

Dorota Płońska, Luiza Hnat, Joanna Grzesiewska, Andrzej Czernikiewicz  
Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku

## Aleksytymia — ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytymia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych

*Alexithymia — there are still a lot of questions. Part II.  
Alexithymia in selected psychiatric and somatic disorders*

### Abstract

Over the years alexithymia has been associated primarily with psychosomatic disorders. An increasing body of studies indicates that alexithymic features exist also in other severe and chronic somatic diseases and psychiatric disorders, for example anxiety and depressive disorders, substance use disorders, eating disorders. The results suggest that alexithymia has a close relationship to depression and anxiety. There is considerable debate about whether alexithymia is a stable trait or a transient state that is secondary to psychological distress associated with stressful situations. Several different pathways potentially accounts for the relationship between alexithymia and other diseases. It seems that we still in the progress of understanding of basic mechanisms of alexithymia. The clinical relevance remains to be determined.

**key words:** alexithymia, eating disorders

Początkowo większość badań nad aleksytymią prowadzono wśród pacjentów z tak zwanymi chorobami psychosomatycznymi, stopniowo jednak rozszerzając ich zakres także na inne schorzenia somatyczne i zaburzenia psychiczne. W tej części artykułu na temat aleksytymii autorzy prezentują jej znaczenie w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych.

### Zaburzenia odżywiania się i otyłość

Zaburzenia odżywiania się to wieloczynnikowe, heterogenne syndromy będące niejako wspólnym, końcowym szlakiem patogenetycznym wynikającym z nałożenia się kilku neurobiologicznych, psychologicznych i socjokulturowych czynników predysponujących. Na istotne znaczenie emocji w rozwoju tej grupy zaburzeń wskazywała Bruch [1], uznając, że **anoreksja psy-**

**chiczna** może być sposobem na utrzymywanie i identyfikację w świadomości swoich stanów wewnętrznych. Zaburzenia obrazu ciała, będące nieodłączną częścią symptomatologii zaburzeń odżywiania się, można rozumieć nie tylko w kategoriach zaburzeń percepcji czy złudzeń, ale także jako swoisty deficyt rozwojowy. Zgodnie z takim założeniem można przyjąć, że duży udział w jego powstawaniu mają zaburzone relacje w systemie rodzic–dziecko, czyli słabe dostrojenie wewnętrznych potrzeb dziecka i odpowiedzi opiekunów na jego komunikaty niewerbalne. Ten rozdzwięk utrudnia lub osłabia u dziecka zdolność rozróżniania potrzeb fizjologicznych od doznań emocjonalnych [2] i buduje nieufność wobec zasadności swoich własnych odczuć, doświadczeń i własnej skuteczności. W anoreksji aleksytymia koreluje z chłodem emocjonalnym rodziców i sprawowaniem przez nich nieodpowiedniej opieki i wyższym poziomem aleksytymii matki. Nieadekwatna reakcja na autoekspresję dziecka przyczynia się do zaburzeń w kształtowaniu się jego autonomii i poczucia własnego sensu.

Adres do korespondencji: lek. Dorota Płońska  
Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku  
tel.: (0 85) 719 39 79, faks: (0 85) 719 39 78  
e-mail: psych@amb.edu.pl

Ograniczenie zdolności do samodzielnej interpretacji wewnętrznych doznań emocjonalnych prowadzi do podejmowania prób organizacji tych „nienazwanych potrzeb” [3] za pomocą restrykcyjnych rytuałów i zachowań związanych z odżywianiem się. Pacjentki z anoreksją słabiej potrafią opisywać swoje emocje, natomiast osoby z rozpoznaniem bulimii wykazują większe trudności w identyfikowaniu swoich uczuć. W sytuacji stresu psychospołecznego uwidacznia się dysharmonia między poziomem pobudzenia emocjonalnego zgłaszanego przez pacjentkę a obserwowanymi, mierzalnymi wskaźnikami pobudzenia neuropsychologicznego, w postaci na przykład wzrostu częstości akcji serca czy stężenia kortyzolu w ślinie [4]. Zarówno aleksytymia, lęk, jak i depresja są czynnikami predykcyjnymi zaburzeń odżywiania się w grupie kobiet rasy kaukaskiej, afroamerykańskiej, ale nie wśród mężczyzn rasy kaukaskiej. Ocenia się, że cechy aleksytymiczne wykazuje średnio 64% (23–77%) pacjentów z anoreksją i to zarówno w grupie dorosłych, jak i adolescentów. Podobnie szacuje się ta wielkość w bulimii — około 51–83% badanej grupy [5]. Nieprawidłowe postawy i zachowania związane z jedzeniem, masą i kształtem ciała nie wykazują istotnych zależności od aleksytmii. U osób z otyłością dane są niespójne — przyjmuje się, że u około 52% z nich występują problemy z wglądem we własne emocje i z ich werbalizacją, jednak te wyniki nie zawsze znajdują potwierdzenie w kolejnych pomiarach, co może wynikać z faktu, że nie wszystkie badania uwzględniają to, że około 20–30% osób z otyłością zgłaszających się do leczenia spełnia kryteria kompulsyjnego objadania się (BED, *binge eating disorder*), które podobnie jak epizody objadania się w bulimii można traktować jako wyraz *emotional eating*, czyli tendencję do przejadania się w reakcji na negatywne emocje. Właśnie w tej grupie pacjentów wykazano wyższy poziom stresu psychologicznego i psychopatologii oraz wyraźne powiązania z aleksytmia, szczególnie w zakresie trudności w identyfikowaniu emocji. Pewne zachowania związane z odżywianiem się, na przykład głodzenie się, objadanie, wymiotowanie i nadaaktywność ruchowa czy też sięganie po substancje psychoaktywne można zaliczyć do kategorii środków służących regulacji nieodróżnicowanych i wywołujących napięcie stanów emocjonalnych.

### Depresja

Średnio około 37% (55% mężczyzn, 29% kobiet) pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi wykazuje wyraźne cechy aleksytymiczne. Wydaje się, że depresja i aleksytymia to odmienne konstrukty. Jednak niektórzy traktują aleksytmie jako aspekt depresji albo reakcję sytuacyjną na depresję. Korelują one ze sobą w umiarkowanym stopniu, jednak na poziomie dzisiejszej wiedzy

trudno precyzyjnie ocenić zależność przyczynowo-skutkową między nimi. Czy aleksytymia jest wtórnym zjawiskiem do depresji, czy też aleksytymia jako stała cecha osobowości predysponuje do rozwoju depresji? Swoistym kompromisem w tej sytuacji może być hipoteza, że emocjonalny komponent aleksytmii zależy od nastroju, natomiast komponent poznawczy jest stałą klinicznie niezależną cechą. Wyniki badań oceniających równoległe wahania obu zmiennych w czasie są rozbieżne — jedni wykazują bezwzględną lub względną stałość aleksytmii przy zachodzących zmianach w nasileniu objawów depresyjnych, a inni wskazują na zależność aleksytmii od depresji w zakresie 9,1–29%. W 12-miesięcznej obserwacji trudności w identyfikowaniu i werbalizowaniu emocji, podobnie jak lęk i tendencje do podkreślania somatycznego distressu, wiązały się z częstszym występowaniem objawów somatycznych depresji [6]. Dodatkowo obok poczucia bezradności aleksytymia zwiększa ryzyko samobójstwa, a jej występowanie wiąże się ze wzrostem ciężkości i stabilności objawów depresyjnych [7] oraz opornością na leczenie farmakologiczne, na przykład paroksetyną. W badaniach populacji nieklinicznej osoby z wysokim poziomem aleksytmii częściej doświadczają zaburzeń depresyjnych. Niemożność precyzyjnego identyfikowania własnych emocji w połączeniu z tendencją do zadaniowego stylu myślenia znajdują swoje odzwierciedlenie w trudnościach w prowadzeniu rozmowy na temat przeżywanego problemów, a także w mało efektywnym poszukiwaniu przyczyn doświadczanych objawów depresyjnych [8]. W praktyce może się to przekładać na poczucie impasu terapeutycznego.

### Zaburzenia lękowe

Niektórzy badacze wskazują, że aleksytymia w lęku panicznym pojawia się znacznie częściej niż w fobii prostej 46,7–67% vs. 12,5%. Towarzyszy jej przy tym wyższy poziom lęku i skarg somatycznych, słabsze ego i mniejsza niezależność. Tę różnicę częstości można tłumaczyć słabszymi mechanizmami radzenia sobie u osób z zaburzeniami lękowymi z napadami lęku. Niektórzy podkreślają związek i nakładanie się koncepcji trudności w identyfikowaniu emocji i poznawczego aspektu lęku panicznego [9], gdzie dochodzi do błędnego interpretowania doznań somatycznych jako niezwykłych, dziwnych i mających katastrofalne konsekwencje. Inne hipotezy sugerują, że aleksytymia to cecha osobowości powodująca ograniczenie doświadczenia emocjonalnego i predysponująca do rozwoju napadu lęku, gdy emocja jednak zostanie uświadomiona. Inni postulują, że ma ona tu charakter wtórny do sytuacji stresogennej, to znaczy może stanowić

mechanizm obronny w stosunku do lęku uogólnionego lub stresu. Obie koncepcje nie wykluczają się — poziom aleksytymii może narastać w ostrej fazie zaburzeń lękowych, chroniąc niejako pacjenta przed doświadczaniem negatywnych emocji, a następnie może powracać do stanu przedchorobowego, jednak oczywiście wyższego niż przeciętnie.

### Zespół stresu pourazowego

Zespół stresu pourazowego (PTSD, *post traumatic stress disorder*) stwierdzany u weteranów wojennych i aleksytymia wykazują wiele cech wspólnych, które dotyczą: traumatycznego czynnika wywołującego, unikania emocji związanych z traumą, wpływu na relacje interpersonalne i zawężonego odczuwania afektu. W związku z tym nasuwa pytanie, czy aleksytymii nie można traktować jako części reakcji PTSD związanej z unikaniem i anestezią emocjonalną [10]? W pewien sposób zasadność takiej tezy potwierdza ich współwystępowanie u 60–85% pacjentów, głównie w zakresie trudności w identyfikowaniu emocji. Aleksytymia częściej występuje u ofiar gwałtu, kazirodztwa, molestowania seksualnego, holocaustu [11] i weteranów wojennych. Niektórzy sugerują, że trauma związana z zagrożeniem życia, w której ofiara traci zupełnie poczucie bezpieczeństwa lub kontroli, wywołuje reakcję w postaci „przesunięcia źródła zasobów” na lewą stronę mózgu i pewnej dysocjacji z prawą półkulą. Pozwala to jednostce na zachowanie poczucia kontroli [12]. Wystąpienie cech aleksytymicznych może się wiązać ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, mimo że nie jest to czynnik o tak dużej sile jak depresja.

### Funkcjonalne zaburzenia układu pokarmowego

Wśród potencjalnych czynników patogenetycznych zespołu jelita nadwrażliwego (IBS, *irritable bowel syndrome*) uwzględnia się między innymi wpływ czynników psychologicznych i reaktywność układu pokarmowego. Odpowiedź na stres u tych chorych wiąże się z nadmierną wrażliwością mięśni jelita, jego zwiększoną kurczliwością i dolegliwościami bólowymi. U znacznej części pacjentów (40–69%) [13] aleksytymia, obok przewlekłej somatyzacji, wykazuje pozytywny związek z ilością zgłaszanych skarg. W 6-miesięcznej obserwacji była cechą stałą mimo fluktuacji aktywności choroby. W grupie pacjentów niereagujących na leczenie aż 82% wykazuje wysoki poziom aleksytymii.

### Choroby układu krążenia

Atrakcyjna wydaje się teza, że dysregulacja układu autonomicznego podczas ostrego stresu emocjonalnego może być prawdopodobnym łącznikiem patofi-

zjologicznym łączącym aleksytymię i choroby układu krążenia. Znalezione dodatnią korelację aleksytymii z wielkością zwężenia tętnic wieńcowych w badaniach angiograficznych. W badaniu kanadyjskim, którym objęto 1443 pacjentów w 36. miesiącu po zawale, Kojima stwierdził wysoki poziom aleksytymii u 30,2% badanych [14]. Aleksytymia częściej występuje u pacjentów zgłaszających ból w klatce piersiowej, u których nie stwierdza się obiektywnych objawów niedokrwienia. Są to też pacjenci, u których postawienie rozpoznania wymaga dłuższego czasu. Także 55% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym ma trudności z werbalizowaniem swoich emocji [15].

W Finlandii w 5,5-letniej obserwacji u 2297 mężczyzn w średnim wieku z wysokim poziomem aleksytymii wykazano zwiększoną śmiertelność ze wszystkich przyczyn wśród badanych [16].

### Aleksytymia jako cecha i stan

Dzięki prowadzonym długoterminowym badaniom prospektywnym ustala się, czy aleksytymię należy traktować w kategoriach cechy stałej, czy raczej zmieniającego się w czasie procesu. Wyniki prowadzą do rozbieżnych wniosków. Porcelli [17] w 6-miesięcznym badaniu u pacjentów z chorobami zapalnymi jelit wskazywał na jej relatywną stabilność. Honkalampi [18, 19] w 6-miesięcznej oraz 2-letniej obserwacji w grupie pacjentów z depresją stwierdził, że aleksytymia zmienia się w czasie jako funkcja depresji. Salminen i Saarijärvi przez rok obserwowali ją jako stałą cechę u pacjentów psychiatrycznych z zaburzeniami lękowymi i afektywnymi [20], podobnie jak potem w rocznej ocenie depresji [21]. W 2-letniej perspektywie Beresnevaite u pacjentów po zawale zauważył, że tylko u osób poddanych psychoterapii zmniejszył się poziom aleksytymii, a u pozostałych nie [22]. Relatywna stabilność oznacza, że względna różnica między osobami pozostaje stała w czasie. Aby uznać jakiś czynnik za predysponujący do rozwoju określonej choroby, należy wykazać relatywną stabilność tej cechy w kontekście ostrych zmian. Określenie tej stabilności absolutnej czy też względnej ma więc istotne implikacje terapeutyczne, co oznacza, że pozwala ocenić, na ile jest możliwa modyfikacja danego czynnika.

### Mechanizmy łączące aleksytymię z powstawaniem chorób

Choroba to swoisty system złożony z: 1) zaburzeń fizjologicznych i behawioralnych dających w efekcie zmiany organiczne oraz 2) procesów poznawczych i zachowań społecznych, które można określić jako zachowania związane z chorobą lub „chorowanie”.

Aleksytymia może wpływać na każdy z tych elementów, jednak należy również uwzględnić zależność odwrotną, czyli że to choroba somatyczna powoduje aleksytmie. Nieprawidłowa ocena swego stanu w czasie stresu może prowadzić do powtarzania się takich sytuacji. Utrwalenie się nieefektywnego stylu radzenia sobie może przedłużać ekspozycję na stres. Ta rozbieżność między subiektywnym i fizjologicznym pobudzeniem może stanowić czynnik ryzyka dla chorób, w patofizjologii których dużą rolę odgrywa stres. A jak wiadomo, stres pociąga za sobą wiele reakcji fizjologicznych związanych głównie z układem podwzgórze–przysadka–nadnercza. Podjęto próby potwierdzenia tej teorii, określanej mianem „nadmiernego pobudzenia”. Najczęściej dokonywano oceny następujących parametrów: akcja serca, ciśnienie tętnicze krwi, przewodnictwo skórne, napięcie mięśni, w warunkach spoczynku i po pobudzeniu emocjonalnym. Niektóre wyniki potwierdzały wysoki, stabilny poziom reaktywności układu autonomicznego, natomiast inne wskazywały raczej na pewnego rodzaju dysregulację, jaka zachodzi w czasie powrotu do stanu wyjściowego [23]. Podobnie nie było zgodności na temat tego, czy reakcja na bodźce emocjonalne u osób aleksytmicznych była nadmierna, obniżona czy zbliżona do normy. W sposób pośredni aleksytymia poprzez promowanie zachowań niesprzyjających zdrowiu, na przykład używanie substancji psychoaktywnych, zaburzone wzorce odżywiania się, zaburzenia snu, niestosowanie się do zaleceń lekarskich, może także stanowić ogniwo patofizjologiczne. W tych przypadkach dodatkową rolę odgrywa brak wsparcia społecznego wynikającego z niemożności opisanego swego stanu innym. Atrakcyjność koncepcji, że dysregulacja procesów fizjologicznych pośredniczy w zwiększonej skłonności aleksytmików do chorób somatycznych, znalazła swoje odzwierciedlenie w licznych, niestety nie do końca zgodnych, wynikach badań. Niektórzy obserwowali pewnego rodzaju rozszczepienie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, to znaczy osoby z wysokim poziomem aleksytmii w odpowiedzi na stres reagowały niższym niż spodziewany wzrostem poziomu kortyzolu, przy prawidłowo podwyższonym poziomie katecholamin, podobnie jak to się dzieje u pacjentów z PTSD i niepłodnością. Taylor i Bagby [24] uważają, że aleksytymia może się wiązać z somatyzacją na 3 różne, równie prawdopodobne i niezależne sposoby: 1) skoncentrowanie, amplifikacja i błędna interpretacja doznań somatycznych towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu mogą prowadzić do somatyzacji i hipochondrii, 2) skłonność do psychologicznego distressu, doświadczanie stanu nie-

zróznicowanego, negatywnego afektu mogą sprzyjać zaburzeniom afektywnym, 3) zwiększona aktywność autonomicznego układu nerwowego i podwyższona odpowiedź neuroendokrynną stwarzają sytuacje sprzyjające rozwojowi chorób somatycznych.

Najbardziej specyficznym czynnikiem predykcyjnym somatyzacji wydają się trudności w identyfikowaniu emocji. Czynnikiem pośredniczącym może być tu *somatosensory amplification*, czyli tendencja do odbierania doznań fizycznych jako intensywnych, raczej nieprzyjemnych, przeszkadzających [25].

### Praktyczne zastosowanie koncepcji aleksytmii

Z teoretycznego punktu widzenia ocena poziomu aleksytmii może być pewnego stopnia miernikiem dystresu psychicznego, a tym samym predyspozycji do chorób, w których odgrywa on istotną rolę. Trudność w praktycznym przełożeniu tego faktu polega jednak na tym, że dostępne obecnie metody badania klinicznego są ciągle niedoskonałe i nie pozwalają na szybką i precyzyjną ocenę.

Aleksytymia w pewnym stopniu może zakłócać komunikację między pacjentem a lekarzem. Pacjenci z aleksytmia częściej zgłaszają skargi somatyczne i mogą wykazywać nadwrażliwość i mniejszą tolerancję na nieprzyjemne bodźce pochodzące zarówno z zewnątrz, jak i z wnętrza organizmu. Mają tendencję do przypisywania występujących objawów przyczynom somatycznym, a nie psychicznym. Jeśli lekarz nie uświadamia sobie istnienia tego deficytu poznawczego, jest mu trudniej prawidłowo zinterpretować otrzymywane informacje. To często z jednej strony powoduje frustrację i zniecierpliwienie lekarza, a z drugiej strony zwiększa koszty usług medycznych związanych z wykonywaniem licznych badań diagnostycznych. W związku z tym, że pacjent w mniejszym stopniu może odbierać komunikaty niewerbalne, może być bardziej zależny od udzielanej mu akceptacji, empatii i okazywanego przez lekarza wsparcia. Stąd dla poprawy komunikacji i zrozumienia zasadnicze znaczenie może mieć zwerbalizowanie przez lekarza empatycznej reakcji. Powoduje to także większe usatysfakcjonowanie pacjenta z takiej wizyty. Warto także zwrócić uwagę, że zachowania i percepcja pacjenta z wysokim poziomem aleksytmii nie sprzyjają współpracy i przestrzeganiu zaleceń lekarskich, jeśli nie są one kontrolowane z zewnątrz, a ponadto wymagają samokontroli. W trakcie psychoterapii trudności w prezentowaniu swoich wewnętrznych przeżyć terapeutycie czy grupie terapeutycznej mają swoje przełożenie na wyniki tej metody leczenia. Informacje z zakresu pamięci

autobiograficznej u tych pacjentów mogą mieć mniejsze nacechowanie emocjonalne. Jednocześnie osoby te mogą wykazywać tendencje do zachowań wskazujących na lęk, napięcie czy unikanie i niechętnie przyznawać się do swojej potrzeby zależności i wyrażać złość niewerbalnie. Ponadto gorzej rozpoznają docierające do nich emocjonalnie nacechowane bodźce werbalne i niewerbalne, co może modyfikować ich zdolności do empatii. Trudności w procesie przetwarzania emocji przyczyniają się także do niepodejmowania prób szukania profesjonalnej pomocy. Pacjenci mogą używać bardziej prymitywnych i niedojrzałych mechanizmów obronnych, na przykład projekcji, zaprzeczenia, dysocjacji, hipochondrii, *acting-out*, zachowań bierno-agresywnych, co zwiększa prawdopodobieństwo przerwania terapii, czy pojawiania się w jej trakcie przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Osoby z rozpoznaniem z osi I czy II, dokonujące samookaleczenia, często nie potrafią opisać swego stanu emocjonalnego bezpośrednio poprzedzającego samouszkodzenie, co może wskazywać na komunikacyjne funkcje dokonywanego czynu. Terapeuta może postrzegać pacjenta z wysokim poziomem aleksytymii jako stłumionego, nudnego, frustrującego, co wynika głównie z monotonnej, stałej koncentracji na szczegółach zdarzeń zewnętrznych jako przyczynach dyskomfortu, oraz jako zorientowanego na operacyjnym stylu myślenia i sposobie komunikacji. Utrzymująca się w czasie terapii niezdolność do łączenia swoich doznań somatycznych z przeżyciami intrapsychicznymi może prowadzić do frustracji, poczucia beznadziejności i wątpliwości co do efektywności podejmowanych działań i budzić negatywne odczucia w stosunku do pacjenta. Dlatego tak pomocne może być pamiętanie o tendencji do somatycznej regulacji emocji, na przykład poprzez somatyzację czy zachowania związane z odżywianiem się.

Zwerbalizowanie emocji modyfikuje wiedzę danej osoby na temat tych emocji i sposobu ich świadomego doświadczania. Liczne obserwacje kliniczne pozwoliły na sformułowanie wskazówek do pracy z pacjentem aleksytymicznym. Terapia psychodynamiczna nie jest tu wskazana, a terapia indywidualna czy grupowa powinna się opierać głównie na technikach wspierających i psychoedukacji [24]. Ewentualnie w celu lepszego zrozumienia i nazwania emocji można tu wykorzystać zmodyfikowaną terapię psychodynamiczną. Taylor zaleca techniki behawioralne i niewerbalne, na przykład treningi relaksacyjne, trening autogenny, *bio-feedback* oraz artterapię, techniki zorientowane na ciało, po to, by lepiej zinterpretować bodźce płynące z ciała. Warto zwrócić uwagę, że rozpoczęcie terapii

od technik werbalizowania swoich uczuć może dać efekt pseudoterapeutyczny tego typu, że pacjent potraktuje terapię formalnie i powierzchownie. W psychoterapii wspierającej szczególnie istotna jest relacja terapeutyczna, która powinna być autentyczna, odnosić się do codzienności pacjenta i unikać głębokiej eksploracji przeszłości. Interwencje powinny być wprowadzane stopniowo. Pierwszy etap opiera się głównie na edukacji, aby pozwolić i zachęcić pacjenta do przyjrzenia się problemowi. Następnie terapeuta dąży do zwiększenia tolerancji afektu poprzez uczenie samoograniczającej natury emocji. W trzecim etapie towarzyszy się pacjentowi w werbalizowaniu i desomatyzacji doświadczeń emocjonalnych. Można tu zastosować także hanowerski model psychoterapii przeznaczony dla pacjentów somatyzujących lub terapię zorientowaną na rozwiązanie lub dialektyczną terapię behawioralną stosowaną w leczeniu pacjentów z osobowością *borderline* i zachowaniami samobójczymi. Przydatne mogą się także okazać spisane listy doznawanych emocji. Wielu pacjentów początkowo rozpoznaje i nazywa swoje emocje, wykorzystując koncentrację na doznaniach docierających z ciała, na przykład strach określają: „czuję, jakby żołądek podchodził mi do gardła”. Na podobnej zasadzie można wykorzystać metafory odnoszące się do doświadczenia życiowego czy zainteresowań, na przykład muzyki, sportu, sztuki (np. zdanie „jak zimowa noc, kiedy miękko opadają płatki śniegu”, może opisywać uczucie spokoju) [26].

W czasie relaksacji ci pacjenci doświadczają mniej zadowolenia, są mniej w nią zaangażowani i wykazują mniejszą aktywność wyobraźniową w czasie jej trwania. Aleksytymicy częściej mają mniejsze wsparcie ze strony otoczenia i wyższy poziom społecznego distressu, mniej bliskich relacji, słabsze umiejętności społeczne, co może być bardziej widoczne w grupie kobiet, gdyż typowo w relacjach kobieta–kobieta temat emocji zajmuje centralne miejsce. Z punktu widzenia ujęcia systemowego istotne wydaje się, że trudności w identyfikowaniu emocji mogą się wiązać z dysfunkcyjnym zaangażowaniem uczuciowym, a zadaniowy styl myślenia z nieefektywną kontrolą zachowań w rodzinie i niższym poziomem pozytywnych komunikatów.

### Podsumowanie

Fakt, że wielu psychiatrów nie zna pojęcia aleksytymii, inni poddają go krytyce, a niektórzy go odrzucają wynika z tego, że brak ujednoliconej, precyzyjnej definicji uniemożliwia rzetelną ocenę kliniczną. Rodzi to wiele pytań i wątpliwości oraz ograniczeń metodologiczno-statystycznych w badaniach. Dodatkowo wpływa na to fakt, że dostępne dane często opierają się na

wynikach z małych prób i uzyskanych za pomocą mało rzetelnych narzędzi. Te trudności w ustaleniu definicji operacyjnej spowodowały, że żadna z klasyfikacji ICD i DSM nie uwzględniła tego sformułowania. Aleksytymię należy rozumieć jako pewnego rodzaju wymiar niż konkretną kategorię czy rozpoznanie. Z jednej strony, w ujęciu klinicznym może ona służyć jako deskryptor, analogiczny do pojęć typu akineza, abulia, a z innej perspektywy jako wymiar lub kategoria cech osobowości pozwalający na precyzyjniejszy opis pacjenta. Ocena psychologicznego distresu, w tym aleksytymii, lęku i depresji, to cenne uzupełnienie badania klinicznego w szeroko rozumianej praktyce lekarskiej. Przykładem takiego narzędzia stworzonego dla optymalizacji diagnozy klinicznej jest strukturalizowany wywiad — *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*, gdzie jedną z ocenianych cech jest właśnie aleksytymia. Dotychczas zebrane dane, mimo zachęcających przesłanek teoretycznych, nie pozwalają na pewne, jednoznaczne stawianie aleksytymii w kategoriach

czynnika ryzyka chorób. Pozostaje wiele otwartych pytań: czy jest to choroba, objaw choroby, syndrom, cecha osobowości, styl myślenia, nerwicowy mechanizm obronny, anomalia neurologiczna czy tylko mit stworzony przez psychoanalityków, aby wytłumaczyć nieskuteczność ich terapii [27]?

Z pewnością aleksytymii nie można utożsamiać z osobowością społeczną, stoicyzmem, apatią czy też wyparciem emocji. Wydaje się, że na pełną odpowiedź dotyczącą mechanizmów jej powstawania, siły faktycznego wpływu na zdrowie czy osobowości i możliwości modyfikowania przez terapię należy jeszcze poczekać. Potrzebne są dalsze długoterminowe badania prospektywne na dużych próbach różnych populacji klinicznych i nieklinicznych z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych, wpływów kulturowych i czynników genetycznych. Niewątpliwie jednak dyskusja wokół aleksytymii może się przyczynić do zwrócenia większej uwagi klinicystów na procesy emocjonalne, a także stymulować dalsze poszukiwania w tej dziedzinie.

### Streszczenie

Przez wiele lat aleksytymię wiązano przede wszystkim z chorobami psychosomatycznymi. Jednak stale rosnąca liczba badań wskazuje, że cechy aleksytmiczne występują także w innych poważnych i przewlekłych schorzeniach somatycznych i zaburzeniach psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe, depresyjne, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i zaburzenia odżywiania się. Wyniki sugerują ścisły związek aleksytymii, depresji i lęku, chociaż są to odrębne konstrukty. Trwa także dyskusja, czy jest ona cechą stałą czy stanem przejściowym, wtórnym do psychologicznego dystresu wywołanego sytuacją. Rozważa się kilka potencjalnych mechanizmów, na drodze których zachodzi relacja między aleksytymią a chorobami. Jednak, w dalszym ciągu, mimo poziomu dzisiejszej wiedzy na wiele pytań nie ma jeszcze pełnej odpowiedzi, a ocena ostatecznej przydatności klinicznej pozostaje kwestią przyszłości. Mimo to uwzględnienie cech aleksytmicznych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym może być przydatne.

**słowa kluczowe:** aleksytymia, zaburzenia odżywiania się

### PIŚMIENNICTWO

1. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. Basic Books, New York 1973.
2. De Panfilis C., Rabbaglio P., Rossi C., Zita G., Maggini C. Body image disturbance, parental bonding and alexithymia in patients with eating disorders. *Psychopathology* 2003; 36: 239–246.
3. Petterson R. Nameless desire: alexithymia and the anorexic patient. *Am. J. Psychoanal.* 2004; 64: 77–90.
4. Zonneville-Bender M.J., van Goozen S.H., Cohen-Kettenis P.T., Jansen L.M., van Elburg A., Engeland H. Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional arousal to psychosocial stress. *Psychiatry Research* 2005; 135: 45–52.
5. Eizaguirre A.E., de Cabezon A.O.S., de Alda I.O., Olariaga L.J., Juaniz M. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Pers. Individ. Dif.* 2004; 36: 321–331.
6. Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Tanskanen A., Hintikka J., Lehtonen J., Viinamaki H. Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population. *Psychother. Psychosom.* 2001; 70: 247–253.
7. Luminet O., Bagby R.M., Taylor G.J. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother. Psychosom.* 2001; 70: 254–260.
8. Addis M.E., Carpenter K.M. Alexithymia, gender and responses to depressive symptoms. *Sex Roles* 2000; 43 (9–10): 629–644.
9. Marchesi C., Fontò S., Balista C., Cimmino C., Maggini C. Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74: 56–60.
10. Badura A.S. Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Anxiety Disorders* 2003; 17: 349–360.
11. Yehuda R., Steiner A., Kahana B. i wsp. Alexithymia in holocaust survivors with and without PTSD. *J. Trauma Stress* 1997; 10: 93–100.

12. Henry J., Haviland M., Cummings M. i wsp. Shared neuroendocrine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. *Psychosom. Med.* 1992; 54: 407–415.
13. Portincasa P., Moschetta A., Baldassarre G., Altomare D.F., Palasciano G. Panenteric dysmotility, impaired quality of life and alexithymia in a large group of patients meeting ROME II criteria for irritable bowel syndrome. *World J. Gastroenterol.* 2003; 9: 2293–2299.
14. Kojima M., Frasure-Smith N., Lesperance F. Alexithymia following myocardial infarction: psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *J. Psychosom. Res.* 2001; 51: 487–495.
15. Todarello O., Taylor G.J., Parker J.D.A., Fanelli M. Alexithymia in essential hypertension and psychiatric outpatients: a comparative study. *J. Psychosom. Res.* 1995; 39: 987–994.
16. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D., Julkunen J., Salonen J.T. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *J. Psychosom. Res.* 1996; 41: 541–549.
17. Porcelli P., Affatati V., Bellomo A., De Carne M., Todarello O., Taylor G.J. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *Psychother. Psychosom.* 2004; 73: 84–91.
18. Honkalampi K., Hintikka J., Saarinen P. i wsp. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. *Psychother. Psychosom.* 2000; 69: 303–308.
19. Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Antikainen R., Haatainen K. Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables, and actual mood disorder: a 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2004; 45: 197–205.
20. Salminen J.K., Saarijärvi S., Aarela E., Tamminen T. Alexithymia: state or trait? One-year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *J. Psychosom. Res.* 1994; 38: 681–685.
21. Salminen J.K., Saarijärvi Toikka T. Alexithymia and depression — a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J. Psychosom. Res.* 2001; 51: 729–733.
22. Beresnevaite M. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychoter. Psychosom.* 2000; 69: 117–122.
23. Lumley M.A., Stettner L., Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J. Psychosom. Res.* 1996; 41: 505–518.
24. Taylor G.T., Bagby R.M., Parker J.D.A. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge 1997.
25. Sayar K., Ak I. The predictors of somatization: a Review. *Bull. Clin. Psychopharmacol.* 2001; 11: 266–271.
26. Misch D.A. Basic strategies of dynamic supportive therapy. *J. Psychother. Pract. Res.* 2000; 9: 173–189.
27. Jakubik A. Aleksytymia — mit czy rzeczywistość? W: A. Grochowska (red.). *Wokół psychologii osobowości.* UKSW, Warszawa 2002.