

# El constructo Alexitimia. Implicaciones clínicas y terapéuticas.

Alberto Espina. Psiquiatra.

*En: J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Ed.) Personalidad, Procesos cognitivos y psicoterapia. Un enfoque constructivista. 1998. Madrid. Fundamentos. ISBN: 84-245-0777-0.*

## Desarrollo del constructo.

Numerosos psicoanalistas habían observado, ya en los años cuarenta, que los pacientes psicósomáticos parecían carecer de capacidad para fantasear y tenían gran dificultad para conectar con sus sentimientos. Ruesh (1948) consideró que el problema nuclear en estos pacientes era un trastorno de la expresión verbal y simbólica al que llamó "personalidad infantil" en la que la capacidad de comunicar estaba limitada, lo cual provocaría una restricción de la capacidad de fantasear, estos pacientes padecían una gran dependencia objetal y una conducta social "pseudoadaptada". MacLean (1949) señaló que los pacientes psicósomáticos mostraban una dificultad intelectual para verbalizar los sentimientos y sugirió que al no poder expresarlos con palabras, los expresaban a través de los órganos en un "lenguaje de órgano"; esta idea fue recogida posteriormente por Luminet (1980) interpretando el síntoma psicósomático como la expresión de las emociones a través de un lenguaje somático.

En la década de los cincuenta, Horney (1952) y Kelman (1952) describieron a los pacientes psicósomáticos como sujetos con una gran pobreza de experiencias internas y mínimo interés en los sueños, además señalaron que estos pacientes usan un pensamiento concreto y tienen dificultad de comunicar sentimientos; estos autores atribuyeron esas características a fuertes defensas frente a conflictos neuróticos inconscientes. Freedman y Sweet (1954) señalaron también que estos pacientes "iletrados emocionales" expresaban la ansiedad a través del cuerpo y desconocían sus emociones.

En los años sesenta 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 característico de los enfermos psicósomáticos lo atribuyeron a déficits en la organización de la personalidad más que a defensas neuróticas. 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). La vida operatoria está vinculada a la precariedad del trabajo mental y lleva a una desorganización progresiva sembrada de trastornos psicosomáticos. 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 la pérdida de la capacidad de simbolización hace que la palabra se vuelva concreta y sirva solo para describir hechos desconectados del sujeto. Marty desarrolló posteriormente un teorización más compleja sobre los trastornos psicosomáticos vinculándolos a los primeros estadios del desarrollo del sujeto en los que se daría un fracaso en el proceso de mentalización (Marty, 1980, 1990, 1995).

Es en la década de los setenta cuando se perfila un cuadro característico de los pacientes psicosomáticos. Nemiah y Sifneos (1970) estudiaron un grupo de pacientes psicosomáticos 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 Psicosomáticas de Heildeberg en 1976, es aceptada la alexitimia como constructo especialmente aplicado a la psicosomática. 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.

Posteriormente Von Rad et al. (1977) y Vogt et al. (1977) demostraron empíricamente que los pacientes psicosomáticos eran diferentes a los neuróticos, los cuales tienen gran riqueza en el mundo de la fantasía y gran facilidad para expresar emociones. Según Nemiah (1973) 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.

**TABLA 1. Comparación entre sujetos alexitímicos y neuróticos. (Sifneos et al. 1977)**

<b>Alexitímicos</b>	<b>Neuróticos</b>
<b>1. Quejas más presentes</b>	
<i>a) Descripción interminable de síntomas físicos, a veces no relacionados con problemas médicos subyacentes</i>	<i>a) Menos énfasis en quejas físicas b) Descripción elaborada de dificultades psicológicas.</i>
<b>2. Otras quejas.</b>	
<i>Tensión, irritabilidad, dolor, frustración, aburrimiento, evitación, inquietud, agitación, nerviosismo.</i>	<i>a) Ansiedad descrita en términos de fantasías y pensamientos, más que en sensaciones físicas. b) Depresión descrita en términos de sentimientos de culpa e inutilidad.</i>
<b>3. Contenido del pensamiento.</b>	
<i>Llamativa ausencia de fantasías y elaborada descripción de detalles triviales del ambiente.</i>	<i>Vida rica de fantasía. Marcada habilidad para describir sentimientos.</i>
<b>4. Lenguaje.</b>	
<i>Marcada dificultad para encontrar palabras adecuadas para describir sentimientos.</i>	<i>Capacidad para describir sentimientos.</i>
<b>5. Llanto.</b>	
<i>a) Raro. b) A veces lloran copiosamente pero su llanto parece no asociarse con un sentimiento apropiado, como pena o cólera.</i>	<i>Apropiado para describir sentimientos.</i>
<b>6. Sueños.</b>	
<i>Infrecuentes.</i>	<i>Frecuentes.</i>
<b>7. Afecto.</b>	

<i>Inapropiado.</i>	<i>Apropiado.</i>
<b>8. Actividad</b>	
Impulsividad. La acción parece un estilo de vida predominante.	Apropiada a la situación.
<b>9. Relaciones interpersonales.</b>	
Normalmente pobres con tendencia a la dependencia o preferencia por la soledad, evitando a la gente.	Conflictos específicos con la gente, pero en general, buenas relaciones.
<b>10. Tipos de personalidad.</b>	
Narcisista, evitativa, psicopática, pasivo-dependiente, pasivo-agresiva.	Flexible
<b>11. Postura.</b>	
Rígida.	Flexible
<b>12. Contratrtransferencia.</b>	
El terapeuta encuentra al paciente terriblemente "aburrido".	Fácil comunicación con el paciente al cual el terapeuta encuentra interesante.
<b>13. Relación con el bagaje social, cultura, económico o educativo.</b>	
Ninguna.	Considerable

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 aspecto 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.

Una cuestión debatida en esta década era la de si un sujeto padecía trastornos psicossomáticos por ser alexitímico, entre otros factores, o si al padecer un trastorno somático se centraba excesivamente en el cuerpo desvinculándose de su mundo interior y de las relaciones interpersonales. Freyberg (1977) intentó resolver esta cuestión proponiendo la existencia de dos tipos de alexitimia: *Primaria*, que correspondería a los pacientes psicossomáticos que somatizan por la incapacidad de expresar emociones, y *Secundaria* que se daría en pacientes con trastornos físicos que utilizan un lenguaje desprovisto de emoción. La secundaria se subdividiría a su vez en: Aguda (que desaparecería con la enfermedad) y crónica (estado permanente de alexitimia en una enfermedad física crónica). Aunque esta propuesta ha sido refutada por Greenberg (1983) por no encontrar relación entre la alexitimia y el posterior desarrollo de enfermedades físicas, la diferenciación debería ser objeto de estudio empírico, pues puede abrir un camino hacia la comprensión de la etiología y ofrece una perspectiva interesante para estudiar si la alexitimia es un estado o un rasgo de la personalidad, tema aún sin dilucidar.

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: Introversos, pasivo-agresivos, pasivo-dependientes.

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

El mecanismo que generaría los síntomas psicósomáticos sería, según Sifneos et al. (1977), el siguiente: 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.

**Tabla 2. Reacciones del paciente alexitímico al estrés interpersonal (Sifneos et al., 1977)**

Estrés interpersonal:



### A. Reacciones psicológicas

1. Frustración, desvalimiento-deseesperanza, conversación-retirada.
2. Pensamiento operatorio
3. Acción.

### B. Reacciones biológicas

1. Hiperactividad de los sistemas nervioso autónomo y endocrino
  - a) si existen defectos en los órganos periféricos: lesión psicósomática
  - b) si no existen defectos en los órganos periféricos: tensión y frustración

Al ser el constructo "alexitimia" una propuesta interesante para comprender y conceptualizar algunas características destacadas de los pacientes psicósomáticos, se han realizado multitud de estudios perfilando el cuadro, viendo la especificidad del mismo y estudiando empíricamente algunos de sus aspectos. Lesser (1981), Neill y Sandifer (1982), Taylor (1984), Cerezo et al. (1988) y Taylor et al. (1991) han realizado interesantes revisiones de los estudios sobre alexitimia, entre las que destacan las de Taylor, el cual concluye que el constructo clínico "alexitimia" define las características fenomenológicas de pacientes etiquetados como "no psicológicamente dispuestos". "A pesar de que muchos de los estudios tienen fallos metodológicos, los que han cuantificado objetivamente la actividad simbólica, la formación de la fantasía o la expresión verbal de las sensaciones, confirman que la alexitimia es un entidad válida" Taylor (1985).

### **Variables sociodemográficas y clínicas.**

La alexitimia no parece estar influenciada 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. 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, 1968, 1979); neurosis de carácter (Krystal, 1972; 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); toxicómanos (Taylor et al. 1990); alcohólicos (Ziolkowski et al., 1995); 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 Robis, 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, (Angnostopoulos et al., 1993). De todas formas, como señala Weiner (1982), no todos los sujetos psicossomáticos padecen alexitimia, ni la alexitimia responde a la cuestión de la elección de enfermedad, más bien parece un factor de riesgo, entre otros, para padecer trastornos psicossomáticos, sin olvidar los 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..).

### **Alexitimia. Estado-rasgo**

Otra cuestión debatida es si la alexitimia es un estado o un rasgo de la personalidad. El término "estado" hace referencia a conductas limitadas en el tiempo que dependen de determinadas situaciones, mientras que "rasgo" es un patrón estable de conducta que permanece a lo largo del tiempo y las situaciones. El rasgo, en las teorías de la personalidad, se atribuye a una base biológica o constitucional. En la literatura encontramos autores que hablan de la alexitimia como estado o otros como rasgo de la personalidad; Freyberg (1977) propuso hablar de una alexitimia primaria y otra secundaria, Horton et al. (1992, 1993)) destacan la necesidad de evaluar la alexitimia-estado y la alexitimia-rasgo y Taylor et al. (1993) afirman que las escalas existentes para evaluar la alexitimia no permiten diferenciar entre estado y rasgo, y que la cuestión de si la alexitimia es un estado o un rasgo sigue sin resolverse; sin embargo Bourke et al. (1992) han realizado un estudio con anoréxicas utilizando el TAS (Taylor et al. 1985) y sus resultados sugieren, al no encontrar diferencias entre las anoréxicas que llevaban más o menos tiempo de trastorno y no variaba con la ganancia de peso, que la alexitimia es un rasgo de personalidad en estas pacientes y Schmidt et al. (1993) sugieren lo mismo en pacientes bulímicas. De todas formas es posible que en determinados pacientes sea un rasgo, con una base constitucional, y en otros un estado modificable, habrá que esperar a que se realicen investigaciones con una metodología adecuada que nos provean de instrumentos válidos para diferenciar ambos cuadros, lo cual es de gran importancia para los tratamientos.

### **Teorías sobre los trastornos psicossomáticos.**

Se han desarrollado varias teorías para intentar explicar el origen y mecanismos de producción de los síntomas psicossomáticos y han sido aplicadas a los alexitímicos, aunque como ya hemos comentado, la alexitimia no se da solo en los pacientes psicossomáticos. Vamos a revisar brevemente las diferentes teorías.

#### **1. Teoría genética.**

Heiberg (1977, 1978) estudió gemelos mono y dicigóticos y sugirió que podía haber un componente hereditario en la alexitimia, pero no controló variables ambientales del desarrollo, por lo que sus estudios no han tenido gran trascendencia .

#### **2. Teorías neuroanatómicas.**



a) *Modelo estructural*. Desde este modelo se propone que existe un defecto o ausencia en las conexiones entre los centros neuronales que son sustrato de los afectos, concretamente entre el de la elaboración psíquica y la conciencia, un defecto en los mismos centros, o un defecto en la conexión entre el centro de detección de la emoción y el de la elaboración psíquica. Esta última posibilidad sugiere una alteración en la conexión entre el sistema límbico y los centros corticales (MacLean, 1949; Nemiah, 1970; Hoppe y Bogen, 1977).

b) *Modelos del desarrollo*. Según los cuales carencias ambientales provocan un defectuoso desarrollo de las estructuras neuronales (MacLeanm 1949; Borges y Berry, 1976; Martin y Pihl; 1985) sugieren que el fracaso en los alexitímicos para regular y modular las emociones estresantes en el nivel neocortical (por ej. cognitivamente) provoca una exacerbación de respuestas fisiológicas ante situaciones estresantes, lo cual crea condiciones adecuadas para la formación de síntomas somáticos. Flannery y Taylor (1981) sugieren que en los alexitímicos existe una lateralización cerebral izquierda y que los trastornos psicósomáticos estarían determinados por factores constitucionales y ambientales.

### **3. Teorías psicológicas.**

#### *3.1. Modelo psicológico-deficitario.*

Marty y M'Uzan (1963) plantean que el síntoma psicósomático es el resultado de un déficit específico del yo, en particular la ausencia de capacidad para la formación de la fantasía y para experimentar sentimientos. McDougall (1974) añade que el empobrecimiento de las capacidades de simbolizar las demandas instintivas y el conflicto con la realidad y la incapacidad de elaborar fantasías, hacen que el impulso se vierta directamente al cuerpo provocando los síntomas psicósomáticos. Estos psicoanalistas plantean que el problema nuclear en los trastornos psicósomáticos no es tanto un conflicto actual, como un déficit en el funcionamiento psíquico debido a conflictos primitivos que han impedido un normal desarrollo del sujeto. Nemiah y Sifneos (1970) también propusieron un modelo de déficit para entender la alexitimia y el proceso psicósomático.

#### *3.2. Modelo evolutivo.*

Ruesch (1949) y Deutsch (1959) propusieron un modelo psicoanalítico del aprendizaje, según el cual si en un momento de la infancia un órgano determinado está enfermo y coincide con un conflicto psicológico importante, ambos quedan íntimamente unidos; de manera que cuando el conflicto inconsciente es activado, la función de ese órgano se ve afectada. MacDougall (1985) atribuye los déficits antes señalados a un relación madre-hijo patogénica, en la que la madre provee de una excesiva gratificación instintiva o la prohíbe rígidamente, lo cual impide al niño construir una representación mental de su madre que le sirva para tolerar su ausencia, dificultando el desarrollo de la capacidad de fantasear como forma de simbolizar los impulsos. Krystal (1968, 1979, 1982) atribuyó la alexitimia a una detención en el desarrollo de los afectos debido a traumas psíquicos en la infancia,

o a traumas catastróficos en la edad adulta que provocarían regresiones afectivo-cognitivas intensas.

### 3.3. *Modelo psicodinámico.*

La primera cuestión debatida desde este modelo, fue la de si los trastornos psicósomáticos tenían unos dinamismos semejantes a la histeria de conversión. Vamos a extendernos en esta cuestión pues, en algunos escritos, un inadecuado conocimiento de la teoría psicoanalítica de la formación de síntomas ha dado lugar a confusiones entre mecanismos de defensa, no diferenciándose la especificidad de los síntomas de conversión frente a los psicósomáticos. Desde un punto de vista psicoanalítico, los síntomas neuróticos son una formación de compromiso, fruto de una transacción entre las diferentes instancias de la personalidad. Dos conceptos básicos son el "afecto" y la "representación", por ej. si una persona odia (afecto) a su madre vivida como mala (representación), pero su conciencia moral (Superyo) le dice que ese odio (impulso del Ello) no es aceptable, el Yo se ve obligado a mediar para que tanto el Superyo como el Ello encuentren su satisfacción (el Ello con la descarga del impulso y el Superyo con el respeto a sus valores). Si el conflicto no se puede resolver conscientemente, intervienen los mecanismos de defensa separando ese afecto de la representación y pueden llegar a formarse síntomas.

Respecto al mecanismo de formación de síntomas de conversión, por ejemplo unos vómitos histéricos en una adolescente, el mecanismo que se daría es el siguiente: Si la idea es "mi madre no me gusta, le odio y rechazo lo que me da y a ella misma", pero esa idea no es aceptada por el Superyo, "no puedo pensar que mi madre es desagradable, ni puedo aceptar que yo la rechazo" (porque su moral se lo prohíbe, y a lo mejor su madre también). Esa imagen de madre rechazable se aleja de la conciencia (se reprime la representación) y el rechazo (afecto) se desplaza al cuerpo (se somatiza en el vómito). El sentido simbólico del vómito podría ser en este caso: "Me das náuseas, me das ganas de vomitar. Te echo todo porque no quiero nada tuyo", o "trago todo porque estoy muy necesitada, pero lo vomito porque no me sirve lo que tienes".

Este sería un mecanismo de formación de un síntoma de conversión, el Ello consigue que se exprese el rechazo a través del vómito y el Superyo impone el castigo de tener que estar vomitando, lo cual no es agradable (pagar la culpa por odiar), de manera que ambas instancias salen satisfechas con el acuerdo. En este sentido el síntoma es una formación de compromiso. El psicoanalista se preguntará, al ver un síntoma de conversión, qué se está expresando simbólicamente a través del cuerpo y hacia quién va dirigido el mensaje, pero centrándose fundamentalmente en el mundo interno del sujeto, la rigidez de su Superyo, la fuerza de su Yo, las características de su Ello, la representación que tiene de su madre etc..

Alexander no cree que estos mecanismos se den en los trastornos psicósomáticos y sugiere un conflicto dinámico específico en el que la inhibición de afectos (los afectos se inhiben, la representación se reprime) es la base de la

sintomatología. Los conflictos inconscientes generan estados crónicos de activación emocional que producen efectos patógenos en las funciones fisiológicas y finalmente provocan cambios en los tejidos. Los factores biológicos y los acontecimientos vitales estresantes juegan un papel importante en este modelo (Alexander, 1950). Posteriormente numerosos psicoanalistas han planteado que los síntomas psicósomáticos se diferencian de los de conversión en que estos últimos tienen un sentido simbólico asociado a la emoción y el conflicto, por ej. ceguera ante el hecho de no querer ver algo doloroso, y se entroncan en una personalidad histérica.

Laplanche (1971) plantea que mientras el sujeto con suficiente capacidad de fantasear puede buscar otras vías de satisfacción, por ej. la sublimación, el paciente psicósomático, al tener un grado ínfimo de elaboración psíquica, deriva la excitación al soma. La negación del afecto y de la fantasía ha sido propuesta por otros psicoanalistas como el mecanismo básico de la formación de síntomas psicósomáticos. Knapp (1981) atribuye la alexitimia al uso masivo de negación, evitación y externalización, mientras que MacDougall (1982) plantea que los mecanismos de defensa neuróticos, como la represión y aislamiento, no están asociados a los trastornos psicósomáticos en los cuales intervendrían mecanismos de defensa más primitivos como la escisión y la identificación proyectiva. En la misma línea Krystal (1982) utiliza la teoría kleiniana y sugiere que en estos trastornos existe un regresión a la posición esquizo-paranoide en la que no está todavía desarrollada la capacidad de formar símbolos y el mecanismo de defensa de la represión no está adecuadamente constituido. En resumen, es diferente reprimir una representación y derivar el afecto al cuerpo (mecanismo de la conversión), que depositar en el cuerpo aspectos yoicos, superyoicos y objetos internos que no han sido objeto de elaboración psíquica (mecanismo de formación de síntomas psicósomáticos).

#### ***4. Teorías del aprendizaje social.***

Varios autores (Borens et al., 1977; Cremerius, 1977; Lesser et al., 1979 y Smith, 1983) relacionan la alexitimia con un bajo nivel sociocultural en el que no se proveería del bagaje necesario para describir verbalmente las emociones. Esta teoría ha sido contestada por estudios en los que se ha demostrado que el nivel sociocultural no influye en la alexitimia (Parker et al. 1989).

#### ***5. Teoría sistémica.***

Onnis y Di Gennaro (1987), apoyándose en la descripción hecha por Minuchin et al. (1978) sobre las familias "psicosomatógenas", plantean que la alexitimia, más que un problema individual, es el síntoma de una familia que evita el conflicto y las tensiones emocionales. Según estos autores, las dificultades para verbalizar experiencias emocionales son debidas a que las emociones son bloqueadas en estas familias, para evitar conflictos y un mantener un "mito de

armonía". El síntoma somático sería el lenguaje no solo del paciente sino de todo el sistema familiar.

## **6. Teorías integrativas.**

Lane y Schwartz (1987) han relacionado conceptos de la formación de símbolos con los estados del desarrollo cognitivo de Piaget y han conceptualizado un modelo del desarrollo del darse cuenta de las emociones que avanza en cinco pasos, desde el darse cuenta de sensaciones corporales indiferenciadas hasta el darse cuenta de complejos sentimientos y la capacidad de apreciar la experiencia emocional de los demás. Estos autores han desarrollado una secuencia epigenética del desarrollo del afecto que implica una progresiva desomatización, diferenciación y verbalización de las emociones como capacidades cognitivas maduras. La capacidad de construir representaciones mentales de los afectos y la habilidad para experimentar sentimientos estarían vinculadas al desarrollo del Yo y los síntomas somáticos estarían relacionados con afectos que no han sido descargados. Otros autores (Emde, 1988; Stern, 1984) destacan la función integrativa y comunicativa de los afectos, así como en los mecanismos cognitivos implicados en su regulación y modulación. Estas funciones estarían alteradas en los alexitímicos, por lo que son 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, 1991; Edgcombe, 1984; Osofsky y Eberhart, 1988), o en las relaciones familiares actuales, como plantean Onnis y Di Genaro (1987).

Las teorías genéticas, neurofisiológicas del desarrollo, del aprendizaje social, psicodinámicas y sistémica no han podido ser confirmadas hasta la fecha, quedando como teorías explicativas sujetas a estudio.

### **Evaluación de la alexitimia.**

Se han elaborado varios instrumentos de medida para evaluar la alexitimia pero, aunque para el clínico experto es fácil detectar este trastorno, evaluarla "objetivamente" no resulta tan sencillo. Se han desarrollado cuestionarios auto y heteroaplicados, se han utilizado tests proyectivos y entrevistas estructuradas, pero hasta la fecha no existe ninguno que evalúe con suficiente exactitud los diferentes aspectos que componen el constructo.

*1. Cuestionarios:* Los primeros fueron desarrollados por Sifneos y su grupo. El Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ), (Sifneos, 1973) es una escala heteroaplicada compuesta por 17 ítems que plantea problemas al depender de la habilidad del entrevistador el que sujeto ofrezca respuestas de contenido emocional (Taylor et al., 1981; Lolas et al., 1980) Posteriormente Apfel y Sifneos (1979) desarrollaron la Schalling-Sifneos Personality Scale (SSPS), cuestionario autoaplicado de 20 ítems, con el que se intentaron paliar las problemas del anterior.

Blanchard et al. (1981) encontraron tres factores en el SSPS: 1. *Dificultad de expresión emocional*, 2. *Importancia del mundo emocional* y 3. *Ensoñaciones*. Para varios autores (Martin et al., 1984; Shipko y Noviello, 1984; Noël y Rhimé, 1988) es una escala coherente con el constructo, pero los estudios realizados con ella son contradictorios, por lo que no parece suficientemente fiable ni válida (Taylor, 1984; Taylor et al., 1991).

A partir del MMPI se han realizado dos escalas (Kleiger y Kinsman, 1980; y Shipko y Noviello, 1984) pero les falta validez. La Interoceptive Awareness Subscale of Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983) es una escala autoaplicada de 10 ítems con buena fiabilidad y validez, que sirve para evaluar características alexitímicas en anorexia y bulimia.

El grupo de Taylor desarrolló la Toronto Alexitimia Scale (TAS) (Taylor et al., 1985) escala autoaplicada de 26 ítems que posee una buena consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez de constructo y criterio y una estable y replicable estructura factorial congruente con el constructo "Alexitimia". Consta de cuatro factores: 1. dificultad para identificar y distinguir sentimientos y sensaciones corporales, 2. dificultad para comunicar sentimientos, 3. reducción de la fantasía y 4. pensamiento orientado externamente. Los dos primeros coinciden con los aspectos de la alexitimia descritos por Nemiah et al. (1976) y Nemiah y Sifneos (1970), mientras que el tercero y cuarto hacen referencia al pensamiento operatorio (Marty y M'Uzan, 1963). En un estudio posterior (Mann et al., 1992) han sido descritos 3 factores: 1. *Fantasía*, 2. *Pensamiento analítico* y 3. *Sentimientos*; y en población hispana Rodrigo y Luisiardo (1992) han descrito los mismos 4 factores de Taylor, pero cambiando algunos ítems. Más tarde Taylor et al. (1992) revisaron el TAS reduciéndolo a 23 ítems y Parker et al. (1993) redujeron el TAS-R a 20 ítems y encontraron 3 factores: 1. Dificultad para identificar sentimientos y distinguirlos de la sensaciones somáticas de la emoción, 2. Dificultad de describir sentimientos a los demás y 3 un pensamiento externamente orientado. Estos factores son los mismos del constructo alexitimia. El TAS es el instrumento más utilizado actualmente para evaluar la alexitimia, dadas sus propiedades psicométricas y su facilidad de aplicación.

2. *Tests proyectivos*. Taylor (1984) ha utilizado láminas del Thematic Aperception Test (TAT) y Vogt et al. (1977) del Roscharch, para evaluar la capacidad de fantasear y expresar emociones. Demers-Desrosiers (1982) desarrolló el Archetypal 9 Test (SAT9), que es un test grafo-proyectivo para evaluar la capacidad simbólica, con una buena fiabilidad test-retest y correlaciona con el BIQ.

3. *Entrevistas estructuradas*. Krystal et al. (1986) desarrollaron una entrevista estructurada, la Alexithimia Provoked Response Questionnaire (APRQ), consta de 17 ítems y correlaciona con el BIQ.

Aunque el TAS es el instrumento más adecuado para evaluar al alexitimia y por ello el más utilizado actualmente, también presenta problemas a la hora de evaluar los diferentes aspectos que comprenden el constructo alexitimia,

especialmente los pocos ítems que componen los factores 3 y 4. Con el TAS-R se soluciona este problema al existir solo dos factores compuestos por 9 y 14 ítems respectivamente, pero actualmente han sido realizados pocos estudios con el como para sacar conclusiones.

### **Implicaciones terapéuticas**

Estos pacientes, como los psicósomáticos en general, suelen venir "derivados por terceros", ya sea su pareja o su médico, desesperados porque no saben que hacer con ellos. Esto influye en que las psicoterapias que se basan en la introspección y análisis de los sentimientos y conflictos psicológicos (especialmente las psicoterapias psicoanalíticas) han sido descartadas por muchos terapeutas sugiriéndose la necesidad de utilizar terapias de apoyo y farmacológicas (Sifneos et al. 1977). Pero más recientemente se han sugerido terapias dinámicas modificadas en las que el terapeuta debe centrarse en la forma, más que en el contenido de la comunicación de estos pacientes e intentar que se den cuenta de cómo procesan y viven las emociones. De esta forma se les ayuda a desarrollar una tolerancia a los afectos, a reconocerlos, diferenciarlos y manejarlos (Kristal, 1982). Dirigiendo la atención de los pacientes alexitímicos hacia la expresión conductual de los afectos, así como hacia los gestos y movimientos, se puede favorecer el que conecten con sus sentimientos y de esta forma puedan comprender que los afectos nos son algo a descargar con la acción, sino algo que les da información sobre ellos mismos y sus relaciones (Greenberg, 1989); también es útil utilizar técnicas de relajación, entrenamiento autógeno y biofeedback para identificar y controlar las reacciones somáticas que acompañan a la activación emocional (Stephanos et al., 1976; Taylor, 1987). La psicoterapia de grupo, unida o no a terapia individual, también es útil por proveer de situaciones interpersonales en las que aprender sobre sus reacciones emocionales (Apfel-Savitzet al.1977; Swiller, 1988). En el proceso psicoterapéutico el rol del terapeuta es muy importante, si este expresa sus sentimientos y utiliza la fantasía y otras actividades imaginarias, favorecerá que el alexitímico conecte con sus emociones (Ruesch, 1948; Wolff, 1977; Kristal, 1982; MacDougall, 1985), de manera que confluyan educación, clarificación e interpretación de los déficits cognitivos y afectivos para ayudar al paciente a desarrollar las capacidades inhibidas.

Algunos autores han señalado la tendencia de los alexitímicos a establecer relaciones simbióticas para compensar sus déficits y sus estados disfóricos, padeciendo recaídas si la relación se interrumpe (Taylor, 1987). Varios autores de orientación psicoanalítica proponen el uso creativo de la contratransferencia y el análisis de las relaciones objetales primitivas para intentar corregir, en la relación con el terapeuta, los déficits del paciente (Ruesch, 1948; Taylor, 1977; Wolff, 1977; Krystal, 1982; MacDougall, 1985). "Un abordaje terapéutico basado en la conceptualización del constructo alexitimia asume que la elevación de las emociones desde un nivel de experiencia primitiva sensoriomotriz a un nivel de madurez representacional previene estados prolongados de activación emocional que puede conducir a la enfermedad y reduce la tendencia a somatizar, así como la

tendencia a intentar descargar la tensión emocional a través de atracón-vómito, abuso de drogas y otras conductas compulsivas (Taylor 1991). Desde el psicoanálisis se habla de "neurotizarse al paciente psicósomático", es decir, dar carácter psíquico al conflicto y al síntoma.

Otro aspecto importante en el abordaje de los pacientes alexitímicos es su baja tolerancia al conflicto psíquico; si el terapeuta confronta al paciente con situaciones estresantes, ya sea de sus relaciones interpersonales o de su mundo interno, corre el riesgo de provocar recaídas dramáticas que son sumamente peligrosas por las descompensaciones somáticas o actuaciones que conllevan. El terapeuta debe ser prudente, favorecer en primer lugar una buena relación con el paciente en la que éste se sienta recogido, esperanzado realísticamente y no cuestionado ni forzado; si no expresa sentimientos y es terriblemente aburrido y "pelma" al hablar continuamente de sus síntomas y de hechos externos triviales, es por que no puede hacer otra cosa y no porque se esté resistiendo. En el otro extremo tenemos el riesgo de que el terapeuta sea excesivamente prudente a la hora de ir desvelando poco a poco conflictos y sentimientos del paciente, ya hemos comentado que estos pacientes tienden a establecer relaciones simbióticas para compensar sus déficits cognitivo-afectivos, esto se da obviamente en la relación terapéutica y el paciente se aferra al terapeuta necesitando "que esté ahí" y que le tranquilice en sus preocupaciones somáticas, como si fuera un niño que necesita a su madre para tranquilizarle de las vivencias que le aterran y no puede comprender. Esto puede llevar a un tratamiento interminable en el que el terapeuta se desespera porque quiere curar al paciente, es decir que no tenga síntomas y que tenga un funcionamiento psíquico y social normal, mientras que el paciente lo que desea es tener en el terapeuta una madre sustituta para siempre al no tener conciencia de que quizás puede cambiar y saber a ciencia cierta que remover sentimientos y conflictos le hace sufrir y empeorar en sus síntomas.

Ante esta problemática podemos elegir varias opciones: 1. recurrir a "terapias de recubrimiento" como las califica Schneider (1972), es decir terapias de apoyo y psicopedagógicas que ayudan al paciente a convivir con sus síntomas, educándole para manejarse mejor con situaciones estresantes, por Ej. terapias conductuales, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de relajación, charlas sobre su trastorno somático etc.. para que evite las recaídas, todo ello orientado a mejorar su calidad de vida, pero sin plantear que se pueda curar del trastorno alexitímico, 2. "terapias de descubrimiento" del conflicto psíquico y de su mundo emocional, estas terapias son fundamentalmente de orientación psicoanalítica, pero con las modificaciones técnicas ya señaladas para adecuarse a las características de estos pacientes. Estas terapias se marcan como objetivo que el paciente supere su trastorno alexitímico y madure emocionalmente, y 3. También podemos realizar una psicoterapia multimodal, sumamente efectiva con estos pacientes, en la que incluyamos técnicas de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, intervenciones sistémicas individuales y familiares (Onnis y Di Genaro, 1994) e interpretaciones dinámicas, todo ello conducido por terapeutas expertos que sepan modular las intervenciones, sorteando los riesgos de las intervenciones intempestivas que estresan al paciente y de un planteamiento

excesivamente conservador que cristalice el diagnóstico de "paciente crónico" de por vida.

A muchos terapeutas que creen en un único e incuestionable modelo y lo aplican a todos los casos no se les plantean excesivos problemas con estos pacientes, o abandonan los "resistentes" o son crónicos por déficits inmodificables y se les ayuda a convivir con sus enfermedad de la mejor manera posible. Pero la clínica nos enseña que, como decía Marañón, "no hay enfermedades, sino enfermos", y que factores biológicos, psicológicos y sociales van a determinar que en un paciente consigamos una remisión completa del cuadro alexitímico, o que todos, paciente, terapeuta y familiares, debemos conformarnos con que el paciente no tenga recaídas y poco más. El abordaje contextual de estos problemas en los que se incluye necesariamente el sistema terapéutico, (Espina, 1987) nos va a permitir evaluar las posibilidades de cambio, en un momento dado de su historia, en cada caso. Este planteamiento general sirve, claro está, para cualquier paciente crónico en el que no podemos afirmar categóricamente que el sustrato biológico es inmodificable. Puede suceder que en muchos pacientes alexitímicos no exista posibilidad de remisión completa del trastorno y sabemos que en muchos otros se puede conseguir. El contexto biopsicosocial del paciente (en el que no debemos olvidar el tipo de demanda y sus relaciones familiares) el terapeuta (en el que destacamos su experiencia y sentido común) y la relación entre ambos va a determinar, junto con el tipo de intervención, el pronóstico del cada alexitímico.

## **Conclusiones**

El constructo alexitimia, aunque surgió del estudio de los pacientes psicossomáticos, no debe aplicarse solo a estos pacientes, pues ni todos son alexitímicos ni solo ellos pueden serlo. Los estudios con estudiantes no aclaran mucho sobre la existencia de alexitimia en población normal, pues el ser estudiante no garantiza la salud mental; dicho de otra manera, estamos acostumbrados a ver estudiantes con patologías severas y no digamos trastornos psicossomáticos. Para estudiar el peso específico de la alexitimia en población normal, se debe hacer primero un buen despistaje de sujetos con trastornos físicos y psíquicos, cosa que muchas veces no se hace. Respecto a los estudios con pacientes, se ha comprobado que la alexitimia aparece en diferentes patologías, especialmente psicossomáticas, toxicomanías y trastornos de la alimentación. 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.

Tanto el que la alexitimia sea un estado o un rasgo de la personalidad, como el que se deba a un déficit del desarrollo o a defensas contra ansiedades primitivas, permanece sin aclarar, pero las consecuencias de tener este trastorno conginitivo-afectivo son claras y el concepto tiene un gran valor en medicina y psicología, como destaca Taylor (1991), según este autor el constructo alexitimia constituye un nuevo



paradigma en la medicina psicosomática y permite avanzar en el conocimiento del rol que las emociones y la personalidad juegan en la enfermedad y la salud.

Para el clínico son de gran interés las descripciones fenomenológicas y la articulación de los diferentes aspectos del trastorno en un constructo que permite conceptualizar patologías cada vez más frecuente en nuestra sociedad, como son los trastornos psicosomáticos, toxicomanías, trastornos alimentarios y ludopatías. Pero 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, son presos de síntomas psicosomáticos y de conductas impulsivas como medio de solucionar problemas existenciales sin plantear.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Acklin MW, Alexander G: Alexithymia and Somatization. A Rorschach. Study of Four Psychosomatic Groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 6:343-349, 1988
- Acklin MW, Bernat E: Depression, alexithymia and pain prone disorder: a rorschach study. *Journal of Personality assessment* 51:462-479, 1987
- Ahrens S, Deffner G: Empirical study of alexithymia: methodology and results. *Am J Psychother* 40:430-447, 1986
- Alexander F: *Psychosomatic Medicine*. New York, Norton, 1950 Alexander F, French TM, Pollock GH: *Psychosomatic Specificity, Vol 1: Experimental Study and Results*. Chicago University of Chicago Press, 1968
- Anagnostopoulos F, Vaslamatzis, Markidis M, et al: An investigation of hostile and alexithimic characteristics in breast cancer patients. *Psychother Psychosom* 59:179-189, 1993.
- Apfel RJ, Sifneos PE: Alexithymia: Concept and Measurement. *Psychother Psychosom* 32:180-190, 1979
- Apfel-Savitz R, Silverman D, Bennett MI: Group psychotherapy of patients with somatic illnesses and alexithymia. *Psychother Psychosom* 28:323-329, 1977
- Bagby RM, Taylor GJ, Ryan DP: Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom* 45:207-215, 1986

- Bagby RM, Taylor GJ, Atkinson L: Alexithymia: a comparative study of three self-report measures. *J Psychosom Res* 32:107-116, 1988
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA: Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom* 50:29-34, 1988
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, et al: Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 34:47-51, 1990
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: Reassessing the validity and reliability of the MMPI alexithymia scale. *J Pers Assess* 56:238-253, 1991
- Blanchard EB, Arena JG, Pallmeyer TP: Psychometric Properties of a Scale to Measure Alexithymia. *Psychother Psychosom* 35:64-71, 1981
- Blumer D, Heibronn M: Chronic pain as a variant of depressive disease. *J Nerv Ment Dis* 170:381-406, 1982
- Borens R, Grosse-Schultze E, Jaensch W, et al: Is "alexithymia" but a social phenomenon? *Psychother. Psychosom.* 28:193-198, 1977
- Bornstein RF, O'Neill RM: Construc validity of a self-report measure of alexithymia in a psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 6:841-846, 1993
- Bourke, MP., Taylor, GJ., Parker, J. y Bagby RM: Alexithimia in Women with anorexia nervosa. A preliminar investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161:240-243, 1992.
- Clerici M, Albonetti S, Papa R, Penati G, Invernizzi G: Alexithymia and Obesity. Studyof the Impaired Symbolic Function by the Porschach Test. *Psychother Psychosom* 57:88-93, 1992
- Cremerius J: Some reflections about the conception of "psychosomatic patients" in the French School. *Psychother Psychosom* 28:236-241, 1977
- Demers-Desrosiers LA, Cohen KR, Catchlove RFH: The meausure of symbolic function in alexihymic pain patients *Psychother Psychosom* 39:65-76, 1983.
- De M'Uzan M: Analytical process and the notion of the past. *Int. Review of Psychoanalysis* 1:461-466, 1974
- Deutsch F: *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body*. New York, International Universities Press, 1959
- Dirks, JF, Robinson SK y Dirks, DL: Alexithymia and the Psychomaintenance of Bronchial Asthma. *Psychother Psychosom* 36:63-71, 1981

- Doody K. y Taylor G: Construct validation of the MMPI alexithymia scale, in Psychosomatic Medicine: Theoretical, Clinical and Transcultural Aspects. Edit. by Krakowski AJ, Kimball CP. New York, Plenum 1983
- Edgumbe, RM: Modes of communication: the differentiation of somatic and verbal expression. *Psychoanal Study Child* 39:137-154, 1984
- Emde, RN: Development terminable and interminable, I: Innate and motivational factors from infancy. *Int J Psychoanal* 69:23-42, 1988
- Espina, A: El modelo ecosistémico en psicoterapia. En J.L. Cifuentes (Ed.) *Psicoterapias dinámicas. Modelos de aplicación*. Salamanca. Ed. Universidad.
- Fernandez A, Sriram TG, Rajkumar S, et al: Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychother Psychosom* 51:45-50, 1989
- Flannery J, Taylor G: Towards integrations psyche and soma, psychoanalysis and neurobiology. *Can Psychiatry* 26:15-23, 1981
- Freedman MB, Sweet BS: Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *Int J Group Psychother* 4:355-368, 1954
- Freyberger H: Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychosom* 28:180-190, 1977
- Friedman HS, Booth-Kewley S: The "disease-prone personality": a meta-analytic view of the construct. *Am Psychol* 42:539-555, 1987
- Garner DM, Olmsted MP, Polivy J: Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 2(2):15-34, 1983
- Greenberg LS, Safran JD: emotion in psychotherapy. *Am Psychol* 44:19-29, 1989
- Greenberg RP, Dattore PJ: Do alexithymic trait predict illness? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171:276-279, 1983
- Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, Macmurray JP: Alexithymia: Subscales and Relationship to Depression. *Psychother Psychosom* 50:164-170, 1988
- Heiberg A: Alexithymia and inherited trait? *Psychother Psychosom* 28:221-225, 1977

- Heiberg A: A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychother Psychosom* 30:205-210, 1978
- Holryd K, Coyne J: Personality and health in the 1980s: psychosomatic medicine revisited? *J Pers* 55:359-375, 1987
- Hoppe KD, Bogen JE: Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychother Psychosom* 28:148-155, 1977
- Horney K: The paucity of inner experiences. *Am J Psychoanal* 12:3-9, 1952
- Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ: Alexithymia-State and trait. *Psychother Psychosom* 58:91-96, 1992
- Horton PC, Gewirtz H, Kreutter KJ: RE: Alexithymia-State and trait. *Psychother Psychosom* 60:213-214, 1993
- Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW y Salonen JT. Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*. 34:330-335, 1993.
- Kelman N: Clinical aspects of externalized living. *Am J Psychoanal* 12:15-23, 1952
- Keltikangas-Jarvinen L: Concept of alexithymia: the prevalence of alexithymia in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 44:132-138, 1985
- Kirmayer LJ: Languages of suffering and healing: alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review* 24:119-136, 1987
- Kleiger JH, Dirks JF: Psychomaintenance Aspects of Alexithymia: Relationship to Medical outcome Variables in a Chronic Respiratory Illness Population. *Psychother Psychosom* 34:25-33, 1980
- Kleiger JH, Kinsman RA: The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics* 34:17-24, 1980
- Knapp PH: Core processes in the organization of emotions. *J Am Psychoanal Assoc* 9:415-434, 1981
- Krystal H: *Massive Psychic Trauma*. New York International Universities Press, 1968
- Krystal H: Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33:17-31, 1979
- Krystal H: Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother* 9:353-378, 1982-1983

- Krystal H: *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988
- Krystal H, Giller BL, Cichetti DV: Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure. *Psychosomatic Medicine* 48:84-94, 1986
- Lane RD, Schwartz GE: Levels of emotional awareness: a cognitive-development theory and its application to psychopathology. *Am J Psychiatry* 144:133-143, 1987
- Laquatra TA, Clopton JR: Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19, 4:373-380, 1994
- Laplanche J: Angoisse, douleur, déplaisir. *Bulletin de Psychologie*, XXIV, 289,292,293, 1970-71
- Lesser IM: A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 43:531-543, 1981
- Lesser IM: Current concepts in psychiatry: alexithymia. *N Engl J Med* 312:690-692. 1985
- Lesser IM, Ford CV, Friedmann CTH: Alexithymia in somatizing patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1:256-261, 1979
- Lesser IM, Lesser BZ: Alexithymia: examining the development of a psychological concept. *Am J Psychiatry* 140:1305-1308, 1983
- Lolas F, De la Parra G, Arohson S, Collin C: On the Measurement of Alexithymic Behavior. *Psychother. Psychosom.* 33:139-146, 1980
- Luminet D: Alexithymia: A new Syndrome?. *Act. Psychiat. Belg.*83:289-294, 1983
- Lumley MA, Roby KJ: Alexithymia and Pathological Gambling. *Psychother Psychosom* 63:201-206, 1995
- MacLean PD: Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosom Med* 11:338-353, 1949
- Mann LS, Wise TN, Shay L: Factor Analysis of Toronto Alexithymia Scale:Elucidation of a Polythetic Construct. *Psychother. Psychosom.* 58:40-45, 1992
- Martin JB, Pihl RO, Dobkin P: Schalling-Sifneos Personality Scale: findings and recommendations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41:169-176, 1984

- Martin JB; Pihl RO: The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychother Psychosom* 43:169-176, 1985
- Marty P: La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 32, 3:595-598 1966
- Marty P: Intervention: points de vue psychoanalytiques sur l'inhibition intellectuell. *Revue Française de Psychanalyse* 31:805-816, 1972
- Marty P: *Les mouvements individuels de vie et de mort*. L'ordre psychosomatique, Vol. 2, Paris, Payot. 1980
- Marty P: *La Psychosomatique de l'adulte*. Presses Universitaires de France, 1990
- Marty P: *El orden psicossomático*. Valencia. Promolibro, 1995
- Marty P, de M'Uzan M: La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse* 27(suppl):1345-1356, 1963
- Marty P, de M'Uzan M, David C: *L'Investigation Psychosomatique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1963
- McDougall J: The psychosoma and psychoanalytical process. *Int. Rev. Psychoanal* 1:437-459, 1974
- McDougall J: Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 38:81-90, 1982
- McDougall J: *Theaters of the Mind: Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. New York, Basic Books, 1985
- McLean PD: Psychosomatic disease and the visceral brain. *Psychosomatic Medicine* 11:338-353, 1949
- Musaph H: The role of aggression in somatic symptom formation. *Int J Psychiatry Med* 5:449-460, 1974
- Näring GWB, Van der Staak CPF: Perception of Heart Rate and Blood Pressure: The Role of Alexithymis and anxiety. *Psychother Psychosom* 63:193-200, 1995
- Neill JR: The clinical approach to alexithymia: A review. *Psychosomatics* 2, 12:1223-1231, 1982
- Nemiah JC: The response to psychological management and treatment of patients with peptic ulcer. *Psychosom Med*, 6, 1970

- Nemiah JC: Alexithymia: theoretical considerations. *Psychother Psychosom* 28:199-206, 1977
- Nemiah JC, Sifneos PE: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol 2. Edited by Hill OW. London, Butterworths, 1970, pp 26-34
- Nemiah JC, Freyberger H, Sifneos PE: Alexithymia: a view of the psychosomatic process, in *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, vol 3. Edited by Hill OW. London, Butterworths, 1976, pp 430-439
- Onnis, L. y Di Genaro, A: Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica*, 32:45-64. 1987
- Onnis, L., Di Genaro, A., Cespa, G., Agostini, B. Chouhy, A., Celeste, R. y Quinzi, P: Sculpting presente and future: A systemic model applied to psychosomatic families, *Family Process*, 33:341-355, 1994
- Osofsky JD; Ederhart-Wright A: Affective exchanges between high risk mother and infants. *Int J Psychoanal* 69:221-231, 1988
- Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 30:434-441, 1989
- Parker, JDA., Bagby, RM., Taylor GJ, Endler NS y Schmitz, P. Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*. 7:221-232, 1993.
- Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM y Acklin MW: Alexithymia in panic disorder and simple phobia: A comparative study *Am J Psychiatry* 150:1105-1107, 1993
- Rodrigo G, Lusiardo M: Factor Structure of a Spanish Version of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychother. Psychosom.* 58:197-201, 1992
- Ruesch J: The infantile personality. *Psychosom Med* 10:134-144, 1948
- Shipko S: Alexithymia and somatisation. *Psychother and Psychosomatics* 37:193-201, 1982
- Shipko S, Alvarez WA, Noviello N: Towards a Teleological Model of Alexithymia and Post-Trauma Stress Disorder. *Psychother Psychosom* 39:122-126, 1983
- Shipko S, Noviello N: Psychometric properties of self report scales of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatic* 41:85-90, 1984

- Sifneos PE: The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 22:255-262, 1973
- Sifneos PE: Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychother Psychosom* 26:65-70,1975
- Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH: The phenomenon of "Alexithymia" Proc. 11th Eur. Conf. Psychosom. Res., Heidelberg. *Psychother Psychosom* 28:47-57, 1977.
- Schmidt, U, Jiwany, A, Treasure, J: A controlled study of alexithymia in eating disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 34: 54-58, 1993.
- Sriram TG, Chaturvedi SK, Gopinath PS, et al: Assessment of alexithymia: psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS)-a preliminary report. *Indian Journal of Psychiatry* 29:133-138. 1987
- Stephanos S, Biebl W, Plaum FG: Ambulatory analytical psychotherapy of psychosomatic patients: a report on the method of "relaxation analytique". *Br J Med Psychol* 49:305-313, 1976
- Stern DN:Affect attunement, in *Frontiers in Infant Psychiatry*, vol 2. Edited by Call JD, Galenson E, Tyson RL. New York, Basic Books, 1984, pp3-14
- Stern DN: *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York, Basic Books, 1985
- Swiller HI: Alexithymia: treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 38:47-61, 1988
- Taylor GJ: Alexithymia and the countertransference. *Psychother Psychosom* 28:141-147, 1977
- Taylor GJ: Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 141:725-732, 1984
- Taylor GJ: *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, CT, International Universities Press, 1987
- Taylor GJ, DoodyK, Newman A: Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiatry* 26:470-474, 1981
- Taylor GJ, Ryan DP, Bagby RM: Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 44:191-199, 1985
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, et al: Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 50:500-509, 1988



- Taylor GJ, Bagby RM: Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatr Clin North Am* 11:351-366, 1988
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, et al: Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 35:290-297, 1990
- Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM: A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry* 147:1228-1230, 1990
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: The Revised Toronto Alexithymia Scale Some Reliability, Validity and Normative Data. *Psychother Psychosom* 57:34-41, 1992
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: Alexithymia-State and trait. *Psychother Psychosom* 60:211-212, 1993
- Von Rad M, Lulucat L, Lolas F: Differences of verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother Psychosom* 28:83-97, 1977
- Vogt R, Burckstummer G, Ernst L, et al: Differences in phantasy life of psychosomatic and psychoneurotic patients. *Psychother Psychosom* 28:98-105, 1977
- Wise TN, Mann LS, Michell JD, et al: Secondary alexithymia: an empirical validation. *Compr Psychiatry* 31:1-6, 1990
- Wolff HH: The contribution of the interview situation to the restriction of phantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 28:58-67, 1977
- Zeitlin SB, McNally R: Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 150:658-660, 1993
- Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK: Does alexithymian male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?. *Psychother Psychosom* 63:169-173, 1995