

## **ALEKSYTYMIA — MECHANIZM OBRONNY CZY CECHA OSOBOWOŚCI? NOWE PERSPEKTYWY BADAWCZE**

### **ALEXITHYMIA — A DEFENSE MECHANISM OR A PERSONALITY TRAIT? NEW TRENDS IN RESEARCH**

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny  
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
Kierownik: prof. dr hab. Marina Zalewska

**alexithymia  
defense mechanisms  
personality traits  
affect regulation**

*Autorka analizuje zjawisko aleksytymii w różnych kontekstach teoretycznych. Przedstawia definicję aleksytymii i podaje charakterystykę osób określanych mianem alekstyminicznych. Autorka rozważa aleksytymię jako mechanizm obronny, porównując ją z represją oraz dysocjacją. Prezentuje wyniki badań, w których aleksytymia jest spostrzegana jako stała cecha osobowości, oraz badania z obszaru neuronauki, badania marzeń sennych oraz badania przywiązania. Autorka przedstawia własne rozumienie aleksytymii jako formy regulacji emocji i omawia wybrane rezultaty badań empirycznych prowadzonych przez nią i przez zespół jej magistrantów w odniesieniu do osób cierpiących na astmę oskrzelową.*

**Summary.** The author makes an analysis of the phenomenon of alexithymia from different theoretical perspectives. She gives the definition of alexithymia and presents the characteristics of persons described as alexithymic. She analyses alexithymia in terms of defense mechanisms, comparing it to repression and dissociation. The author describes the results of research, where alexithymia is perceived as a personality trait. In accordance to the literature the new trends in alexithymia research are shown – the neurobiological research, the research on dreams and the attachment studies. The author presents her own way of understanding alexithymia as a form of affect regulation. She shows the results of her and her graduate students' research on persons suffering from asthma. The paper closes with data on clinical implications for a presented way of understanding of the phenomenon of alexithymia in the therapeutic work with persons with psychosomatic disturbances.

### **Co to jest aleksytymia?**

Konstrukt aleksytymii ma 35 lat — został stworzony na początku lat siedemdziesiątych przez psychoanalityka Petera Sifneosa [1] na podstawie jego doświadczeń w pracy z pacjentami cierpiącymi na choroby psychosomatyczne. Konstruktor ten w ostatnim okresie zyskał na nowo duże zainteresowanie badaczy reprezentujących różne obszary psychologii, medycyny i zróżnicowane orientacje teoretyczne. O ile w połowie lat 80. XX wieku opublikowano około 120 artykułów na temat aleksytymii, o tyle obecnie analizy baz danych (PsychINFO) pozwalają na odszukanie już ponad 1000 tytułów [2].

Aleksytymia oznacza dosłownie „brak słów dla emocji” (*a* — brak, *lexis* — słowo, *thymos* — emocja) [3, 4]. Za cechy charakterystyczne aleksytymii uznaje się: 1) trud-

ności w rozpoznawaniu emocji oraz odróżnianiu ich od cielesnych wrażeń związanych z pobudzeniem emocjonalnym, 2) trudności w opisywaniu swoich emocji innym osobom, 3) brak wyobraźni i nieumiejętność tworzenia fantazji oraz 4) nastawiony na działanie (operacyjny) styl myślenia.

Zdaniem badaczy przedmiotu [5] aleksytymia oznacza trudności w uzyskaniu dostępu do własnych procesów emocjonalnych w trzech sferach: 1) w zakresie poznawczej regulacji emocji, 2) w obrębie wskaźników behawioralnych, 3) w obszarze wskaźników fizjologicznych. Osoby, które charakteryzuje aleksytymia, to zdaniem Maruszewskiego i Ścigały [6] takie, „u których występuje brak zdolności modulacji procesów emocjonalnych przez procesy poznawcze” (s. 135).

Opisano też zachowania powiązane z aleksytymią, których nie ujęto w definicji. Są to: tendencja do konformizmu społecznego, skłonność do zachowań rozładowujących emocje lub też, przeciwnie, unikanie konfliktów, niepamięć snów, sztywna postawa ciała oraz ograniczona mimika twarzy [3]. Jako aleksytymicznych określa się też ludzi z ograniczoną zdolnością doświadczenia pozytywnych uczuć takich, jak radość, szczęście i miłość [3]. W sytuacjach trudnych często nie poszukują oni wsparcia społecznego, zachowują się tak, jakby zdani byli wyłącznie na siebie [2].

Badanie związku pomiędzy występowaniem aleksytymii a określonymi charakterystykami danej osoby wykazało [6], że mężczyźni są ogólnie bardziej aleksytymiczni od kobiet. Przyczyną takiego stanu rzeczy upatruje się w odmienności wzorców lateralizacji w obrębie półkul mózgu u obu płci, wiąże się też z wpływami kulturowymi, a szczególnie — wychowaniem.

### Aleksytymia jako mechanizm obronny

Według twórcy konstruktów, Petera Sifneosa, aleksytymię można definiować jako: „niezdolność do identyfikacji uczuć, a także wykorzystania języka do ich opisu, niezdolność do różnicowania emocji i ich odczuć cielesnych, ubóstwo marzeń i fantazji” [6, s. 135]. Sifneos, przyjmując nie wprost, że aleksytymia to mechanizm obronny, łączył ją z występowaniem chorób psychosomatycznych, zwracał też uwagę na nieprzydatność klasycznej psychoanalitycznej metody leczenia w odniesieniu do tej grupy zaburzeń. Podobne stanowisko reprezentuje McDougall [7, 8]. Jej zdaniem można dostrzec podobieństwo mechanizmów rządzących chorobą u osób cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne oraz u osób z psychotycznymi zaburzeniami psychicznymi. Według McDougall: „Pewne mechanizmy psychiczne, takie jak aleksytymia, które są wykorzystywane do tego, aby trzymać w ryzach archaiczny lęk, są częste w obydwu stanach [...] Niewielu ludzi wydaje się bardziej dziwacznymi niż ci, którzy są zdominowani przez psychotyczne procesy myślowe, jednocześnie niewielu wydaje się tak dobrze zaadaptowanych do rzeczywistości zewnętrznej [...] jak ci, którzy cierpią z powodu aleksytymii i symptomów psychosomatycznych. Ci drudzy stworzyli fałszywe *self* i taki rodzaj adaptacji do innych, który poprzez mur pseudonormalności pozwala im konfrontować się ze światem, mimo wielkiego wewnętrznego napięcia związanego z kontaktami z innymi ludźmi” [7, s. 167].

W Polsce zjawisko aleksytymii w kontekście obronnego funkcjonowania psychiki analizował zespół Kokoszki [9].

Niektórzy badacze poszukują związku pomiędzy aleksytymią a represyjnym stylem radzenia sobie (*repressive coping style*), który charakteryzuje osoby, z jednej strony,

wycofane w sytuacjach społecznych, z drugiej — uzyskujące niskie wyniki w skalach mierzących lęk, mimo wysokiego poziomu pobudzenia fizjologicznego. Według Taylora, Bagby'ego i Parkera [3] wyparcie (represja) jest takim mechanizmem obronnym, który polega na niedopuszczaniu do świadomości pewnych myśli oraz uczuć. Osoby aleksytymiczne natomiast można by raczej określać jako takie, które są bardzo lękowe, zdają sobie sprawę z tego, że doświadczają wielu negatywnych uczuć, ale nie potrafią ich regulować. Od osób wysoce lękowych różni je to, iż mają ograniczoną fantazję i zorientowany na zadania zewnętrzny styl poznawczy.

Innym mechanizmem obronnym, który często bywa odróżniany od aleksytymii, jest dysocjacja. Podobnie jak aleksytymię można ją opisać na kontinuum — może ona występować zarówno u osób zdrowych, jak i cierpiących na zaburzenia psychiczne. Dysocjacja jest definiowana jako „zaburzenie normalnej integracji poznania, afektu, zachowania, odczuwania i tożsamości” [3, s. 40].

Ogólnie można powiedzieć, że dysocjacja, rozumiana jako wyłączenie się ze świata zewnętrznego i skierowanie uwagi do wewnątrz, może być jednym ze sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, a zwłaszcza w obliczu bólu lub braku fizycznej lub „psychicznej” możliwości ucieczki [10].

W literaturze można znaleźć dane wskazujące na istnienie związku między — występującymi u danej osoby — aleksytymią i dysocjacją. Wyniki niektórych badań [11, 12] wskazują na powiązania między wybranymi cechami aleksytymii, takimi jak trudności w rozpoznawaniu emocji i w ich opisywaniu, a skłonnością do przeżyć dysocjacyjnych. Zdaniem badaczy jedną z podstawowych różnic między tymi dwoma mechanizmami jest to, że dysocjacja wiąże się ze wzmożonym fantazjowaniem, podczas gdy aleksytymii towarzyszy ubóstwo fantazji.

Dysocjacja i aleksytymia są postrzegane jako sposoby radzenia sobie zarówno z traumatycznymi doświadczeniami, jak i z bieżącym stresem. Rezultaty niektórych badań [12] zdają się dowodzić, że przeżycia dysocjacyjne są w większym stopniu powiązane z aktualnym poziomem stresu niż z doświadczeniem chronicznej traumy wczesnodziecięcej. Według Taylora [13] badania śledzące powiązania pomiędzy aleksytymią a dysocjacją są bardzo obiecujące, wskazują też na znaczenie obu tych mechanizmów w rozumieniu genezy zaburzeń, zarówno psychicznych, jak i takich, w których analizuje się zależności pomiędzy ciałem a psychiką — czyli na przykład w zaburzeniach psychosomatycznych.

### **Aleksytymia jako cecha osobowości**

W ostatnich latach poszukiwania badawcze koncentrują się na związkach pomiędzy aleksytymią a cechami osobowości, określanymi według różnych modeli teoretycznych. Szczególnie interesujące wydają się badania odwołujące się do modelu „wielkiej piątki”, który obejmuje takie cechy danej osoby, jak: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumiennosc. Wise, Mann i Stray [za: 3] wykazali, że istnieje niewielki pozytywny związek pomiędzy aleksytymią a neurotycznością oraz słabe negatywne powiązanie pomiędzy aleksytymią a ekstrawersją. Także badania Picardiego, Toniego i Caroppa [14] dowodzą występowania związku aleksytymii z wybranymi cechami osobowości — małą gotowością do współpracy, małą otwartością i małą życzliwością wobec innych osób.

Pojawia się w tym miejscu zasadnicze pytanie o to, czy aleksytymia powinna być spostrzegana jako niezależny konstrukt osobowości, stanowiąc na przykład „szósty element”, dodany do „wielkiej piątki”, czy też mieści się ona w obrębie któregoś z istniejących konstruktywów?

W badaniach klinicznych w obszarze medycyny psychosomatycznej nadal aktualne jest pytanie o to, na ile aleksytymia jest stanem, a na ile stałą cechą?

Przykładem badań próbujących na nie odpowiedzieć mogą być poszukiwania badawcze Rufera i jego zespołu [15]. Objęli oni badaniem 42 pacjentów z chorobą obsesyjno-kompulsyjną, poddanych psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Była ona prowadzona przez doświadczonych terapeutów przez 70 dni. Symptomy zaburzeń kompulsyjno-obsesyjnych mierzono za pomocą Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale). Poziom depresji określano za pomocą Skali Hamiltona (HDRS — Hamilton Depression Rating Scale). Poziom aleksytymii oceniano na podstawie TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale). Skala ta obejmuje trzy cechy: 1) trudność w identyfikowaniu emocji, 2) trudność w opisywaniu emocji oraz 3) zewnętrznie zorientowany styl myślenia.

Analiza uzyskanych rezultatów wykazała, że w wyniku psychoterapii uległa zmianie subiektywna ocena symptomów oraz poziom depresji u chorych. Poziom aleksytymii pozostał taki sam w odniesieniu do ogólnego wskaźnika aleksytymii oraz jego dwóch cząstkowych wskaźników: trudności w identyfikowaniu emocji oraz w obrębie zewnętrznie zorientowanego stylu myślenia. Zaobserwowano obniżenie się wartości wskaźnika trudności w opisywaniu emocji innym, ale różnice, według autorów, nie są znaczące. Badacze [15], interpretując wyniki twierdzą, iż są one dowodem na to, że aleksytymia jest stałą cechą (osobowości) u pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, nie zaś jedynie stanem.

Można oczywiście rozważyć kwestię, czy badania prowadzone w tak prostym paradygmacie porównań ilościowych mogą stanowić jednoznaczny dowód na to, że aleksytymia jest stałą cechą osobowości? Występowanie aleksytymii u osób, które cierpią na poważne choroby somatyczne, i jej ustępowanie po wyleczeniu zdaje się raczej przemawiać za tym, że może być ona spostrzegana jako stan. Tę postać aleksytymii określa się czasem mianem wtórnej aleksytymii. Pojęciem „aleksytymii wtórnej” posłużył się Freyberger [za: 3] w celu oddania przeżyć chorych — przebywających na oddziałach intensywnej terapii, których życie jest zagrożone — na przykład zubożenia emocjonalnego obserwowanego u pacjentów po transplantacji nerek lub będących w trakcie terapii hemodializami. Pojawienie się aleksytymii spostrzegano tu, między innymi, jako odpowiedź organizmu na stresujące procedury terapeutyczne.

Podsumowując przedstawione tezy, możemy przyjąć, że pytanie o to, czy aleksytymia jest stałą cechą, i jako taka mogłaby zostać włączona do wybranych modeli struktury osobowości, czy też raczej jest stanem doświadczanym przez daną osobę w zależności od okoliczności zewnętrznych — pozostaje nadal otwarte.

### **Aleksytymia — nowe perspektywy badawcze**

W ostatnich czasach badacze poszukiwali lokalizacji aleksytymii, odwołując się do procesów funkcjonowania mózgu. Maruszewski i Ścigała [6] zaproponowali mechanizm,

który ich zdaniem pokazuje, jak dochodzi do pojawienia się cech aleksytymicznych u osób, które miały traumatyczne doświadczenia. Według autorów część zasobów pamięciowych tych osób zaangażowana jest w proces asymilacji trudnych doświadczeń, co powoduje ograniczoną możliwość „obróbki” doświadczeń nowych, szczególnie w sytuacjach wywołujących emocje negatywne. Zaobserwowano, że ludzie w stanie pobudzenia emocjonalnego nie potrafią dostrzec wszystkich możliwych sygnałów, które umożliwiłyby im sprawne rozwiązanie problemu. Zaburzenia w komunikacji między półkulami mózgu u osób, które doświadczyły traumatycznych przeżyć, mogą prowadzić do zaburzeń w przekształcaniu doświadczeń z poziomu obrazowego na symboliczny czy werbalny. Deficyt w funkcjonowaniu jednej z półkul powoduje niemożność lub utrudnienie w używaniu określonego rodzaju kodowania, w tym – werbalnego. Konsekwencją traumatycznego doświadczenia jest zatem „brak słów dla wyrażenia emocji”, czyli właśnie zjawisko aleksytymii [6].

Niektórzy badacze [16] nie podzielają w pełni takiego stanowiska i dowodzą, że osoby „aleksytymiczne” charakteryzuje raczej „mechanizm hamujący, który może prowadzić do tłumienia procesów emocjonalnych w prawej półkuli mózgu” [s. 608]. Istnieją też koncepcje [17], według których — choć „przyczyny neurologiczne [...] są nadal nieznanne” [s. 99] — aleksytymia może świadczyć o „braku integracji bodźców emocjonalnych i somatycznych, które wyzwalają się w prawej półkuli, z systemami językowo-poznawczymi lewej półkuli” [za: 17, s. 99]. Tabibnia i Zaidel [18] przytaczając liczne doniesienia neuropsychologów, którzy łączą występowanie aleksytymii z deficytem w obrębie połączenia pomiędzy półkulami mózgu, twierdzą, że „kierunek deficytu transferu musi dopiero zostać określony” [s. 81]. Według nich badania dotyczące specjalizacji półkul, nie potwierdzają w sposób jednoznaczny związku pomiędzy występowaniem aleksytymii a dysfunkcjami w obrębie prawej półkuli [18].

Według Taylora i Bagby’ego [2] zarówno nowe techniki używane w badaniach mózgu, takie jak PET (*positron emission tomography*) czy też EEG [19], jak i różne metody badawcze stosowane łącznie — pozwolą na prowadzenie złożonych eksperymentów obejmujących różnicowanie bodźców emocjonalnych i nadawanie im znaczenia. Bardzo obiecujące wydają się też badania nad snem, a szczególnie — nad marzeniami sennymi. W badaniach Parkera, Bauermana i Smitha [20], przykładowo, uczestnicy byli budzeni w fazie snu REM. Wyniki osób badanych, które osiągnęły wysoki lub niski poziom aleksytymii, określany za pomocą kwestionariusza, nie różniły się pod względem liczby, długości oraz emocjonalnego wysycenia marzeń sennych, jednak u osób o wysokim poziomie aleksytymii, wskaźnik dotyczący ogólnej liczby fantazji w marzeniach sennych był zdecydowanie niższy.

Ważnymi obszarami, w których prowadzone są obecnie analizy zjawiska aleksytymii, są: psychologia rozwojowa, psychopatologia rozwojowa oraz podejmowane w różnych nurtach teoretycznych badania nad przywiązaniem (więzią psychiczną). Wiadomo na przykład, że dzieci wykorzystywane i pozbawiane opieki rodzicielskiej w dzieciństwie [2], u których rozwinął się syndrom stresu pourazowego (PTSD), określane też jako zaburzenie po stresie traumatycznym, mają zmniejszone obszary kory przedczołowej mózgu a także zmniejszoną objętość spoidła wielkiego (*corpus collosum*). Te zmiany łączy się z wpływem hormonu stresu na rozwijający się mózg. Krystal [21, 22] dostrzega wyraźne konsekwencje doświadczenia w dzieciństwie traumy w relacji z opiekunami zarówno dla

rozwoju neuroanatomicznego, jak i dla psychicznych aspektów rozwoju, a szczególnie – dla rozwoju afektu. Jego zdaniem rozwój afektu można opisać na kontinuum obejmującym: desomatyzację, różnicowanie oraz werbalizację emocji. Aleksytymia stanowiłaby w tym ujęciu swoiste zahamowanie rozwoju.

Więź psychiczna danej osoby, ukształtowana w dzieciństwie, ma związek z rozwojem wzoru reagowania emocjonalnego, wyobraźni oraz innych poznawczych umiejętności zaangażowanych w procesie przetwarzania emocji [2]. Można zatem oczekiwać, że aleksytymia będzie się łączyć z więzią lękową. Nie ma w tej chwili badań podłużnych, w których śledzono by rozwój aleksytymii od dzieciństwa do wieku dorosłego, ale badania osób dorosłych wskazują na to, że istnieje korelacja pomiędzy aleksytymią a unikającym (*avoidant/dismissing*) lub zaabsorbowanym (*preoccupied*) wzorcem przywiązania. Ograniczeniem tych badań jest to, że odnoszą się one do technik samoopisowych, zarówno w badaniu aleksytymii, jak i w określaniu wzorców przywiązania [2]. Taylor i jego zespół pracują obecnie nad takim narzędziem do badania aleksytymii, które uwzględniłoby czwarty, bardzo istotny czynnik, czyli zdolność danej osoby do wyobraźni i fantazji — pominięty w stworzonym przez ten zespół popularnym kwestionariuszu TAS-20. Konstruowane narzędzie jest rodzajem wywiadu o częściowo ustrukturuowanej budowie [13].

### Aleksytymia jako szczególna forma regulacji emocji

Moje rozumienie zjawiska aleksytymii łączy je z teorią regulacji emocji. Fonagy i Target [23] dostrzegają wyraźny związek między charakterem wczesnych związków dziecka z jego opiekunami i późniejszym sposobem regulacji przez nie swoich emocji. Fonagy i jego zespół [24] przyjmują, że ludzie nie rodzą się z umiejętnością regulacji własnych stanów emocjonalnych. Gdy różne sygnały pochodzące od dziecka, dotyczące zmian jego stanu, są odczytywane przez opiekuna i prowadzą do adekwatnych odpowiedzi z jego strony — wtedy powstaje diadyczny system regulacyjny. „Dziecko uczy się, że pobudzenie w obecności opiekuna nie będzie prowadzić do dezorganizacji, przekraczającej jego możliwości radzenia sobie. Opiekun będzie dostępny dla dziecka, aby pomóc mu na nowo uzyskać równowagę” [24, s. 37]. „Wystarczająco dobry rodzic” ma umiejętności zarówno bezpośredniego odzwierciedlenia stanów dziecka, jak też emocjonalnego dostrojenia się do nich. Ta druga cecha wymaga od rodzica zdolności do psychicznego różnicowania pomiędzy dzieckiem a nim samym, w terminach psychoanalizy powiedzielibyśmy, że rodzic taki potrafi dokonywać rozróżnienia „ja” — obiekt [25].

Allan Schore [26] uważa, że „teoria przywiązania jest — w istocie — teorią regulacyjną” [s. 12]. Opiekun na nieświadomym, niejako intuicyjnym poziomie nieustannie reguluje stany pobudzenia dziecka, regulując jednocześnie jego stany emocjonalne. W rozumieniu tego autora koncepcja regulacji emocji obejmuje redukcję intensywności afektu, obniżenie siły emocji negatywnych, dotyczy również intensyfikacji emocji pozytywnych.

Teoria regulacji emocji głosi, że choroby psychosomatyczne są wynikiem zaburzenia procesu samoregulacji. Do somatyzacji stanów psychicznych dochodzi wówczas, gdy jeden z podsystemów całości, jaką jest organizm, nie funkcjonuje prawidłowo. Funkcjonowanie obciążone „defektem” może obejmować różne podsystemy: hormonalny, immunologiczny, emocjonalny (a więc związany z relacją z drugą osobą), jak też uraz fizyczny [3]. Zakłócenia

mogą mieć miejsce zarówno na poziomie komórkowym, psychicznym, jak i relacji z innymi ludźmi. Ponieważ dotknięty zakłóceniami podsystem wchodzi w interakcje z innymi podsystemami, zaburzonych może być jednocześnie kilka poziomów funkcjonowania. Według Taylora: „choćby deficyty poznawcze i dotyczące reprezentacji psychicznej oraz/lub czynniki konstytucjonalno-wrodzone mogą wpływać na styl danej osoby regulowania własnych emocji i powodować tendencję do emocjonalnej dysregulacji, to jednak to pobudzenie autonomicznego systemu nerwowego i komponenty aktywacji neuroendokrynologicznej [...] mogą potencjalnie przyczyniać się do rozwoju choroby somatycznej przez ich wpływ na inne podsystemy biologiczne i/lub struktury ciała” [3, s. 228/229]. Zdaniem Taylora, Bagby’ego i Parkera [3] system immunologiczny wpływa na system endokrynologiczny i odwrotnie — system endokrynologiczny reguluje reakcje immunologiczne. Oba systemy produkują hormony, które wchodzi w interakcje z receptorami wspólnymi dla obu systemów. Więż psychiczna, jaką dana osoba utworzyła w dzieciństwie ze swymi opiekunami, stanowi swoistą matrycę zarówno dla jej dalszych związków z otoczeniem zewnętrznym, jak i ogólnie dla jej sposobu psychicznego funkcjonowania, w tym dla regulacji emocji. Jeżeli wzorzec przywiązania nie stanowi swoistego „parasola ochronnego” dla danej osoby [27], może ona ujawniać tendencje do emocjonalnej dysregulacji, co w konsekwencji — poprzez działanie systemów immunologicznego czy endokrynologicznego — może prowadzić do rozwoju choroby.

Teoria regulacji emocji, łącząc osiągnięcia nauk medycznych i psychologicznych, może, moim zdaniem, mieć nie tylko dużą użyteczność kliniczną, ale też stanowić punkt wyjścia badań empirycznych. W badaniach — prowadzonych przeze mnie i przez zespół moich magistrantów [4] — poświęconych funkcjonowaniu psychicznemu osób chorych na astmę oskrzelową (którą zalicza się często do chorób psychosomatycznych) odwoływaliśmy się do koncepcji aleksytymii, rozumiejąc ich trudności w identyfikacji własnych uczuć oraz problemy z określeniem ich za pomocą słów jako specyficzną formę regulacji emocji.

Uzyskaliśmy następujące rezultaty [4]:

1. Dwukrotnie przeprowadzaliśmy badania, w których porównywaliśmy matki dzieci chorych na astmę z matkami dzieci zdrowych. W pierwszym badaniu uczestniczyły trzydzieści cztery matki dzieci chorych i trzydzieści cztery matki dzieci zdrowych. Okazało się, że poziom aleksytymii, mierzony za pomocą kwestionariusza TAS-20 w odniesieniu do wskaźnika trudności w identyfikowaniu emocji, był w sposób istotny statystycznie wyższy w grupie matek dzieci chorych. W drugim badaniu porównywaliśmy obraz psychiczny dzieci w umyśle 50 matek dzieci chorych na astmę i u 50 kobiet, których dzieci były zdrowe. Okazało się, że — w reprezentacji psychicznej dzieci — u matek dzieci chorych przeważały emocje negatywne.

2. Przyjmując założenia teoretyczne, dotyczące roli ojca w kształtowaniu się psychiki dziecka, podjęliśmy próbę analizy sposobu regulacji emocji przez mężczyzn chorych na astmę, będących ojcami. Badanie wykazało występowanie u nich większych trudności z identyfikacją i nazywaniem uczuć w porównaniu z mężczyznami zdrowymi, też posiadającymi dzieci. W reprezentacji psychicznej własnego ojcostwa — u mężczyzn chorych na astmę było też więcej lęku i ambiwalencji niż u mężczyzn, którzy nie byli chorzy.

3. Wyniki badania wykazały wyższy poziom aleksytymii u osób dorosłych chorych na astmę w porównaniu z osobami zdrowymi.

Warto w tym miejscu zapytać, co z tego wynika dla praktyki klinicznej?

Opierając się na założeniach teorii regulacji emocji, rezultatach przeprowadzonych badań oraz własnych doświadczeniach klinicznych zaproponowałam [4] modyfikację klasycznej metody terapii psychoanalitycznej w odniesieniu do osób cierpiących na astmę oskrzelową oraz ich rodzin. Polega ona, najogólniej rzecz ujmując, na wprowadzeniu w leczeniu pacjentów „fazy przygotowawczej”, w której dana osoba uczy się niejako w ramach relacji terapeutycznej nowego sposobu regulacji emocji. Terapeuta, podobnie jak matka w relacji z dzieckiem, nadaje znaczenie doświadczeniom cielesnym i psychicznym pacjenta, pomagając mu poznawać nie tylko jego własne intencje i potrzeby, ale również takie stany u drugiej osoby. Fonagy wraz z zespołem [23, 24] stworzyli koncepcję „funkcjonowania refleksyjnego”, umieszczając ją w kontekście teorii regulacji emocji. Jeżeli rodzic nie jest w stanie myśleć o świecie wewnętrznym dziecka, nie będzie ono w przyszłości mogło „myśleć o sobie” i te „niepomyślane myśli będą przekazywane z jednej generacji na następną” [23, s. 230]. Psychoterapia psychoanalityczna pozwala na swoiste przerwanie takiego transgeneracyjnego przekazu. Znajdując odbicie siebie w umyśle terapeuty, czyli w jego sposobie myślenia i odczuwania (na wzór relacji matka-dziecko), pacjent może doświadczać regulacji emocji w diadzie, a co za tym idzie — budować własne sposoby samoregulacji.

W naszym projekcie badawczym [4] rozważaliśmy koncepcję aleksytymii zarówno w kontekście teorii regulacji emocji, jak i psychoanalitycznej teorii traumy. Odwoływaliśmy się też do myślenia systemowego, a szczególnie do tego na temat transgeneracyjnego przekazu konsekwencji traumy relacyjnej. Wydaje się więc, że możemy utożsamiać się z tezą Graeme Taylora [13], jednego z najwybitniejszych współczesnych badaczy, analizujących zjawisko aleksytymii w kontekście powstawania chorób psychosomatycznych. Jego zdaniem zarówno rozwój badań empirycznych nad aleksytymią, jak i użyteczność jej koncepcji w praktyce klinicznej może gwarantować wyłącznie podejście interdyscyplinarne.

### Piśmiennictwo

1. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. W: Hill OW, red. *Modern trends in psychosomatic medicine*, tom 2. London: Butterworths; 1970, s. 26–34.
2. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychother. Psychosom.* 2004; 73: 68–77.
3. Taylor GJ, Bagby RM, Parker DA. Disorders of affect regulation. *Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
4. Schier K. *Bez tehu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
5. Taylor GJ. Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 1992; 20: 251–275.
6. Maruszewski T, Ściagała E. *Emocje, aleksytymia, poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
7. McDougall J. *Theatres of the mind. Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. London: Free Association Books; 1986.
8. McDougall J. *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. New York, London: W.W. Norton and Company; 1989.
9. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. Defense mechanisms in alexithymia. *Psychol. Rep.* 1999; 84: 183–197.



10. Zdankiewicz-Ścigała E, Przybylska M. Trauma. Proces i diagnoza. Mechanizmy neurofizjologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej; 2002.
11. Grabe H-J, Rainermann S, Spitzer C, Gänsicke S, Freyberger HJ. The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother. Psychosom.* 2000; 69: 128–131.
12. Elzinga BM, Bermond B, van Dyck R. The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychother. Psychosom.* 2002; 71: 104–111.
13. Taylor GJ. Alexithymia: Some controversial issues and new conceptual ideas. The 25<sup>th</sup> European Conference of Psychosomatic Research (25. europejska konferencja badań w dziedzinie psychosomatyki), 23–26 czerwca 2004, Berlin.
14. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74: 371–378.
15. Rufer M, Hand I, Braatz A, Alsleben H, Fricke S, Peter H. A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. *Psychother. Psychosom.* 2004; 73: 101–106.
16. Grabe H-J. The etiology and neurobiology of alexithymia. The 25<sup>th</sup> European Conference of Psychosomatic Research (25. europejska konferencja badań w dziedzinie psychosomatyki), 23–26 czerwca 2004, Berlin. *J. Psychosom. Res.*, 2004; 56: 608–609.
17. Cozolino LJ. *Neuronauka w psychoterapii. Budowa i przebudowa ludzkiego mózgu.* Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 2002.
18. Tabibnia G, Zaidel E. Alexithymia, interhemispheric Transfer, and right hemispheric specialization: a critical review. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74: 81–92.
19. Aftanas LI, Varamov AA, Reva NV, Pavlov SV. Disruption of early event-related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neurosc. lett.* 2003; 340: 57–60.
20. Parker JDA, Bauerman TM, Smith CT. Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from rapid eye movement sleep awakening. *Psychosom. Med.* 2000; 62: 486–491.
21. Krystal H. Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanal. Inquiry* 1997; 17: 136–150.
22. Krystal H. Trauma und Affekte — Posttraumatische Folgeerscheinungen und ihre Konsequenzen für die psychoanalytische Behandlungstechnik. Referat wygłoszony na konferencji „Współczesna psychoanaliza”, 22–26 listopad, Frankfurt/M. 2000.
23. Fonagy P, Target M. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int. J. Psychoanal.* 1996; 77, 217–233.
24. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self.* New York: Other Press; 2002.
25. Baradon T, Broughton C, Gibbs I, James J, Joyce A, Woodhead J. *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy.* London, New York: Routledge; 2005.
26. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment. Health J.* 2001; 22: 201–269.
27. Schier K. „Co choruje: umysł czy ciało?” — teoria regulacji emocji jako pomost dla rozumienia genezy chorób psychosomatycznych. *Wiadomości Psychiatryczne* [w druku].

Adres: Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny  
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa