

# Existe alguma relação entre a alexitimia e o câncer de mama?<sup>1</sup>

Eliane Tonello<sup>2</sup>

**Resumo:** Este artigo busca esclarecer se existe alguma relação entre a alexitimia e o câncer de mama, enfocando o papel da depressão e do estresse nessa possível relação. Para tanto, apresenta-se uma construção de diversos enlaçamentos teóricos a fim de levantar possibilidades de investigação do papel emocional nos processos de adoecimento, proporcionando outras abordagens e tratamentos. Além disso, sugere-se uma reflexão sobre o quanto os modos de sentir podem interferir na vida psicossocial das mulheres que desenvolvem câncer de mama.

**Palavras-chave:** Alexitimia. Câncer de mama. Depressão. Psico-oncologia.

## 1. Introdução

O câncer é uma doença que tem intrigado a ciência ao longo dos tempos. Os registros mais antigos vêm do Egito, aproximadamente em 1600 a.C. No entanto, foi desde o período grego clássico que Galeno e Hipócrates levantaram a hipótese de que o desenvolvimento do câncer sofreria alguma influência dos aspectos emocionais (Lima, 2003).

O nome *câncer* é dado a um conjunto de mais de 100 doenças, nas quais as células dividem-se rápida e descontroladamente, invadindo tecidos e órgãos. A

---

1 Trabalho publicado na Revista Rabisco, vol. 6, n. 1, 2016. Vencedor do Prêmio Juan Sebastian Kern.

2 Psicóloga especializada no atendimento de adultos maduros. Escritora.

formação do câncer, frequentemente, dá-se de forma lenta e gradual, podendo levar anos até que uma célula cancerosa origine um tumor detectável.

No caso do câncer de mama, são as células dos tecidos epiteliais que sofrem a transformação maligna. Esse é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% de novos casos a cada ano. A incidência antes dos 35 anos é menos comum, mas, acima dessa faixa etária, cresce de forma rápida e progressiva. Estatisticamente, esse aumento acontece tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Por isso, as mulheres devem estar atentas aos sinais da doença, que incluem: surgimento de vermelhidão na pele que recobre a mama, secreção no mamilo, abaulamentos ou retrações, inclusive no mamilo, com aspecto semelhante à casca de laranja. Além disso, o autoexame, buscando detectar a presença de nódulos (caroços), tanto no seio quanto na axila, é uma medida essencial na prevenção, assim como o são o exame clínico e a mamografia (Instituto Nacional de Câncer, 2014).

O que se deseja salientar na presente abordagem é o fato de que é na interface entre as áreas da oncologia e da psicologia que nasce a psico-oncologia, como resultado da percepção dos profissionais da saúde de que as variáveis sociais e afetivas influenciam constantemente no processo de tratamento médico-biológico, ao mesmo tempo em que são frequentemente desprezadas na abordagem médica convencional. A psico-oncologia utiliza o conhecimento educacional e profissional metodológico da Psicologia da Saúde, que busca pesquisar as variáveis psicológicas e sociais que interferem no surgimento de câncer, assim como no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos de pacientes com neoplasia. Os conhecimentos nessa área visam desenvolver estratégias que possam auxiliar o paciente e os familiares no enfrentamento do processo saúde/doença, bem como a formação dos profissionais de saúde envolvidos na atenção a esses pacientes (Gimenes, 1994).

Muitos dos autores que pesquisam pacientes psicossomáticos associaram o câncer ao termo *alexitimia*, criado por Sifneos (1973), ao observar pacientes que apresentavam uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias. Tais pacientes lançavam mão de ações para evitar situações frustrantes e de conflito, e demonstravam não ter palavras para nomear e expressar emoções. A palavra *alexitimia* é de origem grega (a=sem; lexis=palavra; thymos=coração ou afetividade), e significa, literalmente, “sem palavras para o sentimento”. Maldavsky (1995a) referiu-se à mesma condição como uma “depressão sem qualificação afetiva” (p. 287), enquanto que, para Marty (1993), seria a “depressão essencial ou sem objeto” (p. 19).

Atualmente, há um consenso entre os autores de que a alexitimia pode representar o reflexo de um estado de defeito congênito latente, isto é, característico do indivíduo desde o nascimento ou, até mesmo, anterior ao nascimento, bem como um estado concomitante de reação ao estresse emocional resultante de depressão, ansiedade e doença. Para os autores, podem existir relações entre a alexitimia e outros distúrbios de personalidade, além de uma relação entre alexitimia e psicopatologia (Taylor & Bagby, 2004).

Relativamente ao risco e à sobrevivência de indivíduos que desenvolvem câncer de mama, Eskelinen e Ollonen (2011) afirmam que muitos autores inferem ser essa uma doença de grande impacto psicológico, podendo ser influenciada por vários fatores como: eventos estressantes e adversos; menarca precoce; menopausa tardia; primeira gravidez tardia; terapia de reposição hormonal; obesidade; tabagismo; consumo do álcool; falta de atividade física. No que diz respeito aos “traços de personalidade”, esse conceito tem sido apoiado por vários estudos envolvendo populações clínicas que apresentam: transtorno de estresse pós-traumático; distúrbio de pânico; transtornos alimentares; doença inflamatória intestinal; distúrbios gastrintestinais funcionais; hipertensão essencial; dependência alcoólica; dor crônica (Eskelinen & Ollonen, 2011).

Na visão de Doin (como citado em Mello Filho, 1992, 2014), o ser humano se constitui de um encontro de vertentes, a física-química, a biológica (somato-psíquica), a antro-po-sociológica-estrutural. Por isso o autor considera que o que leva as pessoas a adoecerem de câncer são os sofrimentos psíquicos, a angústia, a depressão, a fadiga mental, o estresse crônico, as falhas imunológicas, os traumas psicológicos, as alterações anatomofisiológicas do sistema nervoso central e das vísceras, isso tudo associado à ação dos elementos carcinogênicos do meio externo e às ações virais.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é discutir o embasamento teórico, a fim de descobrir uma possível relação entre a alexitimia e o câncer de mama.

## **2. Metodologia**

Este trabalho é uma tentativa de estabelecer uma relação entre alexitimia e o câncer de mama por intermédio de uma revisão bibliográfica. Para Caldas (1986), a pesquisa bibliográfica pressupõe a coleta e o armazenamento de dados mediante levantamento das publicações existentes em forma de livros, revistas, publicações

avulsas e imprensa escrita, seguido da seleção, da leitura e do fichamento das informações relevantes. Segundo Lakatos e Marconi (1991), sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações.

No caso em questão, o primeiro passo consistiu na escolha do tema e na elaboração da questão da pesquisa. Já conhecendo as bibliotecas disponíveis e suas bases de dados, foram definidos os descritores “alexitimia” e “câncer de mama”, o que possibilitou a consulta de artigos indexados nas bases de dados Medline, Scielo e Lilacs, no período entre 2000 e 2014. A pesquisa contou com o auxílio da bibliotecária do Hospital Moinhos de Vento, incluindo o empréstimo de livros para o embasamento teórico. A leitura do material ocorreu de forma criteriosa, buscando-se, da mesma forma, manter clareza na escrita com o intuito de facilitar o entendimento do leitor, pois se trata de um assunto complexo, delicado e com pouca produção científica. Na sequência, ocorreu a interpretação e, finalmente, a discussão a partir dos dados encontrados. O objetivo consistiu em explorar os aspectos teóricos de uma possível relação entre a alexitimia e o câncer de mama, e esmiuçar o conceito de alexitimia, associando-o com a depressão e o estresse.

### **3. Desenvolvimento**

O estudo de diferentes temas e a realização de estágio durante o Curso de Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar, no Hospital Moinhos de Vento de Porto Alegre, em 2013-2014, aumentaram ainda mais o desejo e o pensar direcionados às questões emocionais frente ao câncer de mama em mulheres. Nesse contexto, cabe ressaltar que a incidência dessa afecção é alta e atinge diferentes classes sociais, tanto no Brasil como em outros países.

A presente pesquisa tem o intuito de ampliar o conhecimento frente ao aumento significativo dessa epidemia que assombra grande parte da população, assim como esclarecer que não só o corpo, mas também o psíquico, necessitam de cuidados por parte de profissionais especializados.

Primeiramente, surgiu o questionamento de por que as pessoas adoecem de câncer. A ideia foi sendo redefinida e, assim, este trabalho foi tomando corpo na forma de uma interrogação recorrente, constituindo o alvo inquietante da pesquisa, que pode ser expressa da seguinte maneira: existe alguma relação entre alexitimia e câncer de mama?

### 3.1 Evolução do Conceito de Alexitimia

Para melhor compreensão do termo *alexitimia*, apresenta-se o conceito que consta no dicionário Houaiss (s. d.): “incapacidade de exprimir verbalmente os estados emocionais, ainda que os sinais fisiológicos que correspondem a tais estados estejam claramente presentes – sintoma próprio de pacientes psicossomáticos”. Com o passar do tempo, esse conceito foi sendo ampliado, e diversos autores foram agregando novos olhares a sintomas e comportamentos tão complexos de serem estudados.

No *Compêndio de psiquiatria*, de Sadock (2007), o conceito se refere a uma incapacidade do sujeito de descrever suas emoções e seu humor. A alexitimia se agrega a um estado complexo de sentimentos com componentes psíquicos, somáticos e comportamentais, sendo considerada um *Transtorno de Sugestionalidade*.

Como referido anteriormente, o termo *alexitimia* surge na década de 70, proposto pelo psicanalista de orientação freudiana Sifneos (1977), enquanto observava que seus pacientes não eram espontâneos e nem criativos no enfrentamento das distintas situações no dia a dia. Porém, já na década de 60, os autores Marty e M’Uzan (1967), ao observarem a maneira deslibidinizada e pragmática de algumas pessoas de pensar, expressar e de se relacionar com os outros e consigo mesmas, criaram o termo “pensamento operatório”.

Mesmo que, inicialmente, os termos *alexitimia* e *pensamento operatório* tenham sido associados a pacientes psicossomáticos por psicanalistas como Sifneos, eles na verdade foram concebidos por vertentes teóricas distintas. Sifneos considerava que as doenças psicossomáticas diferiam, quanto à sua natureza, das neuroses, das neuroses narcísicas e das psicoses. As psicoses se enquadrariam entre as doenças mentais, e seus sintomas se caracterizariam por uma expressão simbólica de conflitos psíquicos infantis. As afecções psicossomáticas se aproximariam das neuroses atuais, propostas por Freud, e seus sintomas seriam principalmente de ordem somática (Laplanche & Pontalis, 1970; Carneiro & Yoshida, 2009).

A proposta desenvolvida pelo Instituto de Psicossomática de Paris (IPSO) possibilitou compreender e tratar as doenças somáticas em uma perspectiva pela qual o processo de somatização aparece quando o sujeito não é capaz de tratar mentalmente as contradições que o fazem sofrer (Peçanha, 1998; Carneiro & Yoshida, 2009). O padrão comum de pensamento é voltado para os eventos exteriores, enfatizando os detalhes e mantendo uma relação óbvia de resíduos diurnos, semelhantes aos do pensamento operatório. A atividade mental é concreta e orientada para o presente, sem relação com fantasias inconscientes (Yoshida, 2006).

Peçanha (1998) destaca que a palavra *psicossomática* agrupa a união dos conceitos de *psíquico* e *corpo*. Carneiro e Yoshida (2009) inferem que, na verdade, o soma e o psiquismo estão divididos por uma questão de ênfase, sendo inadequado falar exclusivamente em sintomas físicos ou somáticos. Consideram que a unidade essencial do organismo humano é decorrente de uma hierarquização progressiva e organizada que inclui: mentalização (em nível superior), depressão essencial, pulsão de morte e doença somática (em nível mais inferior).

Atualmente, há um consenso entre os autores de que a alexitimia implica um déficit no processamento cognitivo e de regulação das emoções, as quais se tornam indiferenciadas e reguladas de forma empobrecida (Carneiro & Yoshida, 2009).

Inúmeras mudanças vêm sendo propostas a partir das pesquisas na clínica psicanalítica tradicional com pacientes com doenças psicossomáticas, mas também com traços autistas, neuroses tóxicas e traumáticas, traumatoflias, adições, transtornos alimentares, perturbações do dormir, violência vincular, promiscuidade e outras patologias que diferem – do ponto de vista teórico, técnico e clínico – das neuroses, das psicoses e das perversões. Na busca de ampliar uma demanda específica da contemporaneidade, Maldavsky (1996) cria um novo termo: *Clínica do vazio*, também chamada de *Clínica do desvalimento*, envolvendo o conceito de “depressão sem qualificação afetiva”, que seria um equivalente para a alexitimia.

Desde a década de 80, muitas pesquisas vêm sendo realizadas, buscando melhorar a compreensão da etiologia das diferentes dimensões da alexitimia. Ainda na década de 70, Sifneos, Apfel-Savitz e Frankel (1977) já apontavam para uma variedade de fatores: genéticos, fisiológicos, neuroanatômicos, psicossociais, alterações neuroquímicas e de desenvolvimento. Da mesma forma, defendiam que a origem biológica da condição que leva ao adoecimento surgiria de um defeito estrutural neuroanatômico ou de uma deficiência neurobiológica. A partir daí, Taylor e Sifneos propuseram que existiria uma interrupção da comunicação entre os dois hemisférios cerebrais ou entre o sistema límbico e o córtex (Taylor, 1984; Sifneos, 1991). A partir dessas pesquisas, a hipótese biológica surgiu de que, a alexitimia poderia ser detectada através de ressonância magnética funcional e tomografia.

Estudos recentes têm sugerido que a alexitimia evidencia que o funcionamento neurológico se constitui de características afetivas e cognitivas que derivam de funcionamentos e organizações distintas (Taylor & Bagby, 2004). Isso ocorre principalmente no que se refere ao processamento das emoções, em específico

quando envolve o sistema límbico e alterações significativas nas amígdalas (Taylor & Bagby, 2004).

### 3.2 Quantificação da Alexitimia

Desde a criação do termo alexitimia, pesquisadores do mundo inteiro passaram a buscar métodos que melhor apresentassem as emoções na forma psicométrica. Ao longo do tempo, inúmeras descrições clínicas foram sendo desenvolvidas na tentativa de fundamentar e explicar o fenômeno alexitímico para a comunidade científica. O ponto de partida foi o desenvolvimento do questionário simples criado na década de 70 por Sifneos (*Sifneos Alexithymia Questionnaire [SAQ]*). A partir dele, outros foram sendo desenvolvidos, como o questionário *Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ)*, depois a escala de autorrelato *Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS)* e a escala de alexitimia do *MMPI*.

A linha de pesquisa segue e, recentemente, teóricos e clínicos criaram a escala *Toronto Alexithymia Scale (TAS)* que, no momento, é a mais utilizada em pesquisas sobre alexitimia no mundo inteiro. Trata-se de um instrumento de autoavaliação, originalmente composto por 26 itens, idealizado para medir o grau de alexitimia. As respostas obedecem a uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 (discordo inteiramente) e 5 (concordo plenamente). Os escores totais variam entre 26 e 130. Nas pesquisas internacionais, com escores acima de 74 (inclusive), o sujeito é considerado alexitímico, enquanto aqueles com 62 ou menos são considerados não alexitímicos. Por outro lado, nada se pode afirmar para os valores entre 63 e 73. São avaliadas as seguintes variáveis psicológicas no *Inventário de Forsen (FI)*: (F1) – reflete a habilidade de identificar e descrever sentimentos, bem como de distinguir sentimentos de sensações corporais; (F2) – o sonhar acordado; (F3) – a preferência por focalizar nos eventos externos ao invés de suas próprias experiências internas; (F4) – a habilidade para comunicar os sentimentos a outras pessoas (Taylor et al., 1988; Yoshida, 2006).

Uma segunda versão também foi criada dessa escala, com 23 itens, a *Revised Toronto Alexithymia Scale (TAS-R)*. E, finalmente, uma versão com 20 itens – a *TAS-20* – que avalia três dimensões da alexitimia: (F1) – dificuldade em identificar sentimentos; (F2) – dificuldade em descrever sentimentos; (F3) – pensamento externamente orientado. Essa última versão foi recentemente adaptada para o português por Wiethaeuper, Balbinotti, Pelisoli e Barbosa (como citado em Yoshida, 2006), em um estudo sobre suas qualidades psicométricas com estudantes universitários. O processo de validação brasileira envolveu inúmeros estudos entre estudantes universitários e pacientes internados em hospitais atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo.

Sugere-se, no entanto, que é pertinente a investigação das propriedades psicométricas em populações específicas através da versão TAS-26. A necessidade de investigação ficou comprovada quando aplicado em pacientes brasileiros atendidos pelo SUS, que apresentaram características culturais deferentes daquelas evidenciadas em estudantes universitários e em pacientes de hospitais de países do primeiro mundo, locais em que foi realizada a maioria das pesquisas. Autores como Bagby, Taylor e Parker (2003) salientam que o resultado de muitas pesquisas realizadas em diferentes especialidades médicas, com as escalas TAS-26 e a TAS-20, comprovaram existir correlações significantes positivas entre ambas, como em pacientes com hipertensão, com dor crônica, com doenças gástricas, com distúrbios sexuais, com depressão (Yoshida & Silva, 2007; Yoshida, 2006).

### 3.3 Depressão

A psicossomática sempre se ocupou de pacientes adultos, adolescentes, crianças e também bebês que apresentam afecções somáticas. Em estudos com pacientes adultos, o psicanalista Marty (1993) constatou que, na maior parte das vezes, as dificuldades que se apresentam estão, sobretudo, relacionadas à sua primeira infância. Com isso, passa a afirmar que, na base das doenças psicossomáticas, estão os traumatismos e as perdas significativas, tais como: a perda de um ente querido, a perda de uma função profissional ou familiar, perda da relação sexual, a perda de amizade, de um grupo a que pertence ou de um sistema de vida anterior, a perda da liberdade, de uma função fisiológica (menopausa ou amputação) ou mental (no envelhecimento), da atividade esportiva, de um projeto de trabalho ou de férias. Ele percebe que muitos dos pacientes apresentam uma forma empobrecida de simbolizar e de fantasiar, nominando tal condição como “depressão essencial”, isto é, “sem objeto”, conceito equivalente à alexitimia de Sifneos. Trata-se de um estado depressivo não percebido pelo sujeito, mas ligado ao apagamento total da dinâmica mental, com o sofrimento decorrente.

A hipótese de Maldavsky (1992a, 1995b, 1996), após uma longa pesquisa, é a de que essa “depressão sem qualificação afetiva”, ou alexitimia, surge nesses pacientes por uma falha primitiva na ação específica, muito significativa, durante os primeiros quarenta dias de vida. Pela ausência de empatia dos progenitores, a decodificação dos afetos e a comunicação das emoções acabam ficando sem qualificação afetiva. O autor descreve, com base nos escritos de Freud (1950/1990a), que, na fase primitiva, o organismo humano é incapaz de promover ação específica, necessitando da atenção de um outro experiente, voltada para acolher sua descarga da tensão.

Maldavsky (1992a, 1996) sugere que a anormalidade psíquica é herdada transgeracionalmente, decorrente de vivências de medo ou de horror. Para enfrentar o desamparo, o bebê aprende a se sobreadaptar a uma nova realidade e busca, na desmentida patológica, negando a realidade, um recurso substitutivo da perda do objeto. Como nessa fase do Ego opera o Ego real primitivo e como o bebê, nos primeiros 40 dias, está voltado para o seu interior, o investimento é na pele e nos órgãos e, lentamente, seu investimento vai se expandindo para as áreas do corpo e também ao objeto externo. A função materna desempenha um papel de filtro dos estímulos internos do bebê como a fome, a sede, as dores e os excessos do ambiente. Quando ocorre uma falha na função desse filtro, a criança fica entregue ao desprazer e sem a capacidade de construir uma matriz afetiva. O desenvolvimento dessa matriz afetiva é o que possibilitará reagir e, futuramente, reconhecer a ligação do afeto com a representação psíquica correspondente.

Assim, a libido que fica sem resolução passa a ser regida pelo desprazer, circulando nos órgãos como marca do fracasso da tramitação psíquica da pulsão. Isso provoca uma alteração somática – pela qual a descarga de excitação que deveria penetrar no âmbito psíquico desvia para o campo somático, na esfera física – resultando em uma intensa excitação dos órgãos, o que Freud (1926/1990b) chamou de “angústia automática”, prejudicando, além da subjetividade, o desenvolvimento do Ego real primitivo.

Maldavsky (1992b, 1996) defende que, quando no vínculo familiar existe um contexto violento, com “explosões” excessivas, acaba se formando no sujeito uma organização caracterizada pelo “apego desconectado”. Como esses vínculos são marcados pela toxicidade e pelos traumas, a espontaneidade e a criatividade ficam sem espaço, além das emoções serem impedidas de terem vivências de um universo simbólico, prejudicando o desenvolvimento do processo subjetivo.

Mesmo que a mãe tenha fornecido cuidados corporais iniciais suficientes, caso ela tenha ficado abatida frente a alguma circunstância de perda significativa, como perda conjugal ou depressão pós-parto, afirma Anzieu (1989), ocorre uma situação em que a mãe permanece viva, mas morta psiquicamente aos olhos do filho. Isso ferirá o desenvolvimento e o narcisismo da criança, assim como apontado no trabalho da “Mãe Morta” de Green (1988), quando cita a expressão “depressão branca”.

Isso vem ao encontro do que propõem alguns neurocientistas, quando apontam que as emoções também podem ser espelhadas devido à existência dos *neurônios-espelho*, que têm como função refletir a comunicação de elementos não verbais, como o tom de voz e gestos faciais do outro, possibilitando uma

compreensão do que o outro está sentindo ou pensando (Rizzolatti, Fogassi, & Gallese, 2006).

Nos estudos de Pedinielli e Rouan (1998, citados em Yoshida, 2006), com pacientes com transtornos psíquicos, foram observados quadros de depressão e de adição (alcooolismo e drogas) como fatores de predisposição. Em estudos envolvendo pacientes psicossomáticos, a alexitimia é detectada em mais de 50% dos casos, sendo que, na população em geral, atinge de 10% a 20% (Taylor & Bagby, 2004).

A partir de resultados que mostraram que a gravidade de uma depressão foi significativamente associada com alexitimia, Honkalampi et al. (2001) sugerem que esse poderia ser um fenômeno estado-dependente relacionado com a depressão ou com outras condições comórbidas.

### 3.4 Estresse

Dentro de tamanha diversidade de conceitos envolvendo a alexitimia, alguns autores (Pedinielli & Rouan, 1998) propuseram uma classificação, dividindo-a em *alexitimia primária* e *alexitimia secundária*. A alexitimia primária corresponderia à etiologia dos transtornos psicossomáticos, nos quais atua limitando a expressão dos afetos e das emoções que se manifestam de forma deslocada no sintoma físico, no pensamento concreto e na falta de fantasia. Já a alexitimia secundária tem como característica exercer uma função adaptativa, por ser considerada transitória. O foco é no “estado do sujeito” e pode ser considerada como uma das consequências do estresse, exatamente pela dificuldade do sujeito de avaliar adequadamente sua resposta emocional, podendo em certos casos realimentar o estresse (Consoli, 1996; Pedinielli & Rouan, 1998).

Também contribuem as causas psicossociais ou de desenvolvimento, como a reação e os efeitos de traumas, ou doenças sérias vivenciadas de forma traumática nos períodos críticos do desenvolvimento infantil, ou ainda traumas intensos na vida adulta. As experiências traumáticas intensas nessas fases podem levar a alterações estruturais do funcionamento psíquico, capazes de afetar consideravelmente o componente afetivo das emoções, provocando complicações significativas para a vida do indivíduo (Sifneos, 1991; Taylor, 1984; Carneiro & Yoshida, 2009). Citando Martinez-Sánchez, Ato-García e Ortiz-Soria (2003), Yoshida (2006) destacam que os alexitímicos tendem a responder a situações estressantes e/ou conflituosas através de ações que não são reconhecidas como tendo conteúdo afetivo.

Relacionando a alexitimia com os traumas intensos vividos de forma abrupta por indivíduos na idade adulta, há concordância entre os pesquisadores de que as

experiências traumáticas – como as decorrentes de guerra, abuso físico, desastre natural, sequestro e doença terminal – levariam indivíduos sem características alexitímicas a sofrer uma regressão na função afetivo-cognitiva e a reagir à situação impedindo a consciência da emoção (Taylor, 1984; Krystal, Giller & Cicchetti, 1986; Silva & Caldeira, 1992). Isso vem ao encontro do que propõe Sifneos (1991), ao afirmar que o estresse intenso levaria a um “embotamento dos sentimentos”, evitando a consciência das emoções e a expressão dos sentimentos. Taylor (1984) e Sifneos (1991) acreditam que, quando as situações traumáticas ocorrem antes do desenvolvimento da linguagem, podem acarretar prejuízos na habilidade de usar as palavras para expressar os sentimentos e as emoções. Assim, as emoções não chegariam a ser processadas e transformadas em pensamentos, mas seriam expressas em termos de sensações somáticas ou reações comportamentais (Carneiro & Yoshida, 2009).

Após longos anos de análise de pacientes psicossomáticos, McDougall (2013) constatou que, frente às situações de estresse, esses se revelam alexitímicos ou operatórios. Entretanto, nem todas as pessoas que exibem sinais de alexitimia e de pensamento operatório adoecem somaticamente; somente aquelas que desenvolvem uma zona de insensibilidade ao sofrimento, uma ausência de emoção em tal grau que reproduz uma ressomatização de experiências afetivas rejeitadas. Quanto à captação dos estímulos externos na relação com o outro, Maldavsky (1992a) considera a existência de receptores especializados, o que chamou de *couraça antiestímulos*, aquilo que Liberman et al. (1982) denominaram *couraça morta*. Isso representaria um risco constante do rompimento das barreiras imunológicas, afirma McDougall (2013), visto que o sistema imunológico reconhece que existe um não-ego; com as células ditas cancerígenas ocorre um funcionamento semelhante. Para Mello Filho (2014), essa leitura, por diferentes razões, pode ser alterada a qualquer momento. Isso explicaria porque o organismo passa a atender às necessidades ou exigências metabólicas de um tumor à custa de si mesmo.

A partir de suas observações com pacientes alexitímicos, Maldavsky et al. (1992, 1996) desenvolvem a hipótese de que, quando acontece um encontro entre uma situação externa traumatizante com um contexto interno frágil associado à perda de objeto significativo (no caso do luto), ou quando esses eventos dão origem a uma excitação externa (nascimento de um bebê), ocorre uma *conjunção explosiva*, que acaba rompendo com o equilíbrio psicossomático do sujeito. O corpo responde com uma reação de alarme e, com isso, instala-se um novo movimento de desorganização que pode resultar no aparecimento de doenças, como o câncer. É nessas repetições que acaba se manifestando a pulsão de morte.

Considera-se que cada pessoa, ao se defrontar com uma situação de estresse, reage conforme seus processos constitucionais ou imunológicos e também conforme as experiências de percepção e de ação passadas, de acordo com seu meio e sua realidade no período da vida adulta em que se encontra. Constantemente, o adulto necessita de uma adaptação, pois as circunstâncias da vida provocam excitações e desorganizações na esfera psicossomática. Assim, sempre que ocorrerem situações angustiantes, de trauma ou de crise, ocorrerá uma reação de alarme, um esgotamento, pelo qual os estados de equilíbrio internos do ego são rompidos, ocorrendo, então, o estresse. A duração da desorganização varia, dependendo dos sistemas regressivos mentais e de certas funções somáticas marcadas pelas fixações anteriores e pelo movimento contraevolutivo global, o que pode culminar no aparecimento de doenças (Selye, 1965; Debray, 1995).

### 3.5 Câncer de Mama e Alexitimia

Viver as emoções é uma tarefa árdua para todo ser humano, tendo em vista as falhas que acontecem durante o desenvolvimento mental. Para que o sujeito possa vivê-las, Ferro (2011) sugere que necessita de um intenso trabalho prévio para integrar os meticulosos dados que podem tornar tais emoções passíveis de serem administradas, contidas e assimiladas. No caso das doenças psicossomáticas, o corpo é via de descarga desse sintoma.

Os modos de viver da cultura contemporânea, salienta Ratto (2014), estão marcados por prejuízos na capacidade imaginativa (pré-simbólica). O que prevalece é um vazio existencial acompanhado de ansiedade, impulsividade e comportamentos extremos de dependência do olhar do outro. Dessa forma, os indivíduos são arremessados a um esvaziamento de sentido e de sensibilidade, no qual não encontram nem palavras nem imagens capazes de expressar tal vazio, o que é descrito por Maldivsky (1992a) como as *patologias do vazio* ou *patologias do desvalimento*.

Por sua experiência clínica, McDougall (2013) considera que todas as pessoas somatizam em graus distintos frente a acontecimentos que ultrapassam a capacidade de tolerância habitual do psiquismo. No caso das pessoas alexitímicas, as falhas precoces na relação mãe-bebê impedem que se desenvolvam recursos psíquicos adequados para enfrentar situações de frustração e traumas, deixando o corpo sujeito a excessos de excitações somáticas, sem as devidas tramitações psíquicas e afetivas; isso é entendido como um sintoma. O sentimento de paralisia e de sofrimento seria aliviado na ação e no outro, demonstrando, assim, dificuldades de contato com sua realidade psíquica. Dessa forma, a angústia não

estaria sendo negada, nem recalcada, mas, como ela se encontra sem sinal de simbolização, daria à pessoa uma tonalidade alienante ou de desafeto.

Marty (1993) também observa que muitos de seus pacientes alexitímicos possuíam um arranjo frágil, uma carência de simbolização e na capacidade criativa, que ele chama de *depressão essencial* ou *depressão sem objeto*. Como compreende que, na base das doenças graves, existe um traumatismo, passa a considerar que o câncer, que tem uma evolução autônoma, decorreria do fato de que determinados fenômenos escaparam do poder hierárquico e do sistema psicoativo do sujeito. Também frente a essas doenças graves, entende que a psicossomática é incapaz de explicar seu estado evolutivo quanto à natureza – por que o câncer ao invés de uma doença autoimune? – ou frente à localização das afecções – por que um câncer no seio ao invés de um câncer intestinal?

Para Maldavsky (1992a, 1992b), os desejos emocionais reprimidos contribuem para o aparecimento das afecções psicossomáticas, como os tumores, quando um grupo de células vivas se descompensa, criando uma tensão vital, um obstáculo, tendendo à pulsão de morte. Com isso, ocorre a expulsão de substâncias tóxicas de um grupo, que se transformam em nutrientes para o outro grupo, no caso as células cancerígenas. Freud (1920/1996) já apontava que, quando a vida mental busca repetidamente pela satisfação através do princípio do prazer, existe o que ele denominou de pulsão de morte. As células neoplásicas malignas fariam parte dessa pulsão, mesmo trabalhando de forma discreta na destruição do organismo. Isso confirma que o ser humano trabalha constantemente com mecanismos opostos, tanto pela via da pulsão de vida quanto pela pulsão de morte. Como essa última está comprometida com a inércia e busca esgotar a energia psíquica, fica impossibilitada de processar suas próprias toxinas. Agrega-se a isso, como consideram Liberman et al. (1982), que, assim, o sujeito acaba se intoxicando com a própria pulsão de morte (Maldavsky, 1992a, 1992b).

Um projeto cooperativo multidisciplinar chamado *Breast Cancer Study Kuopio* (BCSK) foi desenvolvido na Finlândia por diferentes departamentos da Universidade de Koupio e do Hospital de Koupio. Foi iniciado como um programa de pesquisa da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer e envolveu todas as mulheres encaminhadas ao Hospital Universitário Kuopio entre abril de 1990 e dezembro de 1995. Tal projeto partiu da hipótese de que o câncer de mama e o câncer colorretal poderiam ter fatores de risco em comum. Os centros de estudos para câncer de mama (CM) estão situados nos seguintes países: Canadá, Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Rússia, Eslováquia, Espanha e Suíça. Em um estudo caso-controle prospectivo, desenvolvido como uma

extensão desse projeto, foram aplicadas diversas ferramentas de quantificação da alexitimia em pacientes com patologias da mama, tais como *Sifneos Alexithymia Questionnaire (SAQ)*, *Inventário de depressão de Beck (BDI)*, *Inventário Forsen (FI)*, *Inventário de traço de Spielberger*, *Escala de avaliação de depressão de Montgomery Asberg (MADRS)*.

De acordo com Eskelinen e Ollonem (2011), nessa investigação das funções da alexitimia nas participantes mulheres adultas, foram estabelecidos três grupos: (a) as que apresentavam CM; (b) as que apresentavam doença benigna da mama (DBM); e (c) aquelas com mamas saudáveis (MS). Foi constatado que existe uma tendência entre as mulheres com CM a ter mais alienação a partir dos próprios sentimentos. Esse mesmo grupo de mulheres teve maior tendência a ter alienação da própria experiência, e mais déficit de autoexperiência do que as pacientes dos grupos DBM e MS.

Ao relacionar a alexitimia com o câncer de mama, Eskelinen e Ollonem (2011) agregam o experimento de Todarello et al. (1989), envolvendo 200 mulheres submetidas à mamografia. Nele, foi constatado que, nas pacientes com câncer de mama, existiam fortes indícios de traços alexitímicos.

Em pesquisa de Anagnostopoulos et al. (1993), envolvendo 548 mulheres em dois centros de triagem de mama em Atenas, os resultados sugerem que as mulheres com câncer de mama podem ser distinguidas de mulheres saudáveis pela presença de uma atividade cognitiva com pensamentos característicos autodestrutivos.

Os achados de Honkalampi et al. (como citados em Eskelinen & Ollonem, 2011) sugerem que alexitimia poderia ser um fenômeno estado-dependente relacionado a estados depressivos ou comorbidades, mesmo parecendo uma característica estável em diferentes estudos. Eskelinen e Ollonem (2011) citam o trabalho de Taylor e Bagby, que sugerem que a alexitimia pode representar um reflexo de um defeito congênito e um estado concomitante de reação a um período de estresse emocional resultante de doença, depressão ou ansiedade.

#### **4. Considerações finais**

Ao buscar um possível relacionamento entre alexitimia e câncer de mama, este trabalho tentou explorar o enfoque da psico-oncologia, que busca explicar a influência dos processos emocionais no surgimento de doenças. Visto que a produção científica não tem o mesmo ritmo e os mesmos resultados em todas as áreas, no campo da psico-oncologia, vale salientar que ainda há uma escassez de trabalhos publicados. Portanto, procurou-se aqui não adotar um critério

específico para a revisão, tornando relevantes todas as referências encontradas (Caldas, 1986).

A partir dos achados desta revisão bibliográfica de literatura, podemos considerar que existe um consenso entre os autores de que a psicossomática se ocupa de estudar as afecções somáticas que acometem os pacientes desde bebês até a vida adulta. O foco deste trabalho foi direcionado especificamente para adultos nos quais os achados apontam que suas maiores dificuldades estão na base da primeira infância, envolvendo carência no olhar e no afeto. Pode ser constatado que as causas são inúmeras, podendo ser de ordem ambiental, psicossocial ou de desenvolvimento, e produzem alterações estruturais do funcionamento psíquico que afetam diretamente o universo simbólico. Pelo fato desse processo ocorrer, geralmente, antes do desenvolvimento da linguagem, as emoções não chegam a ser processadas e transformadas em pensamento, acarretando prejuízos na utilização das palavras. Dessa forma, o sujeito quando adulto segue impossibilitado de reconhecer e de ligar o afeto à representação correspondente, devido ao apagamento da dinâmica mental que ocorreu quando o cuidador não traduziu seus afetos. Com isso, desenvolve uma zona de insensibilidade ao sofrimento, nega a realidade e se sobreadapta a ela para sobreviver psiquicamente, não percebendo nem sua “depressão” e nem seu “sofrimento”. Sua capacidade criativa e a forma espontânea de ser estariam essencialmente prejudicados. Externamente, acaba sendo visto como um sujeito concreto e apático, mas, internamente, os órgãos do corpo estariam sendo alvo incessante de descarga das angústias desde um tempo muito precoce do desenvolvimento. Sabendo que mesmo os indivíduos sem características alexitímicas, quando sofrem traumas intensos de forma abrupta, reagem impedindo a consciência da emoção, quando isso acontece com pacientes alexitímicos adultos, o prejuízo é ainda maior pela sua fragilidade interna, pois representa uma resomatização de experiências afetivas rejeitadas, bem como o risco de desequilíbrio da esfera psicossomática e o rompimento das barreiras imunológicas. O aparecimento de doenças depende basicamente da duração da desorganização e das marcas existentes nas funções somáticas marcadas por fixações ao longo da vida. Todas as pessoas somatizam em diferentes graus quando o psiquismo ultrapassa a capacidade habitual de tolerância, afirma McDougall (2013). Mas, pelas falhas precoces que as pessoas alexitímicas possuem, elas ficam impedidas de desenvolver recursos psíquicos adequados de enfrentamento a frustrações e traumas. Assim, os sintomas aparecem no corpo, que é afetado pelo excesso de libido que não pode ser processada. Defende Marty (1993) que na base das doenças graves, como o

câncer, estão os traumatismos. O autor considera que certos fenômenos teriam escapado do poder hierárquico e do sistema psicoafetivo do sujeito. No entanto, a psicossomática ainda é incapaz de explicar o porquê de um câncer ao invés de uma doença autoimune, ou o porquê de um câncer no seio ao invés de um câncer intestinal. Além dos diversos fatores externos anteriormente mencionados, agrego a concepção de Maldavsky (1992a, 1992b) de que os desejos emocionais reprimidos contribuiriam para o aparecimento do câncer, pois quando eles são associados à fragilidade interna e a eventos externos traumatizantes de perdas significativas pode ocorrer uma “conjunção explosiva” capaz de romper com o equilíbrio psicossomático. As células se descompensariam rapidamente, criando um novo movimento de desorganização que pode resultar no aparecimento do processo maligno. Segundo afirmam Libermam et al. (1992), é como se o corpo se intoxicasse com a própria pulsão de morte. Portanto, na tentativa de responder à questão inicial e aos objetivos do presente trabalho, os achados sugerem que a depressão e o estresse fazem parte do processo alexitímico, assim como também podem estar na base do câncer.

As somatizações não são um processo exclusivo dos pacientes ditos *somatizadores*. Isso nos mostra que não podemos considerar que a essência humana se limita à questão soma e psiquismo, mas sim que derivaria de uma hierarquização progressiva e organizada com mentalização, depressão essencial ou depressão sem qualificação afetiva, pulsão de morte e doença somática.

Dessa forma, a angústia não estaria sendo negada nem recalcada, mas como ela se encontra sem sinal de simbolização, daria à pessoa uma tonalidade de desafetação e alienação dos próprios sentimentos, da própria experiência (déficit de autoexperiência), além de favorecer os pensamentos autodestrutivos. O que há de comum entre todos os achados é que, a partir deles, pode-se estabelecer uma relação direta com as definições mais encontradas na literatura, pois a alexitimia advém de fatores multidimensionais. Tudo isso nos dá indícios de que a doença de câncer tem uma história clínica psicossomática, mas é também consideravelmente social. Os modos de viver na cultura contemporânea podem estar contribuindo para o aumento significativo do câncer de mama em mulheres. Então, o aparecimento do câncer deixa de ser lido apenas como um processo patológico e passa a ser um fato biológico influenciado por múltiplos fatores. Nem todas as pessoas psicossomáticas e alexitímicas adoecem da mesma forma, pois cada pessoa possui suas experiências e formas específicas de enfrentamento.

Com a versão da escala para avaliar a alexitimia, a TAS-20, adaptada e traduzida para o português, propõe-se também que novas pesquisas sejam desenvolvidas,

principalmente em hospitais, sempre envolvendo entrevistas psicológicas com pacientes que desenvolveram câncer de mama. Além disso, atendendo à sugestão de muitos autores, a alexitimia deveria ser investigada mais profundamente, com enfoque em diferentes especialidades médicas, uma vez que ela estaria também associada a diversas outras comorbidades.

Para finalizar, resta o desejo de que esta pesquisa possa servir de estímulos para que outras sejam realizadas. Isso porque demonstra haver indícios consistentes de que a alexitimia pode estar na base não só do câncer de mama, mas também de diversas outras enfermidades físicas e psíquicas, o que torna também importante voltar o olhar para o cuidado com bebês nos primeiros 40 dias de vida.

### **Is there any correlation between alexithymia and breast cancer?**

**Abstract:** This article tries to clarify whether there is any relationship between alexithymia and breast cancer, besides focusing on the role of depressive states and stress on this possible relationship. The construction of several theoretical textual loops marks the opening a lot of possibilities, not only in the research of the emotional role in disease processes, in order to develop approaches and treatments, but also to allow reflexive possibilities on how the ways of feeling can interfere with psychosocial life of women who develop breast cancer.

**Keywords:** Alexithymia. Breast cancer. Depression. Psycho-oncology.

### **Referências**

Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G., Markidis, M., Katsouyanni, K., Vassilaros, S., & Stefanis, C. (1993). An investigation of hostile and alexithymic characteristics in breast cancer patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 59, 179-189.

Anzieu, D. (1989). *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and crossvalidation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.

Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2003). *Nomological domain of the alexithymia construct*. Retirado de: <http://spitswww.uvt.nl/web/fsw/psychologie/emotions2003/2/h9.pdf>

Caldas, M. A. E. (1986). *Estudos de revisão de literatura: fundamentação e estratégia metodológica*. São Paulo: Hucitec.

- Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103-108. Retirado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>
- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eskelinen, M., & Ollonen, P. (2011). Sifneos Alexithymia Questionnaire in assessment of general alexithymia in patients with breast disease and breast cancer: A prospective case-control study in Finland. *Anticancer Research*, 31(9), 3101-3106.
- Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1990a). Carta 52. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 317-324). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950)
- Freud, S. (1990b). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 93-201). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Gimenes, M. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia* (pp. 35-36). Campinas, SP: Editorial Psy.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida – narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001) Alexithymia and depression: A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234.
- Houaiss, A. (s. d.). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Retirado de <http://houaiss.uol.com.br>
- Instituto Nacional de Câncer. (2014). Retirado de [inca.gov.br/estimativa/2014/](http://inca.gov.br/estimativa/2014/): incidência de câncer no Brasil.outubro.2014
- 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.

- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica* (3a ed.). São Paulo: Atlas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1970). *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Moraes.
- Lieberman, D. et al. (1982). *Del cuerpo al simbolo*. Buenos Aires: Adiciones Kargieman.
- Lima, C. R. D. O. (2003). *Estudo das relações objetais de mulheres com câncer de mama com suas mães*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS.
- Maldavsky, D. (1992a). *Estructuras narcisistas: Constitución e transformações*. Rio de Janeiro: Imago.
- Maldavsky, D. (1992b). *Teoria e clinica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicossomáticas, epilepsias*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1995a). *Clínica de las adicciones. Zona erógena*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1995b). *Pesadillas em vigília: Sobre neuroses tóxicas y traumáticas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1996). *Linajes abulicos: Procesos toxicos y traumaticos en estructuras vinculares*. Buenos Aires: Paidós.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1967). *La investigación psicossomática*. P. F. Mateu, & T. E. Folch (Trad.). Barcelona: Luis Miracle.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDougall, J. (2013). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise* (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Mello Filho, J. (2014). *Psicossomática hoje* (2a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Peçanha, D. L. (1998). Contribuições teóricas do Instituto de Psicossomática de Paris. *Cadernos de Psicologia*, 4, 129-137.
- Pedinielli, J. L., & Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20, 370-400.

- Ratto, C. G. (2014). Enfrentar o vazio na cultura da imagem – entre a clínica e a educação. *Pro-Posições*, 25(1), 161-179. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n1/v25n1a09.pdf>
- Rizzolatti, G., Fogassi, L., & Gallese, V. (2006). Espelhos da mente. *Scientific American Brasil*, 55(5).
- Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Selye, H. (1965). *Stress: A tensão da vida* (2a ed.) São Paulo: IBRASA.
- Silva, A. F. R. D., & Caldeira, G. (1992). Alexitimia e pensamento operatório, a questão do afeto na psicossomática. Em J. Mello Filho (Org), *Psicossomática hoje* (pp. 113-118). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 22(2), 255-262.
- Sifneos, P. (1977). *Psychothérapie brève et crise émotionnelle*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Sifneos, P. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F. H. (1977). The phenomenon of alexithymia: Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), p. 47-57.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doody, K. F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 500-509.
- Todarello, O., La Pesa, M. W., Zaka, S., Martino, V., Lattanzio, E. (1989). Alexithymia and breast cancer. Survey of 200 women undergoing mammography. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 51-55.
- Yoshida, E. M. P. (2006). Validade de critério da versão em português da Toronto Alexythymia Scale – TAS para população clínica. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 235-238.

Existe alguma relação entre a alexitimia e o câncer de mama?

Yoshida, E. M. P., & Silva, F. R. S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas-40 (EAS-40): Validade e precisão em amostra de universitários. *Revista de Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 89-99.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA  
Revisão de português: Mayara Lemos

Recebido em: 03/05/2019

Aceito em: 06/05/2019

Eliane Tonello  
Rua Dr. Florêncio Ygartua, 391/303  
90430-010 – Porto Alegre – RS – Brasil  
E-mail: eliane.tonelo@gmail.com