

ALEKSYTYMIA, CIAŁO, PSYCHOTERAPIA — NOWA PERSPEKTYWA BADAWCZA I KLINICZNA

ALEXITIMIA, BODY, PSYCHOTHERAPY — A NEW RESEARCH AND CLINICAL PERSPECTIVE

Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Kierownik: prof. dr hab. Marina Zalewska

**affect regulation
body self
psychotherapy
somatization**

Autorki przybliżają rozumienie zjawiska aleksytymii, jego genezę rozwojową oraz powiązania aleksytymii z rozwojem zaburzeń psychicznych, np. somatyzacyjnych, ale też zakłóceń w zakresie obrazu ciała. W terapii jako szczególnie ważne wskazują korektywny charakter relacji odzwierciedlenia, pomaganie pacjentom w odkrywaniu własnego życia psychicznego oraz stosunku do własnego ciała.

Summary:The authors makes an analysis of the relationship between alexithymia and the bodily experience. In accordance to the large literature they give the definition and the characteristics of the phenomenon of alexithymia, its etiology and the consequences for the development of a person. They present the experiences of the body and the somatization disorders in patients with alexithymia. The attachment theory is the theoretical background. The authors describe the results of their own research and show their experience in clinical work. The paper closes with the description of proposals of the psychotherapeutic work with persons with alexithymia. of the patient focusing on cognitive-behavioural, psychodynamic and systemic perspectives.

Aleksytymia — definicja, charakterystyka

Pierwsze naukowe doniesienia o zespole cech, nazwanych później syndromem aleksytymii, pochodzą od psychoanalityków, którzy natrafiali na trudności podczas prób pracy z pewną grupą pacjentów — były one zatem związane bezpośrednio z problematyką leczenia przy wykorzystaniu psychoterapii. W kontakcie z tymi pacjentami okazywało się bardzo często, że główne założenia klasycznej psychoanalizy, a więc ujawnianie swobodnych skojarzeń, marzeń sennych oraz fantazji (*talking cure*) było niemożliwe [1]. Działo się tak zarówno dlatego, że osoby te nie miały dostępu do własnego życia wewnętrznego i/lub nie było ono bogate, jak i dlatego, że nie potrafiły opisywać słowami swoich stanów emocjonalnych i uczuć.

Aleksytymia (z gr. dosłownie „brak słów dla emocji”) jest łączona często z występowaniem chorób psychosomatycznych i uzależnień. Jest zjawiskiem, które polega na nierozpoznananiu swoich uczuć i niemożności nazwania ich słowami, co ogranicza wgląd w życie emocjonalne i upośledza przebieg procesów przetwarzania emocji [1—3]. Aleksytymię określa się czasem mianem emocjonalnej ślepoty [4] czy emocjonalnego analfabetyzmu [5]. Warto podkreślić, że może być ona rozumiana również jako cecha, którą każdy z nas ma w pewnym natężeniu (w populacji rozkłada się wg krzywej normalnej [3]).

Najważniejszym aspektem aleksytymii jest niezdolność do rozróżnienia oraz nazwania uczuć słowami. Ten deficyt znacznie utrudnia kontrolę i regulację emocjonalną. Skazuje to osobę aleksytymiczną na korzystanie z mechanizmów obronnych odcinających od doświadczanych uczuć. Dodatkowo uniemożliwia zakomunikowanie innym ludziom informacji o swoim stanie, a także — jeśli odwołać się do teorii kodowania werbalnego — świadome przeżywanie emocji [4]. Osoby aleksytymiczne mają też często problemy z rozpoznawaniem uczuć u innych ludzi [6].

Kolejną trudnością jest niezdolność osób aleksytymicznych do odróżnienia pobudzenia fizjologicznego od tego wywołanego znaczącym przeżyciem. Pobudzenie fizjologiczne może zostać przez nie błędnie interpretowane jako emocja i *vice versa*. Oznacza to, iż osoba z aleksytymią będzie postrzegała swój stan jako efekt działania bodźców zewnętrznych (w tym także choroby), a nie wynik procesów wewnętrznych.

Dodatkowymi cechami charakterystycznymi dla zjawiska aleksytymii są skąpe wyobrażenia i brak fantazjowania, które przekładają się na ograniczenie w zakresie kreatywności i tworzenia własnych strategii rozwiązywania problemów. Jednocześnie u osób z aleksytymią występuje wysoki poziom lęku przed niepowodzeniem, często przybierający formę wyobrażenia sobie negatywnego obrotu zdarzeń [6]. Dominującym sposobem myślenia jest styl operacyjny, który ujawnia trudność osób aleksytymicznych w zakresie myślenia abstrakcyjnego, wyobrazeniowego, a akcentuje skupianie się na szczegółach i konkretach [1, 6].

Trudność w dotarciu do własnych emocji przejawia się u osób aleksytymicznych na trzech płaszczyznach: psychicznej regulacji emocji (stąd zachowania rozładowujące lub unikanie sytuacji stymulujących); wskaźników behawioralnych (a więc styl poznawczy skierowany na bodźce zewnętrzne, jak też brak zachowań empatycznych); wskaźników fizjologicznych (czyli nieumiejętność odróżnienia stanów pobudzenia spowodowanych fizjologią od tych wywołanych przez uczucia) [4].

Osoby aleksytymiczne nie potrafią wskazać źródła pobudzenia emocjonalnego, które faktycznie odczuwają, dlatego mają poczucie braku kontroli nad swoim stanem, co w konsekwencji rodzi negatywne uczucia i chęć unikania sytuacji stymulujących. O takich osobach mówi się często jako o mających obniżoną zdolność doświadczania pozytywnych uczuć, takich jak radość, szczęście i miłość; przeważają u nich uczucia negatywne [6]. Cechuje je niejednokrotnie sztywna postawa ciała i ograniczona mimika twarzy [6].

Geneza aleksytymii — wczesnodziecięca relacja z opiekunem przebiegająca bez empatycznego odzwierciedlenia

Koncepcja Henry'ego Krystala [1, 4, 7], osadzona w nurcie relacji z obiektem, zakłada, że aleksytymia, podobnie jak inne zaburzenia w obszarze kontroli i regulacji emocji, ma swoje źródło we wczesnodziecięcej relacji z opiekunem. Krystal wskazuje na deficyty w rozwoju afektywnym, mające związek z powstaniem aleksytymii: zablokowanie procesów różnicowania, werbalizacji i desomatyzacji afektu [7]. Mają one powstawać w wyniku deprywacji potrzeb emocjonalnych dziecka — ciągłych frustrujących doświadczeń w relacji z opiekunem i zaburzeń w obrębie symbiotycznej więzi z matką, które skutkują wytworzeniem się mechanizmu rozszczepienia i zablokowaniem rozwoju afektywnego

[8]. Wyniki badań empirycznych ujawniają, że z tak powstałymi zaburzeniami (np. rysem aleksytymicznym) łączy się często lękowy styl przywiązania [3, 9]. Warto podkreślić, że w procesie kształtowania się tożsamości dziecko uczy się zmysłowo i emocjonalnie bycia odrębną (choć wciąż zależną od opiekuna) jednostką. Peter Fonagy, odwołując się do wybranych tez teorii regulacji emocji, zaznacza, że rodzice, którzy nie potrafią myśleć o świecie wewnętrznym dziecka sprawiają, że nie będzie ono potrafiło „myśleć o sobie” [za: 6, s. 12].

Znaczenie wczesnodziecięcych relacji dziecko — opiekun dla rozwoju emocjonalnego i społecznego dziecka można przedstawić na przykładzie uśmiechu. Sue Gerhardt [10] analizuje rolę pozytywnych emocji, w tym uśmiechu, dla rozwoju mózgu u małego dziecka. Mówi ona o tym, że odczytywanie wyrazu twarzy jest u ludzi umiejętnością wrodzoną i ma dla nich ważną funkcję informacyjną. Za pomocą badania wzrokiem mimiki opiekuna dziecko sprawdza, co powinno robić, a czego nie powinno i jak może się czuć. Szczególną rolę odgrywają czułe spojrzenia. „Przez obserwację matki [lub ojca] dziecko odczytuje ich rozszerzone źrenice jako informację o pobudzeniu ich współczulnego układu nerwowego, co jest dla niego doświadczeniem przyjemnym. To z kolei przyjemnie pobudza jego układ nerwowy i przyspiesza tętno. Procesy te wywołują reakcje biochemiczne” [10, s. 32]. Te procesy wspomagają zatem rozwój społecznych funkcji mózgu. A co się dzieje, gdy opiekunem dziecka jest osoba o cechach aleksytymicznych, czyli taka, która ma problemy z doświadczaniem i nazywaniem pozytywnych uczuć? Również negatywne emocje i mimika opiekuna są zapamiętywane i także one wywołują reakcje biochemiczne [10]. „Pełna dezaprobaty twarz matki powoduje uwalnianie hormonów stresu, takich jak kortyzol, które zatrzymują funkcje endorfin i dopaminy w neuronach, hamując tym samym wytwarzane przez nie przyjemne uczucia” [10, s. 36]. Małe dziecko potrzebuje nie tyle fizycznej obecności dorosłej osoby, ile obecności dorosłej osoby, która byłaby do niego dostrojona, czyli nieustannie reagowałaby na jego stany. Osoba z aleksytymią może mieć znaczące trudności w tym obszarze.

Uczestniczenie w rozwoju dziecka, które czasem polega na nauczaniu i przewodzeniu, a czasem wręcz na formowaniu pewnych zachowań i uczuć (w ujęciu behawioralnym kładzie się nacisk na znaczenie modelowania w przyswajaniu przez niemowlę specyficznych wzorców zachowań), jest zadaniem bardzo wymagającym dla opiekuna; w idealnej sytuacji zakłada się, że jest on kompetentnym i życzliwym nauczycielem życia. Angela Joyce [11] analizuje czynniki, które utrudniają „wystarczająco dobre rodzicielstwo”. Należą do nich: 1) nierozwiązane problemy z przeszłości lub teraźniejszości rodziców (rodzice mogą utrzymywać zależność dzieci od siebie albo przeciwnie — mogą mieć wrażenie, że dzieci żądają od nich zbyt wiele); 2) trauma i utrata (rodzice mogą nie mieć umysłowej reprezentacji tych przeżyć i pozostawać w stanie zaprzeczenia lub dysocjacji lub ciągłego zaabsorbowania nimi); 3) choroba psychiczna opiekunów (mogą być emocjonalnie niedostępni dla dziecka); 4) nieprzewidywalność opiekunów na poziomie uczuć i zachowań (mogą być raz kochający, a drugi raz wrody, bez żadnych reguł dotyczących tych stanów), i 5) sposoby bycia z dzieckiem, które nie sprzyjają jego rozwojowi (rodzice mogą nie być w stanie wspierać separacji i indywidualizacji dziecka, nie potrafią pomóc mu w rozwoju poczucia sprawczości itp.). Konsekwencje zaburzeń relacji dziecka z opiekunem

dla rozwoju dziecka mogą być zróżnicowane. Należy do nich, między innymi, aleksytmia w życiu dorosłym [12].

Psychiczne odzwierciedlanie, czyli empatyczne przejmowanie przez opiekuna stanów afektywnych dziecka i nadawanie im znaczenia, jest procesem analogicznym do kształtowania u dziecka poczucia siebie i świadomości swojego ciała. Choć ciało jest czymś realnym i materialnym, to jednak jego reprezentacja psychiczna powstaje na bardzo podobnej zasadzie. Dziecko musi nauczyć się swojego ciała, by poznać jego granice i możliwości, w czym pomaga mu interakcja z opiekunem [13, 14].

W procesie empatycznego dostrajania się opiekuna, u dziecka tworzą się załączki poczucia siebie oraz poczucia Ja cielesnego. Kluczowe znaczenie na tym etapie ma zjawisko identyfikacji dziecka z opiekunem [15]. Dla niemowlęcia opiekun nie stanowi jeszcze odrębnej osoby — jest postrzegany jako przedłużenie siebie. Dziecko interpretuje więc jego zachowania i stany, do których ma dostęp w kontakcie, jako swoje własne. Metaforycznie można stwierdzić, że aby proces formowania się spójnej psychiczno-cielesnej całości był udany, identyfikacja powinna stać się procesem obustronnym: nie tylko dziecko odczuwa opiekuna jako część siebie i przyswaja jego stany, lecz opiekun odpowiada tym samym, starając się empatycznie zrozumieć stany dziecka i adekwatnie na nie zareagować, zupełnie tak, jakby odpowiadał na sygnały płynące z własnego ciała [16].

Związek między emocjami a cielesnością — aleksytmicy jako osoby nierozumiejące zarówno języka ciała, jak i języka emocji

Aleksytmia według Krystala: „jest konsekwencją traumy psychicznej, doświadczonej przez dziecko zanim afekty zostały w pełni zdesomatyzowane (oddzielone od ciała), zróżnicowane i uzyskały werbalne reprezentacje” [za: 3, s. 42]. Robak [17] stwierdza, że doświadczenie cielesne kształtuje się u dziecka jako pierwsze, zyskuje pewien kształt, a dopiero później zostają do niego dołączone etykiety słowne. Zgodnie z terminologią Krystala [7] u osób aleksytymicznych dochodzi do somatyzacji, czyli ujawniania się składowych emocji w ciele, bez dostępu do świadomego poznania treści afektywnych. W opracowaniu na temat obrazu ciała, autorstwa Casha i Pruzinsky’ego [13], czytamy: „ludzie, którzy nie są dostrojeni do swego emocjonalnego świata, mogą nie rozumieć pewnych stanów afektywnych, których doświadczają, mogą mieć także słabo rozwinięte struktury Ja cielesnego i Ja psychicznego, co utrudnia im zintegrowanie doświadczeń emocjonalnych”. I dalej: „Takie osoby czynią swoje ciało narratorem opowieści, której nie mogą wyrazić słowami” [13, s. 30].

Według Gerhardt [10] dzieci rodzą się z oczekiwaniem, że ktoś pomoże im w opanowaniu stresu. Troskliwe osoby dorosłe utrzymują organizmy malutkich dzieci w stanie równowagi, dotykając je, głaszcząc, karmiąc i kołysząc. Rodzice, którzy nie mają dostępu do własnych emocji i tym samym jako „uczuciowi ślepy” nie potrafią rozumieć emocji innych, nie są w stanie pomóc dzieciom w budowaniu doświadczeń cielesnych. Ich dzieci nie tylko mogą mieć trudność w doświadczaniu cielesności i przeżyciu przyjemności w kontakcie z własnym ciałem, ale też w odczuwaniu jego granic, spostrzeganiu jego wielkości, akceptowaniu jego zapachu, sposobu poruszania się, w rozwijaniu pozytywnego stosunku do własnego głosu itp. [14]. Jeśli opiekun z aleksytmia nie nauczy swojego dziecka, jak przekazywać odczucia fizyczne za pomocą słów, spowoduje, że będzie ono w przyszłości pozbawione umiejętności

nie tylko identyfikowania uczuć, lecz także kontrolowania napięcia w wyniku własnych procesów umysłowych, nie zaś za pośrednictwem innych ludzi [10] czy swego ciała [14, 18].

W tym miejscu odwołamy się do wyników badań własnych [19]. Ich celem było określenie związku pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji a obrazem ciała u młodych dorosłych. Skoncentrowano się na syndromie aleksytymii, traktując ją jako wyraz trudności w obrębie świadomego doświadczania emocji, nazywania ich i komunikowania innym ludziom. W badaniu uczestniczyło 136 młodych dorosłych (ochotników) w wieku od 18 do 30 lat. Posłużono się dwoma narzędziami: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) oraz The Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire (MBSRQ). Spośród wszystkich badanych wyłoniono grupę osób z wysokim oraz z niskim natężeniem aleksytymii, a następnie obie grupy porównano pod kątem różnic w obrazie ciała. Wyniki pozwoliły stwierdzić, że osoby aleksytymiczne postrzegają swoje ciała w specyficzny oraz bardziej negatywny sposób niż osoby bez aleksytymii. Szczególnie rezultat dotyczący negatywnego stosunku badanych do własnego ciała wydał się nam znaczący [19]. Jako konkluzja z badań nasuwa się myśl o konieczności specyficznej pracy psychoterapeutycznej nad obrazem ciała z osobami, które wykazują cechy aleksytymiczne.

Doświadczenia kliniczne stanowią inne, bardzo istotne źródło wiedzy o związku pomiędzy obrazem ciała (Ja cielesnym) a zaburzeniami regulacji emocji charakterystycznymi dla aleksytymii. Osoby, które nie potrafią mówić o tym, co czują, mają bardzo często problemy z opisaniem stosunku do własnego ciała. Znacznie prościej im go ujawnić poprzez projekcyjne techniki rysunkowe lub inne wytwory [20] niż opisywać za pomocą słów. Przykładem może być rysunek własnego ciała, wykonany przez Panią D., pacjentkę z zaburzeniami odżywiania się i ogromnymi trudnościami w zakresie regulacji emocji, szczególnie negatywnych.

Pacjentka została poproszona przez jedną z nas (K. S.) o narysowanie autoportretu przy wykorzystaniu kilku kredek. Poszczególne kolory miały oznaczać określony stosunek emocjonalny do własnego ciała oraz jego części, np. kolor zielony był desygнатem „jestem bardzo niezadowolona”, a czerwony opisywał stan „jestem bardzo zadowolona” [14, 18]. Pani D. narysowała dosyć niesymetryczną postać, opartą na bardzo małych stopach. Uderzające było połączenie głowy z resztą tułowia — głowa była jak gdyby zawieszona na bardzo długiej, cienkiej szyi. Miało się wrażenie, że mogłaby się w każdej chwili z niej stoczyć. Fizjologicznie jest zupełnie niemożliwe, aby tak cienka i długa szyja mogła utrzymać dosyć dużą głowę. Zdecydowana większość powierzchni ciała postaci autoportretu była pokolorowana w sposób wskazujący na niezadowolenie z jego części. Odnosiło się wrażenie, że ciało kobiety nie ma oparcia, małe stopy nie mogą zapewnić mu bezpieczeństwa; głowa na rysunku zaś była przedstawiona tak, jakby w każdej chwili mogła odpaść. Sformułowano hipotezę, że, symbolicznie rzecz ujmując, połączenie u pacjentki myślenia z doświadczaniem emocji (też na poziomie cielesnym) groziło ich oddzieleniem i zerwaniem. Praca nad jej Ja cielesnym (obrazem ciała) stanowiła istotną część trwającego kilka lat procesu psychoterapii.

Konsekwencje zdrowotne deficytu regulacji emocji

Aleksytymicy mogą się pozornie wydawać osobami bardzo dobrze funkcjonującymi i zaadaptowanymi do swojego środowiska. Ich brak emocjonalności jest często odbierany jako opanowanie, logiczne zaś, racjonalne myślenie — jako analityczne i rzeczowe podej-

ście do problemu [5]. Jednak ten stan należy traktować jako mechanizm obronny, ponoszą oni bowiem ogromne psychiczne i somatyczne koszty ujarzmiania wielkiego napięcia związanego z kontaktami z innymi ludźmi. Utrudnienia w ich funkcjonowaniu pojawiają się na płaszczyźnie życia, na której emocje są niezbędne, będą się więc często odznaczali nieumiejętnością wchodzenia w głębsze relacje uczuciowe [4].

Z rysem aleksytymicznym wiążą się także takie cechy funkcjonowania, jak: konformizm społeczny, zachowanie nastawione na rozładowanie emocji (bądź unikanie sytuacji konfliktowych) [1, 6], rzadkie wspomnienia snów, nieempatyczna postawa wobec innych ludzi [3], a także anhedonia i ogólnie rozumiana ograniczona umiejętność radzenia sobie ze stresem [4].

Efektom niemożności odróżnienia emocjonalnych źródeł pobudzenia od fizjologicznych jest związana z aleksytymią hipochondria oraz somatyzacja. Osoba aleksytymiczna nie łączy fizjologicznych wskazówek pobudzenia (np. bólu brzucha) z przeżywanymi emocjami (np. stresem), dopatruje się w nich raczej nieprawidłowości zdrowotnej, co prowadzi do nadmiernej obawy o swoje zdrowie. Towarzyszy jej także poczucie niezrozumienia stanów własnego ciała, nieprzewidywalności jego reakcji i zawodności [3]. Taki sposób doświadczania własnego ciała może utrudniać porozumiewanie się z innymi ludźmi, a także prowadzi do częstego poszukiwania pomocy medycznej. To właśnie u pacjentów zgłaszających się z objawami, które nie były wywołane chorobą somatyczną, zaobserwowano po raz pierwszy odcięcie od emocji.

Nieumiejętność wyrażenia emocji i ich świadomego przeżycia prowadzi do powstania podwyższonego napięcia, zarówno psychicznego, jak i somatycznego, które nie zostaje rozładowane. Przeżywająca ten stan osoba będzie poszukiwać sposobów zmniejszenia odczuwanego dyskomfortu, częstą reakcją będzie uśmierzanie napięcia za pomocą alkoholu czy innych używek. Badania dotyczące aleksytymii i nadużywania alkoholu wyraźnie ilustrują tendencję do współwystępowania tych zaburzeń. Thorberg i wsp. [21] przytoczyli wyniki badań, według których wśród osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu 45—67% to aleksytymicy [!]. Badacze uważają, że osoby te sięgają po alkohol, ponieważ jest on środkiem radzenia sobie ze stresem i poprawia ich funkcjonowanie interpersonalne. Można więc przyjąć, że z powodu deficytu wewnętrznych sposobów regulowania emocji wybierają one jego zewnętrzny substytut. Może on im jednak przynieść jedynie chwilową ulgę i przejściowy stan redukcji napięcia.

Aleksytymicy mają podwyższony poziom reaktywności, co oznacza, że nie będą dobrze funkcjonować w długotrwałej sytuacji stymulującej, nie są zatem odporni na stres. Utrzymujący się stan podwyższonego napięcia psychicznego wpływa nie tylko na dyskomfort psychiczny, ale przede wszystkim dotyka ciała. Dziś wiadomo już, że u podłoża niemal każdej choroby cywilizacyjnej leży długotrwały stres, a więc stan podwyższonego napięcia i czujności, przygotowujących do szybkiej reakcji w razie konkretnego zagrożenia [10].

Odkąd LeDoux [22] opisał równoległe drogi powstawania pobudzenia emocjonalnego (przetwarzaną korowo i podkorowo), wiemy, że wszystkie emocje, nawet te, których sobie nie uświadamiamy, wywołują pobudzenie na poziomie somatycznym. Pobudzenie to może być efektywnie rozładowane jedynie przez połączenie go z mentalnymi reprezentacjami, a więc — przez przetworzenie poznawcze [23]. Jeżeli ten proces nie jest jednak możliwy, bo nie zostały wytworzone umysłowe reprezentacje emocji, pobudzenie pozostaje na po-

ziomie ciała. W tym schemacie dystres będzie odczuwany świadomie jedynie jako napięcie odczuwalne w ciele. Po długim czasie takiego funkcjonowania bardzo prawdopodobne jest rozwinięcie się chorób somatycznych, które mogą jednak być subiektywnie mniej obciążające niż wyniszczające napięcie psychiczne [24].

Od pojawienia się koncepcji aleksytymii w latach 70. przeprowadzono wiele badań, których celem było sprawdzenie zależności między aleksytymią a różnymi chorobami, przede wszystkim — somatyzacyjnymi i psychosomatycznymi. Obecnie istnieje więc bardzo bogata dokumentacja, wykazująca podwyższone ryzyko występowania pewnych typów chorób u osób z wysokim poziomem aleksytymii. Do najczęstszych należą: spadek odporności komórkowej (mniejsza produkcja specyficznych cytokin) i związana z tym podatność na infekcje [25–27], ryzyko nadciśnienia tętniczego [28], zaburzenia odżywiania się [29], zaburzenia snu (krótsza faza R.E.M., bezsenność, koszmary senne, lunatykowanie) [26, 30], depresja [29, 31], astma oskrzelowa [1], problemy dermatologiczne (np. łysienie plackowate, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca)[32]. Badania przyniosły także rozbieżne wyniki dotyczące poziomu kortyzolu u osób aleksytymicznych — w niektórych przypadkach odnotowano jego stale podwyższony poziom, podczas gdy w innych obniżony. Obniżenie się poziomu kortyzolu nie wpływało jednak na mniejszą reaktywność tych osób [25]. Istnieją wyniki badań [10], które wskazują, że osoby z aleksytymią mają podobny poziom kortyzolu, jak osoby z chorobami autoimmunologicznymi oraz z przewlekłym stanem PTSD. Jeśli zatem aleksytymia dotyczy nie tylko subiektywnego doświadczenia emocji, relacji z innymi ludźmi i samym sobą, ale wiąże się również z występowaniem poważnych chorób przewlekłych i zaburzeniami obrazu ciała, to naszym zdaniem wymaga ona adekwatnych procedur psychoterapeutycznych.

Psychoterapia osób aleksytymicznych

Osoby o wysokim nasileniu aleksytymii są zazwyczaj określane mianem trudnych pacjentów i zgodnie z wynikami badań nie rokują znaczącego sukcesu terapeutycznego [23]. Dzieje się tak z kilku powodów. Osoby o cechach aleksytymicznych często sprawiają wrażenie zupełnie nieczułych, „zamrożonych” emocjonalnie, przywołują nawet terapeutom skojarzenia z osobami psychopatycznymi. Zazwyczaj utrzymują dystans psychiczny wobec innych ludzi, ponieważ bliskie relacje nieuchronnie prowadzą do emocjonalnego napięcia i związanych z nim konfliktów. Przychodząc do terapeuty, osoba z aleksytymią oczekuje, że zostanie poddana leczeniu wedle ściśle określonych medycznych procedur, a jej rola będzie raczej bierna [3]. Brak dostępu do przeżyć emocjonalnych powoduje, że aleksytymiczny pacjent skupia uwagę na suchych faktach, często przytaczając je ze szczegółową drobiazgowością. Będzie sprawiał wrażenie dalekiego, oderwanego uczuciowo od tego, co ujawnia, jakby opisywał życie kogoś innego. Skutkuje to zasypaniem terapeuty ogromną liczbą nieznaczących informacji, wśród których musi on samodzielnie odnajdować zdarzenia, które rzeczywiście poruszyły pacjenta. Odczuciem przeciwprzeniesieniowym, jakie może towarzyszyć rozmowie z pacjentem aleksytymicznym, będzie więc poczucie nudy, wrażenie braku zmian oraz frustracji, wywołanej trudnością z nawiązaniem z nim więzi [23]. Wyniki niedawno prowadzonych badań wykazały, że niekiedy terapeuci żywią do pacjentów aleksytymicznych wręcz pogardę [33]. Graham Taylor [34], jeden z pionierów

badan nad aleksytymią, zaznaczał, iż uczucia przeciwprzeniesieniowe stanowią jeden z aspektów obniżających skuteczność terapii osób aleksytymicznych.

Niepowodzenia terapeutyczne wynikają z faktu, że terapeuta zwraca się do pacjenta używając kodu symbolicznego, a więc języka, werbalizacji, spodziewając się przy tym odpowiedzi w tym samym kodzie. Interpretacji ze strony terapeuty nie podlegają zachowania pacjenta czy jego odczucia, ale jedynie jego opowieść o nich, czyli narracja. Pacjent zazwyczaj ma za zadanie spontanicznie opisać swoje trudności i ubrać przeżycia w słowa. Jak wielokrotnie obserwowano, już sam fakt opowiedzenia o problemie ma pozytywne działanie (*talking cure*). W wypadku osób aleksytymicznych jednak trudność w identyfikowaniu, nazywaniu i komunikowaniu uczuć powoduje, że terapeuta i pacjent mówią jak gdyby dwoma różnymi językami [18]. „Językiem” aleksytymików nie jest mowa ani w sensie werbalnym, ani również niewerbalnym, ponieważ odznaczają się oni znacznie uboższą mimiką [10]. W badaniach stwierdzono również występowanie odwróconego związku między liczbą niewerbalnych zachowań a aleksytymią, z wyjątkiem zachowań, będących oznakami niepokoju i napięcia [35]. Oznacza to zatem, że w sytuacji interpersonalnej pacjent wysyła niewiele dostępnych dla terapeuty, znaczących — z punktu widzenia tworzenia relacji — komunikatów (werbalnych i niewerbalnych).

Ponieważ deficyty osób aleksytymicznych wiążą się z zaburzeniem na najwcześniejszym etapie rozwoju, osoba z cechami aleksytymii nie jest zdolna do samodzielnego pokonania trudności werbalizacji swoich przeżyć. W terapii musi powstać korekcyjne odwzorowanie relacji odzwierciedlenia, podczas którego terapeuta niejako „wcieli się” w rolę opiekuna i z troską i empatią będzie się odnosił do wszelkich oznak niepokoju pacjenta. Jeśli nie dostosuje metody terapii do potrzeb tej grupy pacjentów, będzie coraz bardziej znudzony i sfrustrowany odczuwanym brakiem współpracy, co z kolei może wywołać u niego złość. Tymczasem pacjent będzie się mierzył z przekonaniem o bezcelowości terapii oraz z poczuciem, że jego próby dzielenia się swoimi problemami spotykają się z odrzuceniem. W ten sposób utrwali się w nim przeświadczenie, że jego odczucia i trudności są czymś, co należy ukryć i zignorować, żeby nie narazić się na odrzucenie. W takich okolicznościach poziom zachowań aleksytymicznych może nawet ulec pogłębieniu [23].

Vanheule wraz z zespołem [23] proponują specyficzne postępowanie terapeutyczne prowadzone w nurcie psychodynamicznym, które ma na celu dotarcie do osoby aleksytymicznej i uniknięcie przez nią retraumatyzacji w procesie psychoterapii. Dzieli ją na trzy etapy.

W pierwszym etapie pacjent ma za zadanie dokładnie opisać słowami trudną dla siebie sytuację — może zwracać uwagę na szczegóły i okoliczności zewnętrzne, czyli opowiedzieć wszystko, co zapamiętał. Terapeuta zadaje dużo otwartych pytań i pozwala pacjentowi obszernie odpowiadać w atmosferze luźnej relaksującej rozmowy. Omawiane są związki przyczynowe między wydarzeniami i ich możliwe konsekwencje. Celem tego etapu jest nakreślenie ciągu zdarzeń, w których wyraźnie zostanie zaznaczony element sprawiający trudność. Bardzo ważne jest, by terapeuta przyjął w tym momencie definicję trudności utworzoną przez pacjenta, nawet jeżeli uważa, że źródłem problemu jest coś innego, np. właśnie syndrom aleksytymii. Autorzy podkreślają, że terapia ma być miejscem, gdzie terapeuta „towarzyszy” pacjentowi w dochodzeniu do przyczyn życiowych trudności.

W drugim etapie terapeuta zachęca pacjenta do przeanalizowania swojej sytuacji i ocenia jej. Pytania koncentrują się na poznawczych wrażeniach pacjenta. Omawiane są

takie kwestie, jak: dlaczego dana sytuacja była trudna; w jaki sposób wpływała na pacjenta; co w niej było nietypowego itp. W tym stadium w trakcie rozmowy uwaga pacjenta jest stopniowo kierowana na jego subiektywny odbiór zaistniałej sytuacji oraz na związane z nią myśli i refleksje.

Trzecim krokiem jest zwrócenie uwagi na przeżycia pacjenta w trakcie opisywania swoich kłopotów. Terapeuta omawia poszczególne problemy i pyta pacjenta o jego reakcję emocjonalną. Szczególnie istotne może okazać się odtworzenie reakcji somatycznych i precyzyjne umiejscowienie ich w łańcuchu zdarzeń. Ważnym komunikatem są również zachowania niewerbalne pacjenta, pojawiające się w momencie, gdy zaczyna on koncentrować się na doświadczanym zdarzeniu stresującym. Reakcje niewerbalne w odniesieniu do terapeuty mogą być bardzo podobne do tych, jakie pacjent przejawia w podobnych sytuacjach w kontakcie z innymi ludźmi. Stanowią one zatem istotne źródło wiedzy. Terapeuta nazywa i omawia znaczenie poszczególnych reakcji, podkreślając ich związek z emocjami wywołanymi przez sytuację trudną. Wskazuje jednocześnie, jakie inne możliwe uczucie mogło wpłynąć na omawiane doświadczenie. Często na tym etapie dochodzi do wyjaśnienia niezrozumiałych dla pacjenta stanów — np. niekontrolowanego wybuchu płaczu — dzięki pokazaniu ich związku z emocjami wynikającymi z trudnej sytuacji. Terapeuta tłumaczy pacjentowi, że reakcje emocjonalne są sygnałem, że dzieje się coś ważnego dla niego. Dzięki własnej analizie wydarzenia pacjent rozumie, jakie okoliczności mogły doprowadzić do wybuchu [np. niesprawiedliwe potraktowanie przez inną osobę], a dzięki wsparciu terapeuty dowiadyuje się, jakie uczucia naturalnie towarzyszą takim momentom. Stopniowo zaczyna widzieć powiązanie między stresującą sytuacją a swoimi reakcjami, przestaje więc postrzegać je jako niezrozumiałe i niemożliwe do kontrolowania [23].

W opisanym postępowaniu terapeutycznym pacjent otrzymuje więc podwójną informację: określenie (nazwę) doznawanej emocji oraz akceptację tego przeżycia. Jest to swoiste korekcyjne doświadczenie, w którym uczy się, że odczuwanie emocji nie jest niczym zagrażającym i nie prowadzi do odrzucenia. Stanowi ono kluczowy element psychoterapii [23].

Analizując możliwości pomocy psychoterapeutycznej dla osób z aleksytymią należy wziąć pod uwagę istotne czynniki kulturowe. Elementem, który może utrudniać terapię, jest pewność pacjenta dotycząca tego, że jego dotychczasowy sposób emocjonalnego funkcjonowania jest wartościowy. Przekonanie to może być wzmacniane przez poczucie, że tłumienie uczuć i wybieranie powściągliwego sposobu funkcjonowania, polegającego na kontrolowaniu najmniejszych przejawów emocji, spotka się ze społeczną aprobatą. Dodatkowo osoba funkcjonująca w ten sposób dokonuje licznych racjonalizacji swojego postępowania, dzięki czemu uznaje je za rozsądne, skuteczne, bardziej efektywne itp. Ciekawie ilustruje to cytat: „Mężczyzna, który nie jest zdolny do płaczu, traktuje swą niemożność jako przejaw siły i odwagi. Może nawet ośmieszać innych chłopców lub mężczyzn płaczących bez wysiłku i w sposób naturalny, szcząc się swoją neurotyczną cechą niczym zaletą. Z kolei osoba, która nie potrafi się rozżłościć czy też nie jest zdolna do ataku, czyni cnotę ze swej ułomności, twierdząc, że branie pod uwagę wszystkich »za i przeciw« jest przejawem rozsądku” [36, s. 14].

Kulturowa preferencja pozbawionego emocji stylu funkcjonowania jest poświadczona również na płaszczyźnie językowej i przejawia się w takich frazeologizmach, jak np.: nie dać się ponieść emocjom; nie tracić głowy (a więc rozumu), kierować się rozumem,

a nie sercem; pójść po rozum do głowy; mieć głowę na karku. W rozumieniu pacjenta, problemem może być więc nie sam brak świadomości i dostępu do własnych emocji, ale raczej te momenty, w których emocje wymykają się spod żelaznej kontroli. Opierając się na powyższych argumentach kulturowych, może on zgłosić się na terapię z chęcią wyeliminowania doświadczanych przejawów emocji, ponieważ uzna je za przyczynę swoich problemów. Innego rodzaju zmiany psychiczne sobie po prostu nie wyobraża! Terapeuta musi być więc przygotowany do pracy z pacjentem o wysokim poziomie braku wiary w wartość rozmowy i analizy werbalnej. Cierpliwość i ciągła zachęta, by zbudował on własną narrację, są kluczowe dla powodzenia terapii [23].

W kontekście tego, co powiedziano wcześniej o związku aleksytymii z obrazem ciała (Ja cielesnym), należy przyjąć, że w pracy terapeutycznej z pacjentami z aleksytymią trzeba poświęcić uwagę ich sposobowi doświadczania ciała. Naszym zdaniem praca z takimi pacjentami powinna równolegle obejmować aspekty zwiększania świadomości emocjonalnej oraz świadomości ciała. Może być to zarówno narracja o ciele, czyli koncentracja na jego stanach i ich zmianach, jak i bezpośrednia praca z ciałem. Różne istniejące współcześnie formy psychoterapii najczęściej mają charakter rozmowy, są komunikowaniem się werbalnym, które dla pacjentów z aleksytymią może być utrudnione, szczególnie wówczas, gdy w dialogu pojawia się odwołanie do symbolu [1]. Uważamy jednak, że mimo to warto i należy rozmawiać z pacjentem o jego ciele. Nasze doświadczenia kliniczne pokazują, że bardzo często, o ile ciało zaistnieje jako przedmiot wspólnego namysłu psychoterapeuty i pacjenta, ten ostatni poszukuje własnych form pracy z ciałem. Może to być zarówno bezpośrednia metoda pracy z ciałem (psychoterapia ciała, psychoterapia tańcem i ruchem), jak i inne formy poszukiwania doświadczenia cielesnego, np. praca z głosem, taniec, medytacja w ruchu itp.

Wybitny badacz niemowląt, twórca teorii interpersonalnej w psychoanalizie, Daniel N. Stern, w swojej ostatniej książce [37] pisze o roli witalności i jej związku z przeżyciami cielesnymi. Jego zdaniem: „Doświadczenie witalności jest podobne do aktu ruchowego. Ruch i jego spostrzeganie proprioceptywne to podstawowe formy wyrazu żywotności” [37, s. 19]. Według Sterna przejawy witalności nie są związane z jakąś określoną modalnością; wiążą się z różnymi zmysłami — zmysłem słyszenia, dotyku, widzenia itp. Witalność obejmuje zarówno aktywność cielesną, jak też „ruch psychiczny” (np. wyobrażenie ruchu). Stern [37] uważa, że witalność można osiągnąć między innymi poprzez kontakt ze sztuką — z tańcem, muzyką, teatrem i kinem, nie można jej natomiast doświadczyć bezpośrednio wyłącznie za pomocą słów lub myślenia odnoszącego się do abstrakcji.

Podsumowując, można naszym zdaniem metaforycznie stwierdzić, że praca psychoterapeutyczna z osobami aleksytymicznymi to towarzyszenie im w drodze do zbudowania nie tylko własnego życia psychicznego, lecz także własnej witalności. Można więc powiedzieć, że jest to pomaganie im w odkrywaniu doświadczenia bycia żywym.

Spojrzenie na aleksytymię zaprezentowane w niniejszym artykule jest nowe. W dotychczasowych opracowaniach rozważana ona była głównie w kontekście zaburzeń regulacji emocji [6] oraz związku z chorobami psychosomatycznymi; była także wskazywana jako czynnik współwystępujący z zaburzeniami odżywiania się [38] czy zespołem stresu pourazowego [39]. Była więc zazwyczaj łączona z występowaniem psychopatologii [40]. Niniejszy artykuł zarysowuje nieeksplorowany dotąd związek aleksytymii ze strukturą Ja

cielesnego, ukazując nowe sposoby interpretacji doświadczania cielesności przez osoby aleksytymiczne.

Piśmiennictwo

1. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
2. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina; 2005.
3. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
4. Maruszewski T, Ściagała E. Emocje — aleksytymia — poznanie. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
5. Matczak A. Rozmowa z Joanną Podgóorską — o aleksytmii, czyli emocjonalnym analfabetyzmie. Data dostępu: 2007; <http://www.polityka.pl/emocje-co-ja-czuje/Lead30,1152,211079,18/>.
6. Schier K. Aleksytymia: mechanizm obronny czy cecha osobowości? Nowe perspektywy badawcze. *Psychoter.* 2006, 1: 5–13.
7. Krystal H. Trauma und Affekte — Posttraumatische Folgeerscheinungen und ihre Konsequenzen für die psychoanalytische Behandlungstechnik. Referat wygłoszony na konferencji „Współczesna psychoanaliza”, 22–26 listopada 2000 r. Niemcy, Frankfurt/M.
8. Kench S, Irwin HJ. Alexithymia and childhood family environment. *J. Clin. Psychol.* 2000; 56 (6): 737–745.
9. Mallinckrodt B, Wei M. Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *J. Couns. Psychol.* 2005; 52(3): 358–367.
10. Gerhardt S. Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
11. Joyce A. The parent-infant relationship and infant mental health. W: Baradon T, Broughton C, Gibbs I, James J, Joyce A, Woodhead J, red. *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: claiming the baby*. London New York: Routledge; 2005. s. 5–24.
12. Mallinckrodt B, King JL, Coble HM. Family dysfunction, alexithymia, and client attachment to therapist. *J. Couns. Psychol.* 1998; 45(4): 497–504.
13. Cash TF, Pruzinsky T. *Body images: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002.
14. Schier K. Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010.
15. Krueger DW. *Integrating body self and psychological self*. New York, London: Brunner-Routledge; 2002.
16. Młodziński EA. Aleksytymia a obraz ciała u dzieci i osób dorosłych W: Schier K, red. *Zapisane w ciele: Związek ciało–psychika u dzieci i rodziców* Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2009, s. 53–70.
17. Robak A. Rozwojowe aspekty doświadczenia ciała w okresie dzieciństwa. W: Ziółkowska B, Cwojdzńska A, Chołody M, red. *Ciało w kulturze i nauce* Warszawa: Scholar; 2009, s. 9–23.
18. Schier K. Rozegrane w ciele — obraz ciała u osób ze strukturą osobowości borderline. W: Brytek-Matera A, red. *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2010, s. 9–27.
19. Młodziński EA. Aleksytymia a obraz ciała u młodych dorosłych. Praca magisterska napisana pod kierunkiem dr hab. Katarzyny Schier, prof. U.W. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii; 2011.

20. Schubert A. *Das Körperbild. Die Körperskulptur als moderne Methodik in Diagnose und Therapie.* Stuttgart: Klett-Cotta; 2009.
21. Thorberg FA, Young RM, Sullivan KA, Lyvers M. Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. *Add. Beh.* 2009; 34: 237–245.
22. LeDoux J. *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego.* Poznań: Media Rodzina; 2000.
23. Vanheule S, Verhaeghe P, Desmet M. In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychol. Psychother. Theor. Res. Pract.* 2011; 84: 84–97.
24. Vanheule S. Challenges for alexithymia research: A commentary to ‘The construct of alexithymia: Associations with defence mechanisms’. *J. Clin. Psychol.* 2008; 64: 332–337.
25. Guilbaud O, Corcos M, Hjalmarsson L, Loas G, Jeammet P. Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomed. Pharm.* 2003; 57 (7): 292–295.
26. Honkalampi K, Lehto SM, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Niskanen L, Valkonen-Korhonen M I in. Alexithymia and tissue inflammation. *Psychother. Psychosom.* 2011; 80(6): 359–364.
27. Guilbaud O, Curt F, Perrin C, Chaouat G, Berthoz S, Dugre-Le Bigre C I in. Decreased immune response in alexithymic women: a cross-sectional study. *Biomed. Pharm.* 2009; 63 (4): 297–304.
28. Grabe HJ, Schwahn C, Barnow S, Spitzer C, John U, Freyberger HJ I in. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *J Psychosom. Res.* 2010; 68 (2): 139–147.
29. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *J. Psychosom. Res.* 2003; 54(6): 533–541.
30. Bauermann TM, Parker JDA, Taylor GJ. Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Person. Individ. Differenc.* 2008; 45: 318–322.
31. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Compr. Psychiatry* 1998; 39(2): 91–98.
32. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int. J. Dermatol.* 2008; 47(9): 903–910.
33. Rasting M, Brosig B, Beutel ME. Alexithymic characteristics and patient-therapist interaction: a video analysis of facial affect display. *Psychopath.* 2005; 38 (3): 105–111.
34. Taylor GJ. Psychotherapy with the boring patient. *Can. J. Psychiatry* 1984; 29: 217–222.
35. Hesse C, Floyd K. Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Person. Individ. Diff.* 2011; 50: 451–456.
36. Kawalerowicz A. Bioenergetyczna analiza charakterów. Typologia według Alexandra Lowena. W: Santorski J, red. *Ciało i charakter: diagnoza i strategie w psychoterapii somatyczno-charakterologicznej* Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza; 1995, s. 11–33.
37. Stern ND. *Ausdrucksformen der Vitalität. Die Erforschung dynamischen Erlebens in Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und den Künsten.* Frankfurt am M: Brandes & Apsel Verlag; 2011.
38. Tomalski R. Aleksytymia w zaburzeniach jedzenia. *Psychoter.* 2006 (1): 15–25.
39. Dąbkowska M. Aleksytymia jako czynnik ryzyka czy skutek PTSD u kobiet — ofiar przemocy domowej. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2007; 3: 221–227.
40. Tomalski R. Aleksytymia i dysocjacja. *Psychoter.* 2008 (2): 35–43.

Adres: emlozniak@psych.uw.edu.pl