

EWA JACKOWSKA

Zrozumieć aleksytymię

Understanding alexithymia

Wydział Technologii i Edukacji, Politechnika Koszalińska

KEYWORDS

alexithymia, personality, emotion regulation, psychosomatic medicine

SUMMARY

The main goal of this article is to present a specific personality disorder that manifests in disorders of cognitive processing and emotion regulation that is known as alexithymia. Alexithymia reduces the chances of high quality of life in the psychosomatic and social aspects. Empirical research has indicated correlates with certain personality traits that affect the quality of interpersonal relations, such as low extraversion, avoidance coping, low self-esteem, poor adaptive skills, predisposition for social isolation. In this review, relationship between alexithymia and somatic health problems is discussed, along with selected research on this subject. Alexithymia is considered a biological predisposition for personality disorders and functional mental disorders. The final part of the article contains recommendations on psychotherapeutic interactions, which should be directed at deepening the awareness of experienced emotional states and modifications of pattern of interpersonal behavior.

W kształceniu studentów studiów medycznych coraz większą wagę przywiązuje się do wyposażenia przyszłych lekarzy w umiejętność dostrzegania związku między stanem psychicznym pacjenta a jego kondycją zdrowotną. Wiedza dotycząca wpływu na stan somatyczny zaburzeń lękowych, depresji, sytuacji stresowych, szczególnie o charakterze urazowym, jest ogólnie znana i stosowana w praktyce. Nie o wszystkich jednak dysfunkcjach psychicznych ważnych z punktu widzenia obrazu klinicznego pacjenta można przeczytać w podręcznikach psychiatrii. Niniejszy artykuł poświęcony jest nieznanemu szerzej tematowi, skupiającemu uwagę czytelnika na osobowości określonej nazwą „aleksytymii” w przekroju jej odniesień do różnych aspektów zdrowia.

ALEKSYTYMIA – CO TO JEST?

Aleksytymia jest złożoną strukturą osobowości, która obejmuje specyficzne (subkliniczne) deficyty emocjonalne i poznawcze. Deficyty emocjonalne ujawniają się istotnie osłabioną zdolnością do spontanicznego, żywego,

zróżnicowanego doznawania uczuć. Deficyty poznawcze obejmują: trudności z rozpoznawaniem uczuć własnych i innych ludzi, trudności z odróżnianiem doświadczanych emocji od pobudzenia fizjologicznego organizmu, niemożność (trudność) werbalnego opisu przeżywanego stanu emocjonalnego i komunikowania innym osobom o jego obecności (1-3). Szczególnym znakiem są deficyty w posługiwaniu się metaforami i językiem emocji. Ludzie z aleksytymią wykazują małą wrażliwość na emocjonalne znaczenie określeń słownych, mniejszą skłonność do posługiwania się słownikiem dotyczącym kontekstów emocjonalnych, w istotnie mniejszym stopniu dostosowują prozodię i melodię do treści wypowiedzi słownych (4).

Pojęcie „aleksytymii” wprowadził do literatury psychiatrycznej w 1973 roku psychiatra amerykański P. Sifneos. Nazwę skonstruował z trzech słów greckich: *a* – brak, *lexis* – słowo i *thymos* – emocja. W swojej definicji wymienił charakterystyczne dla tej osobowości deficyty: „Te deficyty obejmują niezdolność do identyfikacji uczuć, a także do wykorzystywania języka do opisu uczuć, niezdolność do

różnicowania między emocjami a ich odczuciami cielesnymi, ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji oraz tendencję do opisywania bez końca szczegółów dotyczących danego epizodu wywołującego emocje, którą określono jako operacyjny sposób myślenia albo jako *pensée opératoire*" (1).

Ostatni wskaźnik nazwany „operacyjnym stylem myślenia” lub nastawieniem na działanie wymaga krótkiego komentarza. Cechą aleksytymii jest brak lub słaby rozwój tendencji do introspekcji, do zanurzania się we wnętrzu własnego życia psychicznego. Skupiając uwagę na tym, co konkretne, osoba aleksytymiczna rzadko wykazuje tendencję do kwestionowania zastanego stanu rzeczy: „jest demotywowana do dokonywania zmian w istniejącej rzeczywistości” (1). Suzuki (5) odnosi ten styl myślenia do opisanego w roku 1963 przez Marty’ego i de M’Uzana „myślenia mechanicznego”, którego cechami są: brak psychicznej fantazji i zdominowanie zawartości przez detale zdarzeń dotyczące świata zewnętrznego.

Chociaż najkrótsza definicja aleksytymii brzmi „no words for feelings”, to współzależność między rozwojem funkcji werbalnych a aleksytymią nie jest dostatecznie wyjaśniona. Wskazują na to m.in. wyniki eksperymentu Irwina i Melbin-Helberg (6), w którym polecono badanym osobom słowne generowanie (przez 60 sekund) jak największej liczby słów należących do czterech kategorii: dzikie zwierzęta, pozytywne emocje, negatywne emocje i meble. Nazwa każdej kategorii została zdefiniowana, a dodatkowo przy kategoriach dotyczących emocji zasygnalizowano różnice między stanem psychicznym a fizycznym. Nie stwierdzono korelacji pomiaru aleksytymii z wynikami testu. Badania wykazały, że ludzie z podwyższonym wskaźnikiem aleksytymii mają „normalne” słownictwo w zakresie emocji. Zatem nie zakres słownika jest cechą aleksytymii. Niezdolność do opisu własnych uczuć, zdaniem autorów badań, może być skutkiem dysocjacji (rozbieżności) między sferą emocji a procesami werbalnymi.

Aleksytymia nie znajduje się na liście zaburzeń psychicznych. Nie figuruje w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-IV-TR według APA 2000 ani w ICD-10. W rozumieniu psychologicznym (7) aleksytymia jest cechą osobowości, która pod względem nasilenia i częstotliwości występuje zgodnie z rozkładem normalnym. Zainteresowania psychiatrów i psychologów aleksytymią wynikają stąd, że wysokie nasilenie tej cechy współwystępuje z problemami zdrowotnymi i trudnościami w przystosowaniu społecznym.

W niniejszym opracowaniu słowo „aleksytymia” jest używane w znaczeniu wysokiego nasilenia przedstawianej cechy osobowości potwierdzonego wynikiem uzyskanym w badaniu 20- lub 26-itemowymi skalami TAS (Toronto Alexithymia Scale; wersja TAS-20 lub TAS-26), które stanowią wystandaryzowane narzędzia pomiaru aleksytymii. Obecnie częściej jest stosowana skala TAS-20, która zawiera 3 podskale odnoszące się do istotnych właściwości wymiaru aleksytymii: trudności w identyfikowaniu uczuć, trudności w słownym opisie uczuć, zewnętrznym zorientowany styl myślenia (8).

Aleksytymia występuje u ok. 10% ogólnej populacji (4, 7), z większą częstotliwością u mężczyzn niż u kobiet. Z tym, że w grupach klinicznych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie u leczonych z powodu uzależnienia od środków psychoaktywnych, wskaźnik wzrasta nawet powyżej 50% (9).

Etiologia aleksytymii nie jest dostatecznie wyjaśniona. Najbardziej prawdopodobnym modelem wyjaśniającym źródła aleksytymii jest model interakcji trzech czynników:

1. neurobiologicznego,
2. konfliktów emocjonalnych z okresu wczesnego dzieciństwa,
3. zaniedbań w procesie socjalizacji.

Ad. 1. Istotą aleksytymii jest powstałe na poziomie centralnego układu nerwowego zakłócenie w procesach automatycznego przetwarzania pobudzenia emocjonalnego. W procesach regulacji emocjonalnej podstawową rolę odgrywa przepływ impulsów między prawą i lewą półkulą, a także układem limbicznym i korą mózgową. Struktura, a także drożność szlaków i dróg nerwowych łączących te obszary warunkują intensywność stanów emocjonalnych, towarzyszące im reakcje fizjologiczne, akty poznawcze, w tym świadomość przeżywanego stanu emocjonalnego. Przyjmuje się, że aleksytymia wywołana jest przez deficyt połączeń między dwoma półkulami mózgu oraz układem limbicznym i korą mózgową, szczególnie w obszarze ośrodków mowy (2, 3).

W prowadzonych przez neurobiologów badaniach laboratoryjnych ustala się „odpowiedzialność” poszczególnych struktur i połączeń za symptomy aleksytymii. Ostatnio udało się udowodnić niską reaktywność na stymulację ciała migdałowatego, obszaru potyliczno-skroniowego i insuli odpowiedzialnych za ocenę, dekodowanie i afektywną odpowiedź na bodźce wzrokowe (10).

Ad. 2. Niezdolność do rozpoznania i regulowania emocji może wynikać z wypracowanych przez *ego* mechanizmów obronnych (zaprzeczania, represji czy dysocjacji), które aktualizują się w sytuacji nieuświadomionych konfliktów emocjonalnych. Szczególne znaczenie ma tu konflikt powstały na podłożu wczesnego odrzucenia emocjonalnego (11). Niektórzy badacze upatrują przyczyny aleksytymii w tzw. przywiązaniu pozabezpiecznym lub traumie relacyjnej (3, 12).

Ad. 3. Zaniedbania socjalizacyjne w kontekście etologii aleksytymii to przede wszystkim brak w środowisku wychowawczym adekwatnych wzorców ekspresji emocjonalnej, naśladownictwo reakcji i zachowań, które w obrazie słownym, mimice i gestach minimalizują komponent emocjonalny.

WZORCE REGULACJI EMOCJONALNEJ

Fenomen aleksytymii ujawnia się przede wszystkim w życiu emocjonalnym człowieka, ale życia emocjonalnego nie da się oddzielić od sfery fizjologicznej, poznawczej i motoryczno-behawioralnej. Splot wzajemnych powiązań między komponentami życia emocjonalnego zostanie rozpatrzony

w aspekcie istotnym dla zrozumienia specyficznych cech procesów regulacji emocjonalnej aleksytymika.

Podstawowe wzorce regulacji emocjonalnej można przedstawić na czterech modelach.

Pierwszy model powiązań jest najbardziej typowy i uznawany za jedno z kryteriów zintegrowanego, dojrzałego *ego*, stanowiącego fundament przystosowanej społecznie osobowości.

Wzbudzonej emocji towarzyszy percepcja (postrzeganie, świadomość), czyli wiedza o tym, że emocja jest odczuwana. Świadomość (percepcja) obejmuje też oceny poznawcze o przyczynach, które ją wzbudziły i okolicznościach, które towarzyszą tym przeżyciom. Dzięki ocenom poznawczym człowiek uzyskuje kontrolę nad emocjami, możliwość modulowania ich intensywności. Świadomość przeżywanych uczuć i „opracowanie” poznawcze dają człowiekowi także komfort wyboru rodzaju zachowania, niezależniąc go od chwilowego impulsu emocjonalnego. Zachowanie staje się spójne ze strukturą osobowości, dostosowane do sytuacji i wyznaczonych standardów. Struktura zdrowego *ego* podtrzymuje harmonię emocji, aktów poznawczych i reakcji behawioralnych. Taki stan rzeczy ilustruje wypowiedź: „Czułem się poniżony, ale osoba, która mnie poniżyła, działała w złej woli. Nie zareagowałem, bo to wzmocniłoby obraz mojej osoby jako nieprzystosowanej. Udałem, że sytuacja mnie nie dotyczy” (wypowiedzi osób zamieszczone w tekście, podane w cytatach, pochodzą z dokumentacji Autorki).

W drugim wzorcu ogniwa schematu ulegają redukcji. Z emocją współwystępuje (przynajmniej w pewnym zakresie) świadomość jej powstania, a także – wiedza na temat przyczyn, które tę emocję wzbudziły, ale bez elementu pełniejszego opracowania poznawczego sterującego reakcjami behawioralnymi, co w konsekwencji prowadzi do impulsywnych działań. Ten model dotyczy ludzi, którzy są skłonni do niekontrolowanych wybuchów, do zmiennych nastrojów, łatwo popadają w złość. W przedstawianym wzorcu brakuje procesów poznawczych (ocen) regulujących reakcje behawioralne. Wypowiedź osoby z opisaną regulacją emocjonalną brzmi następująco: „Tak się zdenerwowałam, że podałam w strzępki ten list, a teraz muszę posklejać kawałki, żeby odtworzyć adres nadawczy”.

W trzecim modelu zubożone są dwa elementy schematu. Emocja pojawia się w postaci nieokreślonego, nieodróżnionego stosownie do sytuacji bodźcowej napięcia, wywołanego stanem pobudzenia fizjologicznego o mniejszym lub większym nasileniu. Nie towarzyszą jej wyraziste akty poznawcze, tzn. percepcja (świadomość) pojawienia się emocji i wiedza na temat przyczyn, które ją wywołały. Opracowanie poznawcze jest fragmentaryczne. Akty behawioralne są reakcją na sytuację, w której podmiot się znajduje, ale bez motywującej siły emocji. Osoby takie przez specjalistów są opisywane jako „blade emocjonalnie”, a w otoczeniu społecznym odbierane jako „zobojętniałe”, „oschłe”, „puste emocjonalnie”. W kwestionariuszu TAS-20 zgodne z ich sposobem odczuwania są itemy: „1. Często doznania z mojego organizmu stanowią dla mnie zagadkę. 2. Mam odczucia,

które niezupełnie potrafię określić. 3. Często nie wiem, dlaczego jestem zły”.

Reakcje fizjologiczne wywołujące stan napięcia, „zastępujące” przeżycie emocjonalne, którego podmiot nie jest świadomy, mogą mieć różną intensywność. Jeżeli są znaczne, struktura *ego* radzi sobie z nim na różne sposoby, z których dwa warianty są z punktu widzenia klinicznego bardzo ważne.

W pierwszym wariacie (A) napięcie zostaje przeniesione na objawy somatyczne. Bodziec emocjonalny został odebrany, wywołał pobudzenie, ale nie nastąpiła percepcja (świadomość) przeżywania emocji. Pobudzenie zostało zapisane w reakcji cielesnej, objawie somatycznym. Mamy tu do czynienia z klasyczną konwersją lub objawem psychosomatycznym.

W drugim wariacie (B) napięcie ma tendencję do kumulowania się i kolejna sytuacja wyzwala napięcie staje się czynnikiem spustowym gwałtownej, nieadekwatnej do bodźca reakcji behawioralnej. Człowiek zachowuje się impulsywnie z niezrozumiałych dla siebie przyczyn (nie-dostateczne akty poznawcze dotyczące faktu odczuwania napięcia i przyczyn, które je wywołały) i działa w zaskakujący dla otoczenia sposób („Zawsze taki spokojny, co mu się dzisiaj stało”). Nie kontrolując swoich zachowań (brak oceny poznawczej), odreagowuje nagromadzone napięcie często w sposób agresywny lub autoagresywny. Fragment ze zwierzeń ojca: „Nie wiem, czemu tak się zdenerwowałem, nic takiego syn nie zrobił, ale jak go biłem, to nie myślałem o tym, że go krzywdzę”. Posługując się obrazem, można wyobrazić sobie, że napięcie powstałe pod wpływem bodźca emocjonalnego zostało zgromadzone w hipotetycznym zbiorniku pamięci emocjonalnej, ale dopiero, gdy pojemnik został napełniony, pojawiła się reakcja behawioralna.

Dwa wzorce A i B mogą wzajemnie się przenikać. U tego samego człowieka mogą pojawiać się reakcje charakterystyczne raz dla A, a innym razem dla B.

Przedstawione w trzecim modelu elementy i powiązania między nimi ukazują strukturę życia emocjonalnego osób z aleksytymią. Już z tej bardzo ogólnej charakterystyki widać, że stwarza ona podatny grunt dla zakłóceń w optymalnym funkcjonowaniu człowieka.

Uzupełniając tę klasyfikację, trzeba wspomnieć o jeszcze innym wzorcu przeżywania emocjonalnego, wyraźnie patologicznym. W czwartym modelu zapisy obecności bodźca emocjonalnego są słabe. Mamy do czynienia z opóźnieniem sfery emocjonalnej występującej np. u ludzi po rozległym urazie czaszkowo-mózgowym lub dokonanym zabiegu psychochirurgicznym. Ten temat nie będzie kontynuowany.

CECHY I ZACHOWANIA WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE Z ALEKSYTYMIĄ

Badacze podejmujący problematykę aleksytymii dodają, że współwystępują z nią liczne cechy i zachowania, które można uznać za objawy brzeżne, czyli takie, których obecność nie jest konieczna do diagnozy aleksytymii. Warta

podkreślenia jest uwaga, że wymienione poniżej cechy i zachowania nigdy nie występują łącznie u jednej osoby, ale są rozproszone wśród osób aleksytymicznych. Aleksytymicy są psychicznie zróżnicowani i pod względem wielu wymiarów osobowości (np. zdolności, sumienności, lojalności, preferowanych wartości, zachowań moralnych itp.) nie różnią się od ogólnej populacji. Trzeba w tym miejscu dodać, że wielu aleksytymików ma rozwinięte zdolności matematyczno-techniczne i wybierając zgodnie z nimi kierunek edukacji i zawód, odnoszą sukcesy na polu zawodowym.

W badaniach korelacyjnych pewne jednak cechy występują u nich w większym nasileniu, a inne w mniejszym, w porównaniu z grupami kontrolnymi. W większym nasileniu ujawniają m.in.: zachowania konformistyczne, tendencję do unikania sytuacji konfliktowych, bierność, brak poczucia humoru, sztywność postawy ciała, ubogą mimikę (1, 9, 12). W istotnie niższym stopniu cechuje ich ekstrawersja – spontaniczna serdeczność, asertywność, aktywność, poszukiwanie doznań, otwartość na doświadczenie (13). Niższym nasileniem asertywności i aktywności można wyjaśnić stosunkowo niższy poziom osiąganego przez osoby aleksytymiczne wykształcenia i statusu socjoekonomicznego (14).

Emocjonalność osób aleksytymicznych jest naznaczona małą ekspresyjnością, niższym natężeniem emocji pozytywnych (ekscytacja, radość, entuzjazm itp.), a wyższym – emocji negatywnych (stany przygnębienia). Jest „szara”, monotonna. Z zapisów treści snów zarejestrowanych przez uczestników jednego z eksperymentów wiadomo też, że osoby z wyższymi wskaźnikami aleksytymii, w porównaniu z grupą kontrolną, rzadziej śnią, ich sny są krótsze, zawierają mniej treści fantazyjnych (1, 3, 15).

W badaniach przeprowadzonych przez Uziąłłę (16) potwierdzono bardzo istotną statystycznie różnicę między osobami aleksytymicznymi i niealeksytymicznymi (poziom ufności $p < 0,001$) w obszarze radzenia sobie ze stresem. U osób aleksytymicznych stwierdzono mniejsze nasilenie konstruktywnych mechanizmów radzenia sobie z problemem, mniejsze zaufanie do własnych działań i przesunięcie kontroli wzmocnień na zewnątrz wskazujące na słabość struktury *ego* i niską samoocenę. W szczegółowych badaniach autorstwa Besharat (17) udowodniono, że u osób aleksytymicznych w porównaniu z grupą kontrolną występuje przewaga unikowego stylu radzenia sobie ze stresem (w pomiarze kwestionariuszem CISS wyniki wynosiły: 50,05 vs. 42,92) przy relatywnie niskim nasileniu stylu radzenia sobie skupionego na rozwiązywaniu problemu (wyniki: 51,21 vs. 61,75). W 2016 roku rezultaty tych ustaleń zostały potwierdzone przez badaczy włoskich (15).

Autorzy są zgodni, że osoby z aleksytymią wykazują niższą tendencję do poszukiwania wsparcia społecznego. Potwierdzające tę opinię są wyniki badań nad upływem czasu od pojawienia się symptomów ostrej niewydolności serca do wezwania medycznych służb ratunkowych w dwóch grupach pacjentów kardiologicznych: z aleksytymią i bez aleksytymii. U pacjentów aleksytymicznych czas wynosił

159 min, u niealeksytymicznych 35 min. Trzeba tu jednak dodać, że zmienną moderującą wyniki badania mogły być trudności u osób aleksytymicznych z rozpoznaniem niepokojących symptomów cielesnych (18).

Interesujące spostrzeżenia do tego tematu wniosły badania Sullivana i wsp. (19) w populacji 581 mężczyzn zamieszkujących w Zjednoczonym Królestwie, u których wykazano negatywną korelację ($r = -0,327$, $p < ,001$) między wskaźnikiem aleksytymii a postawą poszukiwania pomocy psychologicznej. Mężczyźni z wysokimi wynikami w skali aleksytymii, a jeszcze dodatkowo aprobujący zachowania tradycyjnie męskie, wykazywali zdecydowanie bardziej negatywną postawę wobec korzystania ze wsparcia psychologicznego. Zgodnie z rezultatami badawczymi aleksytymia wyjaśnia 11% wariacji dotyczącej postawy wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że podstawowy deficyt osobowości osoby aleksytymicznej dotyczy jakości kontaktów interpersonalnych. Wyniki opracowane na dużej próbie badanych wykazały silną negatywną korelację między wynikami TAS a globalnym wskaźnikiem inteligencji emocjonalnej, w tym – z czynnikiem najbardziej istotnym dla relacji społecznych – zdolnością do empatii (2). Nietrudno się domyślić, że cechy sprzężone z aleksytymią stanowią barierę w budowaniu relacji społecznych, szczególnie relacji o charakterze intymnym. Trudności z rozpoznawaniem i opisem własnych uczuć współwystępują z deficytem zdolności do rozpoznawania emocji innych osób i wyrażaniem spontanicznych gestów wskazujących na współbrzmienie uczuciowe. Brak otwartości w dzieleniu się swoimi kłopotami, konformizm, sztywność zachowań, „nieprzejmowanie się” stanowią źródło krzywdzących i nieprawdziwych ocen społecznych i pożywkę dla różnorodnych konfliktów rodzinnych i poza rodziną. Aleksytymik postrzegany jest jako osoba chłodna emocjonalnie, oschła, nieskora do wzruszeń, nierozpoznająca potrzeb emocjonalnych partnera lub własnego dziecka i niewykazująca zainteresowania problemami osób bliskich. Sprzyja to niepowodzeniu małżeńskim i innym zaburzeniom w relacjach interpersonalnych. Współmałżonek czy dziecko osoby aleksytymicznej mogą czuć się nieakceptowani, odrzuceni. Nie rozumiejąc istoty rozżaleniem i wrogością na jego/jej ubogą ekspresję emocjonalną, przyciemniony koloryt życia psychicznego i skargi somatyczne (20).

W opiniach psychologiczno-psychiatrycznych pacjentów z aleksytymią przeczytać można: „afekt błady”, „uboga ekspresja emocjonalna”, „matowa emocjonalność”, „słaby wgląd” itp. Aleksytymik hospitalizowany z powodu współistniejących zaburzeń (psychosomatycznych, uzależnienia, depresji itp.) chętniej będzie uczestniczył w terapii zajęciowej niż w psychoterapii. Myślenie operacyjne kieruje jego/jej percepcję w stronę świata konkretów. Wymóg skupienia uwagi na własnych uczuciach i stanach emocjonalnych przeżywanym przez współuczestników sesji terapeutycznej wzbudza opór, który uruchamia mechanizmy obronne.

Przedstawiona charakterystyka naświetla szerokie spektrum czynników potencjalnie obniżających jakość życia osób aleksytymicznych, które zgodnie z mechanizmem sprzężenia zwrotnego pogłębiają ich problemy emocjonalne i generują konflikty interpersonalne. Zwiększona częstotliwość występowania wymagających terapii zaburzeń somatycznych i psychiatrycznych ma więc swoje złożone uwarunkowanie. Na predyspozycję konstytucjonalną nakładają się następstwa biologicznego i psychicznego stresu.

ZWIĄZEK ALEKSYTYMII ZE ZDROWIEM SOMATYCZNYM

Limitowany rozmiar niniejszego opracowania pozwala na przedstawienie zaledwie kilku wybranych wyników badań ilustrujących związek aleksytymii ze stanem zdrowia pacjentów.

Jak wyżej wykazano, stany napięcia wywołane negatywnymi bodźcami emocjonalnymi łatwo przekształcają się w skargi somatyczne. Z racji wspomnianych wyżej cech osobowości utrudniających realizację potrzeb afiliacyjnych i hubrystycznych (potwierdzenia poczucia własnej wartości), frustracja często towarzyszy aleksytymikowi, stanowiąc psychogenne podłoże objawów somatycznych.

Bóle głowy, bóle brzucha, kręgosłupa, inne bóle i doznania odczuwane jako objawy złego samopoczucia fizycznego są odzwierciedleniem napięcia wynikającego z pobudzenia fizjologicznego, dla którego nie ma ujścia w świadomie przeżytej reakcji emocjonalnej. Chociaż objawy cielesne są dostępne poznaniu i łatwe do zwerbalizowania, to jednak ich ocena sprawia kłopot osobie aleksytymicznej. Odróżnienie doznań somatycznych od emocjonalnych jest zadaniem trudnym. Sygnały napięcia bywają u aleksytymika „mylące” (21).

„Zamieszanie” wywołane przypuszczalnym deficytem funkcji układu parasympatycznego dodatkowo obciąża organizm i *psyche*.

W związku z powyższym nie można się dziwić, że współczynnik korelacji między skalą TAS-20 a podskalą hipochondrii Wielowymiarowego Testu Osobowości wynosi 0,367, a w literaturze przedmiotu niemal standardowo aleksytymię wiąże się z chorobami, w których czynnik stresu stanowi ważny komponent etiologiczny (2, 3, 9).

Wyniki badań klinicznych wykazały związek aleksytymii z chorobą nadciśnieniową. Lekarze fińscy w grupie 236 osób świeżo zdiagnozowanych, poprzednio nieleczonych z powodu nadciśnienia, wykryli aleksytymię u 57% mężczyzn i 46% kobiet. W populacji osób z grupy kontrolnej, z prawidłowym ciśnieniem, wskaźnik aleksytymii dla mężczyzn wyniósł 18%, a dla kobiet 9%.

Wysunęli stad wniosek o koincydencji aleksytymii i choroby nadciśnieniowej (2). Jednak szczegółowa analiza parametrów medycznych i wyników w skali TAS dokonana również w Finlandii na dużej próbie 2297 pacjentów kardiologicznych wniosła bardzo cenne informacje na temat zmiennej moderującej ten związek. Okazało się, że u pacjentów z wysokim wynikiem w TAS w porównaniu z badanymi z niskimi

wynikami, wskaźnik arteriosklerozy był istotnie niższy. Autorzy badań wyciągnęli stąd wniosek, że osoby z aleksytymią są wcześniej diagnozowane. Objawy psychopatologiczne są rozpoznane przy łagodnym lub umiarkowanym nasileniu procesu chorobowego. Pacjenci niealeksytymiczni są diagnozowani w bardziej zaawansowanym stadium choroby. Dodatkowo stwierdzono, że pacjenci z aleksytymią raportują silniejsze obciążenie i dyskomfort w diagnostycznych próbach wysiłkowych (22). Opisane wyniki potwierdzają badania Valkamo i wsp., których autorzy stwierdzają: „Aleksytymiczni pacjenci z CHD (chorobą wieńcową – przyp. EJ) nie mają wyższego poziomu czynnika ryzyka tej choroby, ale w wyższym stopniu dostrzegają u siebie objawy depresyjne i niżej oceniają satysfakcję z życia. Aleksytymia jest związana ze wzmocnieniem psychospołecznego ciężaru choroby CHD i ta grupa pacjentów potrzebuje silniejszego wsparcia i uwagi” (23).

Bardzo ściśle powiązania występują między aleksytymią a czynnościowymi zaburzeniami jelitowymi. Wśród pacjentów leczonych z powodu zespołu wrażliwego jelita lub czynnościowej dyspepsji 66% uzyskało wyniki wskazujące na aleksytymię (2). Badania van Kerkhovea (24) rzucają światło na typową dla aleksytymików dominację objawów czynnościowych nad organicznymi.

Populacji 1141 pacjentów skarżących się na objawy gastryczne wykonano badanie endoskopijne. Przed badaniem wykonano m.in. pomiar aleksytymii. Następnie porównano wyniki badania pacjentów aleksytymicznych i niealeksytymicznych i nie stwierdzono różnic w zakresie wykrytych w badaniu endoskopijnym nieprawidłowości. Stwierdzono za to, że pacjenci z aleksytymią odczuwali silniejsze dolegliwości gastryczne w okresie poprzedzającym badanie.

Pacjenci aleksytymiczni mocniej odczuwają ból w wypadku schorzeń somatycznych. Longitudinalne badania Baudic i wsp. (25) wśród 96 pacjentek leczonych z powodu raka piersi, przeprowadzone po 2, 3, 6 i 12 miesiącach od zabiegu chirurgicznego wykazały, że aleksytymia była najbardziej znaczącym (silniej skorelowanym niż wskaźniki lęku i depresji) czynnikiem wyjaśniającym nasilenie chronicznego bólu w całym 12-miesięcznym okresie obserwacji klinicznej.

Moderujący wpływ wysokich wyników w dwóch podskalach TAS-20 (trudności z identyfikacją uczuć oraz trudności z opisem uczuć) na wzmocnienie odczucia bólu stwierdzono również w badaniu 97 pacjentek cierpiących z powodu fibromialgii. Ponadto pacjentki z aleksytymią raportowały silniejszy poziom lęku przed pojawieniem się bólu oraz zaburzenia snu związane z intensywnością odczuć bólowymi (26).

Dokonany przegląd badań sugeruje przydatność diagnozy psychologicznej w rozpoznawaniu źródeł somatycznych problemów pacjenta.

ALEKSYTYMIA A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Aleksytymia uważana jest za biologiczną predyspozycję licznych zaburzeń psychicznych. Dotyczy to zarówno zaburzeń osobowości, jak i zaburzeń czynnościowych. W ostatnio

prowadzonych na terenie Belgii i Francji szeroko zakrojonych badaniach poszukiwano związków między zaburzeniami osobowości typu C (osobowość unikowa i zależna) a aleksytymią. Na podstawie badań 477 osób nieklinicznej próby potwierdzona została hipoteza o ścisłym powiązaniu między aleksytymią a osobowością unikową. Natomiast osobowość typu zależnego nie korespondowała z wynikami w skali TAS (27).

W odróżnieniu od niewywołujących kontrowersji wyników badań korelacyjnych między wynikami skali TAS a zaburzeniami osobowości, interpretacja odnosząca się do wpływu aleksytymii na zaburzenia czynnościowe musi być bardzo ostrożna. Warto podkreślić, że etiologia czynnościowych zaburzeń psychicznych z reguły jest wieloczynnikowa i rola pojedynczego czynnika nie wyjaśnia przyczyny zachorowania. Aleksytymię można traktować jako jeden z czynników usposabiających, którego obecność zauważa się u osób chorujących. Choroba psychiczna uaktywnia się w związku z oddziaływaniem różnych, pozostających w interakcji i wyzwalających rzut choroby, przyczyn. Dopiero przy takim zastrzeżeniu można wskazać na związek aleksytymii z niektórymi zaburzeniami psychicznymi. Na występowanie zależności aleksytymii z depresją wskazują liczne obserwacje klinicystów. W badaniach Luminet i wsp. (28) w grupie pacjentów leczonych z powodu depresji dużej po zakończeniu hospitalizacji trwającej 14 tygodni współczynnik korelacji między wynikami skali TAS-20 a wynikami skali objawów depresyjnych (HRSD) był znaczący ($r = 0,38$, $p < 0,01$). Klinicyści dostrzegają też związek aleksytymii ze schizofrenią (29), zaburzeniami lękowymi (2), uzależnieniami. I tak odnosząc to spostrzeżenie do wyników badań osób z uzależnieniem od alkoholu przeprowadzonych w Polsce, przywołam wyniki badań Januszko i wsp. (30), w których aleksytymię stwierdzono u 51% pacjentów leczonych z powodu choroby alkoholowej. Obecność aleksytymii okazała się bardzo istotnym wskaźnikiem oceny skuteczności terapii. Wykazano, że nawrót choroby alkoholowej (badania kontrolne przeprowadzono po 36 miesiącach) współwystępował z wysokim wskaźnikiem aleksytymii. Wyniki badań pośrednio wskazują, że zaburzona regulacja emocjonalna motywuje pacjentów do szukania „znieczulaczy” w alkoholu w celu pozbycia się przykrego stanu napięcia.

Związek nadużywania alkoholu z aleksytymią potwierdzają też najnowsze badania przeprowadzone na próbie 1641 lekarzy, których proszono o wypełnienie kwestionariuszy dostarczonych drogą elektroniczną (liczba osób badanych stanowiła 46% próby, do której wysłano materiały). W badanej próbie 18,8% spełniło kryteria ryzyka

niekontrolowanego spożywania alkoholu. Wykazano przy tym istotny związek między wysokim poziomem aleksytymii (wynik w TAS-20) a ryzykiem konsumpcji alkoholu (OR = 1,93, 95% CI = 1,37-2,74, $P < 0,001$). Czynnikiem modyfikującym siłę związku był wynik uzyskany w kwestionariuszu wypalenia zawodowego (31).

PODSUMOWANIE

Niniejsze rozważania prowadzą do wniosku, że osobowość aleksytymiczna stanowi ryzyko dla osiągnięcia wysokiego poziomu jakości życia. Straty, które ponosi aleksytymik, dotyczą mniejszych zdolności adaptacyjnych, dyspozycji do izolacjonizmu społecznego, zagrożenia zdrowia somatycznego i psychicznego.

Przyjmując założenie, że aleksytymia jest cechą względnie trwałą, a nie absolutnie trwałą (3, 28), wskazane jest, aby osoby aleksytymiczne uczestniczyły w psychoterapii ukierunkowanej na pogłębienie świadomości przeżywanego stanu emocjonalnego i modyfikację wzorców zachowań interpersonalnych. Problem jednak polega na tym, że aleksytymik nie odczuwa potrzeby kontaktu terapeutycznego i spontanicznie nie będzie poszukiwał placówki psychoterapeutycznej. Okazją do podjęcia terapii może być sugestia ze strony lekarza, doradcy rodzinnego, członka rodziny (żony, męża), a także dłuższa hospitalizacja na oddziale szpitalnym, w ramach której organizuje się sesje terapeutyczne dla pacjentów. Wyniki badań pacjentów grup klinicznych wskazują, że wskaźnik aleksytymii obniża się u osób objętych programami prowadzonymi w podejściu kognytywno-behawioralnym oraz uczestniczących w psychoterapii grupowej. W odniesieniu do osób aleksytymicznych należy unikać eksploracji w głębokie obszary psychiki stosowanej w psychoterapii psychodynamicznej. Psychoterapeutyczna interwencja powinna być ukierunkowana na realne, aktualne wydarzenia, które są bodźcem dla przeżyć emocjonalnych. Wskazane jest prowokowanie zmian w sferze poznawczej, uczenie pacjenta artykułowania stanów uczuciowych, a także różnicowania stanów emocjonalnych od doznań somatycznych.

Proces terapeutyczny powinien być realizowany w kolejnych fazach, ze stopniowaniem trudności, które pacjent musi pokonać (9).

W świetle tych rozważań słuszny staje się postulat, aby lekarze mający kontakt z „trudnym” pacjentem, uskarżającym się na niepotwierdzone w badaniach klinicznych objawy chorobowe, brali pod uwagę hipotezę o wpływie aleksytymii na stan somatyczny i kierowali pacjenta do odpowiednich placówek diagnostyczno-leczniczych.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

PIŚMIENNICTWO

1. Maruszewski T, Ścigała E: Emocje – aleksytymia – poznanie. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998: 134-238.
2. Taylor GJ: Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000; 45(2): 134-142.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ewa Jackowska
 ul. gen. Józefa Chłopickiego 16/2
 71-204 Szczecin
 tel.: +48 662 566 404
 jackowska.ewa@wp.pl

3. Taylor G, Bagby MR: New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 68-77.
4. Samur D, Tops M, Schlinken C et al.: Four decades of research on alexithymia: moving toward clinical applications. *Front Psychol* 2013; 4: 861.
5. Suzuki T: Hypnotic imagery – therapy for a hives patient with alexithymic characteristics. *Contemporary Hypnosis* 2005; 2: 94-98.
6. Irvin HJ, Melbin-Helberg EB: Alexithymia and dissociative tendencies. *J Clin Psychol* 1997; 2: 159-166.
7. Franz M, Popp K, Schaefer R et al.: Alexithymia in the German general population. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 54-62.
8. Bagdy RM, Taylor GJ, Parker JDA et al.: The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item Selection, Factor Structure, Reliability and Concurrent Validity. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 25-39.
9. Tacon A: Alexithymia: a challenge for mental health nursing practice. *Australian and New Zealand. J Ment Health Nurs* 2001; 10: 229-235.
10. Donges US, Suslov T: Alexithymia and automatic processing of emotional stimuli: a systematic review. *Rev Neurosci* 2017; 28(3): 247-264.
11. Jackowska E: Teoria więzi kluczem do wyjaśnienia wzrostu i deficytów w rozwoju kompetencji emocjonalnych. [W:] Jackowska E, Kromolicka B (red.): *Młodzież w XXI wieku. Źródła wzrostu i kryzysów*. Print Group Daniel Krzanowski, Szczecin 2010: 101-121.
12. Schier K: *Bez tchu i bez słowa*. GWP, Gdańsk 2005: 61-67.
13. Yekta M, Besharat MA, Roknoldini E: Explanation of alexithymia in terms of personality dimensions in a sample of general populations. *Social and Behavioral Sciences* 2011; 30: 133-137.
14. Salminen JK, Saarijarvit S, Aarelait E et al.: Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in general population of Finland. *J Psychosom Res* 1999; 46(1): 75-82.
15. Bilotta E, Giacomantonio M, Leone L et al.: Being alexithymic: Necessity or convenience, negative emotionality, avoidant coping interactions and alexithymia. *Psychol Psychother* 2016; 89(3): 261-275.
16. Uziałło J: Ocena wybranych parametrów osobowości aleksytymicznej. *Postepy Psychiatr Neurol* 1999; 9: 477-480.
17. Besharat MA: Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 614-618.
18. Meloni L, Montisci R, Pippia V et al.: Alexithymia affects the time from symptom onset to calling the emergency system in STEMI patients referred for primary PCI. *Int J Cardiol* 2016; 15(219): 428-432.
19. Sullivan L, Camic PM, Brown JSL: Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men's attitudes towards seeking professional psychological help. *Br J Health Psychol* 2015; 20(1): 194-211.
20. Jackowska E: Aleksytymia jako wyjaśnienie zaburzeń w relacjach społecznych u dzieci i dorosłych. [W:] Kaldon B, Kurlak I (red.): *Człowiek w obliczu trudnej sytuacji życiowej*. UKSW, Sandomierz-Warszawa 2011: 39-55.
21. Peasley-Miklus CE, Panayiotou G, Vrana SR: Alexithymia predicts arousal-based processing deficits and discordance between emotion response system during emotional imagery. *Emotion* 2010; 16(2): 164-174.
22. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD et al.: Alexithymia May Influence the Diagnosis of Coronary Heart Disease. *Psychosom Med* 1994; 56: 237-244.
23. Valkamo M, Hintikka K, Honkalampi K et al.: Alexithymia in patients with coronary heart disease. *J Psychosom Res* 2001; 50(3): 125-130.
24. Van Kerkhoven L: Alexithymia is associated with gastrointestinal symptoms, but does not predict endoscopy outcome in patients with gastrointestinal symptoms. *J Clin Gastroenterol* 2006; 3: 195-199.
25. Baudic S, Jayr C, Albi-Feldzer A et al.: Effect of Alexithymia and Emotional Repression on Postsurgical Pain in Women With Breast Cancer: A Prospective Longitudinal 12-Month Study. *J Pain* 2016; 17(1): 90-100.
26. Martínez MP, Sánchez AI, Miró E et al.: Relationships between physical symptoms, emotional distress, and pain appraisal in fibromyalgia: the moderator effect of alexithymia. *J Psychol* 2015; 149(1-2): 115-140.
27. Loas G, Baelde O, Verrier A: Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry Res* 2015; 225(3): 484-488.

28. Luminet O, Bagby M, Taylor GJ: An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 754-760.
29. Wout M, Aleman A, Bermond D et al.: No words for feeling: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Compr Psychiatry* 2007; 48(1): 27-33.
30. Januszko P, Radziwoń-Zaleska M, Gmaj B et al.: Aleksytymia jako czynnik prognostyczny abstynencji od alkoholu. *Alkohol Narkom* 2004; 3-4: 187-195.
31. Pedersen AF, Sørensen JK, Bruun NH et al.: Risky alcohol use in Danish physicians: Associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol Depend* 2016; 160: 119-126.

nadesłano: 20.04.2018

zaakceptowano do druku: 11.05.2018