

# LA RELEVANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ALEXITIMIA

James D. A. Parker, Laura M. Wood and Jennifer M. Eastabrook  
Department of Psychology, Trent University, Peterborough, Ontario, Canada K9J 7B8  
Telephone: (705) 748-1011 x7935, FAX: (705) 748-1580,  
E-mail address: jparker@trentu.ca

*This article examines the relevance of the emotional intelligence (EI) construct for clinical psychology. Although little direct clinical research exists using the EI construct, several related constructs have generated a sizeable literature. Of particular relevance to clinical psychology is the alexithymia construct. Although initially linked with individuals experiencing psychosomatic problems, alexithymia has come to be associated with a variety of clinical disorders. Within various non-clinical populations, alexithymia has also been associated with a variety of health, lifestyle and interpersonal problems. Individuals who score high on measures of alexithymia are often unsuitable clients for many forms of insight-oriented psychotherapy. In response, several clinicians have adapted existing forms of psychotherapy for working with these individuals. As summarized in the article, these modifications attempt to improve clients' awareness of problems in the way they process and experience emotions. Techniques particularly suited to the use of group intervention are also described.*

*Key words: emotional intelligence, clinical disorders, psychotherapy, alexithymia, psychosomatics*

---

## PRECURSORES DEL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Desde su introducción a finales de la década de los 80, se han ido proponiendo varios modelos de Inteligencia Emocional (por ejemplo, Bar-On, 1997; Boyatzis, Goleman, & Rhee, 2000; Mayer, Caruso, & Salovey, 1999; Salovey & Mayer, 1989/90). Pero independientemente del modelo, todos consideran que existen implicaciones importantes para la psicología clínica. La habilidad de identificar y comunicar estados mentales internos, la habilidad de vincular eventos mentales determinados con situaciones específicas y conductas personales, la habilidad de guiar la conducta futura en base a informaciones sobre sentimientos y emociones, al igual que la habilidad de regular mentalmente estados emocionales negativos o

extremos, son las habilidades nucleares presentes en la mayoría de los modelos sobre Inteligencia Emocional. Este amplio rango de habilidades tiene implicaciones clínicas obvias, dado que han sido asociadas hace tiempo a numerosos trastornos clínicos, como abuso de sustancias, trastornos somatomorfos, trastornos de conducta alimentaria, y trastornos de ansiedad (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Estas habilidades también han sido asociadas a una variedad de problemas interpersonales y del estilo de vida. (Taylor et al. 1997). Resultados positivos de diversos tipos de intervención clínica también se vincularon a muchas de estas habilidades básicas (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Greenberg & Safran, 1987; Horowitz, 2002; Krystal, 1988; Taylor, 1987). Por ejemplo, el éxito de la psicoterapia orientada hacia el *insight* muchas veces depende de la habilidad del cliente “de ver relaciones entre pensamientos, emociones y acciones, con el objetivo de aprender el significado y las causas de sus experiencias y conducta” (Applebaum, 1973, p.36).

Aunque los modelos teóricos propuestos para el constructo de la Inteligencia Emocional tienen implicaciones obvias para la clínica, todavía existen pocos estudios empíricos directos en la literatura sobre Inteligencia Emocional. Como se comentó en otro lugar, las primeras publicaciones sobre Inteligencia Emocional adolecían de una falta de instrumentos de evaluación válidos y fiables (Matthews, Roberts, & Zeidner, 2003; Mayer & Cobb, 2000; Zeidner, et al., 2002). Sin embargo, podemos encontrar un cuerpo sustancial de publicaciones si ampliamos la búsqueda a la investigación sobre constructos relacionados. Uno de estos constructos relacionados se basa en la investigación sobre la predicción de resultados positivos en psicoterapia. Como se comenta muchas veces en la literatura clínica (Krystal, 1982/83; Silver, 1983; Taylor, 1977, 1984), muchos individuos responden poco a una psicoterapia orientada hacia el *insight*. Muchas veces, esta falta de “*client fit*” se puede ver desde el principio de la terapia, donde algunos individuos presentan más dificultades para ser ayudados que otros. Estos muchas veces son los mismos clientes que abandonan el tratamiento después de muy pocas sesiones, que informan que se sienten desanimados por el lento progreso de la terapia, y que habitualmente se quejan de que los temas propuestos por el terapeuta tienen poca relevancia para sus “problemas” (Beckham, 1992; Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser, & Howard, 1976).

Estos clientes frecuentemente no sólo sienten frustración en la situación terapéutica, sino también, como comenta Taylor (1977), crean frustración en el terapeuta: “el terapeuta entra en una relación esperando que le *alimenten* con fantasías y emociones interesantes sólo para encontrar frustración, tedio y aburrimiento” (Taylor, 1977, p. 143). El resultado, según Silver (1983) y Taylor (1977), son problemas de contratransferencia. Uno de los más drásticos de estos problemas es el abandono de la terapia por el cliente. Dependiendo de la población estudiada, la tasa de abandono de la psicoterapia puede elevarse hasta un 80 a 90 por ciento (Owen & Kohutek, 1981), ocurriendo la mitad de estos abandonos prematuros

después de las primeras sesiones (Pekarik, 1983; Reder & Tyson, 1980).

Dada esta alta tasa de abandono de la terapia, no es sorprendente que exista una larga historia de investigación dedicada a descubrir las variables que podrían identificar a los sujetos que probablemente no se beneficiarán de una psicoterapia (por ejemplo, Bachrach & Leaff, 1978; Barron, 1953; Tolor & Reznikoff, 1960). Aunque la gente abandona la psicoterapia por muchas razones (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985), numerosas competencias emocionales y sociales parecen intervenir en este proceso (Krystal, 1988; Mallinckrodt, King, & Coble, 1998; McCallum, Piper, & Joyce, 1992; Pierloot & Vinck, 1977; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998; Taylor et al., 1997). Se ha ido desarrollando un cuerpo de publicaciones más bien cuantioso sobre las variables de personalidad que predicen un resultado positivo en psicoterapia (Bachrach & Leaff, 1978). Algunas de las variables que fueron identificadas incluyen "auto-consciencia privada" (Cacioppo & Petty, 1982), "fuerza del ego" (Lake, 1985) y "niveles de conciencia emocional" (Lane & Schwartz, 1987). Entre estos constructos que se solapan, el de la "*psychological mindedness*" (disponibilidad hacia lo psicológico) y el de "*mindfulness*" (plena conciencia) parecen haber generado mayor investigación (Langer, 1989; McCallum & Piper, 1997, 2000).

Parker (2000) comenta que existe un solapamiento considerable entre los constructos antes mencionados e Inteligencia Emocional, especialmente entre Inteligencia Emocional y *psychological mindedness*. En una primera definición de *psychological mindedness*, Silver (1983) sugirió que implicaba el "deseo de aprender los posibles significados y causas de sus experiencias internas y externas, igual que la capacidad del paciente de mirar hacia dentro y hacia factores psíquicos más bien que hacia fuera y hacia factores del entorno" (p.516). En un modelo más reciente de este constructo, Conte, Plutchik, Jung, Picard, Karasu and Lotterman (1990) han sugerido que *psychological mindedness* implica varias habilidades relacionadas: tener acceso a sus sentimientos, estar dispuesto a hablar con otros de sus sentimientos y sus problemas interpersonales, tener un interés activo en las conductas de otros y la capacidad de cambiar la propia conducta.

Dada la naturaleza de este conjunto amplio de habilidades no es sorprendente que individuos con niveles limitados de *psychological mindedness* (PM) muchas veces consideran la psicoterapia como un experiencia frustrante (Piper et al, 1998) y con beneficios limitados (McCallum et al., 1992; McCallum, Piper, Ogrodniczuk, & Joyce, 2003; Piper et al., 1998; Piper, McCallum, Joyce, Rosie, & Ogrodniczuk, 2001). Según Piper et al. (1998), PM "puede reflejar una habilidad general útil para analizar conflictos y resolver problemas, sean de naturaleza interna o externa. Entonces, PM puede ser valioso para una variedad de terapias individuales, hasta para aquellas que tienen una orientación teórica y técnica diferentes (por ejemplo, terapia cognitivo-conductual)" (p. 565). Igual que con otras variables de personalidad revisadas en este artículo, los profesionales podrían considerar útil el hecho

de evaluar el nivel de *psychological mindedness* de sus clientes antes de empezar la terapia.

### **Alexitimia**

Otro constructo que se solapa con Inteligencia Emocional es alexitimia (Parker, Taylor, & Bagby, 2001; Taylor, 2000; Taylor et al., 1997). También es un constructo que ha generado muchas publicaciones clínicas. Un instrumento de utilidad para fomentar el crecimiento de los trabajos sobre alexitimia es la base de datos PsychINFO (American Psychological Association, 2003). Al final del año 2004 existían más de 1400 artículos y capítulos de libros dedicados al concepto de alexitimia; y esto a pesar de que el concepto no fue introducido formalmente hasta mediados de los años 70 (Sifneos, 1973).

La literatura clínica relevante sobre alexitimia empezó hace más de medio siglo, con Ruesch (1948), quien identificó un conjunto de variables de personalidad en un subgrupo de pacientes con varios problemas psicosomáticos. Lo común entre estos individuos era un proceso de pensamiento inmaduro y poco imaginativo, igual que una tendencia a utilizar la acción física directa para la expresión emocional. Karen Horney (1952) describe un conjunto similar de características en muchos de sus pacientes que responden poco al tratamiento psicoanalítico: les faltaba conciencia emocional, tenían un interés mínimo en fantasías y sueños, y un estilo de pensamiento muy “concreto” (externalizado). Sifneos (1973) finalmente acuñó el término alexitimia (del griego: a = falta de, lexis = palabra, thymos = emoción) para identificar individuos con un conjunto similar de características cognitivas y afectivas. En las pasadas tres décadas, la investigación sobre alexitimia ha conducido a una definición que contiene las siguientes tres características nucleares: una dificultad para identificar emociones y para distinguir entre estas emociones y las sensaciones corporales de la excitación emocional; una dificultad para describir emociones; procesos imaginativos limitados; y un estilo cognitivo orientado hacia el exterior y dependiente de los estímulos (véase Taylor, 1984, 2000; Taylor et al., 1997).

Juntamente con estas características nucleares, varias otras fueron observadas en individuos alexitímicos, con importantes implicaciones clínicas. Diferentes investigadores encontraron que la alexitimia estaba vinculada a una capacidad limitada para la empatía (Guttman & Laporte, 2002; McDougall, 1989; Taylor, 1987), problemas para procesar información teñida o cargada de emoción (Stone & Nielson, 2001; Suslow & Junghanns, 2002), igual que dificultades para identificar emociones en la expresión facial de otros (Lane, Sechrest, Reidel, Weldon, Kaszniak, & Schwartz, 1996; Parker, Taylor, & Bagby, 1993). Otro ámbito de interés científico es la relación entre alexitimia, el sueño y los sueños. En su trabajo terapéutico con individuos con altos niveles de alexitimia, Krystal (1979) encontró que era muy difícil trabajar con los sueños de estas personas. Varios grupos de

investigación también encontraron evidencia que los individuos alexitímicos tienen dificultades para recordar sueños (De Gennaro, Ferrara, Cristiani, Curcio, Martiradonna, & Bertini, 2003; Krystal, 1979; Nemiah, Freyberger, & Sifneos 1976). Parker, Bauermann y Smith (2000), cuando compararon los relatos de sueños de individuos alexitímicos con los de no-alexitímicos (despertándolos durante sus fases REM), encontraron que los relatos de los sueños de alexitímicos eran significativamente menos bizarros y extraños que los de individuos no-alexitímicos.

Las personas con alexitimia tienen menos probabilidad de buscar apoyo emocional en otras personas, parcialmente por sus problemas para comunicar experiencias emocionales a otros. Individuos alexitímicos también tienen menos tendencia de regular su malestar emocional con fantasías y soñando despiertos u otras actividades mentales imaginativas (Mayes & Cohen, 1992; Taylor et al., 1997). Como resultado de estas características, individuos alexitímicos tienen un mayor riesgo de desarrollar una serie de trastornos clínicos: “no es sorprendente que la alexitimia haya sido conceptualizada como uno de los diversos factores de riesgo para una variedad de trastornos médicos y psiquiátricos que implican la regulación de emociones. Por ejemplo, la hipocondría y los trastornos por somatización podrían ser vistos como el resultado, al menos en parte, de la conciencia subjetiva limitada y el procesamiento cognitivo de emociones limitado del individuo alexitímico, lo cual conduce a que focalice en las sensaciones somáticas que acompañan la excitación emocional, la magnifique y las malinterprete” (Taylor et al., 1997, p.31). No es sorprendente que la alexitimia haya sido identificada como un factor de vulnerabilidad para individuos que experimentan una serie de trastornos psiquiátricos, como trastorno por estrés postraumático (Badura, 2003; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001), trastornos de abuso de sustancias (Cecero & Holmstrom, 1997; Rybakowski, Ziolkowski, Zasadzka, & Brzezinski, 1988), trastornos de conducta alimentaria (Zonnevjlle-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg, & van Engeland, 2002), y adicción al juego (Parker, Wood, Bond, & Shaughnessy, 2005). Cabe destacar que la alexitimia inicialmente estaba sólo asociada a individuos que padecen un amplio rango de problemas psicósomáticos (para una revisión de esta literatura, véase De Gucht & Heiser, 2003).

Junto con un aumento de vulnerabilidad para varios trastornos psicológicos, la presencia de rasgos alexitímicos en sus clientes tiene otras implicaciones potenciales para los profesionales de la salud. Existe más riesgo de que los individuos que presentan alexitimia reciban visitas y procedimientos médicos innecesarios. Durante el periodo de un año, un estudio finlandés reciente encontró que adultos alexitímicos utilizaban significativamente más recursos sanitarios que adultos no-alexitímicos (Jyvaesjaervi, Joukamaa, Vaesaenen, Larivaara, Kivelae, & Keinaenen-Kiukaanniemi, 1999). A este hecho puede contribuir el estilo de comunicación pobre de los individuos con alexitimia, junto con su tendencia de

somatizar su malestar (Taylor et al., 1997). En un intento de tratar los problemas somáticos de sus pacientes, los profesionales de la salud habitualmente responden con exploraciones, pruebas y tratamientos. Si estas intervenciones no producen mejora, los profesionales muchas veces prescriben pruebas e intervenciones adicionales. Como resultado, los individuos alexitímicos tienen más riesgo de sufrir complicaciones médicas u otros problemas yatrogénicos.

Dadas las diversas implicaciones sanitarias asociadas con alexitimia, no nos sorprende el crecimiento sustancial de trabajos empíricos sobre este constructo. El amplio interés también es probablemente debido a varios instrumentos de medida para el constructo de alexitimia. Una amplia gama de instrumentos han sido desarrollados desde mediados de la década de los 70: cuestionarios y entrevistas basados en observadores (Haviland, Warren, Riggs, & Nitch, 2002; Sifneos, 1973, 1986; Taylor et al., 1997), escalas de autoinforme (Apfel & Sifneos, 1979; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999; Kleiger & Kinsman, 1980; Parker, Taylor, & Bagby, 2003; Sifneos, 1986; Taylor, Ryan, & Bagby, 1986), técnicas proyectivas (Acklin & Alexander, 1988; Cohen, Auld, Demers, & Catchlove, 1985) y medidas Q-sort (Haviland & Reise, 1996). Aunque las propiedades psicométricas de estas medidas variaban bastante (para revisiones detalladas de instrumentos de alexitimia, véase Taylor, Bagby, & Luminet, 2000; Taylor et al., 1997), los investigadores podían escoger entre una amplia gama de medidas potenciales (dependiendo de sus poblaciones y hipótesis).

Varios investigadores encontraron evidencia de que existe una relación empírica importante entre Inteligencia Emocional (IE) y alexitimia. Dada la diversidad de los modelos de Inteligencia Emocional usados en estas publicaciones, el patrón consistente de una asociación moderada a elevada entre los dos constructos es significativa. Por ejemplo, Schutte et al. (1998) desarrollaron una escala autoinforme de 33 ítems para medir Inteligencia Emocional derivada de un modelo anterior de Salovey & Mayer (1989/1990). Utilizando la Toronto Alexitimia Scale de 26 ítems (TAS; Taylor et al., 1986), Schutte et al. (1998) encontraron una correlación de  $-.65$  en una muestra pequeña ( $n=25$ ). Con el mismo instrumento, Saklofske, Austin y Minski (2003) encontraron una asociación negativa moderada similar ( $-.52$ ) entre la medida de Inteligencia Emocional y alexitimia (usando el TAS de 20 ítems, un instrumento psicométricamente superior; Bagby et al., 1994).

Usando el Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995) para medir la Inteligencia Emocional y el TAS-20 para la alexitimia, Palmer, Donaldson y Stough (2002) encontraron una correlación de  $-.42$  en una muestra de adultos. Dawda y Hart (2000) informan de una correlación de  $-.49$  para hombres y de  $-.55$  para mujeres entre la escala total de Inteligencia Emocional y el TAS-20, usando el Emocional Quotient Inventory (EQ-i; Bar-On, 1997) para medir la Inteligencia Emocional. Con una muestra más amplia de adultos ( $n=734$ ), Parker et al. (2001) informan sobre una correlación de  $-.72$  entre las

mismas dos medidas. Parker, Hogan, Majeski y Bond (2003) encontraron una correlación similar alta (-.68) entre el TAS-20 y la escala total del EQ-i (versión corta; Bar-On, 2002).

Hay que reconocer que la mayoría de las publicaciones existentes sobre la relación entre Inteligencia Emocional y alexitimia se ha hecho usando medidas de autoinforme. Esto no es sorprendente, ya que no fue hasta hace poco que se desarrollaron alternativas a estos instrumentos de autoinforme para medir Inteligencia Emocional. Mayer et al. (1999), por ejemplo, desarrolló la escala Multi-Factor Emocional Intelligence Scale (MEIS), que es un instrumento basado en el rendimiento y que exige al sujeto que resuelva una variedad de problemas relacionados con emociones. Este instrumento fue revisado por Mayer, Salovey y Caruso (2002) y se llama ahora el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Dos estudios no publicados por Lumley et al. (2002, Marzo) y Parker, Bagby y Taylor (2003, Agosto) muestran evidencias empíricas para un solapamiento conceptual entre Inteligencia Emocional y alexitimia, usando el MSCEIT y el TAS-20. Ambos estudios mostraron asociaciones negativas moderadas entre las puntuaciones totales en los dos instrumentos en estudiantes universitarios de primer ciclo.

Las teorías sobre Inteligencia Emocional y sobre alexitimia son consistentes con la asociación negativa que consistentemente fue encontrado entre estos dos constructos. Comparando las definiciones de alexitimia y de Inteligencia Emocional se puede apreciar que los dos constructos están considerablemente relacionados (Parker et al., 2001; Taylor, Parker, & Bagby, 1999). En su modelo inicial de inteligencia emocional, Salovey, Hsee y Mayer (1993) conceptualizaron a los individuos con alexitimia como el extremo bajo de la dimensión de Inteligencia Emocional. Como se ha dicho, los individuos alexitimicos tienen un mayor riesgo de presentar problemas físicos y mentales (Krystal, 1982/83; Taylor, 1987); además, muchas veces son clientes poco aptos para muchas formas de psicoterapia orientada hacia el *insight*: alexitimia puede ser “el factor único más importante que disminuye el éxito del psicoanálisis y de la psicoterapia psicodinámica” (Cristal, 1982/1983, p. 364). Los problemas psicológicos experimentados por estos individuos pueden incluso empeorarse mediante las formas tradicionales de psicoterapia (Krystal, 1982/83; Sifneos, 1975; Taylor, 1987; Taylor et al., 1997), hecho que es consistente con las observaciones clínicas de Horney (1952) hace medio siglo.

### **Ejemplo de un caso**

El siguiente caso indica que algunos psicoterapeutas no consiguen reconocer las características clínicas de alexitimia (o baja inteligencia emocional), y que esta falta de *insight* puede empeorar el cuadro clínico.

El Sr. E, un ejecutivo de 45 años de una gran empresa de joyería, vino a la consulta de un psicoterapeuta por “infelicidad” general y sentimientos persistentes de “aburrimiento”. Después de 12 meses de sesiones semanales, de los cuales el

cliente parece haber sacado muy poco provecho terapéutico, el Sr. E. fue derivado a un psiquiatra. En una entrevista con éste, el Sr. E. informó que había encontrado el año de psicoterapia como algo muy estresante, porque nunca sabía de qué hablar en las sesiones. Empezó a temer las visitas, y deliberadamente no acudió a algunas sesiones recientes porque tenía la impresión que estaba perdiendo su tiempo y su dinero. El Sr. E. informó que en muchas ocasiones había manifestados sus quejas al terapeuta sobre el lento paso del tratamiento, pero se sentía presionado por su mujer para que no abandonara el tratamiento. Durante gran parte del año transcurrido, el Sr. E. también había padecido un dolor persistente en la parte izquierda de su mandíbula. Estos síntomas habían aparecido varios meses después de haberle sido extraída una muela en esta parte de la mandíbula. Durante una consulta con su médico de cabecera por estos dolores, el Sr. E. también comentó sus continuos sentimientos de infelicidad. Fue el médico de cabecera quien le recomendó que fuera a ver a un psiquiatra.

El Sr. E. comentó que pocas veces experimentaba lo que él considera “sentimientos fuertes”, aunque sí que notaba que estaba experimentando un “estrés” considerable por el persistente dolor en su mandíbula. El Sr. E. comentó que cuando le salen problemas en su trabajo o en su matrimonio, muchas veces no se da cuenta de que está pasando estrés, excepto por ser algo menos hablador, y que su estómago a veces le duele en estas situaciones. Dice que quiere a su mujer desde hace 15 años, pero que tiene dificultades para poner en palabras cualquier otro sentimiento respecto a su relación. Informa que tiene poco interés en películas o en la televisión, y que su único pasatiempo (que ejerce cada día) es el squash. Tenía dificultades para recordar cualquier sueño, y cuando se le preguntó sobre fantasías diurnas, el Sr. E. afirmó que él nunca perdería su tiempo con algo así. Cuando el médico insistió, el Sr. E. admitió que a veces pensaba sobre las partidas de squash que había ganado o perdido.

El Sr. E. respondió al TAS-20 (Bagby et al., 1994) y puntuó en el rango alto de alexitimia, confirmándose así la impresión clínica de que era un candidato poco apto para la psicoterapia orientada hacia el *insight*. Como ya había sugerido su historial reciente, la psicoterapia orientada hacia el insight en realidad había empeorado su estado emocional estresante, el cual era incapaz de regular por su falta de competencias emocionales y sociales.

## **PSICOTERAPIA Y ALEXITIMIA**

Debido al hecho de que las formas tradicionales de psicoterapia parece que no funcionan con pacientes alexitímicos o incluso los empeoran, algunos profesionales han desarrollado una serie de modificaciones terapéuticas para trabajar con estos clientes. Estas modificaciones contrastan con la psicoterapia tradicional, porque intentan “aumentar las emociones de un nivel de la experiencia ligada al estímulo (un mundo de sensación y acción) a un nivel de representación conceptual (un

mundo de sentimientos y pensamientos), donde pueden ser usadas como señales de información, sobre las que se puede pensar y que pueden, a veces, ser comunicadas a otros” (Taylor et al., 1997, p. 252). En general, estas modificaciones intentan conseguir que los clientes se den cuenta del problema que tienen con su forma de procesar y experimentar sus emociones. Esta parte describe una serie de estas intervenciones terapéuticas.

Algunas de las publicaciones más detalladas hasta ahora sobre la adaptación de formas tradicionales de psicoterapia para el uso con clientes alexitímicos fueron facilitadas por Krystal (1979, 1988). Según este autor, un primer paso importante en el proceso clínico es hacer que el cliente se dé cuenta que un déficit en su forma de comprender y comunicar las emociones es la principal “causa” de sus problemas. Este puede ser un paso difícil de conseguir, ya que los individuos alexitímicos dan poca importancia a sus emociones y inicialmente viven las discusiones sobre emociones y sentimientos como aburridos y frustrantes (véase Taylor, 1995, para más detalles sobre este punto). Un segundo paso en el proceso clínico, según Krystal (1979, 1988), es más educacional que terapéutico. El terapeuta tiene que trabajar para mejorar las habilidades emocionales básicas en el cliente: ayudándole a reconocer y etiquetar emociones específicas, aprender a discriminar entre diferentes experiencias emocionales, y a aprender a comunicar estos sentimientos a otros de forma adecuada.

Este tipo de psicoterapia modificada muchas veces es un proceso lento y tedioso (Taylor, 1995). Una de las dificultades que el terapeuta tiene que intentar superar son las habilidades interpersonales pobres del cliente. Estos individuos muchas veces tienen dificultades para desarrollar un apego seguro (Taylor et al., 1997). Muchas veces temen la intimidad debido a su capacidad limitada de compartir sentimientos y experiencias personales significativas con otros (Fischer & Good, 1997; Mallinckrodt et al., 1998). No es sorprendente que a los clientes alexitímicos les cueste desarrollar una relación emocional intensa con su terapeuta (Brown, 1985; Taylor, 1987). Aunque rápidamente adoptan un papel de paciente dependiente, estas personas suelen esperar que sus problemas pueden ser “curados” con intervenciones médicas específicas. Cuando no se produce una “reparación” rápida, los sentimientos iniciales de aburrimiento por parte del cliente pueden escalar pronto hacia la frustración y el enojo, con un riesgo elevado de abandono.

### **Terapia individual**

Varios autores han descrito una serie de técnicas terapéuticas para reducir síntomas alexitímicos en sus clientes (por ejemplo Krystal, 1988; Taylor et al., 1997). Algunos individuos se benefician de empezar el proceso de intervención con una combinación de psicoterapia y técnicas conductuales como relajación o biofeedback (Taylor, 1987; Taylor et al., 1997). Estos tipos de técnicas conductuales puede mejorar la conciencia introspectiva de los clientes alexitímicos, especialmen-

te la habilidad de auto-regular los estados fisiológicos diferentes. Greenberg y Safran (1987, 1989) sugirieron que el terapeuta podría prestar más atención a expresiones no verbales de emoción (por ejemplo, movimientos del cuerpo, gestos, miradas) de lo habitual en las sesiones terapéuticas. Estos acontecimientos conductuales pueden convertirse en fuentes de información importantes durante el proceso de enseñar al cliente a comunicar mejor sus sentimientos (e interpretar mejor los estados internos de otros).

También existen indicios de que el hecho de enseñar a pacientes con síntomas de alexitimia a que presten atención a sus sueños puede mejorar el progreso de la terapia (Cartwright, 1993). Los sueños pueden facilitar al terapeuta un material idóneo para conseguir que el individuo alexitímico focalice en sus sentimientos y experiencias internas. El terapeuta también puede aumentar el desarrollo de habilidades emocionales en estos clientes usando las experiencias emocionales del cliente (generadas en sesiones terapéuticas específicas) más de lo habitual en psicoterapia tradicional orientada al *insight* (Krystal, 1982/83; McDougall, 1989; Taylor, 1987). Si aparecen problemas de contratransferencia, algo no infrecuente con clientes alexitímicos (Krystal, 1979; Taylor, 1977), el terapeuta también puede decidir hablar con el cliente de sus sentimientos de aburrimiento y frustración. El terapeuta puede usar el humor y las fantasías del cliente durante una sesión individual. Todas estas formas de comunicación ayudan al cliente a asociar situaciones interpersonales específicas con su experiencia interior particular.

Pierloot y Vinck (1977) llevaron a cabo uno de los primeros estudios para establecer el beneficio de diferentes formas de psicoterapia para pacientes con alexitimia. Los pacientes de una consulta externa con una variedad de problemas de ansiedad fueron asignados al azar a uno de dos grupos de intervención: psicoterapia psicodinámica breve o terapia conductual (es decir, desensibilización sistemática). Estos investigadores encontraron que los pacientes con características alexitímicas abandonaron las terapias psicodinámicas con mayor probabilidad que los que no presentaban alexitimia (Pierloot & Vinck, 1977).

Recientemente, Keller, Carroll, Nich y Rounsaville (1995) estudiaron las respuestas a diferentes formas de psicoterapia en adictos a la cocaína con y sin alexitimia. Los sujetos fueron asignados al azar a uno de cuatro grupos de tratamiento: terapia cognitivo-conductual más un medicamento placebo; terapia cognitivo-conductual combinado con un antidepresivo tricíclico (desipramina); manejo clínico (consultas médicas) más medicamento placebo; y tratamiento clínico en combinación con un antidepresivo tricíclico. El tipo de "manejo clínico" usado en estos dos grupos requería poca focalización "interna" por parte del cliente e incluía una relación médico-paciente de apoyo, empatía y educación. El tipo de terapia cognitivo-conductual usado en este estudio intentaba que los pacientes identificaran y comunicaran sus estados internos cognitivo-emocionales asociados con el uso de sustancias, igual que estimulaba a los pacientes a identificar, observar

y analizar su ansia de consumir droga. Después de 12 semanas de tratamiento, los clientes alexitímicos y no alexitímicos habían reaccionado de forma diferente a los dos tipos de psicoterapia: los participantes no alexitímicos presentaron mejores resultados con el tratamiento cognitivo-conductual, mientras los alexitímicos obtuvieron mejores resultados con el manejo clínico.

### **Terapia en grupo**

Mientras las sesiones individuales pueden ser particularmente idóneas para educar a los individuos alexitímicos respecto a habilidades emocionales básicas, existe una serie de competencias que son especialmente relevantes para intervenciones en grupo (Swiller, 1988; Taylor et al., 1997). Aunque es muy importante que los individuos alexitímicos perciban el grupo como un entorno seguro y de apoyo, el terapeuta tiene que estimular un *feedback* sincero por parte de otros miembros del grupo, ya que esto puede ayudar a que el individuo alexitímico comprenda como su falta de empatía afecta a los demás. Al mismo tiempo, el terapeuta puede dirigir la atención del paciente alexitímico hacia aquellos otros miembros del grupo que presentan una forma más adaptativa y empática de relacionarse (Taylor et al., 1997).

Sin embargo, existen algunos temas y consideraciones prácticas que surgen cuando se trata a pacientes alexitímicos con terapia grupal. Como afirmó Swiller (1988), las habilidades interpersonales pobres de estos individuos muchas veces producen sentimientos de aburrimiento y frustración en otros miembros del grupo. Por eso, el terapeuta tiene que procurar limitar el número de pacientes alexitímicos incluidos en un grupo, si no quiere correr el riesgo de que los miembros no alexitímicos abandonen el grupo. Swiller (1988) sugiere que cuando no se puede evitar que participe más de un cliente alexitímico en un grupo, éstos deberían al menos estar en diferentes fases de su tratamiento.

La eficacia de terapia en grupo para reducir síntomas alexitímicos fue investigado por varios autores. Fukunishi, Ichikawa, Ichikawa y Matsuzawa (1994) estudiaron el uso de psicoterapia familiar con familias de toxicómanos. En este estudio, los miembros de la familia (adultos) se reunieron en grupos pequeños (de 4 a 5 participantes) una vez por semana en una sesión de dos horas. Los autores encontraron que los niveles de alexitimia de los miembros de la familia habían bajado significativamente después de seis meses de intervención. Beresnevaite (2000) también estudió, con una muestra de pacientes después de un infarto de miocardio, la eficacia de terapia grupal para reducir los síntomas de alexitimia. Los participantes en este estudio recibían una sesión de terapia en grupo de 90 minutos cada semana. Varias técnicas terapéuticas diferentes fueron usadas a lo largo de un proceso de 4 meses. Por ejemplo, los participantes fueron entrenados en técnicas de relajación, y también tenían que participar en actividades de rol-play y de comunicación no verbal. Los niveles de alexitimia se midieron en diferentes momentos: 1) antes del inicio de la terapia, 2) al final, 3) seis meses después del tratamiento, 4)

12 meses después, y 5) 24 meses después del tratamiento. Los autores encontraron una reducción significativa de las puntuaciones en la escala de alexitimia después de la terapia grupal, efecto que fue estable a lo largo del periodo de dos años de seguimiento.

Un estudio reciente por Ciano, Rocco, Angarano, Biasin, y Balestrieri (2002) comparó la eficacia de dos tipos diferentes de terapia en grupo para reducir síntomas alexitímicos en un pequeño grupo de individuos con trastorno de atracón. Un grupo de individuos participó en 14 sesiones psicoanalíticas grupales durante un periodo de 28 semanas, mientras el segundo grupo participó en 10 sesiones “psicoeducativas” durante 10 semanas que se centraban en facilitar información sobre alimentación y en mejorar las habilidades comunicativas de los clientes. Cuando se compararon los niveles de alexitimia antes y después del tratamiento, se encontró una reducción significativa de síntomas alexitímicos sólo en el grupo de pacientes que había recibido intervención “psicoeducativa”.

## CONCLUSIÓN

Este artículo describe varias implicaciones clínicas y terapéuticas importantes para la inteligencia emocional basándose en publicaciones relacionadas con varios constructos que se solapan. Aunque el constructo de Inteligencia Emocional tiene una relevancia obvia para la psicología clínica y la terapia, prácticamente toda la investigación en este ámbito ha estudiado, hasta ahora, poblaciones no-clínicas. Futuras investigaciones deben examinar la relación directa entre Inteligencia Emocional y trastornos clínicos (especialmente aquellos que se han asociado con alexitimia). También existe una necesidad que se investigue explícitamente la relación entre Inteligencia Emocional y diversas variables de resultados en psicoterapia, igual que la eficacia de intervenciones terapéuticas para mejorar competencias emocionales y sociales específicas. Es especialmente importante que en estas investigaciones futuras se utilicen diversos instrumentos de medida para la Inteligencia Emocional, en vez de focalizar exclusivamente en una única forma (por ejemplo, cuestionarios de auto-informe). Se puede especular que muchas de las medidas de Inteligencia Emocional que se han desarrollado recientemente pueden estimular estas investigaciones clínicas nuevas (por ejemplo, Bar-On, 1997, 2002; Bar-On & Parker, 2000; Mayer, Salovey, Caruso, & Sitarenios, 2003). Estos instrumentos desarrollados recientemente también pueden ayudar a asignar a los clientes a las intervenciones terapéuticas apropiadas, igual que hacer un seguimiento del progreso terapéutico de estos pacientes.

*Este artículo examina la relevancia del constructo de inteligencia emocional (IE) para la psicología clínica. Aunque exista poca investigación directa sobre el constructo de Inteligencia Emocional, varios constructos relacionados con ella han generado una cierta cantidad de literatura en el ámbito de la psicología clínica, particularmente el de alexitimia. Aunque inicialmente se ha asociado con pacientes con problemas psicósomáticos, alexitimia se ha vinculado a una variedad de trastornos clínicos. En varias poblaciones no clínicas se ha asociado también con una variedad de problemas de salud y estilo de vida, igual que con problemas interpersonales. Individuos que puntúan alto en medidas de alexitimia muchas veces son clientes poco aptos para muchas formas de psicoterapias que trabajan con insight. Como respuesta a esto, varios psicoterapeutas han adaptado formas de psicoterapia existentes para trabajar con estos individuos. Como se resume en este artículo, estas modificaciones intentan mejorar la capacidad del cliente para tomar conciencia de sus problemas para procesar y experimentar emociones. En el presente artículo también se describen técnicas especialmente recomendables para la intervención con grupos de pacientes.*

*Palabras clave: inteligencia emocional, trastornos psicológicos, psicoterapia, alexitimia, psicósomática.*

## **Notas del autor:**

La redacción de este artículo fue subvencionada por una beca de investigación otorgada al primer autor del *Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC)* y de la *Canadian Foundation for Innovation (CFI)*, y por una beca otorgada al segundo autor por la *Canada Graduate Scholarship (SSHRC)*.

Traducción: Úrsula Oberst

## **Referencias bibliográficas**

- ACKERMAN, S. J., & HILSENROTH, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- ACKLIN, M. W., & ALEXANDER, G. (1988). Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 343-350.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2003). *PsycINFO*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- APFEL, R. J., & SIFNEOS, P. E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics, 32*, 180-190.
- APPLEBAUM, S. A. (1973). Psychological-mindedness: Word, concept, and essence. *International Journal of Psychoanalysis, 54*, 35-45.
- BACHRACH, H. M., & LEAFF, L. A. (1978). "Analyzability": A systematic review of the clinical and quantitative literature. *Journal of the American Psychoanalytical Association, 26*, 881-920.
- BADURA, A. S. (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Journal of Anxiety Disorders, 17*, 349-360.
- BAGBY, R. M., PARKER, J. D. A., & TAYLOR, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale -I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.
- BAR-ON, R. (1997). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- BAR-ON, R. (2002). *BarOn Emotional Quotient Short form (EQ-i:Short): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

- BAR-ON, R., & PARKER, J. D. A. (2000). *Bar-OnEQ-i: Youth Version: Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- BARRON, F. (1953). An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 17*, 327-333.
- BECKHAM, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy, 29*, 177-182.
- BERESNEVAITE, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*, 117-122.
- BERMOND, B., VORST, H. C. M., VINGERHOETS, A. J., & GERRITSEN, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*, 241-251.
- BOYATZIS, R. E., GOLEMAN, D., & RHEE, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- BROWN, L. J. (1985). On concreteness. *Psychoanalytic Review, 72*, 379-402.
- CACIOPPO, J. T., & PETTY, R. E. (1982). The need for cognition. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 116-131.
- CARTWRIGHT, R. D. (1993). Who needs their dreams? The usefulness of dreams in psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 21*, 539-547.
- CIANO, R., ROCCO, P. L., ANGARANO, A., BIASIN, E., & BALESTRIERI, M. (2002). Group-analytic and psychoeducational therapies for binge-eating disorder: An exploratory study on efficacy and persistence of effects. *Psychotherapy Research, 12*, 231-239.
- CECERO, J. J., & HOLMSTROM, R. W. (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology, 53*, 201-208.
- COHEN, K. R., AULD, F., DEMERS, L. A., & CATCHLOVE, R. F. H. (1985). Alexithymia: The development of a valid and reliable projective measure (the objectively scored archetypal 9 test). *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 621-627.
- CONTE, H. R., PLUTCHIK, R., JUNG, B. B., PICARD, S., KARASU, T. B., & LOTTERMAN, A. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome: A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry, 31*, 426-431.
- DAWDA, D., & HART, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences, 28*, 797-812.
- DE GENNARO, L., FERRARA, M., CRISTIANI, R., CURCIO, G., MARTIRADONNA, V., & BERTINI, M. (2003). Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosomatic Medicine, 65*, 301-306.
- DE GUCHT, V., & HEISER, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 425-434.
- FENIGSTEIN, A., SCHEIER, M. F., & BUSS, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 522-527.
- FISCHER, A. R., & GOOD, G. E. (1997). Men and psychotherapy: An investigation of alexithymia, intimacy, and masculine gender roles. *Psychotherapy, 34*, 160-170.
- FUKUNISHI, I., ICHIKAWA, M., ICHIKAWA, T., & MATSUZAWA, K. (1994). Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. *Psychological Reports, 74*, 568-570.
- GREENBERG, L. S., & SAFRAN, J. D. (1987). *Emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- GREENBERG, L. S., & SAFRAN, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*, 19-29.
- GUTTMAN, H., & LAPORTE, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 448-455.
- HAVILAND, M. G., & REISE, S. P. (1996). A California Q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 597-608.
- HAVILAND, M. G., WARREN, W. L., RIGGS, M. L., & NITCH, S. (2002). Concurrent validity of two observer-rated alexithymia measures. *Psychosomatics, 43*, 472-477.
- HORNEY, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis, 12*, 3-9.
- HOROWITZ, M. J. (2002). Self- and relational observation. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*, 115-127.
- JYVAESJAERVI, S., JOUKAMAA, M., VAEISAENEN, E., LARIVAARA, P., KIVELAE, S., & KEINAENEN-KIUKAANNIEMI, S. (1999). Alexithymia, hypochondriacal beliefs, and psychological distress among frequent attenders in primary health care. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 292-298.

- KELLER, D. S., CARROLL, K. M., NICH, C., & ROUNSAVILLE, B. J. (1995). Alexithymia in cocaine abusers: Response to psychotherapy and pharmacotherapy. *American Journal on Addictions, 4*, 234-244.
- KLEIGER, J. H., & KINSMAN, R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics, 34*, 17-24.
- KRYSTAL, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 33*, 17-31.
- KRYSTAL, H. (1982/1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy, 9*, 353-388.
- KRYSTAL, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LAKE, B. (1985). Concept of ego strength in psychotherapy. *British Journal of Psychiatry, 147*, 471-478.
- LANE, R., SECHREST, L., REIDEL, R., WELDON, V., KASZNIAK, A., & SCHWARTZ, G. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 58*, 203-210.
- LANE, R. D., & SCHWARTZ, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 144*, 133-143.
- LANGER, E. (1989). *Mindfulness*. New York: Addison-Wesley.
- LUBORSKY, L., MCLELLAN, A., WOODY, G., O'BRIEN, C., & AUERBACH, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602-611.
- LUMLEY, M. A., DAVIS, M., LABOUIE-VIEF, G., GUSTAVSON, B., CLEMENT, R., BARRY, R., & SIMON, T. (2002, March). Multiple measures of emotional abilities: Their interrelationships and associations with physical symptoms. Presentation at the annual meeting of the American Psychosomatic Society, Barcelona, Spain.
- MALLINCKRODT, B., KING, J. L., & COBLE, H. M. (1998). Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 497-504.
- MATTHEWS, G., ROBERTS, R. D., & ZEIDNER, M. (2003). Development of emotional intelligence: A skeptical--but not dismissive--perspective. *Human Development, 46*, 109-114.
- MAYER, J. D., CARUSO, D. R., & SALOVEY, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence, 27*, 267-298.
- MAYER, J. D., & COBB, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review, 12*, 163-183.
- MAYER, J. D., SALOVEY, P., & CARUSO, D. R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- MAYER, J. D., SALOVEY, P., CARUSO, D. R., & SITARENOS, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion, 3*, 97-105.
- MAYES, L. C., & COHEN, D. J. (1992). The development of a capacity for imagination in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child, 47*, 23-47.
- MCCALLUM, M., & PIPER, W. E. (1997). *Psychological mindedness: A contemporary understanding*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- MCCALLUM, M., & PIPER, W. E. (2000). Psychological mindedness and emotional intelligence. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- MCCALLUM, M., PIPER, W., & JOYCE, A. (1992). Dropping out from short-term group therapy. *Psychotherapy, 29*, 206-215.
- MCCALLUM, M., PIPER, W., OGDONICZUK, J. S., & JOYCE, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 133-144.
- MCDOUGALL, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York: Norton.
- NEMIAH, J. C., FREYBERGER, H., & SIFNEOS, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol. 3, pp. 430-439). London: Butterworths.
- OWEN, P., & KOHUTEK, K. (1981). The rural mental health dropout. *Journal of Rural Community Psychology, 2*, 38-41.
- PALMER, B., DONALDSON, C., & STOUGH, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 33*, 1091-1100.
- PARKER, J. D. A. (2000). Emotional intelligence: Clinical and therapeutic implications. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (490-504). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- PARKER, J. D. A., BAGBY, R. M., & TAYLOR, G. J. (2003, August). *Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: Is it distinct from basic personality?* Presentation at the annual meeting of the American Psychological

- Association, Toronto, Ontario.
- PARKER, J. D. A., BAUERMANN, T. M., & SMITH, C. T. (2000). Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from REM sleep awakenings. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 486-491.
- PARKER, J. D. A., HOGAN, M. J., MAJESKI, S. A., & BOND, B. J. (2003). Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the short form for the Emotional Quotient Inventory. Manuscript submitted for publication.
- PARKER, J. D. A., TAYLOR, G. J., & BAGBY, R. M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *59*, 197-202.
- PARKER, J. D. A., TAYLOR, G. J., & BAGBY, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *30*, 107-115.
- PARKER, J. D. A., TAYLOR, G. J., & BAGBY, R. M. (2003). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 269-275.
- PARKER, J. D. A., WOOD, L. M., BOND, B. J., & SHAUGHNESSY, P. (2005). Alexithymia in young adulthood: a risk-factor for pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*, 55-55.
- PEKARIK, G. (1983). Follow-up adjustment of outpatient dropouts. *American Journal of Orthopsychiatry*, *53*, 501-511.
- PIERLOOT, R., & VINCK, J. (1977). A pragmatic approach to the concept of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *28*, 156-166.
- PIPER, W. E., JOYCE, A. S., MCCALLUM, M., & AZIM, H. F. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 558-567.
- PIPER, W. E., MCCALLUM, M., JOYCE, A. S., ROSIE, J. S., & OGRODNICZUK, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, *51*, 525-552.
- REDER, P., & TYSON, R. (1980). Patient dropout from individual psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *44*, 229-252.
- RUESCH, J. (1948). The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, *10*, 134-144.
- RYBAKOWSKI, J., ZIÓLKOWSKI, M., ZASADZKA, T., & BRZEZINSKI, R. (1988). High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *21*, 133-136.
- SAKLOFSKE, D. H., AUSTIN, E. J., & MINSKI, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, *34*, 707-721.
- SALOVEY, P., HSEE, C. K., & MAYER, J. D. (1993). Emotional intelligence and the self-regulation of affect. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 258-277). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- SALOVEY, P., & MAYER, J. D. (1989/1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, *9*, 185-211.
- SALOVEY, P., MAYER, J., GOLDMAN, S., TURVEY, C., & PALFAI, T. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- SALTZMAN, C., LUETGERT, M. J., ROTH, C. H., CREASER, J., & HOWARD, L. (1976). Formation of a therapeutic relationship: Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *44*, 546-555.
- SCHUTTE, N. S., MALOUFF, J. M., HALL, L. E., HAGGERTY, D. J., COOPER, J. T., GOLDEN, C. J., & DORNHEIM, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *25*, 167-177.
- SIFNEOS, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*, 255-262.
- SIFNEOS, P. E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *26*, 65-70.
- SIFNEOS, P. E. (1986). The Schalling-Sifneos Personality Scale-Revised. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *45*, 161-165.
- SILVER, D. (1983). Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Canadian Journal of Psychiatry*, *28*, 513-521.
- STONE, L., & NIELSON, K. A. (2001). Intact physiological responses to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *70*, 92-102.
- SUSLOW, T., & JUNGHANN, K. (2002). Impairments of emotion situation priming in alexithymia. *Personality*

*and Individual Differences*, 32, 541-550.

- SWILLER, H. I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 47-61.
- TAYLOR, G. J. (1977). Alexithymia and the counter-transference. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 141-147.
- TAYLOR, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- TAYLOR, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- TAYLOR, G. J. (1995). Psychoanalysis and empirical research: The example of patients who lack psychological mindedness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 23, 263-281.
- TAYLOR, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134-142.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., & LUMINET, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., & PARKER, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- TAYLOR, G. J., PARKER, J. D. A., & BAGBY, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27, 339-354.
- TAYLOR, G. J., RYAN, D., & BAGBY, R. M. (1986). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191-199.
- TOLOR, A., & REZNIKOFF, M. (1960). A new approach to insight: A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130, 286-296.
- ZEIDNER, M., ROBERTS, R. D., & MATTHEWS, G. (2002). Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational Psychologist*, 37, 215-231.
- ZLOTNICK, C., MATTIA, J. I., & ZIMMERMAN, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 177-188.
- ZONNEVILJE-BENDER, M. J. S., VAN GOOZEN, S. H. M., COHEN-KETTENIS, P. T., VAN ELBURG, A., & VAN ENGELAND, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.