

Zitierhinweis:

Parker, J. (2006). Die Relevanz emotionaler Intelligenz für die klinische Psychologie In R. Schulze, P. A. Freund & R. D. Roberts (Hrsg.), *Emotionale Intelligenz. Ein internationales Handbuch* (S. 275-290). Göttingen: Hogrefe.

# 13

## Die Relevanz emotionaler Intelligenz für die klinische Psychologie

James D. A. Parker  
Trent University, Kanada

### **Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wird die Bedeutung des Konstrukts der emotionalen Intelligenz (EI) für die klinische Psychologie untersucht. Obwohl dieses Konstrukt bislang nahezu überhaupt nicht in der klinischen Forschung angewendet wurde, gibt es dort umfangreiche Literatur zu verschiedenen verwandten Konstrukten. Dem Konstrukt der Alexithymie kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu. Auch wenn es ursprünglich im Kontext psychosomatischer Probleme verwendet wurde, wird Alexithymie inzwischen mit einer Vielzahl klinischer Störungen in Verbindung gebracht, etwa Substanzmissbrauchs- und Essstörungen. Innerhalb verschiedener nicht-klinischer Stichproben wurde Alexithymie mit diversen Gesundheits-, Lifestyle- und zwischenmenschlichen Problemen verknüpft. Personen, die in Alexithymiemessverfahren hohe Werte aufweisen, eignen sich für viele Arten einsichtsorientierter Psychotherapie häufig nicht als Patienten. Infolgedessen haben einige Kliniker therapeutische Modifikationen für die Arbeit mit diesen Personen entwickelt. Wie in diesem Kapitel gezeigt wird, haben diese Modifikationen das Ziel, das Bewusstsein von Klienten für Probleme zu schärfen, die aus ihrer Art der Emotionsverarbeitung und -wahrnehmung resultieren. Zusätzlich werden speziell auf Gruppenintervention zugeschnittene Techniken vorgestellt.

## 13.1 Einleitung

In diesem Kapitel wird die Bedeutung des Konstrukts der emotionalen Intelligenz für die klinische Psychologie untersucht. Bis heute gibt es wenig klinische Forschung zu emotionaler Intelligenz. Dies liegt zweifellos daran, dass reliable und valide Maße für emotionale Intelligenz erst seit kurzem verfügbar sind. Obwohl es kaum Studien gibt, die sich unmittelbar mit diesem Thema auseinandersetzen, gibt es mehrere Konstrukte, die sich mit emotionaler Intelligenz überschneiden und über die relativ umfangreiche klinische Literatur existiert. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden mehrere dieser einander überschneidenden Konstrukte identifiziert (insbesondere Alexithymie) und einige wichtige Befunde der relevanten klinischen Literatur zusammengefasst. Im zweiten Teil dieses Kapitels werden einige spezielle psychotherapeutische Techniken beschrieben, die sich als nützlich erweisen können bei der Arbeit mit Personen, die problematische Ausprägungen emotionaler Intelligenz haben.

## 13.2 Vorläufer des Konstrukts der emotionalen Intelligenz

Obwohl es verschiedene Modelle für das Konstrukt der emotionalen Intelligenz gibt (Bar-On, 1997, 2002; Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000; Mayer, Caruso & Salovey, 1999; Salovey & Mayer, 1990), enthalten sie alle wichtige Implikationen für die klinische Psychologie. Die Fähigkeit, internale mentale Zustände zu erkennen und zu verbalisieren, die Fähigkeit, bestimmte mentale Ereignisse mit bestimmten Situationen und persönlichen Verhaltensweisen zu verbinden, die Fähigkeit, Informationen über Gefühle und Emotionen zur Steuerung zukünftigen Verhaltens zu nutzen sowie die Fähigkeit, negative oder extreme Gefühlszustände mental zu regulieren, sind in den meisten EI-Modellen die zentralen Bausteine. Diese verschiedenen Fähigkeiten haben weitreichende klinische Implikationen, da sie mit einer Vielzahl klinischer Störungen in Verbindung stehen. Dazu gehören Substanzmissbrauch, somatoforme Störungen, Ess- und Angststörungen sowie zusätzlich innerhalb verschiedener nicht-klinischer Populationen eine Vielzahl von Gesundheits-, Lifestyle- und interpersonellen Problemen (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Bei diesen Fähigkeiten handelt es sich auch genau um diejenigen Basisfähigkeiten, welche oft mit erfolgreichen Ergebnissen verschiedener Arten klinischer Interventionen in Zusammenhang gebracht werden (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Greenberg & Safran, 1987; Horowitz, 2002; Krystal, 1988; Taylor, 1987). Beispielsweise hängt erfolgreiche einsichtsorientierte Psychotherapie oft ab von der Fähigkeit eines Klienten, Beziehungen zwischen Gedanken, Gefühlen und Handlungen zu erkennen. Das vorrangige Ziel lautet dabei, die Bedeutung und Ursachen eigener Erfahrungen und Verhaltensweisen zu lernen (Applebaum, 1973).

Bis heute gibt es wenig empirische Literatur zu den Implikationen von emotionaler Intelligenz für die klinische Psychologie. Dieser Zustand ist wahrscheinlich auf den Mangel an reliablen und validen EI-Messinstrumenten zurückzuführen. Wird die Suche jedoch auf verwandte Konstrukte ausgeweitet, lässt sich eine recht umfangreiche Literatur ausfindig machen. Wie häufig in der klinischen Literatur erwähnt wird (Krystal, 1982; Silver, 1983; Taylor, 1977, 1984), sprechen viele Personen recht schlecht auf einsichtsorientierte Psychotherapie an. Vom Anfang der Behandlung an ist der Umgang mit manchen Personen schwieriger als mit anderen. Dies sind oft dieselben Personen, die die Behandlung nach wenigen Sitzungen abbrechen, schnell vom langsamen Fortschritt der Therapie frustriert sind und die Relevanz der Themen in Frage stellen, die der

Therapeut einbringt (Beckham, 1992; Saltzman, Luetgert, Roth, Creaser & Howard, 1976).

Taylor (1977) merkte an, dass der Patient in diesen Situationen nicht der einzige Frustrierte ist: „The therapist enters into a relationship expecting to be fed interesting fantasies and feelings only to encounter increasing frustration, dullness and boredom“ (Taylor, 1977, S. 143). Es überrascht kaum, dass bei der Arbeit mit diesen Klienten die Gefahr von Gegenübertragungsproblemen gegeben ist (Silver, 1983; Taylor, 1977). Diese Arten von Schwierigkeiten (im Rahmen des therapeutischen Prozesses) haben mehrere wichtige praktische Implikationen. Eine der offensichtlichsten ist der Abbruch der Therapie durch den Klienten. Eine frühe Studie von Owen und Kohut (1981) zeigte auf, dass die Drop-Out-Raten aus der Psychotherapie je nach untersuchter Population bis zu 80% oder 90% hoch sein können, wobei fast die Hälfte der Abbrüche nach den ersten Sitzungen erfolgt (Baekeland & Lundwall, 1975; Pekarik, 1983; Reder & Tyson, 1980; Sue, McKinney & Allen, 1976).

Angesichts der potenziell hohen Abbruchraten bei vielen Klienten ist es nicht verwunderlich, dass die Suche nach Variablen zur Identifikation von Personen, die weniger wahrscheinlich von Psychotherapie profitieren, eine lange Forschungsgeschichte hat (siehe z. B. Bachrach & Leaff, 1978; Barron, 1953; Tolor & Reznikoff, 1960). Es könnte für den Therapeuten zu Beginn einer Behandlung sehr nützlich sein, etwas über das Niveau der emotionalen Kompetenz eines Klienten zu erfahren. Obwohl es viele Gründe gibt, wegen derer Personen eine Psychotherapie abbrechen (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien & Auerbach, 1985), scheinen vor allem emotionale und soziale Kompetenzen hierbei eine wichtige Rolle zu spielen (Krystal, 1988; Mallinckrodt, King & Coble, 1998; McCallum, Piper & Joyce, 1992; Pierloot & Vinck, 1977; Piper, Joyce, McCallum & Azim, 1998; Taylor et al., 1997).

Inzwischen recht umfangreich ist die Literatur zu Persönlichkeitsvariablen, die erfolgreiche Ergebnisse von Psychotherapie vorhersagen (Bachrach & Leaff, 1978). Einige der verwandten Konstrukte, die identifiziert wurden, sind persönliches Selbstbewusstsein (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975), Selbstaufmerksamkeit (Bloch, 1979), Kognitionsbedürfnis (Cacioppo & Petty, 1982), Ich-Stärke (Lake, 1985) und Emotionale Aufmerksamkeit (Lane & Schwartz, 1987). Unter diesen verschiedenen, sich überschneidenden Konstrukten scheinen allerdings zur Mindedness und zur Mindfulness die meisten empirischen Studien hervorgebracht worden zu sein (Langer, 1989; McCallum & Piper, 1997, 2000).

Es gibt beträchtliche Schnittmengen zwischen den Konstrukten der psychologischen Mindedness und der emotionalen Intelligenz. Silver (1983) schlug in einer frühen Definition ersterer vor, sie beinhalte das „desire to learn the possible meanings and causes of his internal and external experiences as well as the patient's ability to look inwards to psychical factors rather than only outwards to environmental factors“ (S. 516). In einem neuen Modell (Conte et al., 1990) wird dafürgehalten, dass psychologische Mindedness einige grundlegende mentale Fähigkeiten beinhalte: Zugang zu den eigenen Gefühlen haben, die Bereitschaft, eigene Gefühle und interpersonelle Probleme mit anderen zu besprechen, aktives Interesse am Verhalten anderer und die Fähigkeit zur Verhaltensänderung.

Es ist wenig überraschend, dass sich Psychotherapie für Personen mit begrenzter psychologischer Mindedness oft als verwirrendes und frustrierendes Erlebnis darstellt (Piper et al., 1998). Diese Persönlichkeitsvariable steht auch eindeutig mit negativen Ergebnissen von Psychotherapie in Zusammenhang (McCallum et al., 1992; McCallum, Piper, Ogrodniczuk & Joyce, 2003; Piper et al., 1998; Piper, McCallum, Joyce, Rosie &

Ogrodniczuk, 2001). Nach Piper et al. (1998) könnte psychologische Mindedness „reflect a useful general ability to analyze conflicts and solve problems, whether the conflicts are internal or external. Thus, [it] may be of value to a variety of individual therapies, even those of different theoretical and technical orientations (e.g., cognitive-behavioral therapy)“ (S. 565). Kliniker sollten eine Einschätzung des Grades der psychologischen Mindedness eines Klienten zu Beginn einer Behandlung berücksichtigen.

### 13.3 Alexithymie

Alexithymie ist ein weiteres Konstrukt mit beträchtlicher klinischer Relevanz für emotionale Intelligenz (Parker et al., 2001; Taylor, 2000; Taylor et al., 1997). Im Vergleich zu anderen verwandten Konstrukten gibt es zur Alexithymie jedoch einen beträchtlichen Umfang an Literatur. Die Abstract-Datenbank von PsycINFO ist ein geeigneter Indikator für die Zunahme der Arbeiten über Alexithymie. Obwohl das Konstrukt formal erst Mitte der 1970er Jahre eingeführt wurde (Sifneos, 1973), waren Ende 2003 bereits über 1200 Artikel und Buchbeiträge (in denen das Wort „alexithymia“ oder „alexithymic“ im Abstract oder im Titel vorkommt) in der Datenbank enthalten.

Das Konzept Alexithymie entwickelte sich aus klinischen Beobachtungen von Personen, die schlecht auf Psychotherapie ansprechen. Ruesch (1948) identifizierte vor mehr als einem halben Jahrhundert ein Cluster von Persönlichkeitsvariablen in einer Subgruppe seiner Patienten, welche verschiedene psychosomatische Gesundheitsprobleme aufwiesen. Viele dieser Personen schienen ziemlich „unreif“ und phantasielos in ihrem Denken zu sein und hatten eine Tendenz, Emotionen mittels unmittelbarer physischer Handlungen auszudrücken. Eine andere Zeitgenossin, Karen Horney (1952), beschrieb ähnliche Eigenschaften bei vielen ihrer Patienten, die schlecht auf psychoanalytische Intervention reagierten: Sie hatten einen tiefgreifenden Mangel an emotionalem Bewusstsein, minimales Interesse an Phantasien und Träumen und einen sehr „konkreten“ (externalisierten) Denkstil. In Bezug auf diese frühen klinischen Arbeiten sowie seine eigene Forschung zur Persönlichkeit von Individuen, die verschiedene „klassische“ psychosomatische Krankheiten aufwiesen (Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos, 1967), prägte Sifneos (1973) den Begriff *Alexithymie* (aus dem Griechischen: a = Mangel, lexis = Wort, thymos = Emotion), um die kognitiven und affektiven Eigenschaften vieler seiner Patienten zu kennzeichnen. Im Verlauf der letzten drei Jahrzehnte haben sich die folgenden wesentlichen Eigenschaften zur Definition von Alexithymie etabliert: Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zwischen diesen Gefühlen und den körperlichen Empfindungen emotionaler Erregung zu unterscheiden; Schwierigkeiten, anderen Personen Gefühle zu beschreiben; beschränkte Imaginationsprozesse und ein stimulusgebundener, external orientierter kognitiver Stil (siehe Taylor, 1984, 2000; Taylor et al., 1997).

Zusätzlich zu diesen Kernbegriffen wurden einige andere, Personen mit Alexithymie gemeinsame, Eigenschaften beobachtet, die wichtige klinische Implikationen haben. Alexithymie wurde in Verbindung gebracht mit begrenzter Kapazität für Empathie (Guttman & Laport, 2002; McDougall, 1989; Taylor, 1987), Problemen bei der Verarbeitung emotional gefärbter oder belasteter Information (Stone & Nielson, 2001; Suslow & Junghans, 2002) sowie Schwierigkeiten bei der Identifikation von Emotionen in den Gesichtsausdrücken von Mitmenschen (Lane et al., 1996; Parker, Taylor und Bagby, 1993). Die Beziehung zwischen Träumen und Alexithymie war für Forscher ebenfalls von Interesse. In einer frühen Arbeit von Krystal (1979) wird berichtet, dass die In-

tegration von Träumen in die Psychotherapie alexithymischer Patienten sehr schwierig war. Mehrere verschiedene Forschungsteams haben empirische Belege dafür gefunden, dass Personen mit Alexithymie Schwierigkeiten bei der Erinnerung oder Wiedergabe von Träumen haben (De Gennaro et al., 2003; Krystal, 1979; Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976). In einer Studie von Parker, Bauermann und Smith (2000) wurden Belege dafür gefunden, dass die Qualität von Träumen ebenfalls mit Alexithymie zusammenhing. Wurden alexithymische Personen während REM-Schlafphasen geweckt, waren ihre Traumberichte signifikant weniger bizarr und merkwürdig als die Berichte von nicht-alexithymischen Personen.

Da alexithymische Personen häufig Probleme haben, ihre Emotionen zu identifizieren und zu verstehen sowie diese Erfahrungen anderen mitzuteilen, wenden sie sich mit geringerer Wahrscheinlichkeit an andere, um emotionale Unterstützung zu erhalten. Ihr begrenztes Spektrum an „gesunden“ affektregulierenden Fähigkeiten schränkt auch die Wahrscheinlichkeit ein, dass sie emotionale Beschwerden durch Tagträume oder andere phantasievoll-mentale Aktivitäten regulieren (Mayes & Cohen, 1992; Taylor et al., 1997). Daraus ergibt sich für diese Personen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Reihe klinischer Störungen:

It is not surprising that alexithymia has been conceptualized as one of several possible personality risk factors for a variety of medical and psychiatric disorders involving problems in affect regulation. For example, hypochondriasis and somatization disorder might be viewed as resulting, at least in part, from the alexithymic individual's limited subjective awareness and cognitive processing of emotions, which leads both to a focusing on, and amplification and misinterpretation of, the somatic sensations that accompany emotional arousal. (Taylor et al., 1997, S. 31)

Obwohl Alexithymie ursprünglich auf Personen mit psychosomatischen Problemen angewendet wurde (für einen Literaturüberblick hierzu siehe De Gucht & Heiser, 2003), zeichnet es sich in der klinischen Literatur ziemlich deutlich ab, dass die Kernmerkmale von Alexithymie bei Patienten mit den verschiedensten psychischen Störungen gefunden werden können, darunter posttraumatische Belastungsstörungen (Badura, 2003; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 2001), Substanzmissbrauch (Cecero & Holmstrom, 1997; Rybakowski, Ziolkowski, Zasadzka & Brzezinski, 1988), Essstörungen (Zonnevill-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg & van Engeland, 2002) und krankhaftes Glücksspiel (Parker, Wood, Bond & Shaughnessy, 2005).

Für Beschäftigte im Gesundheitswesen hat das Vorhandensein von Alexithymiemerkmalen bei ihren Klienten weitere Implikationen (außer einer erhöhten Anfälligkeit für verschiedene psychische Störungen). Bei ihnen kann ein erhöhtes Risiko für unnötige Inanspruchnahme ärztlicher und sonstiger medizinischer Dienste vorhanden sein. In einer aktuellen finnischen Studie wurde festgestellt, dass alexithymische Erwachsene binnen eines Jahres signifikant mehr gesundheitliche Pflegemaßnahmen in Anspruch nahmen als nicht-alexithymische Erwachsene (Jyvaesjaervi et al., 1999). Der schlechte Kommunikationsstil alexithymischer Personen mag zusammen mit der Tendenz, ihr Leid zu somatisieren (Taylor et al., 1997), zu diesem Befund beitragen. Bei medizinischen oder psychischen Gesundheitsproblemen kann Alexithymie eine wichtige Vermittlerrolle spielen und eine effektive Diagnose sowie die Arzt-Patient-Kommunikation beeinträchtigen (Tacon, 2001; Williams et al., 2001). Beschäftigte im Gesundheitswesen begegnen somatischen Problemen bei ihren Patienten im Allgemeinen mit Tests und Interventionen. Das nachfolgende Versagen dieser Interventionen, eine Linderung der Symptomatik zu erreichen, führt oft zu der Durchführung zusätzlicher Tests und Interventionen. Alles in

allem entsteht bei alexithymischen Personen die Gefahr medizinischer Komplikationen und anderer, mit ärztlichem Eingriff zusammenhängender (iatrogener) Probleme.

Angesichts der mit Alexithymie verbundenen weitreichenden Implikationen für das Gesundheitswesen ist der gewaltige Anstieg empirischer Arbeiten zu diesem Konstrukt in den letzten Jahrzehnten nicht verwunderlich. Ein weiterer Grund für das rapide Wachstum der Forschung auf diesem Gebiet ist in der starken Zunahme an Messverfahren zu sehen, die in einem relativ kurzen Zeitraum für das Konstrukt entwickelt wurden. Seit der Mitte der 1970er Jahre entstand ein breites Sortiment an Messinstrumenten für Alexithymie: Fragebögen und Interviews für Beobachter-Ratings (Haviland, Warren, Riggs & Nitch, 2002; Sifneos, 1973, 1986; Taylor et al., 1997), Selbstberichtsskalen (Apfel & Sifneos, 1979; Bagby et al., 1994; Bermond, Vorst, Vingerhoets & Gerritsen, 1999; Kleiger & Kinsman, 1980; Parker, Taylor & Bagby, 2003; Sifneos, 1986; Taylor, Ryan & Bagby, 1986), projektive Verfahren (Acklin & Alexander, 1988; Cohen, Auld, Demers & Catchlove, 1985) und Q-Sort-Verfahren (Haviland & Reise, 1996). Obwohl diese Instrumente sehr unterschiedliche psychometrische Eigenschaften aufweisen (für detaillierte Übersichten über Alexithymie-Messinstrumente siehe Taylor, Bagby & Luminet, 2000; Taylor et al., 1997), können an Alexithymie interessierte Forscher aus einer breiten Palette möglicher Messinstrumente wählen (in Abhängigkeit von ihren Stichproben und Forschungsfragen).

Neuere empirische Befunde, die auf Selbstberichtsskalen basieren, zeigen, dass alexithymische Personen niedrige Werte in Maßen emotionaler Intelligenz aufweisen. Schutte et al. (1998) entwickelten eine EI-Selbstberichtsskala mit 33 Items, die sie von einem frühen Modell von Salovey und Mayer (1990) ableiteten. Unter Verwendung der 26-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS; Taylor et al., 1986) machten sie eine Korrelation von  $-0.65$  in einer kleinen Stichprobe ( $n = 25$ ) aus. In einer aktuelleren Untersuchung erhielten Saklofske, Austin und Minski (2003) mit demselben EI-Maß einen ähnlich moderaten, negativen Zusammenhang ( $-0.52$ ) zwischen dem EI-Maß und Alexithymie, für die sie die psychometrisch hervorragende 20-Item-TAS benutzten (Bagby et al., 1994). Palmer, Donaldson und Stough (2002) verwendeten die Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995) zur Messung emotionaler Intelligenz und die TAS-20 für Alexithymie. Sie fanden eine Korrelation von  $-0.42$  in einer Erwachsenenstichprobe. Dawda und Hart, die das Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i; Bar-On, 1997) verwendeten, berichten von einer Korrelation von  $-0.49$  für Männer und  $-0.55$  für Frauen zwischen der gesamten EI-Skala und der TAS-20. Parker et al. (2001) rekrutierten eine größere Stichprobe von Erwachsenen ( $n = 734$ ) und berichten eine Korrelation von  $-0.72$  zwischen denselben zwei Maßen. Bei Parker, Hogan, Majeski und Bond (2004) ergab sich eine ähnlich hohe Korrelation ( $-0.68$ ) zwischen dem TAS-20 und globaler EI in der Kurzform des EQ-i (d. h. EQ-i: Short; Bar-On, 2002). Angesichts der Verschiedenartigkeit der EI-Modelle, die diesen verschiedenen Studien zugrunde liegen, ist das übereinstimmende Befundmuster moderater bis hoher Korrelationen durchaus beachtlich.

Allerdings gilt es zu bedenken, dass bei einem Großteil der vorliegenden empirischen Arbeiten über den Zusammenhang von emotionaler Intelligenz und Alexithymie Selbstberichtsskalen eingesetzt wurden. Dieser Sachverhalt ist in Anbetracht der Tatsache, dass alternative, auf das EI-Konstrukt bezogene Messmethoden erst in jüngster Zeit aufkamen, nicht verwunderlich. Mayer et al. (1999) haben beispielsweise ein leistungsbezogenes EI-Messinstrument entwickelt, bei dem die Teilnehmer viele verschiedene emotionsbezogene Probleme zu lösen haben (Multi-Factor Emotional Intelligence Scale; MEIS). Mayer et al. (2002) haben die MEIS inzwischen revidiert (Mayer-Salovey-

Caruso Emotional Intelligence Test, MSCEIT). Für künftige Forschung ist es erforderlich, die empirische Beziehung zwischen Alexithymie und emotionaler Intelligenz mit unterschiedlichsten methodischen Herangehensweisen zu untersuchen. Die Ergebnisse zweier unveröffentlichter Studien, in denen der MSCEIT und die TAS-20 eingesetzt wurden, sprechen jedoch ebenfalls für eine konzeptuelle Überschneidung der beiden Konstrukte (Lumley et al., 2002; Parker, Bagby & Taylor, 2003). In beiden Studien setzten sich die Stichproben aus undergraduate students zusammen, und es ergaben sich jeweils moderate negative Zusammenhänge zwischen den Gesamtwerten und den beiden Instrumenten.

Die konsistent starke negative Beziehung zwischen mittels Selbstberichten erhobener Alexithymie und emotionaler Intelligenz entspricht theoretischen Analysen zu beiden Konstrukten. Ein Vergleich der Definitionen von Alexithymie und emotionaler Intelligenz verdeutlicht, dass die beiden Konstrukte eng verwandt sind (Parker et al., 2001; Taylor, Parker & Bagby, 1999). In einem frühen Artikel (siehe Kapitel 2 von Neubauer & Freudenthaler) zu ihrem EI-Modell konzeptualisierten Salovey, Hsee und Mayer (1993) Alexithymie als das extreme untere Ende des EI-Kontinuums. Da die klinischen Implikationen emotionaler Intelligenz in wenigen Studien unmittelbar untersucht wurden, können Kliniker, die an diesen Implikationen interessiert sind, aufgrund der konzeptuellen und empirischen Überschneidung zwischen diesen beiden Konzepten also auf die umfangreiche Literatur zu Alexithymie zurückgreifen.

Wie mehrere Autoren angemerkt haben (Krystal, 1982; Taylor, 1987), sind Personen mit hohen Alexithymieausprägungen als Klienten für viele Formen einsichtsorientierter Psychotherapie ungeeignet, während sie ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Reihe physischer und mentaler Gesundheitsprobleme haben: Alexithymie sei „the most important single factor diminishing the success of psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy“ (Krystal, 1982, S. 364). In Übereinstimmung mit den klinischen Beobachtungen von Horney (1952) vor über einem halben Jahrhundert könnten die psychologischen Probleme von vielen dieser Personen durch traditionelle Formen der Psychotherapie sogar verschlimmert werden (Krystal, 1982; Sifneos, 1975; Taylor, 1987; Taylor et al., 1997).

Aufgrund des Problems, dass konventionelle Formen der Psychotherapie ihren Zweck nicht erfüllen oder den Zustand mancher Klienten verschlimmern können, haben einige Kliniker mehrere therapeutische Modifikationen für die Arbeit mit alexithymischen Personen entwickelt. Diese Modifikationen heben sich von traditioneller Psychotherapie insofern ab, als sie versuchen,

... to elevate emotions from a level of perceptually bound experience (a world of sensation and action) to a conceptual representational level (a world of feelings and thoughts) where they can be used as signals of information, thought about, and sometimes communicated to others (Taylor et al., 1997, S. 252).

Im Allgemeinen sollen diese Modifikationen das Bewusstsein der Klienten über Probleme mit der Art, wie sie ihre Emotionen verarbeiten und erfahren, erhöhen. Im folgenden Abschnitt wird sowohl eine Reihe dieser therapeutischen Interventionen als auch ein Teil der empirischen Literatur, die mit der Untersuchung der klinischen Vorteile befasst ist, beschrieben.

## 13.4 Psychotherapie und Alexithymie

Krystal (1979, 1988) verfasste einige der bisher ausführlichsten Berichte zu dem Versuch, traditionelle Formen der Psychotherapie zu modifizieren oder an alexithymische Klienten anzupassen. Nach Krystal (1979, 1988) ist ein wichtiger erster Schritt der therapeutischen Behandlung der Versuch, dem Klienten zu verdeutlichen, dass eine „Hauptursache“ seiner Probleme ein Defizit in der Art und Weise ist, wie er Emotionen versteht und kommuniziert. Die Realisierung dieses Schrittes kann ein schwieriges Unterfangen sein, da viele alexithymische Personen Emotionen wenig Bedeutung beimessen; viele alexithymische Patienten finden Diskussionen über Emotionen und Gefühle anfangs langweilig und frustrierend (Taylor, 1995). Nach Krystal (1979, 1988) ist ein zweiter Schritt im klinischen Prozess zumeist ziemlich einfach und erzieherisch. Der Therapeut arbeitet daran, grundlegende emotionale Fähigkeiten beim Klienten zu verbessern: Er hilft der Person, bestimmte Emotionen zu erkennen und richtig zu benennen, die Unterscheidung zwischen verschiedenen emotionalen Erfahrungen zu lernen und diese Gefühle anderen besser mitzuteilen.

Diese Art modifizierter Psychotherapie ist oft ein langsamer und mühsamer Prozess (Taylor, 1995). Eine der ersten Schwierigkeiten, die es für den Therapeuten zu überwinden gilt, stellen die meist geringen interpersonalen Fertigkeiten des alexithymischen Klienten dar. Enge Bindungen werden von diesen Personen oft als ziemlich kompliziert erachtet (Taylor et al., 1997). Wegen ihres begrenzten Vermögens, persönlich bedeutsame Gefühle und Erfahrungen mit anderen zu teilen (Fischer & Good, 1997; Mallinckrodt et al., 1998), fürchten sie sich zudem vor Intimität. Es ist nicht überraschend, dass alexithymische Klienten es häufig vermeiden, eine enge emotionale Beziehung zu ihrem Therapeuten aufzubauen (Brown, 1985; Taylor, 1987). Obwohl sie schnell eine abhängige Patientenrolle einnehmen, erwarten sie, dass ihre Probleme mit spezifischen medizinischen Interventionen zu „heilen“ seien. Wenn eine schnelle „Heilung“ sich nicht rasch einstellt, können sich die anfänglichen Gefühle von Langeweile des Klienten gegenüber Einzeltherapie-Sitzungen schnell zu Frustration und Ärger sowie dem erhöhten Risiko eines Therapieabbruchs ausweiten (Taylor, 1995).

### 13.4.1 Einzeltherapie

Einige Kliniker haben die in diesem Abschnitt beschriebene Art von Techniken und Ideen verwendet und berichten, dass sie alexithymische Symptome bei ihren Patienten verringern konnten (Krystal, 1988; Taylor et al., 1997). Personen mit problematischen Ausprägungen von Alexithymie lernten, ihre Gefühle besser zu verstehen, verbesserten ihre Fähigkeiten, zwischen verschiedenen emotionalen Erfahrungen zu unterscheiden und entwickelten ein größeres Repertoire an Fertigkeiten, ihre Emotionen und Gefühle zu verbalisieren. Für manche Personen erwies es sich auch als nützlich, den Interventionsprozess mit einer Kombination von Psychotherapie und Verhaltenstechniken zu beginnen, wie etwa Entspannungstraining oder Biofeedback (Taylor, 1987; Taylor et al., 1997). Solche Verhaltenstechniken können das introzeptive Bewusstsein alexithymischer Klienten erhöhen, insbesondere die Fähigkeit, verschiedene physiologische Zustände selbst zu regulieren. Greenberg und Safran (1987, 1989) schlugen ferner vor, dass der Therapeut nonverbalen Emotionsausdrücken (z. B. Körperbewegungen, Gesten oder Seufzern) mehr Beachtung schenken sollte, als dies üblicherweise während der Therapiesitzungen der Fall ist. Diese Verhaltensmerkmale können als wichtige Informa-

tionsquellen dienen, wenn man den Klienten lehrt, seine Gefühle besser zu verbalisieren (und die internalen Zustände anderer besser zu interpretieren).

Es gibt auch Belege dafür, dass es den Fortschritt der Psychotherapie positiv beeinflusst, wenn man alexithymischen Personen beibringt, auf ihre Träume zu achten (Cartwright, 1993). Als handfeste mentale Ereignisse bieten Träume dem Therapeuten eine gute Möglichkeit, die Konzentration der alexithymischen Person auf innere Gefühle und Erfahrungen zu fördern. Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung besserer emotionaler Fertigkeiten bei alexithymischen Klienten kann vom Therapeuten auch dadurch erhöht werden, dass er deren eigene emotionalen (in bestimmten therapeutischen Sitzungen entstandene) Erfahrungen stärker nutzt, als dies üblicherweise in der traditionellen einsichtsorientierten Psychotherapie geschieht (Krystal, 1982; McDougall, 1989; Taylor, 1987). Wenn Gegenübertragungsprobleme auftreten, was bei alexithymischen Klienten nicht selten passiert (Krystal, 1979; Taylor, 1977), könnte der Therapeut mit dem Klienten über seine Gefühle von Langeweile und Frustration sprechen. Der Therapeut könnte auch Humor äußern und Tagträume während individueller Sitzungen mitteilen. All diese Arten von Bemerkungen helfen dem Klienten, spezifische interpersonale Situationen mit bestimmten inneren Erfahrungen zu verbinden.

Eine der ersten Untersuchungen über die Vorteile verschiedener Arten von Psychotherapie für Klienten mit Alexithymie wurde von Pierloot und Vinck (1977) durchgeführt. Ambulant behandelte Patienten mit einer Reihe verschiedener Angstprobleme wurden zufällig einer von zwei verschiedenen Interventionen zugeteilt: Kurzzeit- „psychodynamische Psychotherapie“ versus Verhaltenstherapie (d. h. systematische Desensibilisierung). Diese Autoren haben festgestellt, dass „patients with more alexithymia characteristics are more likely to drop out from psychodynamic therapies, but in systematic desensitization they persist as well as those without alexithymic characteristics“ (Pierloot & Vinck, 1977, S. 162). Keller, Carroll, Nich und Rounsaville (1995) untersuchten die Wirkungen verschiedener Formen der Psychotherapie bei alexithymischen und nicht-alexithymischen Kokainabhängigen. Die Teilnehmer wurden zufällig vier verschiedenen Versuchsgruppen zugeordnet: 1. kognitive Verhaltenstherapie plus ein Placebo; 2. kognitive Verhaltenstherapie in Kombination mit dem trizyklischen Antidepressivum Desipramin; 3. klinische Behandlung plus ein Placebo und 4. klinische Behandlung kombiniert mit dem Antidepressivum. Die Art klinischer Behandlung, die in zwei Gruppen verwendet wurde, erforderte wenig „internale“ Konzentration vom Teilnehmer. Individuelle Sitzungen gaben den Forschern die Gelegenheit, den klinischen Status der Person und ihr Ansprechen auf die Behandlung zu kontrollieren und ermöglichten eine unterstützende Beziehung. Die in der Studie eingesetzte Art kognitiver Verhaltenstherapie forderte die Patienten dazu auf, mit dem Drogenkonsum verbundene internale mentale Zustände zu identifizieren und zu verbalisieren und sie ermutigte sie überdies, ihr Drogenverlangen zu identifizieren, zu überwachen und zu analysieren. Nach zwölf Wochen der Behandlung zeigte sich, dass die alexithymischen und die nicht-alexithymischen Klienten unterschiedlich auf die beiden Arten der Psychotherapie ansprachen: Nicht-alexithymische Teilnehmer erzielten beim kognitiven Verhaltenstherapieansatz bessere Ergebnisse, während sich bei den alexithymischen Patienten bessere Resultate einstellten, wenn sie eine klinische Behandlung erhielten.

### 13.4.2 Gruppentherapie

Gruppentherapie wurde ebenfalls als nützliche und praktische Interventionsform bei alexithymischen Klienten vorgeschlagen (Swiller, 1988; Taylor et al., 1997). Während

Einzelsitzungen insbesondere darauf zugeschnitten sein mögen, alexithymischen Klienten grundlegende emotionale Fähigkeiten beizubringen, gibt es eine Reihe emotionaler und sozialer Kompetenzen, die speziell auf den Gebrauch im Rahmen von Gruppenintervention ausgerichtet sind. Wie anderswo erwähnt:

While it is essential that the alexithymic patients experience the group as a safe and supportive setting, candid feedback from other group members should be encouraged, to the extent that it does not threaten the patients' self-esteem, as this can help them learn about the impact of their lack of empathy on other people. At the same time, the group therapist can direct an alexithymic patient's attention to communications between other group members that demonstrate more successful and sensitive ways of relating (Taylor et al., 1997, S. 253-254).

Im Zusammenhang mit der Anwendung von Gruppentherapie bei alexithymischen Patienten entstehen jedoch einige praktische Probleme und Bedenken. Swiller (1988) weist darauf hin, dass die geringen interpersonalen Fertigkeiten alexithymischer Personen oft Gefühle von Langeweile und Frustration bei anderen Gruppenmitgliedern hervorrufen. Da diese negativen Erfahrungen die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, dass Mitglieder die Gruppe verlassen, sollten Therapeuten die Anzahl alexithymischer Patienten in einer Gruppe begrenzen. Swiller (1988) rät für den Fall, dass mehrere alexithymische Patienten innerhalb einer Gruppe sein *müssen*, die Wahl so zu treffen, dass sich die alexithymischen Klienten jeweils in verschiedenen Stadien ihrer Behandlung befinden.

Mehrere verschiedene Forschergruppen haben die Effektivität von Gruppentherapie bei der Reduktion alexithymischer Symptome untersucht. Fukunishi, Ichikawa, Ichikawa und Matsuzawa (1994) setzten eine Form der Familienpsychotherapie bei einer Gruppe von Alkoholabhängigen ein. Erwachsene der Untersuchung trafen sich einmal wöchentlich in kleinen Gruppen (4 bis 5 Teilnehmer) zu zweistündigen Sitzungen. Nach sechs Monaten der Intervention waren die Alexithymieausprägungen bei den Familienmitgliedern signifikant gesunken. Beresnevaite (2000) untersuchte bei einer Stichprobe von Patienten nach einem Myokardialinfarkt ebenfalls die Effektivität von Gruppentherapie zur Reduktion alexithymischer Symptome. Die Teilnehmer der Studie wohnten einmal pro Woche einer 90-minütigen Gruppentherapie bei. Während der viermonatigen Behandlung wurden mehrere verschiedene Therapietechniken angewandt. Beispielsweise lernten die Patienten Entspannungstechniken und wurden dazu angehalten, an verschiedenen Rollenspielen und nonverbaler Kommunikation teilzunehmen. Die Teilnehmer hörten Musik während eines Entspannungszustandes und wurden darin unterstützt, ihre Träume und Phantasien aufzuschreiben. Die Alexithymieausprägungen wurden zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben: vor Beginn der Behandlung, am Ende der Behandlung, sechs Monate nach der Behandlung, zwölf Monate nach der Behandlung und 24 Monate nach der Behandlung. Nach der Gruppentherapie ergab sich eine signifikante Reduktion der Alexithymiewerte, die während der zweijährigen Folgeuntersuchungen bestehen blieb.

In einer neueren Studie von Ciano, Rocco, Angarano, Biasin und Balestrieri (2002) wurde die Effektivität zweier verschiedener Arten von Gruppentherapie bei der Senkung alexithymischer Merkmale in einer kleinen Gruppe von Patienten mit binge-eating-Störung (unkontrollierten Essattacken) verglichen. Eine Gruppe von Patienten nahm an 14 psychoanalytischen Gruppensitzungen über einen Zeitraum von 28 Wochen teil; die zweite Gruppe nahm über einen Zeitraum von zehn Wochen an zehn psychoedukativen Sitzungen teil (in denen sowohl auf die Bereitstellung ernährungsbezogener Informationen als auch auf die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten der Klienten Wert gelegt wurde). Ein Vergleich der Alexithymieausprägungen vor und nach der

Behandlung zeigte nur in der Patientengruppe mit der psychoedukativen Intervention eine signifikante Reduktion der alexithymischen Symptome.

### 13.5 Schlussbemerkungen

In diesem Kapitel wurden eine Reihe wichtiger klinischer und therapeutischer Implikationen emotionaler Intelligenz auf Basis der Literatur zu mehreren sich überschneidenden Konstrukten beschrieben. Für das Konstrukt der EI existieren verschiedene verwandte Modelle (z. B. Bar-On, 1997; Mayer et al., 1999). Wenn dieses Konstrukt auch definitiv von großer Bedeutung für die klinische Psychologie ist, so ist es dennoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass nahezu die gesamte veröffentlichte EI-Forschung auf Untersuchungen mit nicht-klinischen Stichproben beruht. Forschungsbedarf besteht für die direkte Beziehung zwischen emotionaler Intelligenz und relevanten klinischen Störungen (insbesondere denen, die mit Alexithymie in Zusammenhang stehen). Außerdem sind genaue Untersuchungen zu der Beziehung zwischen emotionaler Intelligenz und verschiedenen psychotherapeutischen Ergebnisvariablen sowie über die Wirksamkeit spezifischer therapeutischer Interventionen zur Verbesserung bestimmter emotionaler und sozialer Fähigkeiten vonnöten – sowohl für reine Kliniker als auch für Forscher. Es ist besonders wichtig, dass in zukünftigen Untersuchungen verschiedene messmethodische Ansätze zur Erfassung emotionaler Intelligenz eingesetzt werden und dass nicht eine einzige Methode (zum Beispiel Selbstberichtsskalen) ausschließlich eingesetzt wird. Es ist zu erwarten, dass viele der jüngst entwickelten EI-Messverfahren die klinische Forschung vorantreiben werden (z. B. Bar-On, 1997, 2002; Bar-On & Parker, 2000; Mayer et al., 2003). Diese neuen Verfahren können sowohl bei der Zuordnung von Klienten zu geeigneten therapeutischen Interventionen als auch bei der Überwachung des Behandlungsfortschritts von Patienten helfen.

### Anmerkungen der Autoren

Dieses Kapitel wurde durch Forschungsgelder des Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), des Ontario Government's Premier's Research Excellence Award program und der Canadian Foundation for Innovation (CFI) unterstützt. Der Autor dankt Jennifer Eastabrook und Laura Wood für ihre Hilfe bei der Erstellung dieses Kapitels.

### Literatur

- 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.
- 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.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738–783.
- 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 (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2002). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Short (EQ-i: S): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. & Parker, J. D. A. (2000). *BarOn Emotional Quotient Inventory: Youth version (EQ-i: YV): Technical manual*. Toronto, Canada: 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.
- Bloch, S. (1979). Assessment of patients for psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 135, 193–208.
- Boyatzis, R. E., Goleman, D. & Rhee, K. S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 343–362). San Francisco: 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.
- Cecero, J. J. & Holmstrom, R. W. (1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 201–208.
- 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.
- 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.

- 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., Vaesaenen, E., Larivaara, P., Kivela, 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). 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. & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 133–143.
- Lane, R., Sechrest, L., Reidel, R., Weldon, V., Kaszniak, A. & Schwartz, G. E. (1996). Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, *58*, 203–210.
- 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., Labouvie-Vief, G., Gustavson, B., Clement, R., Barry, R. et al. (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.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, *27*, 267–298.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2002). *The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): User's manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Sitarenios, 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: Lawrence Erlbaum.
- McCallum, M. & Piper, W. E. (2000). Psychological mindedness and emotional intelligence. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 118–135). San Francisco: Jossey-Bass.
- McCallum, M., Piper, W. E. & Joyce, A. S. (1992). Dropping out from short-term group therapy. *Psychotherapy*, *29*, 206–215.
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, 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.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 2, pp. 26–34). London: Butterworths.
- Owen, P. & Kohutek, K. (1981). The rural mental health dropout. *Journal of Rural Community Psychology*, *2*, 38–41.
- Palmer, B. R., Donaldson, C. & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, *33*, 1091–1100.
- 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, Canada.
- 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. (2004). *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*, 51–55.
- 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., Ziolkowski, 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. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, *9*, 185–211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., 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, DC: 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. et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *25*, 167–177.
- Sifneos, P. E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica*, *7*, 1–10.
- 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.
- Sue, S., McKinney, H. & Allen, D. (1976). Predictors of the duration of therapy for clients in the community mental health system. *Community Mental Health Journal*, *12*, 365–375.
- Suslow, T. & Junghanns, 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.
- Tacon, A. (2001). Alexithymia: A challenge for mental health nursing practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, *10*, 229–235.
- 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.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 301–319). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge, UK: 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.
- Williams, K. R., Galas, J., Light, D., Pepper, C., Ryan, C., Kleinmann, A. E. et al. (2001). Head injury and alexithymia: Implications for family practice care. *Brain Injury*, *15*, 349–356.
- 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.
- Zonnevijlle-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.