

Palabras clave: Alexitimia, Estudio longitudinal, Bienestar, Ansiedad, Síntomas depresivos, Discapacidad social.

Predictores psicosociales de alexitimia estudiados durante un período de 12 meses en una población femenina de “no casos”

M. Posse, MD, PhD, MRCPsych
T. Hällström
G. Backenroth-Ohsako

Neurotec Department, Division of
Psychiatry, Karolinska Institutet, Huddinge
University Hospital, M-57, S-14186
Stockholm

SWEDEN

RESUMEN – Se han documentado conclusiones en estudios previos sobre la estabilidad de la alexitimia y su relación con la ansiedad y la depresión, sin distinguir el concepto de estabilidad relativa en cuanto a diferencias individuales del concepto de estabilidad en puntuaciones absolutas. Además, los estudios anteriores no han modelado explícitamente el cambio absoluto en las puntuaciones de alexitimia como una función del cambio absoluto en las puntuaciones de gravedad de los síntomas psicosociales.

En este contexto, nos planteamos evaluar la estabilidad absoluta de la alexitimia durante un período de un año en una población de “no casos”. También quisimos estudiar si las variables psicosociales explican cambios en la alexitimia a lo largo del tiempo.

En un estudio de seguimiento a 12 meses, se evaluaron los cambios en el nivel de alexitimia, sentimientos de bienestar, ansiedad somática, síntomas depresivos y discapacidad social en una muestra de trabajadoras de guardería. En el estudio se incluyeron doscientas cincuenta y tres mujeres. Nuestros hallazgos muestran que, aunque se observen cambios absolutos en la alexitimia, también se puede observar un alto grado de estabilidad. Se documentó que los cambios en la alexitimia eran independientes de los cambios en la gravedad de los síntomas y de las características demográficas.

Los resultados parecen indicar que la alexitimia no es simplemente un efecto directo de la gravedad de los síntomas psicosociales o el resultado de una causa común, sino que es, también, responsable del inicio de los síntomas psicosociales.

Introducción

La alexitimia se refiere a un trastorno cognitivo-afectivo caracterizado por la dificultad en identificar y describir sentimientos y en

elaborar fantasías (Nemiah y Sifneos 1970, Sifneos 1973). El concepto de alexitimia se derivó de observaciones clínicas de pacientes con enfermedades psicosomáticas clásicas (Nemiah y Sifneos 1970, Sifneos 1973). La

alexitimia se ha asociado a varios trastornos, incluyendo conductas compulsivas, trastorno de ansiedad y enfermedad somática con o sin síntomas (Gick y Thompson 1997, Zeitlin y Nally 1993). Se ha hipotetizado que estos trastornos resultan de un déficit central de respuesta adecuada a estados emocionales y a ciertas sensaciones viscerales (Parker *et al.* 1998, Toradello *et al.* 1995), que da lugar a una activación fisiológica y a un estado subjetivo negativo. Estos estados no son regulados, en cambio, por estrategias psicológicas. Algunas investigaciones señalan que los individuos alexitímicos mantienen pobres relaciones interpersonales (Keltikangas-Jarvinen 1982, Taylor 1994) y algunos hallazgos recientes señalan que una dificultad para expresar emociones, una de las facetas de la alexitimia, se asocia negativamente con la autoestima subjetiva (Yelsma 1995). Los estudios transversales han documentado asociaciones positivas de la alexitimia con el estrés (Jimerson 1994, Fukunishi *et al.* 1994).

En un estudio de seguimiento durante un año en pacientes ambulatorios de hospital general psiquiátrico, Salminen *et al.* (1994) documentaron que la alexitimia era un rasgo estable más que un estado. En otros estudios recientes se han encontrado indicios de que el constructo alexitímico contiene componentes reversibles de estado-reacción. Esto se evidenció en pacientes con trastornos de pánico y/o fobia social, al estudiar dos de las tres facetas del constructo de la alexitimia, en concreto la dificultad para identificar y para expresar sentimientos (Fukunishi *et al.* 1997). En este último estudio, la disminución en las puntuaciones de alexitimia no se relacionó con una reducción en la depresión. Además, el tercer componente del constructo de la alexitimia, el pensamiento orientado externamente, no se relacionó con los niveles de ansiedad o depresión antes o después del tratamiento. También, aproximadamente un tercio de los

pacientes permaneció alexitímico después del tratamiento (Fukunishi *et al.* 1997).

Objetivos

En este contexto, nos planteamos evaluar la estabilidad absoluta de la alexitimia mediante la comparación de las puntuaciones de alexitimia evaluadas en dos ocasiones en una población de “no casos”. También estudiamos hasta qué punto participa la estabilidad relativa de una medida de personalidad (TAS-20 total y sus tres subescalas) en cuanto a características demográficas, gravedad de la depresión, gravedad de la ansiedad y gravedad de la pérdida de bienestar, y grado de discapacidad social.

Métodos

Sujetos

En la primera valoración, se pidió a 423 mujeres trabajadoras del programa de cuidados infantiles de la Comunidad de Huddinge que completaran un cuestionario autoadministrado que incluía el test TAS-20. Sólo recibieron el cuestionario completo los últimos tres centros de trabajo, debido a dificultades técnicas al comienzo del estudio. Sin embargo, estos centros de trabajo no se diferencian en nada del resto, por lo que hemos considerado que nuestra muestra es aleatoria del número total de trabajadoras. De estas 423 empleadas, 323 completaron el cuestionario autoadministrado (tasa de respuesta del 76,4%). En el seguimiento al año se obtuvieron 253 parejas de cuestionarios (tasa de respuesta del 78,3%); en conjunto, más de 800 sujetos completaron el cuestionario entre ambas evaluaciones. La edad media al comienzo del estudio fue de 41,3 años (d.e. 10,2), con un rango entre 18 y 62 años. La muestra se clasificó en ocho grupos

ocupacionales: profesoras de educación primaria, terapeutas ocupacionales y profesoras de educación especial (n = 98); enfermeras de guardería (n = 86); cuidadoras de guardería (n = 27); trabajadoras sociales y directoras ejecutivas (n = 14); personal de “catering” (n = 12); personal de limpieza (n = 5); ayudantes de alumnos y profesoras de idiomas (n = 2); y ayudantes personales para niños con necesidades especiales (n = 1). Ocho personas no encajaron en ninguna de las categorías citadas anteriormente.

Doscientos cuarenta y nueve sujetos de un total de 253 (98,4%) completaron la información referente a su formación educativa previa.

Procedimiento

Se rellenó un cuestionario autoadministrado que incluía información básica, factores psicosociales y los siguientes instrumentos:

La alexitimia se evaluó con la escala de 20 ítems de alexitimia de Toronto (*20-item Toronto Alexithymia Scale, TAS-20*); (Bagby *et al.* 1994). La TAS-20 contiene tres factores que valoran tres componentes sobresalientes del constructo multifacético de alexitimia: dificultad para identificar sentimientos, dificultad para comunicar sentimientos a otros, y pensamiento orientado externamente. Además, para documentar la estabilidad y replicabilidad de su estructura trifactorial, la TAS-20 ha demostrado una alta consistencia interna, una buena fiabilidad test-retest y buena validez convergente, discriminatoria y concurrente (Bagby *et al.* 1994, Taylor *et al.* 1997).

De acuerdo con la definición del constructo de alexitimia, la TAS-20 también se correlaciona negativamente con una medida de fantasía y otras actividades imaginarias, (Taylor *et al.* 1997). La versión de la TAS-20 utilizada en este estudio ha sido traducida al sueco por Gillberg, Wahlstrom, y Kössler, con el permiso del grupo de Toronto (Rästmam *et al.* 1997).

Es un cuestionario autoadministrado que contiene 20 ítems, que son valorados en una escala de 5 puntos, dando lugar a una puntuación total posible entre 20 y 100. Debido a que no teníamos un grupo control, seguimos la recomendación de situar el punto de corte en ≥ 56 como indicativo de anormalidad.

El Índice de Bienestar (Diez) de la OMS (*WHO Well-Being Index*, Bech *et al.* 1996), incluye aspectos positivos y negativos del bienestar en una única escala unidimensional. Se ha documentado que la escala de diez ítems constituye un índice válido del bienestar, con adecuadas validez interna y externa, y se deriva de la *WHO Well-Being Index* de 28 ítems. En este estudio se ha invertido el primer ítem que evalúa depresión, por lo que la escala mide bienestar positivo. Ya que la medida no es específica de enfermedad, puede ser útil como medida de bienestar en estudios sobre cuidados de salud. Se pueden asignar cuatro valores a cada ítem (nunca, ocasionalmente, a menudo, y todo el tiempo). Cuanto mayor es la puntuación, es más evidente la falta de bienestar positivo.

Los síntomas de ansiedad fueron evaluados utilizando la versión abreviada de la escala de Seehan de ansiedad puntuada por el paciente (Seehan 1983). La Parte 1 de esta escala (35 ítems) evalúa las series de síntomas que han tenido lugar regularmente en los seis meses anteriores y mide la gravedad del trastorno de ansiedad. La versión abreviada que utilizamos incluyó los ítems 1-10, 13, 15-17, y 19-21, todos pertenecientes a la Parte 1 de la escala. Ésta incluye síntomas correspondientes a los criterios DSM-IV para ataques de pánico ocurridos regularmente durante los 30 días pasados. Se pueden asignar cinco valores a cada ítem (nada / en absoluto, un poco, moderadamente, notablemente y extremadamente).

Los síntomas depresivos fueron evaluados empleando el *Major Depression Inventory* (Bech y Wermuth 1998), que se basa en

los criterios CIE-10 y del DSM-IV para episodio depresivo mayor (Asociación Americana de Psiquiatría 1994). Se han documentado altos valores de sensibilidad y especificidad del Inventario (Bech, comunicación personal, 2000). El cuestionario consta de 12 ítems. Se añadieron dos ítems extra para evaluar la ideación suicida y el exceso de sueño. Se utilizó una escala de 6 puntos para todos los ítems (desde “todo el tiempo” hasta “en ningún momento”).

La discapacidad social se evaluó utilizando una versión modificada del *WHO Brief Disability Questionnaire* (Sartorius *et al.* 1993), que es un instrumento autoadministrado de medida de la discapacidad derivado del *WHO Disability Assessment Schedule* (Organización Mundial de la Salud 1980) y de la versión abreviada de *36 ítems del Health Survey Disability Items* (Stewart *et al.* 1988, Ware y Sherbourne 1992). El *WHO Brief Disability Questionnaire* ha sido traducido a los 13 idiomas más importantes del mundo y ha sido fácilmente utilizado por personal de atención primaria con fiabilidad en distintos entornos culturales. En este estudio se excluyó el ítem 1, que evalúa actividades de la vida diaria, de modo que el cuestionario incluyó ítems sobre el autocuidado y el funcionamiento social y empleó una escala de cuatro puntos (nada en absoluto - completamente) (Tabla II). El bajo rendimiento y el absentismo por enfermedad en el trabajo se puntuaron de manera dicotómica (Sí, No). También se valoró la discapacidad social percibida debida a problemas psicológicos o personales.

Métodos estadísticos

Para estudiar las asociaciones entre las dimensiones de los síntomas y el TAS-20 global, así como los subfactores de la TAS-20, se calcularon los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson (Altman *et al.* 2000).

Para evaluar si los cambios temporales en la alexitimia (estabilidad absoluta) eran estadísticamente significativos, se calcularon los valores t de Student emparejados.

Para evaluar la estabilidad relativa se llevó a cabo un análisis multivariante de regresión lineal, controlando la edad y la educación. El nivel alfa se situó en 0,05.

Resultados

Se reclutaron 253 sujetos para estudiar la estabilidad en el tiempo. Ciento veintinueve mujeres alcanzaron un mayor nivel de educación (educación secundaria o superior), y 115 mujeres tenían un nivel más bajo de educación. Las únicas variables asociadas con niveles más bajos de educación fueron puntuaciones más altas en el TAS-20 total y en los subfactores 2 (dificultad para expresar sentimientos) y 3 (pensamiento orientado externamente).

En casi todos los análisis, tanto las puntuaciones totales TAS-20 como sus tres subfactores y las variables relativas a los síntomas se relacionaron entre sí y a lo largo del período estudiado (Tabla I). Se detectó que sólo el subfactor 3, pensamiento externamente orientado, no estaba relacionado ($p > 0,05$) con todas las variables psicosociales en el seguimiento y con los sentimientos de bienestar y síntomas depresivos en la evaluación inicial. Los resultados indican que los coeficientes del test-retest para el TAS-20 global y sus tres subfactores, así como aquéllos para depresión, ansiedad, y sentimientos de bienestar, fueron generalmente similares. Sin embargo, la correlación test-retest para la discapacidad social fue sólo la mitad que para otras variables, aunque aún así fue altamente significativa.

La Tabla II presenta los resultados relativos al cambio de puntuación para las medidas de

Tabla I
Estadística descriptiva y correlaciones producto-momento entre las variables obtenidas en la evaluación inicial (T1) y en el seguimiento al año (T2). N = 253

Variable T1 T2	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Media	d.e.
1. Bienestar	0,61****	0,31****	0,38****	0,25****	0,25****	0,35****	0,26****	0,10	2,43	0,49
2. Síntomas de ansiedad	0,21****	0,56****	0,32****	0,22****	0,20****	0,32****	0,14*	0,04	1,39	0,43
3. Síntomas depresivos	0,47****	0,43****	0,53****	0,26****	0,23****	0,35****	0,23****	0,07	5,38	0,65
4. Discapacidad social	0,40****	0,41****	0,42****	0,27****	0,22****	0,35****	0,17**	0,01	1,49	0,51
5. TAS-20	0,23****	0,26****	0,22****	0,19**	0,49****	0,56****	0,50****	0,48****	35,76	12,13
6. Subfactor 1	0,24****	0,30****	0,29****	0,19**	0,36****	0,58****	0,40****	0,31****	1,66	0,66
7. Subfactor 2	0,22****	0,18**	0,18**	0,19**	0,42****	0,50****	0,56****	0,39****	2,15	0,79
8. Subfactor 3	0,07	0,13*	0,05	0,15*	0,41****	0,34****	0,33****	0,55****	2,26	0,60

(*) $r > 0,12$, $p < 0,05$; (**) $r > 0,16$, $p < 0,01$; (***) $r > 0,20$, $p < 0,001$; (****) $r > 0,24$, $p < 0,0001$.

Tabla II
Cambio absoluto (Media, d.e.) en las puntuaciones de alexitimia, gravedad de la ansiedad y de la depresión, así como la carencia de sentimientos de bienestar y discapacidad social.

Variable	Media	d.e.	t	p
TAS-20	3,96	11,92	5,29	< 0,0001****
Subfactor 1	0,55	4,60	1,88	ns
Subfactor 2	0,75	4,11	2,89	0,004**
Subfactor 3	2,36	5,75	6,50	< 0,0001****
Bienestar	-0,09	0,50	-2,91	0,004**
Síntomas de ansiedad	-0,01	0,43	-0,37	ns
Síntomas de depresión	0,02	0,61	0,59	ns
Discapacidad social: ****				
a. actividades de ocio	0,01	0,67	0,28	ns
b. rutina diaria	0,02	0,54	0,58	ns
c. motivación en el trabajo	-0,04	0,58	-0,99	ns
d. eficacia en la vida diaria	-0,01	0,52	-0,37	ns
e. relaciones en el trabajo/casa	0,00	0,51	0,00	ns
f. habilidad para desempeñar las obligaciones normales en los últimos 30 días	-0,01	0,29	-0,65	ns

(*) = $p < 0,05$; (**) = $p < 0,01$; (***) = $p < 0,001$; (****) = $p < 0,0001$ (*****) debido a problemas psicológicos o personales.

alexitimia y para las variables de los síntomas. Las puntuaciones totales en la TAS-20 y en sus subfactores 2 (dificultad para expresar sentimientos) y 3 (pensamiento orientado externamente) cambiaron significativamente, así como las puntuaciones sobre falta de sentimientos de bienestar. Las puntuaciones en el subfactor 1 de la TAS-20 (dificultad para identificar sentimientos), así como las puntuaciones en ansiedad, discapacidad social y síntomas depresivos permanecieron sin cambios.

Debido a que las medidas de la alexitimia y dos de sus tres subfactores (dificultad para identificar sentimientos y dificultad para expresar sentimientos) se relacionaron con las medidas de todas las variables de los síntomas, tanto en el seguimiento como en la evaluación inicial, examinamos hasta qué punto la estabilidad relativa de la alexitimia medida con la TAS-20, tanto global como sus tres subfactores, podrían estar relacionadas con las características demográficas y diferencias relativas en las variables de los síntomas, falta de sentimientos de bienestar, gravedad de la ansiedad, gravedad de la depresión, y el grado de discapacidad social en los sujetos en alguno o ambos períodos de tiempo.

La Tabla III muestra que el cambio en las puntuaciones TAS-20 en el seguimiento pueden derivarse de las puntuaciones iniciales TAS-20, independientemente de la gravedad

de los síntomas psicosociales y de las características demográficas. Se llevaron a cabo también análisis similares en los tres subfactores TAS-20, que documentaron resultados similares a los obtenidos para la TAS-20 total (datos no mostrados). El único indicio de dependencia fue una asociación débil entre las puntuaciones TAS-20 y sus tres subfactores con la variable discapacidad social en el seguimiento, pero no en la evaluación inicial (0,05 y 0,01, respectivamente).

Discusión

En estudios anteriores (Posse y Hällström 1998, Posse y Hällström 1999), encontramos que la alexitimia, en una población mixta en busca de consejo médico, se asociaba a una edad más avanzada, género masculino, bajo nivel educativo, y unos rasgos de personalidad caracterizados por la suspicacia y la distancia, así como por la depresión no detectada. La elección de una población de profesionales enteramente femenina pareció permitirnos estudiar la alexitimia sin el impacto de algunos de los elementos de confusión presentados en el estudio en atención primaria, tales como el género y la enfermedad médica.

Tabla III

Estabilidad relativa de las puntuaciones TAS-20 en relación con la gravedad de los síntomas, y controlada por edad y educación.

Constante (variable dependiente)	Variable predictora	p
TAS-20 (2) - TAS-20 (1)	Bienestar (2)	0,75
	Bienestar (1)	0,78
	Ansiedad (2)	0,70
	Ansiedad (1)	0,91
	Depresión (2)	0,29
	Depresión (1)	0,35
	Discapacidad social (2)	0,05*
	Discapacidad social (1)	0,95
	Edad	0,30
	Educación	0,12

Nota. (1) Evaluación inicial. (2) Evaluación en el seguimiento.

La presente investigación se llevó a cabo en una población de “no casos” en edad laboral. Se obtuvo una tasa de respuesta alta y, debido a que el cuestionario incluía escalas de síntomas psiquiátricos, un índice de bienestar, y una medida del funcionamiento social, refleja un amplio espectro del funcionamiento mental. Sin embargo, sólo se utilizaron escalas autoadministradas, sin una entrevista diagnóstica asociada, excluyendo así un elemento de valoración clínica.

Metodológicamente este estudio mostró una discrepancia en la evaluación de la ansiedad, ya que sólo cinco de los 19 ítems que evaluaban ansiedad fueron indicativos de componentes psíquicos de ansiedad; por lo tanto, la asociación entre ansiedad y síntomas depresivos en el estudio parece reflejar, principalmente, una asociación con la ansiedad somática. Los ítems perdidos de la TAS-20 parecieron no haber tenido ningún impacto en el resultado general.

Los resultados de este estudio, sin embargo, difieren de alguna manera de los documentados en un estudio reciente, donde se encontró que la alexitimia estaba directamente influenciada por la ansiedad (rasgo y estado), pero no por la depresión (Berthoz *et al.* 1999). En dicho estudio, en población exclusivamente femenina, la depresión se asoció sólo con factores de sentimiento (“feeling”) de la TAS. No obstante, en aquel estudio se utilizó la TAS-26 en lugar de la TAS-20.

Los hallazgos mostrados en el presente estudio sugieren también la importancia de examinar tanto los subfactores como la alexitimia total, ya que confirman los resultados de otros estudios (Fukunishi *et al.* 1997, Taylor *et al.* 1984), que indican que el subfactor 3 (pensamiento orientado externamente) generalmente no se relaciona con los síntomas psicosociales. En nuestro estudio, sólo una pequeña proporción de la varianza en las

puntuaciones del subfactor 3 se relacionó con la gravedad de los síntomas psicosociales.

Ningún estudio previo ha analizado explícitamente modelos relativos a los cambios absolutos en las puntuaciones de alexitimia como una función de cambio absoluto en las puntuaciones de gravedad de los síntomas psicosociales. En el presente estudio, hemos tenido en cuenta esto y nuestros hallazgos muestran que, aunque se puedan observar cambios absolutos en la alexitimia, también se puede observar un alto grado de estabilidad relativa. Los resultados muestran que la alexitimia no es simplemente un efecto directo de la gravedad de los síntomas psicosociales o el resultado de una causa común, sino que también es responsable del inicio de los síntomas psicosociales. Otros estudios pueden corroborar estos resultados. Por ejemplo, se ha encontrado que la isquemia subclínica se asocia independientemente al subfactor 3 TAS-20, pensamiento orientado externamente, en una población mixta (Torosian *et al.* 1997). Los resultados del presente estudio también muestran que la estabilidad relativa de las puntuaciones del TAS-20 y sus subfactores fueron independientes de la edad y también de la educación. Los resultados confirman que puede observarse en el tiempo un grado de estabilidad relativa de alexitimia medida con la TAS-20, lo que concuerda con otros estudios (Salminen *et al.* 1994, Wise *et al.* 1995).

Entonces ¿se debe considerar la alexitimia como una reacción de estado en las mujeres y más como un rasgo en los hombres? Se ha descubierto un restablecimiento de los factores de sentimientos (“feeling”) (subfactores 1 y 2) de la TAS-20 en población femenina después del tratamiento, lo que podría apoyar la afirmación anterior (Jimerson 1994). Los factores de “feeling” TAS-20 también se asociaron a la mayoría de los cambios en las puntuaciones de la alexitimia, en conexión con un cambio en los niveles de depresión en varios estudios (Fukunishi *et al.* 1997, Haviland *et*

al. 1988, 1991). En nuestro estudio, el TAS-20 total y sus subfactores mostraron un alto grado de estabilidad relativa en esta población enteramente femenina.

Se necesitan estudios futuros para evaluar si la percepción de la autoestima, la presencia de apoyo social y el estrés psicosocial son causa o efecto de las dificultades en experimentar y expresar emociones y/o de un estilo cognitivo.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer las contribuciones del Dr. C-E. Hakanson, MD, Chief Medical Officer, y B. Tärnell, Occupational Health Nurse, sin quienes este estudio no habría sido posible. Se reconoce con agradecimiento la ayuda de B. Areskoug, Prof. L.R. Bergman, y PhD. Steven Lawoko por su consejo sobre los aspectos estadísticos y sobre los cálculos, así como la ayuda con el manejo de datos, proporcionada por K. Olsson.

Bibliografía

- ALTMAN, D.G., MACHIN, D., BRYANT, T.N., GARDNER, M.J. *Statistics with confidence*. 2nd ed. London: British Medical Journal, JW Arrowsmith Ltd, Bristol, p. 17 ff, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA, p. 320-7, 1994.
- BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A., TAYLOR, G.J. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 23-32, 1994.
- BAGBY, R.M., TAYLOR, G.J., PARKER, J.D.A. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 33-40, 1994.
- BECH, P., GUDEX, C., STAEHR JOHANSEN, K. The WHO (Ten) Well-being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-90, 1996.
- BECH, P., WERMUTH, L. Applicability and validity of the Major Depression Inventory in patients with Parkinson's disease. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52: 305-9, 1998.
- BERTHOZ, S., CONSOLI, S., PEREZ-DIAZ, F. & JOUVENT, R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *The European Psychiatry*, 14: 372-8, 1999.
- FUKUNISHI, I., KIKUCHI, M., TAKUBO, M. Changes in scores on alexithymia over a period of psychiatric treatment. *Psychological Reports*, 80: 483-9, 1997.
- FUKUNISHI, I., KIKUCHI, M., WOGAN, J., TAKUBO, M. Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38: 166-70, 1997.
- FUKUNISHI, I., NAKAGAWA, T., NAKAMURA, H., KIKUCHI, M., TAKUBO, M. (submitted). Is alexithymia a culture-bound construct? Reliability and validity of the Japanese versions of the Toronto Alexithymia Scale and modified Beth Israel Hospital Questionnaire. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- GICK, M.L., THOMPSON, W.G. Negative affect and the seeking of medical care in university students with irritable bowel syndrome: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43: 535-40, 1997.
- HAVILAND, M.G., HENDRYX, M.S., CUMMINGS, M.A., SHAW, D., Mac MURRAY, J.P. Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179: 284-90, 1991.
- HAVILAND, M.G., Mac MURRAY, J.P., CUMMINGS, M.A. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49: 37-40, 1988.
- HAVILAND, M.G., SHAW, D.G., CUMMINGS, M.A., Mac MURRAY, V.P. Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50: 164-70, 1988.
- HYER, L., WOODS G., SUMMERS, M.N., BOUDSWYNS, P, HARRISON, WR. Alexithymia among Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51: 243-7, 1990.
- JIMERSON, D.C., WOLFE, B.E., FRANKO, D.L., COVINO, N.A., SIFNEOS, P.E. Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56: 90-3, 1994.
- KAUHANEN, J., JULKUNEN, J., SALONEN, T. Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18: 121-6, 1992.

- KELTIKANGAS-JARVINEN, L. Alexithymia in violent offenders. *Journal of Personality Assessment*, 46: 462-7, 1982.
- KRYSTAL, H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9: 353-78, 1982.
- MARTIN, J.B., PIHL, R.O., YOUNG, S.N., ERVIN, F.R., TOURJMAN, S.V. Prediction of alexithymia characteristics from physiological, personality and subjective measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45: 133-40, 1986.
- NEMIAH, J.C., SIFNEOS, P.E. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: O.W. Hill, ed. *Modern trends in Psychosomatic Medicine*. Vol 2. London: Butterworths, 26-34, 1970.
- PARKER, J.D., TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. Alexithymia: relationship with ego defence and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 2: 91, 1998.
- PARKER, J.D.A., TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., ACKLIN, M.W. Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1.105-7, 1993.
- PORCELLI, P., ZAKA, S., LEOCI, C., CENTONZE, S., TAYLOR GJ. Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64: 49-53, 1995.
- POSSE, M., HÄLLSTRÖM, T. Depressive disorders among somatizing patients in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 187-92, 1998.
- POSSE, M., HÄLLSTRÖM, T. The prevalence of alexithymia in primary care patients. *The European Journal of Psychiatry*, 13: 5-11, 1999.
- RÅSTAM, M., GILLBERG, C., GILLBERG, I.C., JOHANSSON, M. Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 5: 385-8, 1997.
- SAARIJARVI, S., SALMINEN, J.K., TAMMINEN, T., AARELA, E. Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients. *General Hospital Psychiatry*, 15: 330-3, 1993.
- SALMINEN, J.K., SAARIJARVI, S., AARELA, E., TAMMINEN, T. Alexithymia: state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 681-5, 1994.
- SARTORIUS, N., USTUN, T.B., SILVA, J.A.C., GOLDBERG, D., LECRUBIER, C., ORMEL, J., VON KORFF, M., WITTCHEN, H.U. An international study of psychological problems in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 50: 819-24, 1993.
- SHEEHAN, D.V. *The anxiety disease*. New York: Charles Scribners Sons, 124-9, 1983.
- SIFNEOS, P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22: 225-62, 1973.
- STEWART, A.L., HAYS, R.D., WARE, J.E. The MOS 36-item short-form general health survey: reliability and validity in a patient-population. *Medical Care*, 26: 724-35, 1988.
- TAYLOR, G.J. The alexithymia construct: conceptualisation, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental Clinical Psychiatry*, 10: 61-74, 1994.
- TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M., PARKER, J.D.A. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1997.
- TAYLOR, G.J., PARKER, J.D.A., BAGBY, R.M. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36: 417-24, 1984.
- TODARELLO, O., TAYLOR, G.J., PARKER, J.D.A., FANELLI, M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39: 987-94, 1995.
- TOROSIAN, T., LUMLEY, M.A., PICKARD, S.D., KETTERER, M.W. Silent versus symptomatic myocardial ischemia: the role of psychological and medical factors. *Health Psychology*, 16: 123-30, 1997.
- WARE, J.E.J., SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30: 473-83, 1992.
- WISE, T.N., MANN, L.S., RANDELL, P. The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology*, 28: 173-76, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO *Psychiatric Disability Assessment Schedule* (WHO/DAS). Geneva Switzerland: Division of Mental Health, World Health Organization, 1980.
- YELSMA, P. Self-esteem and alexithymia. *Psychological Reports*, 77: 735-8, 1995.
- ZEITLIN, S.B., Mc NALLY, R.J. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150: 655-660, 1993.

Dirección para correspondencia:
 Margareta Posse
 Consultant Psychiatrist
 Psychiatry Dept
 West Middlesex University Hospital
 Twickenham Road
 Isleworth TW7 6AF
 E-mail: Margareta.Posse@neurotec.ki.se
 UNITED KINGDOM