

Alexitimia, una revisión

RESUMEN: Se realiza una revisión del concepto de alexitimia: los antecedentes, la aparición y el desarrollo del constructo, las críticas más importantes, el estado actual del tema y la propuesta de distinción entre alexitimia primaria y secundaria.

PALABRAS CLAVE: Alexitimia, revisión, alexitimia secundaria.

SUMMARY: It is presented a review of the alexithymia concept: the precedings, the appearance and the development of the construct, the most important critics, the current state of the issue and the proposal of distinguishing between primary and secondary alexithymia.

KEY WORDS: Alexithymia, review, secondary alexithymia.

Desarrollo histórico del constructo alexitimia

La aparición del constructo alexitimia fue consecuencia de observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes con alguna de las siete enfermedades psicósomáticas clásicas. Para algunos teóricos del psicoanálisis como F. Alexander (1) o F. Dunbar (2), cuando los conflictos no pueden ser expresados verbalmente, se expresan a través del canal somático.

Ruesch (3) describe un tipo de personalidad psicósomática que llamó «Personalidad Infantil». Estos sujetos, con una detención en el desarrollo, tienen dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos.

McLean (4), apoyándose en un modelo anatómico afirma que las emociones, en vez de transmitirse al neocórtex, donde encontrarían una expresión simbólica mediada por las palabras, se descargan directamente a través del sistema nervioso autónomo traduciendo en un tipo de «lenguaje de órganos».

A principios de los años cincuenta, Horney (5) informa de sus experiencias con un tipo de pacientes propensos a desarrollar síntomas psicósomáticos, que son difíciles de abordar psicoanalíticamente por su falta de conciencia emocional, escasez de experiencias internas, incapacidad de soñar, pensamiento concreto y estilo de vida de cara al exterior.

Una década más tarde, los psicoanalistas franceses P. Marty y M. de M'Uzan (6) observan estos mismos aspectos e introducen el término pensamiento operatorio para designar un estilo de funcionamiento mental, común en los pacientes psicósomáticos, que se caracteriza por traducir la realidad de un modo utilitarista,

estereotipado, concreto, sin fantasía y afectivamente pobre. Estos autores se apartan del concepto de conversión y de los postulados en torno a la formación simbólica de los síntomas. Describen una estructura psicósomática de la personalidad donde el síntoma no tiene significado simbólico y es el resultado de un déficit en los procesos de mentalización.

Todas estas observaciones y conceptualizaciones que acabamos de mencionar, y que parten, principalmente, de un esquema referencial psicoanalítico, se empiezan a investigar sistemáticamente cuando Nemiah y Sifneos (7) examinan 21 entrevistas transcritas con pacientes psicósomáticos en las cuales se les estimulaba para la asociación libre y el relato de los sueños. Los resultados de sus estudios confirman que, a diferencia de los pacientes psiconeuróticos, muchos pacientes (dieciséis) somáticamente enfermos tienen grandes dificultades para la expresión verbal de sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado hacia el exterior. Al igual que Marty y M'Uzan (6), Nemiah y Sifneos (7) proponen un modelo de déficit estructural para comprender este estilo psicológico y los procesos psicósomáticos.

Sifneos (8) acuñó el término griego alexitimia (que significa etimológicamente «sin palabras para los sentimientos») para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes psicósomáticos en la consulta. Aunque este autor no crea un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente, es él quien organiza en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicósomáticos.

Las características clínicas del constructo alexitimia se van formulando desde el momento en que empiezan a converger los primeros datos empíricos y observacionales (9, 10, 11). Taylor y cols (12), basándose en otras revisiones (13, 14, 15), resumen las características alexitímicas más sobresalientes:

1. Dificultad en identificar y describir sentimientos.
2. Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales propias de la activación emocional.
3. Proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.
4. Estilo cognitivo orientado hacia el exterior.

Estas características de la presentación clínica han sido subrayadas repetidamente por numerosos investigadores de diferentes orientaciones (6, 16, 17, 18, 19, 20, 21) con sorprendente unanimidad de criterios.

Críticas al constructo tradicional de alexitimia

Al igual que ocurre con la emergencia de cualquier nuevo constructo, la ale-

xitimia no se libra de una considerable oposición. Las principales críticas se realizaron sobre la:

– Relación entre alexitimia y enfermedad psicósomática. Aunque el comportamiento alexitímico se ha observado repetidamente en los llamados enfermos psicósomáticos, la mayoría de los investigadores están de acuerdo con que no todos ellos muestran tales características (22). Ahrens y Deffner (23) señalan que existe una relatividad cultural en la expresión emocional y que las características alexitímicas pueden explicarse al modo de variables situacionales específicas que son respuestas de afrontamiento ante situaciones vitales negativas. Visto de esta manera, no se relaciona con alguna patología específica y puede darse en una amplia variedad de trastornos.

– Ausencia de datos empíricos. En lugar de evaluar cuidadosamente el constructo, muchos autores especularon sobre el papel que juega la alexitimia en la formación de síntomas somáticos. Interpretaron los resultados de los trabajos como si la validación del constructo estuviera ya establecida y llegaron a la conclusión errónea de que había una relación etiológica específica entre alexitimia y psicósomática. Para Lesser y Lesser (24), no debería aceptarse la teoría hasta haber sido sometida a comprobación empírica; de lo contrario, se corre el peligro de reificar conceptos que no están suficientemente validados. Según Overbeck (25), las observaciones empíricas han de realizarse sobre grupos representativos y no sobre grupos de sujetos escogidos según van apareciendo en la consulta médica por diversos motivos, que podrían ser mucho más divergentes de lo que nos imaginamos.

– Dimensión estructural de la alexitimia. Se han dedicado muchos esfuerzos en obtener una relación directa y estructural entre alexitimia y psicósomática cuando, en realidad, debería estudiarse no como una estructura, sino como una dimensión cuantitativa de la comunicación de significado emocional que ayude al diagnóstico, pronóstico y tratamiento (26).

Lesser (14), en consonancia con la afirmación anterior de Lolas, cree que es preferible tratar la alexitimia como un constructo clínico fenomenológico. Como tal, no sería necesario que hubiera implicaciones diagnósticas o etiológicas, sino que podría ayudar a organizar algunas observaciones clínicas dispares hacia un marco de trabajo útil. Desde su punto de vista, para que fuese considerado un concepto válido, la alexitimia debería desmarcarse de los constructos teóricos o diagnósticos existentes.

Posición actual

Las principales objeciones que se hicieron al constructo inicial de alexitimia (falta de datos empíricos que apoyaran las hipótesis teóricas y confusión concep-

tual entre alexitimia y psicósomática) alentaron a los investigadores a abrir nuevos caminos para intentar la clarificación del constructo, planteándose su estudio en un amplio abanico de patologías. Estos estudios se inician con algunos autores (27, 28) que, para su sorpresa, comprueban que existe mayor prevalencia de alexitimia en los trastornos por somatización (diagnosticados según el DSM) que en las enfermedades psicósomáticas clásicas.

Existen conclusiones contradictorias en cuanto a la existencia de manifestaciones alexitímicas en la psicósomática. Algunos pacientes con las denominadas clásicas enfermedades psicósomáticas (29, 30, 31) o con trastornos por somatización (32, 33, 34, 35), muestran características alexitímicas, mientras que otros con estas patologías no lo hacen (27, 28, 29, 36, 37, 38, 39). Igualmente, algunos pacientes con enfermedades físicas tienen perfiles alexitímicos (37, 40, 41, 42).

Otros estudios más específicos apoyan la asociación entre alexitimia y trastornos de dolor, pasajero o crónico, sin etiología física (36, 38, 43, 45, 46, 47). También se ha demostrado la presencia de alexitimia en pacientes en diálisis o con trasplantes de órganos y enfermos en situaciones críticas de cuidados intensivos (48), enfermedades del aparato digestivo como síndrome de colon irritable, úlcera duodenal, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn (49, 50, 51, 52, 53), enfermedades respiratorias (41, 54, 55, 56, 57), trastornos cardiovasculares (58), migraña y cefaleas (59), artritis reumatoide (60, 61), úlcera péptica (25, 31) y cáncer (62, 63).

En la literatura encontramos investigaciones en las que se han descrito características alexitímicas en pacientes con un amplio rango de *psicopatologías*: trastornos de personalidad psicopática (64), pacientes con adicciones a drogas y alcohol (65, 66, 67, 68), depresión (69, 70, 71, 72), trastornos de pánico (73, 74), trastornos de la alimentación (75, 76, 77, 78, 79) o trastornos de estrés postraumático como por ejemplo, sujetos mantenidos en campos de concentración nazis (80, 81), combatientes de la guerra de Vietnam (28, 81) supervivientes de holocaustos (70, 82) o víctimas de abuso sexual (83, 84).

Por tanto, el síndrome alexitímico, en cuanto trastorno cognitivo afectivo, se ha encontrado con gran frecuencia tanto en las enfermedades consideradas más físicas como en aquellos trastornos a los que se les concede el estatuto de psicósomáticos. Sin embargo, no es específico de éstos, extendiéndose a otras categorías diagnósticas y a sujetos extraídos de la población normal sin ningún tipo de síntoma físico (15, 28, 85, 86).

Este gran abanico de trastornos en los que podemos encontrar manifestaciones alexitímicas nos lleva directamente a la pregunta por la estabilidad: ¿se trata de un rasgo disposicional o de un estado reactivo o transitorio?, ¿debe considerarse como un trastorno primario señal de una patología enraizada en la personalidad o, por el contrario, ha de ser vista como un trastorno secundario y debemos observar bajo qué condiciones ambientales se manifiesta? ¿Se trata de un mecanismo de

defensa o de un déficit? Se ha tratado de responder a estos cuestionamientos apoyándose en el concepto de alexitimia secundaria.

La alexitimia secundaria

Freyberger (48) introdujo el término alexitimia secundaria a partir de la observación de características alexitímicas en pacientes con cáncer, en trasplantados renales y en enfermos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Durante sus procesos de enfermedad, los pacientes limitan la capacidad de introspección y reflexión, incrementan la atención sobre los aspectos médicos y tienen mayor dificultad para diferenciar y verbalizar apropiadamente los sentimientos (51). En general, sufren un deterioro de las funciones cognitivas y afectivas. Hemos visto que este fenómeno ha sido observado igualmente en otros pacientes con enfermedades físicas (42, 44, 87).

Este funcionamiento obedece a un factor de protección contra el significado emocional de la grave enfermedad, un mecanismo de defensa construido por el paciente que se confronta así a esta experiencia. Krystal (80, 88), superviviente que ha dedicado su vida profesional a las víctimas de la persecución nazi, afirma que, gracias al mecanismo de defensa de la alexitimia secundaria, pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de los opresores.

Los dos tipos de alexitimia se distinguen en que: la alexitimia primaria es el resultado del bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitivo-afectiva, mientras que la alexitimia secundaria es una reacción transitoria específica que acompaña o permanece tras una situación de enfermedad orgánica, un traumatismo importante o determinadas situaciones de conflicto en cualquier sujeto, que puede desaparecer cuando la situación remite (alexitimia secundaria aguda) o puede ser un estado permanente en pacientes cuya enfermedad o cuyo traumatismo tiende hacia un desarrollo crónico (alexitimia secundaria crónica) (51).

Para los autores que defienden esta distinción, la alexitimia no es un fenómeno de todo o nada, sino que todo el mundo puede tener posibilidades de cambiar a veces a un estilo comunicativo menos simbólico (15, 28, 89, 90). Cualquier individuo podría reaccionar en determinadas situaciones de un modo alexitímico o convertirse en alexitímico tras experiencias de extrema tensión. Sin embargo, algunos individuos lo manifiestan como una característica predominante y otros como una manifestación pasajera.

Aunque los dos tipos de alexitimia pueden ser clínicamente indistinguibles, las historias psicológicas de quienes lo padecen (con sus acontecimientos recientes y remotos) podrían ayudar a diferenciarlas. Esta división puede colaborar para

resolver el debate sobre si la alexitimia representa una modalidad defensiva necesaria para afrontar las situaciones de conflicto o es el resultado de algún déficit estructural interno.

Reflexiones sobre el concepto de alexitimia secundaria

Es difícil evaluar el grado alexitímico en determinados síndromes psicopatológicos o en pacientes médicamente enfermos. Lo más probable es que estos pacientes presenten solamente algunas de las características (por ej. dificultad para hablar de sus sentimientos) pero no otras (por ej. ausencia de fantasía). Identificar estos pacientes como alexitímicos ¿no es extender demasiado el concepto en un intento de ampliar su aplicación? Y ¿sería lícito llamar alexitimia (secundaria) a un tipo de funcionamiento afectivo cognitivo que sólo cumple alguna de las características propias del síndrome? ¿Tendríamos que admitir dos nombres iguales (alexitimia) con apellidos diferentes (primaria o secundaria) para describir dos estilos de comunicación de manifestaciones clínicas similares pero con trasfondos muy dispares?

Si admitimos esta diferenciación entre alexitimia primaria como un fenómeno de déficit estructural y alexitimia secundaria como un mecanismo de defensa transitorio potencialmente reversible ayudaremos a conciliar mejor las propuestas desde los diferentes enfoques teóricos.

Si, por el contrario, pretendemos que la alexitimia tenga una cualidad de defecto estructural, habremos de afinar respecto a lo que debe o no considerarse como un comportamiento alexitímico; en este caso sería preciso que la alexitimia fuera distinguida en su diagnóstico:

- de los mecanismos de represión neuróticos, que pueden dar lugar a un exceso de represión-inhibición de la fantasía.
- del tipo de insensibilidad psíquica que puede desarrollarse como consecuencia de un proceso activo motivado por un trauma psíquico desorganizador.
- del tipo de pensamiento primario encontrado en personas de bajo nivel intelectual o en culturas marginales y poco desarrolladas cognitivamente.
- del tipo de cognición y afecto característico de otros síndromes psicopatológicos u orgánicos, que podrían tener ciertas semejanzas con el síndrome alexitímico.

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ALEXANDER, F., *Psychosomatic medicine: its principles and applications*, Nueva York, W.W. Norton, 1950.
- (2) DUNBAR, F., *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships*, Nueva York, Columbia University, 1935 (2.^a ed. 1954).
- (3) RUESCH, J., «The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine», *Psychosomatic Medicine*, 1948, 10, pp. 134-144.
- (4) MCLEAN, P. D., «Psychosomatic disease and the «visceral brain», *Psychosomatic Medicine*, 1949, 11(6), pp. 338-353.
- (5) HORNEY, K., «The paucity of inner experiences», *American Journal of Psychoanalysis*, 1952, 12, pp. 3-9.
- (6) MARTY, P.; M'UZAN, M., «La pensée opératoire», *Revue Française de Psychanalyse*, 1963, 27 (supl), pp. 1.345-1.356.
- (7) NEMIAH, J. C.; SIFNEOS, P. E., «Psychosomatic illness. A problem in communication», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1970, 18, pp. 154-160.
- (8) SIFNEOS, P. E., «The prevalence of «alexithimic» characteristics in psychosomatic patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22, pp. 255-262.
- (9) VON RAD, M.; LALUCAT, L.; LOLAS, F., «Differences in verbal behavior in psychosomatic and psychoneurotic patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, pp. 83-97.
- (10) VOGT, R., y otros, «Differences in fantasy life of psychosomatics and psychoneurotics patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, pp. 98-105.
- (11) APFEL, R. J.; SIFNEOS, P. E., «Alexithymia. Concept and measurement», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1979, 32, pp. 180-190.
- (12) TAYLOR, G. J.; BAGBY, R. M.; PARKER, J. D. A., «The alexithymia construct. A potencial paradigm for psychosomatic medicine», *Psychosomatics*, 1991, 32 (2), pp. 153-164.
- (13) NEMIAH, J. C., «Alexithymia. Theoretical considerations», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, pp. 199-206.
- (14) LESSER, I. M., «A review of the alexithymia concept», *Psychosomatic Medicine*, 1981, 43 (6), pp. 531-543.
- (15) TAYLOR, G. J., «Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment», *American Journal of Psychiatry*, 1984, 141 (6), pp. 725-732.
- (16) NEMIAH, J. C., «Denial revisited: reflections on psychosomatic theory», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1975, 26, pp. 140-147.
- (17) KRYSAL, H., «Alexithymia and psychotherapy», *American Journal of Psychotherapy*, 1979, 33 (1), pp. 17-31.
- (18) LOLAS, F., y otros, «On the measurement of alexithymia behavior», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, 33, pp. 139-146.
- (19) FAVA, G. A.; BALDARO, B.; OSTI, R. M. A., «Toward a self rating scale for alexithymia: a report on 150 medical patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, 34, pp. 34-39.
- (20) AYUSO, J. L., «Alexitimia: concepto y medida», *Archivos de Neurobiología*, 1993, 56 (2), pp. 106-115.
- (21) MARTÍNEZ SÁNCHEZ, F., «Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)», *Revista Clínica y Salud*, 1996, 7 (1), pp. 19-32.
- (22) VON RAD, M.; LOLAS, F., «Empirical evidence of alexithymia», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 38, pp. 91-102.
- (23) AHRENS, S.; DEFFNER, G., «Empirical study of alexithymia: methodology and results», *American Journal of Psychotherapy*, 1986, 40, pp. 430-437.

- (24) LESSER, I. M.; LESSER, B. Z., «Alexithymia: examining the development of a psychological concept», *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140 (10), pp. 1.305-1.308.
- (25) OVERBECK, G., «How to operationalized alexithymic phenomena and some findings from speech analysis and the Giessen test», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, pp. 106-117.
- (26) LOLAS, F., «Communication of emotional meaning. Alexithimia and somatoform disorders: a proposal for a diagnostic axis», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1989, 52, pp. 214-219.
- (27) HEIBERG, A. N., «Alexithymic characteristics and somatic illness», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, 34, pp. 261-266.
- (28) SHIPKO, S., «Alexithymia and somatization», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 37, pp. 193-201.
- (29) KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L., «Concept of alexithymia I. The prevalence of alexithymia in psychosomatic patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 44, pp. 132-138.
- (30) RETAMALES, R., «La manifestación de los rasgos de la alexitimia en un grupo de enfermos psicósomáticos», *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1988, 16 (5), pp. 337-346.
- (31) FUKUNISHI, I., y otros, «Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy», *Psychosomatics*, 1997, 38 (1), pp. 20-26.
- (32) ACKLIN, M. W.; ALEXANDER, G., «Alexithimia and somatization. A Rorschach study of four psychosomatic groups», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176 (6), pp. 343-350.
- (33) COHEN, K.; AULD, F.; BROOKER, H., «Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing?», *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, 38 (2), pp. 119-127.
- (34) BACH, M.; BACH, D., «Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1996, 65 (3), pp. 150-152.
- (35) DEARY, I. J.; SCOTT, S.; WILSON, J. A., «Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms», *Personality Individual Differences*, 1997, 22 (4), pp. 551-564.
- (36) MENDELSON, G., «Alexithymia and chronic pain: prevalence, correlates and treatment results», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 37, pp. 154-164.
- (37) SMITH, G. R., «Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service», *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140 (1), pp. 99-101.
- (38) SRIRAM, T. G., y otros, «Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1987, 47, pp. 11-17.
- (39) Joukamaa, M., y otros, «Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1996, 65 (4), pp. 199-202.
- (40) LESSER, I. M.; FORD, C. V.; FRIEDMAN, C. T. H., «Alexithymia in somatizing patients», *General Hospital Psychiatry*, 1979, 1 (13), pp. 256-261.
- (41) KLEIGER, J. H.; JONES, N. F., «Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, pp. 465-470.
- (42) DEWARAJA, R., y otros, «Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymic», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1997, 66 (2), pp. 83-86.
- (43) LUMLEY, M. A.; ASSELIN, L. A.; NORMAN, S., «Alexithymia in chronic pain patients», *Comprehensive Psychiatry*, 1997, 38 (3), pp. 160-165.
- (44) LUMLEY, M. A.; TOMAKOWSKY, J.; TOROSIAN, T., «The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease», *Psychosomatics*, 1997, 38 (5), pp. 497-502.
- (45) CATHLOVE, R. F. H., y otros, «Incidence and implications of alexithymia in chronic pain patients», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1985, 173 (4), pp. 246-248.
- (46) POSTONE, N., «Alexithymia in chronic pain patients», *General Hospital Psychiatry*, 1986, 8 (3), pp. 163-167.
- (47) KINDER, B. N.; CURTIS, G., «Alexithymia among empirically derived subgroups of chronic back pain patients», *Journal of Personality Assessment*, 1990, 54 (1-2), pp. 351-362.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (48) FREYBERGER, H., «Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, pp. 180-190.
- (49) TAYLOR, G. J.; DOODY, K.; NEWMAN, A., «Alexithymic characteristics in patients with inflammatory bowel disease», *Canadian Journal of Psychiatry*, 1981, 26 (7), pp. 470-474.
- (50) HEERLEIN, A.; LOLAS, F., «Trastorno funcional y enfermedad psicósomática: diferenciación psicométrica», *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 1984, 22, pp. 87-93.
- (51) FREYBERGER, H., y otros, «Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 44, pp. 72-81.
- (52) KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L., «Concept of alexithymia II. The consistency of alexithymia», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1987, 47, pp. 113-120.
- (53) PARCELLI, P., y otros, «A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease», *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 41 (6), pp. 569-573.
- (54) KLEIGER, J. H.; DIRKS, J. F., «Psychomaintenance aspects of alexithymia: relationship to medical outcome variables in a chronic respiratory illness population», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, 34, pp. 25-33.
- (55) FEIGUINE, R. J.; HULIHAN, D. M.; KINSMAN, R. A., «Alexithymic asthmatics: age and alexithymia across the life span», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 37, pp. 185-188.
- (56) FEIGUINE, R. J.; JOHNSON, F. A., «Alexithymia in chronic bronchitis emphysema patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1984, 41, pp. 25-28.
- (57) FEIGUINE, R. J.; JOHNSON, F. A., «Alexithymia and chronic respiratory disease», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985, 43, pp. 77-89.
- (58) BUFFA, E., y otros, «Infarto miocárdico e alexitimia: una ricerca clinico-statística», *Medicina Psicósomática*, 1997, 42 (2), pp. 79-89.
- (59) WISE, T. N., y otros, «Illness beliefs and alexithymia in headache patients», *Headache*, 1994, 34, pp. 362-365.
- (60) VOLLHARDT, B. R.; ACKERMAN, S. H.; SHINDLEDECKER, R. D., «Verbal expression of affect in rheumatoid arthritis patients», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986, 74, pp. 73-79.
- (61) DÍAZ, J., «Evaluación de la alexitimia a través del Rorschach; estudio en pacientes con artritis reumatoide juvenil», *Revista Clínica y Salud*, 1994, 5 (2), pp. 195-208.
- (62) DALTON, J. A.; FEUERSTEIN, M., «Fear, alexithymia and cancer pain», *Pain*, 1989, 38, pp. 159-170.
- (63) TODARELLO, O., y otros, «Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1997, 66 (4), pp. 208-213.
- (64) KELTIKANGAS-JÄRVINEN, L., «Alexithymia in violent offenders», *Journal of Personality Assessment*, 1982, 46, pp. 462-467.
- (65) FINN, P. R.; MARTIN, J.; PIHL, R. O., «Alexithymia in males at high risk for alcoholism», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1987, 47, pp. 18-21.
- (66) TAYLOR, G. J.; PARKER, J. D. A.; BAGBY, R. M., «A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence», *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, pp. 1228-1230.
- (67) PINARD, L., y otros, «Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance», *American Journal on Addictions*, 1996, 5 (1), pp. 32-39.
- (68) LOAS, G., y otros, «Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow up study», *Comprehensive Psychiatry*, 1997, 38 (5), pp. 296-299.
- (69) BLUMER, D.; HEILBRONN, M., «Chronic pain as a variant of depressive disease», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170, pp. 381-406.
- (70) FISCH, R. Z., «Alexithymia, masked depression and loss in an holocaust survivor», *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, pp. 708-710.

(71) TAIMINEN, T. J., y otros, «Alexithymia in suicide attempters», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996, 93 (3), pp. 195-198.

(72) LOAS, G., y otros, «Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar depressive disorders», *Psychopathology*, 1998, 31 (4), pp. 206-212.

(73) PARKER, J. D. A., y otros, «Alexithymia in panic disorder and simple fobia: a comparative study», *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150 (7), pp. 1.105-1.107.

(74) ZEITLIN, S. B.; McNALLY, R. J., «Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder», *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150 (4), pp. 658-660.

(75) PIERLOOT, R. A.; HOUBEN, M. E.; ACKE, G., «Are anorexia nervosa patients alexithymic?», *Acta Psychiatrica Belgica*, 1988, 88 (3), pp. 222-232.

(76) BOURKE, M. P., y otros, «Alexithymia in women with anorexia nervosa», *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161, pp. 240-243.

(77) TAYLOR, G. J., y otros, «Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders», *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 41 (6), pp. 561-568.

(78) FUKUNISHI, I.; KAJI, N., «Externally oriented thinking of obese men and women», *Psychological Reports*, 1997, 80 (1), pp. 219-224.

(79) RASTAM, M., y otros, «Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20 item Toronto Alexithymia Scale», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1997, 95 (5), pp. 385-388.

(80) KRYSYAL, H., «Trauma and affects», *Psychoanalytic Study of Child*, 1978, 33, pp. 81-116.

(81) KRYSYAL, H.; GILLER, E. L.; CICCHETTI, D. V., «Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure», *Psychosomatic Medicine*, 1986, 48 (1-2), pp. 84-93.

(82) YEHUDA, R., y otros, «Alexithymia in holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder», *Journal of Traumatic Stress*, 1997, 10 (1), pp. 93-100.

(83) ZEITLIN, S. B.; McNALLY, R. J.; CASSIDAY, K. L., «Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization?», *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, pp. 661-663.

(84) BERENBAUM, H., «Childhood abuse, alexithymia and personality disorder», *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 41 (6), pp. 585-595.

(85) COOPER, D. E.; HOLSTROM, R. W., «Relationship between alexithymia and somatic complaints in a normal sample», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1984, 41, pp. 20-24.

(86) PETOT, D., «Alexithymia: Psychological poverty or psychological richness? A Rorschach study», *Rorschachiana*, 1996, 21, pp. 153-168.

(87) FUKUNISHI, I., «Alexithymic characteristics of bulimia nervosa in diabetes mellitus with end-stage renal disease», *Psychological Reports*, 1997, 81 (2), pp. 627-633.

(88) KRYSYAL, H., «Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma», *Psychoanalytic Inquiry*, 1997, 17 (2), pp. 126-150.

(89) VON RAD, M., «Alexithymia and symptom formation», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1984, 42, pp. 80-89.

(90) FUKUNISHI, I., y otros, «Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia», *Comprehensive Psychiatry*, 1997, 38 (3), pp. 166-170.

* Juan Otero Rodríguez. Doctor en Psicología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.
Correspondencia: Juan Otero Rodríguez, C/ Andrés Mellado, 81, 2.º C, 28003, Madrid.
Tel. 91 4422142.

** Fecha de recepción: 14-VI-1999.