

Alexitimia y duelo crónico.

¿Factores de riesgo del consumo de drogas?

Alberto Espina ¹

1. Alexitimia

Marty y M' Uzan (1963) propusieron el término "pensamiento operatorio" para describir un funcionamiento psicológico caracterizado por 1. un estilo de vida externalizado, orientado a la acción y 2. un estilo cognitivo externamente orientado, (referido a acontecimientos externos, concreto, literal, utilitarista) aferrado más a los objetos que a los conceptos abstractos, con falta de introspección y de análisis psicológico de los hechos, de los propios sentimientos y de su comportamiento; el pensamiento operatorio está centrado en el presente y existe una gran pobreza en la capacidad de fantasear. Este modo de funcionamiento mental, observado en enfermos psicómicos, lo atribuyeron a déficits en la organización de la personalidad. Al no tener una vida propia de sentimientos y fantasías estos pacientes se centraban en los síntomas físicos y en los acontecimientos externos. En 1980 Marty introdujo la noción de "vida operatoria" que amplía el concepto de "pensamiento operatorio" y resaltó la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos; la vida operatoria esta ligada a la "depresión esencial", que es una "...depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y la idea narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática" (Marty 1966). En la vida operatoria el yo se desorganiza y los instintos quedan reducidos a un funcionamiento automático, el deseo desaparece, "la supresión de las relaciones originales con los otros y consigo mismo.. la pérdida del interés por el pasado y el futuro... La ausencia de verdadera comunicación con el inconsciente constituye una verdadera ruptura con la propia historia del sujeto. Lo fáctico y lo actual se imponen" (Marty 1966). Un aspecto importante en esta teorización es que la pérdida de la capacidad de simbolización hace que la palabra se vuelva concreta y sirva solo para describir hechos desconectados del sujeto.

¹ Facultad de Psicología. Avda. de Tolosa, 70. 20009 San Sebastián.
E-mail: ptpeseja@ss.ehu.es

Nemiah y Sifneos (1970) estudiaron un grupo de pacientes psicossomáticos y encontraron que la mayoría padecía una marcada dificultad para expresar verbalmente o describir sus sentimientos, para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales y gran pobreza de la fantasía. Sifneos (1973) acuñó el término *Alexitimia* (derivado de los términos griegos: a=sin, lexis=palabra, thymos=emoción) que etimológicamente significa: Sin palabras para las emociones. En la Conferencia Europea de Investigaciones Psicossomáticas de Heil-deberg en 1976, es aceptada la alexitimia como constructo especialmente aplicado a la psicossomática. A partir de ahí el término se utilizó para referirse a un constructo multidimensional de la personalidad caracterizado básicamente por: 1. dificultad para identificar y describir sentimientos, 2. dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales de la activación emocional, 3. procesos imaginarios constreñidos evidenciados por una pobreza de fantasías y 4. un estilo cognitivo orientado externamente (Nemiah et al. 1976). Estos sujetos, aunque tuvieran disforia crónica o manifestaran rabia o explosiones de llanto no podían conectarlos con recuerdos, fantasías o situaciones específicas.

Según Nemiah (1977) el sujeto alexitímico se diferencia del histérico en que en este último la ausencia de afecto o fantasía se limita al área de conflicto psicológico y se diferencia también del obsesivo en que en este existen fantasías, impulsos y afectos. Recientemente (Bourke et al., 1992) han demostrado que la alexitimia y el neuroticismo son dos tipos independientes de psicopatología.

Intentando perfilar más aún el cuadro, Nemiah (1977) destaca dos dimensiones en la alexitimia: 1. una marcada dificultad para expresar sentimientos con palabras y 2. ausencia de fantasías para expresar, o que sean expresión de sentimientos; centrándose sus pensamientos en detalles o acontecimientos del mundo exterior siendo su mundo de fantasía muy pobre (pensamiento operatorio); de manera que se trata, según este autor, de un trastorno perceptual-cognitivo y afectivo. La primera dimensión se basa en: a) dificultad para distinguir entre los componentes somáticos (sensaciones) y subjetivos (sentimientos) de la activación emocional, b) la dificultad para identificar y expresar con palabras los sentimientos. Todo ello va asociado a una atención focalizada en los componentes fisiológicos de la respuesta emocional y la consiguiente disforia. La segunda dimensión hace referencia al "pensamiento operatorio" (Marty y M'Uzan, 1963; Marty, 1980) descrito más arriba. En resumen, según Nemiah (1977) los cuatro aspectos más destacables en la alexitimia son: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos, 2) dificultad para distinguir los componentes somáticos (sensaciones) de los subjetivos (emociones) de la activación emocional, 3) pobreza de fantasías y 4) un estilo cognitivo externamente orientado (concreto, utilitarista, literal, referido a acontecimientos externos) y un estilo de vida orientado a la acción.

Otro autor que propone interesantes matizaciones sobre la alexitimia es Krystal (1979), el cual afirma que se pueden identificar tres áreas de trastornos en la alexitimia: 1. Un trastorno cognitivo en el que los símbolos se usan como un mero signo, sin integrarlos en un contexto personal, lo cual forma parte del "pensamiento operatorio" (Marty y M' Uzan, 1963), 2. Un trastorno afectivo caracterizado por la dificultad de diferenciar las sensaciones corporales de las emociones y para expresar con palabras estas últimas; relacionado con esto destaca la ausencia de expresividad emocional y actuaciones impulsivas inesperadas, y 3. un trastorno de las relaciones interpersonales en el que la dificultad de empatizar ocupa un lugar predominante.

Para Krystal (1979) los rasgos característicos de la alexitimia se dividen en esenciales y accesorios.

A. Rasgos esenciales

1. Pensamiento simbólico reducido o ausente. Es utilitario, minucioso, centrado en el exterior, no expresando sus motivaciones, deseos, tensiones o sentimientos.

2. Limitada capacidad para fantasear. Existe una inhibición de la capacidad de la fantasía como realizadora de deseos, lo cual les impide la representación de los impulsos y la simbolización de las tensiones como un paso previo a la acción.

3. Dificultad para expresar los sentimientos con palabras. Al tener dificultades en contactar con su realidad psíquica no pueden diferenciar estados emocionales y localizar sensaciones y experiencias corporales, recurriendo a expresar sus demandas con el cuerpo.

B. Rasgos accesorios.

1. "Pseudoadaptación social". Su comportamiento es rígido y excesivamente dependiente de las convenciones sociales.

2. Relaciones sociales estereotipadas, muy dependientes o evitativas, con gran dificultad para empatizar.

3. Impulsividad como expresión de conflictos. Se descontrolan con facilidad al no poder elaborar previamente los conflictos.

4. Personalidad inmadura (Ruesch, 1948). No desarrollan una adecuada individuación, lo cual está asociado a su deficiente expresión simbólica. Los tipos de personalidad más frecuentes son: introvertidos, pasivo-agresivos, pasivo-dependientes.

5. Resistencia a la psicoterapia tradicional. Al no discriminar sentimientos de sensaciones corporales y tener deficitaria la capacidad de simbolizar, no poseen la capacidad de introspección necesaria para las psicoterapias dinámicas.

Según Sifneos et al. (1977) el alexitímico que se encuentra en situaciones interpersonales difíciles en las que se requiere el manejo de las emociones, se siente frustrado al no poder expresarse y comprenderse adecuadamente y recurre en primer lugar a manejar el problema analizando interminables detalles (típico del pensamiento operatorio), pero al no ser adecuada la respuesta aumenta la tensión y puede recurrir a la retirada o a actos impulsivos como medio de resolver una situación intolerable. A nivel biológico las reacciones fisiológicas movilizan los sistemas autónomo y endocrino; a partir de ahí, si existe algún defecto en un órgano, se desarrolla un trastorno psicósomático y si no existe tal defecto aparece tensión y frustración.

Variables sociodemográficas y clínicas de la alexitimia

La alexitimia no parece estar influida por factores socioculturales, aunque hay estudios con resultados contradictorios, fundamentalmente debido a la utilización de escalas con pobres propiedades psicométricas; pero en un estudio realizado por Parker, Taylor y Bagby (1989) utilizando la Toronto Alexithymia Scale (TAS) (Taylor et al., 1985), escala con buena consistencia interna, buena fiabilidad test-retest, validez de constructo y criterio y una estable y replicable estructura factorial congruente con el constructo *Alexitimia*, encontraron que la alexitimia no está asociada a la edad, sexo, nivel educacional, nivel económico, riqueza de vocabulario ni a la inteligencia. Lo cual contradice a los que se oponen al constructo atribuyendo la alexitimia a factores socioeconómicos (Borens et al. 1977, y Kirmayer 1987); Kauhanen et al. (1993) encontraron que los varones con alta puntuación en el TAS eran generalmente solteros y con pocos contactos sociales y los que tenían baja puntuación tenían mejor status educacional y laboral, por lo que concluyen que la alexitimia se puede deber, no solo a factores psicológicos, sino también a factores sociales; aunque podríamos darle la vuelta a esta argumentación y decir que los sujetos alexitímicos, al tener dificultades para expresarse emocionalmente, evitan las relaciones íntimas y se aíslan, no encontrando pareja. Otros críticos del constructo han atribuido la alexitimia a respuestas adaptativas a los acontecimientos vitales estresantes y a las reacciones contratransferenciales de los médicos. (Musaph, 1974; Freyberg 1977; Ahrens y Deffner, 1986).

Son alexitímicos el 19% de los adultos normales, el 74,4% de las anoréxicas y el 49% de los *toxicómanos* (Parker et al., 1989), el 46,7% de pacientes con trastorno del pánico, frente a solo un 12,5% en fóbicos (Parker et al, 1993); la alexitimia aparece también en pacientes con trastornos somatoformes (Lesser et al., 1979; Shipko, 1982, Shipko et al., 1983), trastornos de dolor psicógeno (Blumer et al. 1982; Demers-Desrosiers, 1983); trastornos de estrés postraumático (Krystal, 1986, 1988); neurosis de carácter (Krystal, 1979; De M'Uzan, 1974; Marty, 1972); perversiones sexuales (McDougall, 1982); anorexia y bulimia nerviosas (Bourke et al., 1992; Schmidt et al., 1993; Laquatra y Clopton, 1994); pacientes con dolor lumbar crónico (Acklin y Bernat 1987); obesos (Clerici et al., 1992); asma crónico (Kleiger y Dirks 1980; Dirks et al. 1981); juego patológico (Lumley y Roby, 1995); enfermedad infamatoria intestinal, (Taylor et al. 1981); depresión (Haviland et al. 1988); trastornos de pánico, (Zeitlin et al. 1993); pacientes con cáncer de mama, (Anagnostopoulos et al., 1993).

Respecto a las drogodependencias, además del estudio de Parker et al. (1989) en el que encontraron que el 49% de los toxicómanos eran alexitímicos Taylor et al. (1990) hablan de un 50% y nosotros hallamos el 59,4% frente al 15,5% del grupo control (Fernández et al. 1996). En alcohólicos Ziolkowski et al., (1995) hallaron que el 48% eran alexitímicos y Fukunishi et al. (1992) encontraron que el 47,9% de los familiares de alcohólicos eran alexitímicos, lo cual explicaron como una alteración secundaria al hecho de negar el problema de alcoholismo que había en casa. De todas formas, como señala Weiner (1982), la alexitimia no responde a la cuestión de la elección de enfermedad, más bien parece un factor de riesgo, entre otros, para padecer enfermedades psicósomáticas y trastornos en los que un déficit en el manejo de las emociones lleva a las acciones impulsivas como medio de manejar conflictos (*abuso de drogas*, bulimia, juego patológico..).

En cuanto a la etiología de la alexitimia, Emde (1988) y Stern (1984) señalan que la función integrativa y comunicativa de los afectos, así como los mecanismos cognitivos implicados en su regulación y modulación, estarían alterados en los alexitímicos, por lo que se hacen vulnerables a un incremento de la tensión provocada por estados indiferenciados de activación emocional. El problema fundamental sería el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones independientemente de su fuente y el conflicto intrapsíquico sería una fuente de activación. El origen de este déficit puede estar tanto en variaciones de la organización cerebral como en los defectuosos patrones de intercambio afectivo durante el desarrollo infantil. (Emde, 1988; Stern, 1984; Taylor, 1987 Taylor et al. 1993; Edgcumbe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988), o en las relaciones familiares actuales, como plantean Onnis y Di Genaro (1987).

2. El duelo.

Según Bowlby (1980), el trabajo del duelo está constituido por todos los procesos psicológicos, conscientes e inconscientes, que una pérdida pone en marcha. El duelo se desarrolla en cuatro fases:

1) *Fase de embotamiento de la sensibilidad.* Dura de unas horas hasta una semana y puede verse interrumpida por episodios de aflicción y cólera. El sujeto se siente aturdido y le cuesta aceptar la realidad.

2) *Fase de anhelo y búsqueda del objeto perdido.* Aparece anhelo intenso, llanto, inquietud, insomnio y cólera dirigida a quienes considera responsables de la pérdida, y como protesta por no poder recuperar al objeto amado. Este deseo de recuperación puede llevar a no aceptar la pérdida, predominando entonces la rabia hacia los que intentan consolarle. "La búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la rabia, las acusaciones y la ingratitud son rasgos de la segunda fase del duelo y deben ser entendidos como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida" (Bowlby, 1980, p.109).

3) *Fase de desorganización y desesperanza.* Durante esta fase es frecuente la aparición de momentos de desesperanza y depresión.

4) *Fase de reorganización.* La aceptación de la pérdida conlleva una redefinición de sí mismo (huérfano, viudo, divorciado..) y de su situación, el desempeñar papeles nuevos y el adquirir nuevas habilidades.

En el duelo normal, que puede durar entre uno y dos años, es frecuente que persista una sensación de que el muerto está presente, ya sea como una compañía constante o en algún lugar específico. También es frecuente una sensación de soledad que nadie puede mitigar; Weiss (1975) diferencia la soledad fruto del aislamiento social, que se puede aliviar con la compañía, del aislamiento emocional que solo puede ser aliviado con una relación de mutuo compromiso que brinde seguridad. El trabajo del duelo requiere un gran esfuerzo y aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad y la tasa de muertes prematuras (Osterweis et al. 1984).

El tipo de pérdida (muerte, separación, amputación, objetivos en la vida etc..) y el contexto amplio en el que se produce va a determinar, en gran medida, que el proceso del duelo sea adecuado o no. Entre los aspectos que se deben explorar en detalle, cara a la intervención, se encuentran los siguientes:

- Identidad y rol de la persona perdida.
- Edad, sexo, personalidad y situación vital de la persona que sufrió la pérdida.
- Causas y circunstancias de la pérdida. Entre las adversas tenemos la muerte súbita, la exigencia de cuidados prolongados antes de la muerte, si la muerte entraña mutilación del cuerpo, como se informó de la muerte, a quién se culpa de la misma, muertes violentas, suicidio etc..

- Aspectos psicosociales del que sufre la pérdida: Apoyo y estrés social, si tiene que hacerse cargo de niños pequeños, situación económica, posibilidades de reorganizar su vida, sistema de creencias en torno a la muerte, actitud de parientes y amigos, etc..

Weisman (1976) distingue entre muerte oportuna e intempestiva. La oportuna es aquella en que la supervivencia se iguala a la esperada. La intempestiva puede ser prematura, inesperada (accidente) o trágica (violenta). El duelo puede adquirir características de crisis cuando la muerte es intempestiva. La intervención inicial en una crisis por pérdida intempestiva consiste, según este autor, en transformar cognoscitivamente las dificultades de las muertes intempestivas dentro de formas más aceptables.

La pérdida de un miembro de la familia exige una reorganización del sistema familiar, para adaptarse a la nueva situación (Bowlby, 1983). Walsh y McGoldrick (1988) describen cuatro tareas que la familia debe llevar a cabo ante la pérdida de uno de sus miembros:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte. Se favorece con los funerales, el entierro y visitas a la tumba por parte de todos, incluyendo niños.
2. Experiencia compartida del dolor de la pena, expresando libremente todos los sentimientos asociados.
3. Reorganización del sistema familiar asumiendo las funciones del rol del difunto.
4. Establecimiento de nuevas relaciones y metas en la vida, lo cual se ve muchas veces dificultado por un sentimiento de lealtad al muerto, el temor a nuevas pérdidas etc..

Aparte de las variables ya comentadas, la flexibilidad de la familia y el grado de diferenciación de sus miembros, así como la aparición de síntomas en algún miembro de la familia, la coincidencia de acontecimientos vitales estresantes (otras pérdidas, nacimientos, cambio de domicilio etc..) y el haber tenido pérdidas no elaboradas, son de suma importancia para la elaboración del duelo y deben explorarse cuidadosamente. Podemos añadir que los sujetos alexitímicos, al no poder contactar con sus emociones, ni procesar y describir adecuadamente los estados emocionales que se dan en el proceso de duelo, no podrán culminar adecuadamente su elaboración.

Paul (1967) y Paul y Grosser (1965) resaltan la importancia de duelos incompletos para la aparición de patología en algún miembro de la familia, el cual vendrá a ocupar el lugar del difunto. En este sentido la sintomatología cumpliría una función homeostática, al neutralizar la pérdida evitando el cambio que debería afrontar el sistema. Es frecuente también que la familia estreche sus lazos dificultando la individuación de sus miembros, en el divorcio sucede algo semejante.

3. Drogodependencia

El abuso de drogas es una conducta multideterminada en la que influyen factores biológicos (constitucionales, neurológicos y psicofarmacológicos), psicológicos (patología psiquiátrica, personalidad, procesos afectivos, cognitivos y de aprendizaje) y sociales y una serie de factores resultantes de interacciones múltiples entre ellos.

Entre los factores psicológicos relacionados con el inicio y mantenimiento de los desordenes adictivos, algunos de los más estudiados son la personalidad y las manifestaciones psicopatológicas del sujeto, específicamente las alteraciones afectivas, la incapacidad de regular las respuestas a las emociones y el déficit en control de impulsos.

Son relativamente abundantes los estudios que relacionan la toxicomanía con las alteraciones afectivas (básicamente ansiedad y depresión) y con alteraciones comportamentales referidas a la impulsividad, la personalidad psicopática y, en general, con la baja tolerancia a la disforia y el pobre control de impulsos, así como la relación de estas características con un peor pronóstico del tratamiento. También existen estudios que analizan la relación entre los estados emocionales negativos y las recaídas en el consumo de sustancias y algunos estudios experimentales que analizan la influencia de los estados emocionales inducidos en los deseos de consumo de sustancias psicoactivas (*craving*).

En su revisión de las alteraciones psiquiátricas en adictos a opiáceos, O'Brien (1984) encuentra una alta proporción de desordenes afectivos entre los adictos a opiáceos. Rounsaville & Kleber (1986) encuentran una tasa de desorden afectivo, especialmente la depresión mayor. En otros estudios (Rounsaville, 1992), (Rounsaville y cols., 1983) encuentran alteraciones de personalidad de tipo antisocial argumentando que estas características pueden deberse a una alteración secundaria al abuso de drogas y a una respuesta impulsiva relacionada con alteraciones afectivas no adecuadamente reguladas. Relaciones semejantes entre alteraciones afectivas y de ansiedad con la toxicomanía se encuentran en los estudios clínicos de otros autores (Blatt, 1984; Powell, 1992, DeMilio, 1989). Estos datos son consistentes con las teorías que afirman que el problema central del adicto es la regulación de los afectos y la vulnerabilidad a la disforia, donde el adicto es presentado como un deprimido crónico o vulnerable a depresiones episódicas y a la ansiedad. Relacionándolo con el duelo no elaborado las drogas pueden producir aturdimiento (fase 1 del duelo), estados disfóricos (negación maníaca de la pérdida), actuar como ansiolítico, favorecer el encuentro con el objeto perdido, ya sea a través del efecto de la droga o buscando la muerte, (fase de anhelo), o buscar la muerte como modo de escapar de un sufrimiento intolerable (fase de desesperanza).

Marlatt y Gordon, (1980) han otorgado un papel importante a los estados emocionales negativos y su regulación en la recaída de los toxicómanos, e incluyen, dentro de una relación de ocho factores, tres factores directamente relacionados con *la regulación de los componentes somáticos y subjetivos de los afectos*, junto con factores relacionados con *el pensamiento externamente orientado u orientado a la acción*. En un estudio semejante realizado en nuestro ámbito cultural, (Llorente y cols., 1991) concluye que existen elementos cognitivos relacionados con la autorregulación de estados emocionales negativos (básicamente de naturaleza depresiva y ansiosa) relacionados con la recaída en los adictos a heroína que componen su muestra. Otros estudios empíricos también muestran una relación entre estados emocionales negativos y recaídas (Hogdson, 1993; Schonfeld, 1989; Dunn, 1986; Childress et al., 1986a, 1986).

4. Familia y toxicomanía

Los estudios sobre la influencia de las variables sociodemográficas en la aparición del consumo de drogas se han centrado en la composición del núcleo familiar, el tamaño de la familia, el orden del nacimiento, el nivel socioeconómico y la práctica de la religión. Vamos a referirnos brevemente a algunos aspectos relacionados con las pérdidas y la alexitimia.

La composición del núcleo familiar ha sido estudiada por varios autores (Craig y Brown, 1975; Gantman, 1978; Stern y cols., 1984; Selnow, 1987) y todos concluyen que un hogar monoparental, debido a separación, divorcio o muerte, es un factor de riesgo, teniendo en cuenta la calidad de las relaciones, para desajustes psicológicos y consumo de drogas.

El nivel socioeconómico y las migraciones son factores de riesgo ya señalados por Vaillant (1966) y confirmados en España por Alarcón (1984) con jóvenes escolares con consumo de drogas incipiente, entre sus conclusiones destaca el mayor paro en el padre y más migraciones en el grupo de jóvenes consumidores; el cambio de residencia es señalado en la misma dirección por Carbonell y Rios (1984).

Podemos decir que estos estudios avalan la idea de que factores estresantes para la familia, como son la migración, el desempleo, las pérdidas y la ruptura familiar, inciden positivamente en el consumo de drogas por parte de los hijos, lo cual podría ser una respuesta a esas situaciones estresantes, por ejemplo una huida de una realidad dolorosa.

En las familias de toxicómanos, Angel y Sternschuss-Angel (1983) destacan la existencia de una tasa mayor (comparado con población general) de muertes antes de la aparición de la drogadicción. Estas muertes no han sido adecuadamente elaboradas en muchos de los casos. Señalan así mismo la patología física y psíquica (depresión, alcoholismo, trastornos de la personalidad) en los padres y hermanos. Stanton (1979) y Stanton y Todd (1982) también señalan que en las familias de los toxicómanos aparece mayor frecuencia de muertes prematuras en la familia. Coleman (1975) plantea que a través del adicto se reactualiza la pérdida pasada y Reilly (1984) destaca el duelo irresuelto por las pérdidas anteriores.

En la clasificación de las toxicomanías de Cancrini (Cancrini, 1987; Cancrini et al. 1988) en cuatro categorías: a) toxicomanía traumática; b) toxicomanía a partir de neurosis actual; c) toxicomanía de transición, d) toxicomanía sociopática, encontramos que dos categorías pueden estar asociadas a las pérdidas y a la alexitimia.

En la toxicomanía traumática, o de tipo A, un hijo es considerado "ejemplar" pero no comparte con los demás sus propios problemas y a consecuencia de un grave trauma (una pérdida) se derrumba y se hace toxicodependiente. En otros casos se trata de adolescentes que acaban de definir su identidad y no están sentimentalmente comprometidos o recientemente han formado una pareja cuya red de relaciones resulta inoportuna en ese momento a causa de la necesidad de elaboración del duelo por la pérdida. En estos sujetos ocurre que el sentimiento de culpa debido a la experiencia de dolor o luto (generalmente referido a la pérdida de un ser querido) se suma al esfuerzo de emancipación de un núcleo familiar en crisis.

El cuadro clínico subyacente en el toxicómano es el de neurosis traumática siendo el elemento clave para su evolución patológica la dificultad para encontrar un punto de referencia para verbalizar la experiencia vivida dentro de una relación interpersonal percibida como fiable y segura. La toxicomanía se manifiesta por la ruptura del estilo de vida habitual en poco tiempo y por el comportamiento autodestructivo y teatral del toxicómano (casos más graves). En otros casos es disimulado mediante el consumo de alcohol o barbitúricos. En general los sujetos buscan el aturdirse mediante el fármaco. A nivel terapéutico recomienda centrarse en la elaboración del duelo.

En la toxicomanía sociopática, o de tipo D, la organización familiar y los modelos comunicativos corresponden a los que se hallan en familias deterioradas, que generalmente aparecen como un grupo profundamente desorganizado que se caracteriza por una falta de interdependencia recíproca y la inconsistencia o falta de adecuación de las funciones parentales con respecto al hijo: progenitores ausentes por lo que el hijo vive en una institución o confiados a otros; madres solas en situación de desventaja social y económica; familias en las que la abuela sigue ejerciendo la función de madre; progenitores con serios problemas de alcoholismo, toxicomanía y sufrimiento psíquico; progenitores que se han criado en una situación cultural (familia amplia tradicional campesina) en la que los hijos crecen dentro de un grupo más amplio que al trasladarse a la periferia de las grandes ciudades tienen dificultades para ejercer su función.

Las historias de estos adictos, además de las ya mencionadas, revelan dificultades escolares, conflictos sociales (dificultad de asumir las reglas sociales) y actos delictivos anteriores a la toxicomanía. El comportamiento toxicómano se caracteriza por la tendencia a expresar el conflicto psíquico a través del acting-out, lo que implica comportamientos antisociales que preceden al inicio de la toxicomanía, asimilación rápida y natural de la drogodependencia y actitud desafiante del toxicómano que se comporta con frialdad. Entre los sujetos de este tipo es frecuente la politoxicomanía.

5. Conclusiones.

Se ha comprobado que la alexitimia aparece en diferentes patologías, como toxicomanías, trastornos psicósomáticos, personalidades impulsivas etc.... Esto es coherente con el constructo, pues la teorización resalta la derivación de los afectos a lo somático, o la salida impulsiva ante situaciones estresantes que no se pueden manejar mediante una adecuada toma de conciencia y expresión de afectos, lo cual es característico de estos trastornos.

A un nivel más amplio nos atrevemos a sugerir que la sociedad occidental, con el excesivo valor dado a la acción, el escaso lugar otorgado al mundo emocional y a la introspección, la muerte de la fantasía, como describió magníficamente Michael Ende en *La historia interminable*, es una sociedad alexitímica y generadora de personas con gran pobreza de fantasía, que desconocen sus emociones, que solo se interesan en un mundo exterior deshumanizado y que, finalmente, caen en la adicción a las drogas y al juego, padecen síntomas psicósomáticos y adoptan conductas impulsivas como medio de solucionar problemas existenciales sin plantear.

Los duelos crónicos pueden estar, o no, asociados a la alexitimia, pero el dolor que producen en el individuo y la familia favorece la búsqueda de salidas fallidas, como el recurrir a sustancias para mitigar ese sufrimiento y/o distraer a la familia de ese problema sin resolver. Por todo ello concluimos que la alexitimia y los duelos crónicos pueden ser factores que predisponen al consumo de drogas y que sería conveniente investigar estos aspectos con vistas a mejorar los programas de prevención.

BIBLIOGRAFIA

- Acklin MW, Bernat E. (1987). "Depression, alexithymia and pain prone disorder: a roschach study". *Journal of Personality assessment* 51,462-479.
- Ahrens S, Deffner G. (1986). "Empirical study of alexithymia: methodology and results". *Am J Psychother* 40,430-447.
- Alarcon, F.J. (1984). "La estructura familiar en la propensión a las toxicomanías" en Gobierno Vasco "Drogodependencias: Un reto multidisciplinar", Vol. 2. Vitoria: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- Anagnostopoulos F, Vaslamatzis, Markidis M, et al: (1993). "An investigation of hostile and alexithimic characteristics in breast cancer patients". *Psychother Psychosom* 59,179-189.
- Angel, P. y Sternschuss-Angel. S. (1983). "La famille du toxicomane. Revue critique de la littérature". *Psychiatrie d'enfant*, 26, 1, 237-256.
- Blatt, S.J.; Rounsaville, B.J.; Eyre, S.; Wilber, C.; (1984). "The Psychodynamics of Opiate Addiction". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 6, 342-351.
- Blumer D, Heibronn M: (1982). "Chronic pain as a variant of depressive disease". *J Nerv Ment Dis* 170, 381-406.
- Borens R, Grosse-Schultze E, Jaensch W, et al: (1977). "Is alexithymia but a social phenomenon?" *Psychother. Psychosom.* 28,193-198.
- Bourke, MP., Taylor, GJ., Parker, J. y Bagby RM: (1992). "Alexithymia in Women with anorexia nervosa. A preliminar investigation". *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss. Vol. III. Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogart Press.
- Bowlby, J. (1983) "The Impact of Death on the Family System". *Journal of Family Therapy*, 5,279-294.
- Cancrini, L. (1987). "Hacia una tipología de las toxicodependencias". *Comunidad y Drogas. Monografías*, 1, 45-57.
- Cancrini, L., Andreoli, V. (1988). *Tossicodipendenze*. Masson.
- Carbonell, C., Ríos, B. (1984). *Familia y drogodependencia*. Madrid: Universidad Complutense, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.
- Clerici M, Albonetti S, Papa R, Penati G, Invernizzi G: (1992). "Alexithymia and Obesity. Study of the Impaired Symbolic Function by the Rorschach Test". *Psychother Psychosom* 57, 88-93.

- Childress, A.R.; Mclellan, A.T.; & O' Brien, C.P. (1986). "Role of Conditioning Factors in the Development of Drug Dependence". *Psychiatric Clinics of North America*, 9, (3), 413-425.
- Coleman, S.B. (1975). "Death-The facilitator of family integration"..Paper presented at the American Psychological Association.
- Craig, S.R.y Brown, B.S. (1975). "Comparison of youthful heroin users and nonusers from one urban community". *The International Journal of the Addictions*, 10 (1), 53-64.
- Demers-Desrosiers LA, Cohen KR, Catchlove RFH: (1983). "The measure of symbolic function in alexithymic pain patients", *Psychother Psychosom* 39,65-76.
- Demilio, L. (1989). "Psychiatric Syndromes in Adolescent Substance Abusers". *Am. J. Psychiatry*, 146, 9, 1212-1214.
- De M'Uzan M. (1974). "Analytical process and the notion of the past". *Int. Review of Psychoanalysis* 1, 461-466.
- Dirks, JF, Robinson SK y Dirks, DL. (1981). "Alexithymia and the Psychomaintenance of Bronchial Asthma". *Psychother Psychosom* 36, 63-71.
- Dunn, R.; (1986). "Relapse and the Addict". NY. Hazelden Foundation.
- Edgcombe, RM. (1984). "Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression". *Psychoanal Study Child*, 39,137-154.
- Emde, RN. (1988). "Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy". *Int J Psychoanal*, 69,23-42.
- Freyberger H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychosom*, 28,180-190.
- Fukunishi, I., Ichikawa, M., Ichikawa, K., et al. (1992). Alexithymia and depression in families whit alcoholics, *Psychopatology*, 25, 326-330.
- Gantman, C.A. (1978). "Family interaccion patterns among families with normal disturbed, and drug-abusing adolescents". *Journal of Youth and Adolescence*, 7 (4), 429-440.
- Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, Macmurray JP. (1988). Alexithymia: Subcales and Relationship to Depression. *Psychother Psychosom*, 50,164-170.
- Hodgson, R.J. (1993). "Exposición a estímulos y prevención de recaídas". En M. Casas & Gossop, M.; (Coord.) *Recaída y prevención de recaídas*, 161-190. CITRAN. Monografías de Toxicomanías.
- Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW y Salonen JT. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 330-335.
- Kirmayer LJ. (1987). "Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process". *Transcultural Psychiatric Research Review*, 24,119-136.
- Kleiger JH, Dirks JF. (1980). "Psychomaintenance Aspects of Alexithymia: Relationship to Medical outcome Variables in a Chronic Respiratory Illness Population". *Psychother Psychosom*, 34,25-33.
- Krystal H. (1968). *Massive Psychic Trauma*. New York International Universities Press.
- Krystal H. (1979) "Alexithymia and psychotherapy". *American Journal of Psychotherapy*, 33,17-31.
- Krystal H: (1988). "Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia". Hillsdale, NJ, Analytic Press,

- Krystal H, Giller BL. y(1986). Cichetti DV. (1986). "Assessment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure". *Psychosomatic Medicine*, 48,84-94.
- Lane RD, Schwartz GE. (1987). "Levels of emotional awareness: a cognitive-development theory and its application to psychopathology". *Am J Psychiatry*, 144, 133-143.
- Laquatra TA, Clopton JR. (1994). "Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women". *Addictive Behaviors*, 19, 4:373-380.
- Lesser IM, Ford CV, Friedmann CTH. (1979). "Alexithymia in somatizing patients". *Gen Hosp Psychiatry*, 1,256-261.
- Lumley MA, Roby KJ. (1995). "Alexithymia and Pathological Gambling". *Psychother Psychosom*, 63,201-206.
- Llorente, J., Gutiérrez, M., López, E.; Ruiz, J.; (1991). "Adicción a Opiáceos: Factores asociados a la abstinencia desde un modelo Cognitivo-Conductual. Un estudio Pílo-to". Osakidetza.
- Marlatt, A.; Gordon. J.R.; (1980). "Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change". En: Davidson, P.O., y Davidson, S.M., eds. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Bruner / Mazel.
- Marty P. (1966). "La dépression essentielle". *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 3, 595-598.
- Marty P. (1972). "Intervention: points de vue psychoanalytiques sur l'inhibition Intellectuel". *Revue Française de Psychanalyse*, 31,805-816.
- Marty P. (1980). *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*, Vol. 2, París, Payot.
- Marty P, de M'Uzan M. (1963). "La pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse*, 27(suppl),345-356.
- McDougall J. (1982). "Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint". *Psychother Psychosom*, 38,81-90.
- Musaph H. (1974). "The role of aggression in somatic symptom formation". *Int J Psychiatry Med*, 5,449-460.
- Nemiah JC. (1977). "Alexithymia: theoretical considerations". *Psychother Psychosom*, 28,199-206.
- Nemiah JC, Sifneos PE. (1970). "Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders", in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol 2. Edited by Hill OW. London, Butterworths, pp. 26-34
- Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE. (1976). "Alexithymia: a view of the psychosomatic process", in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol 3. Edited by Hill OW. London, Butterworths, pp 430-439.
- O'Brien, Ch. P.; Woody, G.E.; McLeilan, A.T. (1984). "Psychiatric Disorders in Opioid- Dependent Patients". *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 9-13.
- Onnis, L. y Di Genaro, A. (1987). "Alexitímia: Una revisione critica". *Medicina Psicosomatica*, 32,45-64.
- Osofsky JD; Ederhart-Wright . (1988). "Affective exchanges between high risk mother and infants". *Int J Psychoanal*, 69,221-231,

- Osterweis.M., Solomon,F. & Green,M. (1984). "Bereavement: Reactions, Consequences and Care". Washington. DC. National Academy Press.
- Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. (1989). "The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence". *Compr Psychiatry*, 30,434-441.
- Parker, JDA., Bagby, RM., Taylor GJ, Endler NS y Schmitz, P. (1993). "Fatorial validity of the 20-item Toront Alexithymia Scale". *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Paul, N.L. (1967) "The Role of Mourning and Empathy in Conjoint Marital Therapy". En G.H: Zuk & Bozsormenyi-Nagy (Eds.) *Family Therapy and Disturbed Families*. Palo Alto. Science & Behavior Books.
- Paul, N.L. & Grosser, G.H.(1965). "Operational Mourning and its Role in Conjoint Family Therapy". *Community Health Journal*, 1, 339-345.
- Powell, J.E.; Taylor, D.; (1992). "Anger, Depression, and Anxiety Following Heroin Withdrawal". *The International Journal of the Addictions*, 27(1), 25 - 35.
- Reilly, D.M. (1984). "Family therapy with adolescent drug abusers and their families: Defying gravity and achieving escape velocity". *Journal of Drug Issues*, 2, 381-391.
- Rounsaville, B.J.; Eyre, S.L.; Weissman, M.M.; Kleber, H.; (1983). "The Antisocial Opiate Addict. En Psychosocial Constructs of Alcoholism and Substance Abuse". 29-42. Haworth Press.
- Rounsaville, B.J.; (1992). "Methods for Diagnosing Psychiatric Disorders in Opioid Addicts". En M. Casas (Coord.) *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*. CI-TRAN. Monografías de Toxicomanías. 33-58.
- Rounsaville, B.J.; Kleber, H.; (1986). "Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Corse and interaction with Program Type". En: Meyer, R.E. (Ed.): *Psychopatology and Addictive Disorders*. Guilford Press. 135-145.
- Schonfeld, L.; Rohrer, G.E.; Dupree, L.W.; Thomas, M.; (1989). Antecedents of Relapse and Recent Substance Use. *Community Mental Health Journal*, 25, 3, 245-249.
- Selnow, G.W. (1987). *Parent-child relationship and single and two parent families: Implications for substance usage*. New York: Baywood Publishing Co..
- Shipko S. (1982). "Alexithymia and somatisation". *Psychother and Psychosomatics*,37, 193-201.
- Shipko S, Alvarez WA, Noviello N. (1983). "Towards a Teleological Model of Alexithymia and Post-Trauma Stress Disorder". *Psychother Psychosom*, 39,122-126.
- Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. (1977). "The phenomenon of Alexithymia" Proc. 11th Eur. Conf. Psychosom. Res., Heidelberg. *Psychother Psychosom* 28,47-57.
- Schmidt, U, Jiwany, A, Treasure, J. (1993). "A controlled study of alexithymia in eating disorders", *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Stanton, M.D. (1979). Drugs and the family. *Marriage and Family Review*, 2 (1), 2-10.
- Stanton, M.D., Todd, T.C. (1982). *The family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press.
- Stern, M., Northman, J.E., Van Slyck, M.R. (1984). "Father absence and adolescent problem behaviors: Alcohol consumption, drug use, and sexual activity". *Adolescence*, 19, 301-312.

- Taylor GJ. (1984). "Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment". *Am J Psychiatry*, 141,725-732.
- Taylor GJ. (1987). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press,
- Taylor GJ, Doody K, Newman A. (1981). "Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease". *Can J Psychiatry*, 26,470-474,
- Taylor GJ, Ryan DP, Bagby RM. (1985). "Toward the development of a new self-report alexithymia scale". *Psychother Psychosom*, 44,191-199.
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, et al. (1990). "Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach". *Can J Psychiatry*, 35, 290-297.
- Vaillant, G. (1966). "Parent-child cultural disparity and drug addiction". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 142, 534-539.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1988) *Loss and Family Life Cycle*. En C. J. Falicov (Ed.) *Family Transitions. Continuity and Change over the Life Cycle*. New York: The Guilford Press.
- Weiss, R.S. (1975) *The Provisions of Social Relationships*. En Z. Zubin (Ed.) *Doing Unto Others*. New York: Prentice Hall.
- Weisman, A.D. (1976) *Coping with Untimely Death*. En R.H. Moos (Ed) *Human Adaptation: Coping With Life Crisis*. Lexington, Mass.:D.C. Health & Co.
- Zeitlin SB, McNally R. (1993). "Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder". *Am J Psychiatry*, 150,658-660,
- Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. (1995). "Does alexithymian male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?". *Psychother Psychosom*, 63,169-173.

Resumen:

Este trabajo revisa el constructo alexitimia y el proceso de elaboración del duelo. Posteriormente se revisan trabajos sobre las familias de toxicómanos y se sugiere que la alexitimia y los duelos crónicos pueden jugar algún papel en el consumo de drogas.

Alexithymia and chronic mourning

This paper revises the alexithymia construct and the mourning process. Lately revise works about drug abuser's families and suggest that alexithymia and chronic mourning can play a role in the addictions.

Alexythimie et deuil chronique

L'auteur fait une revision du construct alexythimie et le procès du deuil individuel et familial. Il expose aussi quelques investigations sur les familles des toxicomanes et suggère que l'alexithymie et les deuils chroniques jouent un rôle dans les toxicomanies.

Palabras clave: Alexitimia, Duelo crónico. Familia. Toxicomanía.

Key Words: Alexithymia. Chronic mourning. Family. Drug addiction.

Mots clés: Alexithymie. Deuil chronique. Famille. Toxicomane.

LIBROS PARA RE-PENSAR

La psicoterapia operativa (Tomo I y II)

Hernán Kesselman

Buenos Aires, Editorial Lumen-Humanitas, 1998

En 1967 el doctor Kesselman, a quien conocía de nombre por su prestigio como grupalista, me llamó por teléfono para saludarme a raíz de mi dedicatoria del libro *Psicoterapia de grupo de niños y adolescentes*, a Mimi Langer y a Ernesto Guevara Lynch.

Nuestra relación comenzó con la política y por ella hemos transitado juntos nuestras mejores horas y nuestros años de destierro y posteriormente de des-exilio.

Hemos desarrollado juntos treinta años de trabajo-amistad-lecturas compartidas y conversaciones terapéuticas semanales que no hemos interrumpido hasta hoy.

Terapia de la amistad. Multiplicaciones literarias de libros antropofágicamente devorados semanalmente.

Yo estoy muy contento de que Hernán haya podido producir este complejo y completo libro, que contiene los mejores años de su actividad como militante político del peronismo, y su producción psiquiátrica-psicoanalítica y psicodramática hasta hoy.

Pionero siempre en todos los campos donde batalló, es un batallador incansable en todo lo que hace y ha convertido cierta austeridad sedentaria en un movimiento de inquietud cultural permanente.

¿Cómo desrostrizar a Hernán tan cercano como hermano?

Se le puede escuchar sin embargo sólo como una voz que clama ser escuchada en el país del olvido y de los currículums diarios.

Una de las tantas voces desaparecidas por años en el destierro, hasta el regreso siempre tan difícil, y cuando el tablero de la Psicología apareció tan cambiado en pocos años.

Muchas de las labores que comenta Hernán en el libro son desconocidas por gran parte de las nuevas generaciones -que desconocen un período excepcionalmente creativo y complejo de la articulación entre el Psicoanálisis y lo social.

En el año '82 al volver de España, realicé una supervisión en un Servicio de Psicopatología y me asombró que desconocieran todos (eran quince) la multidisciplinaria actividad del Servicio de Goldenberg en Lanús.