo constructo e ao insuficiente desenvolvimento de instrumentos de medida válidos e fiáveis (entrevistas, questionários de auto-preenchimento, testes projectivos, análise de conteúdo de amostras de discurso, testes grafo-projectivos...). Nesse sentido, os resultados conflitantes de vários estudos podem ser consequência da fraqueza das propriedades psicométricas dos instrumentos elaborados para a sua medição⁵⁸.

Assim, para os instrumentos SSPS⁵⁹, MMPI-A⁶⁰, BIAQ⁶¹, não foram verificadas as validades de critérios, convergente e discriminante^{62,63,64,65}, bem como não foram encontradas correlações significativas entre eles^{66,67}. Apesar destas constatações, estes instrumentos têm sido utilizados para medir a alexitimia com o pressuposto de que a validade já tinha sido demonstrada.

É neste contexto que novos instrumentos, como o TAS^{68,69,70,71,72,73}, estão a ser validados, também entre nós, abrindo-se alguma esperança nesta área.

Torna-se, neste âmbito, imprescindível um aprofundamento deste constructo para que se possa constituir num paradigma suficientemente abrangente para a medicina psicossomática, o que passa pelo desenvolvimento da investigação nesta área (e a sua articulação com a pesquisa em áreas afins) através da criação de condições mais exigentes de verificação.

De salientar a necessidade de estudos que:

— suportem a validade de alexitimia em várias amostras clínicas e em populações culturalmente diversificadas.

— particularizem a relação entre responsividade fisiológica ou organização cerebral e alexitimia.

— determinem prospectivamente a direcção das relações causais entre alexitimia e doença física.

CONCLUSÃO

Em Portugal, as situações psicossomáticas, pela sua frequência e pelos seus efeitos sociais, constituem problema de magnitude relevante. Porém, apesar dos psicofármacos ocuparem um espaço destacado nos gastos com medicamentos suportados pelo Serviço Nacional de Saúde e de milhares de situações de incapacidade para o trabalho, temporárias ou definitivas, suportadas pela Segurança Social, serem resultantes de disfunções psicossomáticas⁷⁴, forçoso é reconhecer que tal problemática não tem sido devidamente reconhecido pela Saúde Pública.

Diferentes motivos podem justificar que a Psicossomática não esteja ainda na agenda dos responsáveis pela Saúde:

O peso de algumas estatísticas de mortalidade, reflexo do nosso relativo atraso de desenvolvimento social, tem levado ao estabelecimento de prioridades que já o não deveriam ser.

A ausência de investimento, adequado e continuado, na detecção das necessidades de saúde e de bem-estar dos portugueses, leva a que a maioria das decisões políticas sejam tomadas sem um suporte epidemiológico devido.

O pendor biologista e a dificuldade com que se tem verificado a abordagem bio-psico-social, tanto de saúde como da doença, também não facilitam um diálogo fecundo entre os médicos e os gestores políticos que têm vindo a ocupar os cargos da administração de saúde nesta última década.

Numa perspectiva ampla de investigação em Saúde, no que se refere à investigação em Medicina Psicossomática importaria:

1) **fomentar a investigação epidemiológica**, estudando a distribuição das diferentes manifestações em função dos sexos, dos grupos etários, das condições ambientais, etc., e a relação que se supõe existir entre factores comportamentais e estilos de vida e tais manifestações;

2) **avaliar os diversos modelos de intervenção** em confronto, de molde a conhecerem-se as indicações, diagnósticas e terapêuticas, potenciais de cada um deles;

3) **estudar a adesão (compliance) do doente psicossomático** a diferentes formas de abordagem da sua problemática, com o objectivo de controlar o desperdício de recursos que, hoje, constitui a baixa adesão verificada;

4) **aprofundar o conhecimento dos efeitos da iatrogenização do doente psicossomático**, procurando incrementar a qualidade dos cuidados que lhe são prestados nos diversos níveis do(s) Sistema(s) de Saúde.

5) **na perspectiva actual da promoção de saúde**, seria útil estudar os factores que protegem da disfunção psicossomática para que possam ser reforçados.

Porém, a investigação a desenvolver não deve limitar-se a estudo de casos, baseados na casuística de Serviços. São também necessários estudos populacionais, realizados na comunidade, numa perspectiva pluridisciplinar.

Embora dispendiosos e de realização complexa, pareceria de enorme vantagem poder desenvolver ainda alguns estudos de coortes, de molde a ponderar factores de risco e de protecção.

A realização de estudos pluridisciplinares poderia ser uma oportunidade privilegiada de fortalecer e comunicação entre clínicos hospitalares e médicos da comunidade, contribuindo assim para reduzir a dissociação de que enferma o nosso Serviço Nacional de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. DEJOURS C.: Le corps entre biologie et psychanalyse. Paris: Payot, 1986.
2. ADER R., COHEN N.: Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med* 1975; 37: 333-340.

3. STEIN M.: Stress, depression and the immune system. *J Clin Psychiatry* 1989; 50 (suppl): 35-40.
4. LOCKE S.E. et al.: Life change stress, psychiatric symptoms and natural killer cell activity. *Psychosom Med* 1984; 46: 441-452.
5. SACHAR E.J. et al.: Psychoendocrine reactions. *Psychosom Med* 1963; 25: 510-537.
6. MASON J.L.: *Over-all hormonal balance as a key to endocrine organization*. *Psychosom Med* 1968; 30: 791-807.
7. ROGENTINE G.N. ET AL.: Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma: A prospective study. *Psychosom Med* 1979; 41: 647-658.
8. HOLLAND J.C., ROWLAND J.H., editors: *Handbook of psychooncology: Psychosocial care of the patient with cancer*. Oxford: Oxford University Press 1989.
9. NEMIAH J.C.: Affect and fantasy inpatients with psychosomatic disorders. In: Hill O. *Modern trends in psychosomatic medicine vol 1*. London: Butterworths 1970.
10. MARTY P., DE M'UZAN M.: La pensée opératoire. *Rev Franc Psychoanal* 1963; 27: 345-356.
11. TAYLOR G.J. et al.: The alexithymic construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics* 1991; 2: 153-164.
12. FONSECA A.F.: Affective equivalents. *Brit J Psychiatry* 1963; 109: 461.
13. FONSECA A.F. et al.: Psicossomática e dermatoses. *Actas VI Congresso Luso Espanhol de Dermatologia* 1966; 1: 239.
14. FONSECA A.F. et al.: Equivalentes afectivos (sua multidisciplinarietà). *Rev Psiq Depart S Mental* 1983; 3: 24.
15. BARBOSA A.: *Aspectos psicossociais da úlcera duodenal*. Lisboa: Tese de Doutoramento FML 1989.
16. SIFNEOS P.F.: The prevalence of *alexithymic* characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 255-262.
17. NEMIAH J.C.: Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychother Psychosom* 1977; 28: 199-206.
18. TAYLOR G.J.: Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 725-732.
19. SANDLER J.: The role of affects in psychoanalytic theory. In *Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness*. Ciba Foundation Symposium 8. Amsterdam. Elsevier 1972; 31-56.
20. EMDE R.N.: Development terminable and interminable. I: Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 1988; 69: 283-296.
21. STERN D.N.: The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology. New York: Basic Books 1985.
22. KRISTAL H.: *Psychotherapy with survivors of Nazi Persecution*. In: KRISTAL H editor: *Massive psychic trauma*. New York: International University Press 1968.
23. MCDUGALL J.: Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38: 81-90.
24. WEINER H.: Contributions of psychoanalysis to psychosomatic medicine. *J Am Acad Psychoanal* 1982; 10: 27-46.
25. WEINER H., FAWZY I.F.: An integrative model of health disease and illness. In: CHEREN S editor: *Psychosomatic Medicine: Theory, physiology and practice*, vol 1. Madison: International University Press 1989; 9-44.
26. LOLAS F., VON RAD M.: Alexithymia. In: CHEREN S editor: *Psychosomatic medicine: Theory, physiology and practice*, vol 1. Madison: International University Press 1989; 189-237.
27. TAYLOR G.J.: *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison: International Universities Press 1987.
28. BION W.R.: Differentiation of the psychotic from the non psychotic personalities. *Intern J Psychoanal* 1957; 38: 226-275.
29. LANE R.D., SCHWARTZ G.E.: Levels of emotional awareness: A cognitive-development theory and its applications to psychopathology. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 133-143.
30. KRISTAL H.: The genetic development of affects and affect regression. *Annals of Psychoanalysis* 1974; 2: 98-126.
31. BORENS R. et al.: Is *alexithymia* but a social phenomenon? *Psychother Psychosom* 1977; 28: 193-198.
32. KIRMAYER L.J.: Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review* 1987; 24: 119-136.
33. LEFF J.: The cross-cultural study of emotions. *Cult Med Psychiat* 1977; 1: 317-350.
34. LOLAS F., SCHEIBLER D.: Situational influences on verbal affective expression of psychosomatic and psychoneurotic

- patients. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 619-623.
35. WOLFF H.H.: The contribution of interview situation to the restriction of phantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1977; 28: 58-67.
 36. BLUMER D., HEILBRONN M.: Chronic pain as a variant of depressive illness. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381-406.
 37. KRYSSTAL H.: Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother* 1979; 33: 17-31.
 38. SKIPKO S.: Alexithymia and somatization. *Psychother Psychosom* 1982; 37: 193-201.
 39. WURMSER L.: Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J Amer Psychoanal Assoc* 1974; 22: 820-943.
 40. TAYLOR G.J., PARKER J.D.A., BAGBY R.M.: A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1228-1230.
 41. LOPES IBOR J.J.: Masked depression. *Brit J Psychiatry* 1972; 120: 245-248.
 42. MCDOUGALL J.: *Théâtres du corps*. Paris: Gallimard 1989.
 43. LEFEBVRE P.: The narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorders. *Psychiat J University Ottawa* 1980; 5: 5-11.
 44. GARFINKEL P.E., GARNER D.M.: *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel 1982.
 45. FREYBERGER H.: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother psychosom* 1977; 28: 337-342.
 46. SIFNEOS P.E., APFEL-SAVITZ R., FRANKEL F.H.: The phenomenon of *alexithymia*. *psychother Psychosom* 1977; 28: 13-27.
 47. BUCHANAN D.C., WATERHOUSE G.J., WEST S.J.: A propose neurophysiological basis of alexithymia. *Psychother Psychosom* 1980; 34: 248-255.
 48. THENHOUTEN W.D. et al.: Alexithymia: an experimental study of cerebral commissurotomy patients and normal control subjects. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 312-316.
 49. ZEITLIN S.B. et al.: Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1434-1439.
 50. SALMINEN J.K. et al.: Psychosomatic disorder: a treatment problem more difficult than neurosis? *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62: 1-12.
 51. STEPHANOS S., BIEBL W., PLAUM F.G.: Ambulatory analytical psychotherapy of psychosomatic patients: a report on the method of *relaxation analytique*. *Br J Med Psychol* 1976; 49: 305-313.
 52. APFEL-SAVITZ R., SILVERMAN D., BENNETT M.I.: Group psychotherapy of patients with somatic illnesses and alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28: 323-329.
 53. SWILLER H.I., Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1988; 38: 47-61.
 54. ACKLIN M.W., BERNAT E.: Depression, alexithymia and pain prone disorder: A Rorschach Study. *J Pers Assess* 1987; 51: 462-479.
 55. PARKER J.D.A., TAYLOR G.J., BAGBY R.: Problems with measuring alexithymia. *Psychosomatics* 1991; 32: 196-202.
 56. TAYLOR G.J. et al.: Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 290-297.
 57. AHRENS S., DEFFNER G.: Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother* 1986; 40: 430-447.
 58. BAGBY R.M., TAYLOR G.J., ATKINSON L.: Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *J Psychosom Res* 1988; 34: 107-116.
 59. APFEL R.J., SIFNEOS P.E.: Alexithymia: concept and measurement. *Psychother Psychosom* 1979; 32: 180-190.
 60. KLEIGER J.H., KINSMAN K.A.: The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1980; 34: 17-24.
 61. SIFNEOS P.E.: The prevalence of *alexithymic* characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1973; 22: 255-262.
 62. DOODY K., TAYLOR G.: Construct validation of the MMPI alexithymia scale. In: KRAKOWSKY A., KIMBALL C.: *Psychosomatic medicine: Theoretical, clinical and transcultural aspects*. New York: Plenum 1983.
 63. MARTIN J.B., PIHL R.O., DOBKIN P.: Schalling-Sifneos personality scale: findings and recommendations. *Psychother Psychosom* 1984; 41: 145-152.
 64. BLANCHARD E.B., ARENA J.G., PALLMEYER T.P.: Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychother Psychosom* 1981; 35: 64-71.
 65. BAGBY R.M., TAYLOR G.J., RYAN D.P.: The measurement of alexithymia: psychometric properties of the Schalling-Sifneos Personality Scale. *Compreh Psychiat* 1986; 27: 287-294.
 66. KRYSSTAL J.H., GILLER E.L., CICHETTI D.V.: Assessment in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosom med* 1986; 48: 84-94.
 67. PAULSON J.: State of the art of alexithymia measurement. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 57-64.
 68. TAYLOR G.J., BAGBY R.M.: Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 351-366.
 69. TAYLOR G.J., RYAN D.P., BAGBY R.M.: Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *psychother Psychosom* 1985; 44: 191-199.
 70. BAGBY R.M., TAYLOR G.J., PARKER J.D.A.: Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom* 1988; 50: 29-34.
 71. TAYLOR G.J., BAGBY R.M., RYAN D.P.: Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *psychosom Med* 1988; 50: 500-509.
 72. BAGBY R.M., TAYLOR G.J., PARKER J.D.A.: Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 1990; 34: 47-51.
 73. BAGBY R.M., TAYLOR G.J., PARKER J.D.A.: Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 1990; 34: 47-51.
 74. LESSER I.M.: Current concepts in psychiatry: alexithymia. *N Engl J Med* 1985; 312: 690-692.