

ALEKSYTYMIA I DYSOCJACJA

ALEXITHYMIA AND DISSOCIATION

Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

**alexithymia
dissociation
trauma**

Artykuł jest próbą zestawienia pojęć: aleksytymii i dysocjacji wywodzących się z różnych konceptów teoretycznych – psychoanalizy Freuda oraz dysocjacji Janeta. Mimo traktowania obu stanów jako efektu doświadczenia urazowego z przeszłości stwierdza się jedynie częściową współzależność obu pojęć. Próbą ich wyjaśnienia zajęła się Wilma Bucci w teorii kodów wielokrotnych.

Summary: Alexithymia and dissociation are considered mechanisms which help coping with traumatic experiences. The author analyses the relationship between alexithymia and dissociation on theoretical grounds and reviews the research data concerning that relationship. Alexithymia and dissociation are constructs that overlap in their part that is dependent of negative affect or stress. The model of interactions between alexithymia and dissociation is presented with respect to Bucci's multiple code theory.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zagadnień aleksytymii i dysocjacji oraz ich związku z traumą. Trauma psychiczna to taki rodzaj urazu, który nie ulega zablźnieniu. Aby uniknąć spowodowanego urazem bólu, doświadczenia lub afekt z nimi związany zostają oddzielone od świadomości. Mechanizmami, które mogą służyć takiemu oddzieleniu, są — jak się postuluje — dysocjacja oraz aleksytymia.

Dysocjacja jest pojęciem wprowadzonym przez Pierre'a Janeta ponad sto lat temu, jednak w późniejszym czasie uległo ono zapomnieniu wskutek bujnego rozwoju psychoanalizy. Dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku, jako echo wojny w Wietnamie, zagadnienia traumy, zespołu stresu pourazowego oraz zaburzeń dysocjacyjnych stały się tematami niezwykle aktualnymi. Przyczyniło się to do renesansu teorii dysocjacji proponowanej przez Janeta oraz podejmowania badań nad jej rolą w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Aleksytymia natomiast jest pojęciem, które powstało na gruncie teorii psychoanalitycznej w latach siedemdziesiątych XX wieku, jego historia nie jest więc zbyt długa, choć — jak na tak krótki żywot — bogata. Aleksytymia narodziła się w obszarze refleksji nad psychosomatyką, skąd szybko przeniknęła do koncepcji dotyczących innych grup zaburzeń, między innymi zaburzeń osobowości czy jedzenia.

O ile od początku traumę wiązano z dysocjacją, o tyle jej związek z aleksytymią sugerowany był znacznie później. Zakłada się, że oba zjawiska — zarówno dysocjacja, jak i aleksytymia — mają swój udział w radzeniu sobie z przeżyciami towarzyszącymi urazo-

wym doświadczeniom, choć zakres, znaczenie i wzajemna zależność tych mechanizmów nadal pozostają niejasne. Aby prześledzić wzajemne relacje tych dwóch pojęć porównano podejścia teoretyczne, w obrębie których one się rozwinęły. Następnie dokonano przeglądu badań empirycznych, które zajmowały się zależnościami między dysocjacją a aleksytymią. Wnioski z tych badań opatrzone komentarzem.

Teoria dysocjacji i psychoanaliza

Na przełomie XIX i XX wieku w obszarze psychiatrii rozwijały się koncepcje oparte na paradygmacie, który zakładał istnienie nieświadomości. Głównym przedmiotem zainteresowania badaczy była wówczas histeria. Odmiennie stanowiska w kwestii rozumienia hysterii zajmowali z jednej strony Pierre Janet, a z drugiej — Breuer i Freud. Choć badacze ci pierwotnie byli zgodni co do tego, iż urazy psychiczne są przyczyną hysterii, to w późniejszym okresie teoretyczne drogi Janeta i Freuda uległy rozdzieleniu. Mimo pozornych podobieństw, ich koncepcji nie da się pogodzić. Teorie te zostaną pokrótce porównane, z uwzględnieniem ich punktów stycznych oraz różnic między nimi.

Janet posługiwał się pojęciem podświadomości, która — według niego — jest tworem patologicznym wynikłym z osłabionej zdolności integracji świadomości. Mieszczą się w niej powstałe wskutek odszczepienia (fr. *dédoublement*) psychologiczne systemy regulacyjne, „jądra świadomości”. Taki system to *idée fixe*, czyli nieświadoma myśl lub obraz o wyolbrzymionych proporcjach i dużym ładunku emocjonalnym. Niekiedy mają one na tyle złożony charakter, że stanowią alternatywną osobowość (ang. *alter*). *Idée fixe* przejawia się poprzez stany somnambuliczne (somnambulizm to jakakolwiek aktywność w stanie dysocjacji) lub sny, wpływając na funkcjonowanie człowieka. Przykładem jest przypadek młodej kobiety, której zdarzały się niezrozumiałe upadki na ulicy. W trakcie hipnozy Janet dowiedział się, że stanowiły one odtworzenie jej samobójczego skoku do rzeki, jaki miał miejsce wcześniej [1]. Co istotne, Janet uważał, iż zbyt silne emocje wynikające z urazowej sytuacji powodują odszczepienie związanych z nią przeżyć i przemieszczenie ich do podświadomości. Wspomniany mechanizm odszczepiania nazwany został w literaturze anglojęzycznej dysocjacją i to właśnie pojęcie przyjęło się później powszechnie.

Według Janeta dysocjacja odgrywa istotną rolę w powstawaniu objawów histerycznych. Drugą — jak uważał — charakterystyczną cechą hysterii jest zawężenie pola świadomości, czyli zmniejszenie liczby zjawisk psychicznych, jakie mogą być zintegrowane w jednej i tej samej świadomości.

W psychoanalizie początkowo również dominował pogląd, iż źródłem hysterii jest trauma psychiczna. „Histeryk cierpi na nie w pełni odreagowane traumy psychiczne” — przekonywał Freud [2, s. 15]. Mechanizm opisywany przez Freuda do złudzenia przypomina właśnie mechanizm dysocjacji. „W wypadku każdej hysterii chodzi o pewną rudymentalną wielkość tak zwanej *double conscience*, podwójnej świadomości, i zasadniczym zjawiskiem hysterii jest skłonność do tego rozszczepienia, tym samym zaś do występowania nienormalnych stanów świadomości” [2, s. 16]. Jednak w późniejszym okresie, od roku 1897, Freud stawał się coraz bardziej krytyczny wobec wcześniej sformułowanej teorii uwiedzenia (a więc zakładającej realne nadużycie seksualne jako przyczynę hysterii). Punkt ciężkości związany ze znaczeniem urazu psychicznego przeniósł się z realności w świat

fantazji, a tym samym rozwinęła się koncepcja hysterii jako konfliktu. Chociaż w momencie zmiany poglądów Freuda na znaczenie nadużycia seksualnego zbieżność jego koncepcji z poglądami Janeta została zerwana, to w późniejszym rozwoju teorii analitycznych znaleźć można kilka punktów stycznych między psychoanalizą a teorią dysocjacji, które wymagają odnotowania [3].

Wraz ze sformułowaniem teorii topograficznej Freud podkreślił horyzontalny charakter tego rozszczepienia (pomiędzy świadomością a nieświadomością) i nazwał je wyparciem [4]. W teorii dysocjacji natomiast rozszczepienie określa się jako wertykalne i zlokalizowane raczej pomiędzy alternatywnymi strukturami świadomości, jak na przykład w osobowości wielorakiej. W odniesieniu do alternatywnej osobowości znajdują zastosowanie pojęcia wypracowane przez psychoanalizę (np. podział na id, ego, superego), jednak sama teoria psychoanalityczna nie zdołała wyjaśnić mechanizmu powstawania równoległych wariantów osobowości.

Motyw wertykalnego rozszczepienia pojawia się również w psychoanalizie, lecz podobieństwo do teorii dysocjacji jest jedynie powierzchowne. Melania Klein zastosowała je w odniesieniu do reprezentacji self i obiektu. Rozszczepienie, o jakim mówi, różni się jednak wyraźnie od rozszczepienia utożsamianego z dysocjacją. W teorii Klein wertykalne rozszczepienie odnosi się do spolaryzowanych afektów i introjektów (dobry — zły), podczas gdy alternatywne osobowości (w teorii dysocjacji) nie cechują się taką polaryzacją, są różnymi od siebie jakościami. Ponadto rozszczepieniu według Klein towarzyszy prymitywna organizacja osobowości, co koliduje z obserwacją, iż w osobowości mnogiej alternatywne osobowości same w sobie zwykle są względnie dojrzałe i wewnętrznie zintegrowane.

Kolejny styczny punkt teorii dysocjacji i psychoanalizy dotyczy mechanizmu obronnego zaprzeczenia, pod pewnymi względami podobnego do mechanizmów dysocjacyjnych. Pojęciu temu nadawane są różne znaczenia w psychoanalizie [4]. W jednym z nich zaprzeczenie (ang. denial, disavowal) jest mechanizmem obronnym pojawiającym się w perwersji lub psychozie. Jest odmową akceptacji jakiegoś aspektu rzeczywistości zewnętrznej (w odróżnieniu od wyparcia, które dotyczy rzeczywistości wewnętrznej) lub pewnego jej znaczenia. Dochodzi wskutek tego do rozszczepienia ego, a rozszczepione części ego nie kontaktują się ze sobą. Dzięki temu mechanizmowi możliwe jest np. radzenie sobie z informacją o utracie bliskiej osoby, gdy uznaje się zaistnienie tego faktu, ale postępuje się tak, jakby nie miał on miejsca [5]. Jakkolwiek różnica pomiędzy stanem wynikającym z dysocjacji a postrzeganiem wynikającym z zaprzeczenia jest trudna do precyzyjnego określenia, można posłużyć się kryterium równoległości. W przypadku dysocjacji często celem terapii jest osiągnięcie równoczesności przeżywania stanów wynikających z dysocjacji oraz tzw. normalnych stanów świadomości, podczas gdy taka równoczesność właśnie charakterystyczna jest dla zaprzeczenia, np. w perwersji.

Krótki przegląd podobieństw i różnic teorii dysocjacji oraz psychoanalizy pokazuje zasadniczą odrębność tych orientacji teoretycznych. Dysocjacja jawi się jako wynik opracowania traumy, natomiast wyparcie to w zamyśle Freuda mechanizm neurotyczny, będący odpowiedzią na zakazane pragnienia. W tym sensie pojęcia te odnoszą się do różnych przestrzeni doświadczenia: obiektywnej w przypadku dysocjacji (gdyż trauma jest realna) oraz subiektywnej w przypadku wyparcia. Teoria Janeta odwołuje się do koncepcji

deficytu ego (zmniejszonej zdolności integracyjnej), teoria Freuda zaś (w swej późniejszej wersji) do koncepcji konfliktu [6].

Teoria rozwijana przez Breuera, a później Freuda, początkowo traktowana jako równoważna alternatywa dla poglądów Janeta, zyskała w późniejszym okresie na znaczeniu, aby ostatecznie całkowicie zdominować i wyprzeć teorię dysocjacji. Mimo późniejszego powrotu do teorii dysocjacji (II poł. XX wieku) oraz jej rozwoju (np. teoria neodysocjacji zaproponowana przez Hilgarda) przez wiele lat nie znajdowano płaszczyzny jej integracji z psychoanalizą [7]. Tym bardziej interesującą tego próbę stanowi koncepcja zaproponowana przez Bucci oparta na danych z dziedziny neuronauki oraz psychologii poznawczej [8]. Poglądy tej autorki zostaną omówione w ostatniej części artykułu. Tak więc, mimo pewnych podobieństw oraz zasadniczego wspólnego założenia o istotnej roli nieświadomości, teoria dysocjacji i psychoanaliza pozostawały odmiennymi sposobami wyjaśniania hysterii.

Związki aleksytymii z dysocjacją

Aleksytymia jest globalnym zahamowaniem rozpoznawania i nazywania stanów emocjonalnych. Według definicji twórcy pojęcia — Sifneosa, jest to cecha obejmująca trzy składowe:

- 1) trudność w rozpoznawaniu, identyfikowaniu i opisywaniu emocji oraz rozróżnianiu stanów emocjonalnych od doznań fizycznych;
- 2) upośledzenie w zakresie symbolizacji, wyrażające się w ubóstwie wyobraźni;
- 3) skłonność do koncentrowania się raczej na zewnętrznych wydarzeniach niż na wewnętrznych doświadczeniach.

Etiologia aleksytymii jest niejednorodna. Freyberger, na przykład, wyróżnia aleksytymię pierwotną (o podłożu genetycznym lub biologicznym) oraz wtórną (wynikającą z traumy) [za: 9]. Bermond wyróżnia z kolei aleksytymię typu I oraz typu II. Typ I charakteryzuje się zarówno niską świadomością pobudzenia emocjonalnego, jak i niską sprawnością poznawczą dotyczącą emocji (funkcje poznawcze dotyczące emocji to: identyfikowanie, werbalizowanie, analizowanie emocji). Jest on prawdopodobnie uwarunkowany biologicznie. W aleksytymii typu II zdolność doświadczenia emocji jest zachowana, natomiast deficytowe są funkcje poznawcze. Aleksytymia typu II jest prawdopodobnie związana z traumą [za: 10].

Przeglądu teorii etiologicznych aleksytymii dokonują w polskim piśmiennictwie Maruszewski i Ścigała [11] oraz Schier [12]. Punktem wspólnym różnych koncepcji aleksytymii (choć posługują się odmiennym nazewnictwem) jest zgodność co do jej charakterystycznej cechy, jaką jest niewystarczające wykształcenie się reprezentacji emocji. Posiadanie takich reprezentacji pozwala oceniać i zastanawiać się nad własną reakcją emocjonalną zarówno na wydarzenia zewnętrzne, jak i na wewnętrzne doznania. Dzięki temu emocje komunikowane są werbalnie innym, co daje kolejne możliwości regulacji stanów afektywnych w relacjach z ludźmi. Brak reprezentacji emocji promuje więc postrzeganie fizjologicznych korelatów stanów afektywnych oraz koncentrację na doznaniach somatycznych. Tak tłumaczony jest związek somatyzacji z aleksytymią. W interesującym badaniu pacjentek z fibromialgią (n = 16) wykazano większe nasilenie aleksytymii oraz lęku (jako cechy) w porównaniu ze

zdrowymi kobietami [13]. Podobnie jak w innych badaniach [14], odnotowano też rozszczępienie reakcji emocjonalnej i autonomicznej na bodźce — badane stwierdzały mniejszą intensywność emocji niż wskazywałyby na to reakcja ich układu autonomicznego.

Jeśli chodzi o dysocjację, to najszerszej przyjęta współczesna jej definicja określa ją jako częściową lub całkowitą utratę normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Nawiązując do wprowadzonego przez Janeta podziału, można rozróżnić dysocjację patologiczną, do której zalicza się takie zjawiska, jak amnezja, depersonalizacja i derealizacja, oraz niepatologiczną, obejmującą absorpcję.

Nijenhuis i wsp. rozróżnili dwa typy dysocjacji: psychologiczną i somatoformiczną [15]. Dysocjacja psychologiczna (nazywana też psychoformiczną) obejmuje depersonalizację, derealizację i amnezję. Dysocjacja somatoformiczna odnosi się do objawów pseudoneurologicznych (zaburzenia widzenia lub słuchu) oraz objawów takich, jak globus hystericus lub znieruchomienie (behavioral freezing). Z tego punktu widzenia najczęściej stosowana w badaniach miara dysocjacji — Dissociative Experiences Scale (DES) — odnosi się do dysocjacji psychologicznej, natomiast dysocjację somatoformiczną ocenia się za pomocą wprowadzonej przez Nijenhuisa skali Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ).

W celu przyjrzenia się związkowi aleksytymii z dysocjacją omówione zostaną ważniejsze badania dotyczące relacji między nimi oraz wnioski płynące z tych badań. Następnie przedstawiony zostanie teoretyczny model wyjaśniający współdziałanie tych mechanizmów na podstawie teorii kodów wielokrotnych.

Zależność między aleksytymią a dysocjacją potwierdzili w nieklinicznej grupie 180 osób Berenbaum i James [16], jednak po uwzględnieniu obecności negatywnego afektu nie była ona silna: Wise i wsp. [17] zbadali 116 ambulatoryjnych pacjentów psychiatrycznych, aby ocenić wzajemną zależność między aleksytymią (TAS-20) a dysocjacją (DES). Stwierdzono, iż wyniki DES (zarówno wynik ogólny, jak i poszczególne czynniki) nie przewidują wyników TAS (w modelu regresji jedynie absorpcja przyczyniała się do 2% zmienności TAS). Również wyniki TAS nie miały znaczenia w przewidywaniu wyników DES, tak więc zmienne te nie były od siebie zależne. Stwierdzono natomiast, iż osoby z dysocjacją o nasileniu patologicznym (punkt odcięcia >15 DES) wykazują większe trudności w rozpoznawaniu i nazywaniu emocji (pierwszy czynnik TAS). Pacjenci aleksytymiczni różnią się jednak od pacjentów ze skłonnością do dysocjacji nasileniem marzeń na jawie (daydreaming), które jest niewielkie u osób z aleksytymią, a znaczne u pacjentów ze skłonnością do dysocjacji.

Grabe i wsp. [18] stwierdzili w grupie 173 pacjentów psychiatrycznych istotną zależność między aleksytymią (TAS-20) a dysocjacją (FDS, niemiecka wersja DES obejmująca 44 pozycje), która wyniosła $r = 0,55$. Po uwzględnieniu nasilenia ogólnej psychopatologii (SCL-90-R, GSI) siła tej zależności okazała się znacznie mniejsza ($r = 0,32$), choć nadal istotna statystycznie. Za zależność tę odpowiedzialne były przede wszystkim pierwsze dwa czynniki skali TAS-20: trudność w identyfikowaniu emocji oraz wyrażaniu ich; bez znaczenia okazał się czynnik odnoszący się do operacyjnego stylu myślenia.

Sayar i Kose [19] badali niekliniczną populację młodzieży ($n = 145$) w wieku 15–18 lat i nie stwierdzili zależności między aleksytymią a dysocjacją po uwzględnieniu nasilenia lęku (który był najlepszym predykatorem objawów dysocjacyjnych). Podobnie Kooiman

i wsp. [20] w grupie 148 hospitalizowanych pacjentów psychiatrycznych nie stwierdzili związku między aleksytymią (TAS-20) a dysocjacją (DES, SDQ-20) po uwzględnieniu depresji i lęku. Również w badaniu Evrena i Cana [21], po uwzględnieniu lęku, korelacja między TAS a DES (szczególnie czynnik trudności w identyfikowaniu emocji, $r = 0,53$) straciła istotność statystyczną.

Mason i wsp. [22] w nieklinicznej grupie 371 studentów badali korelację aleksytymii (TAS-20) z dysocjacją (DES). Stwierdzono korelację między ogólnym wynikiem DES a wynikami TAS-20 ($r = 0,22$), w szczególności pierwszym czynnikiem TAS ($r = 0,34$). Autorzy podkreślają, że zależność ta dotyczy w szczególności takich składowych dysocjacji, jak depersonalizacja i derealizacja oraz absorpcja (w mniejszym stopniu — amnezja). Słabością badania jest jednak nieuwzględnienie znaczenia objawów depresyjnych i lękowych.

Elzinga i wsp. [23] w badaniu dużej nieklinicznej grupy 833 osób oceniali zależność między aleksytymią (TAS-20 i BVAQ) a dysocjacją (DIS-Q). Stwierdzono zależność między pierwszym czynnikiem TAS (trudności w identyfikowaniu emocji) a DIS-Q ($r = 0,46$). W szczególności dotyczyło to pierwszych dwóch czynników DIS-Q: absorpcja oraz dysocjacyjne zmiany osobowości (odpowiednio: $r = 0,44$ i $r = 0,48$). Aktualnie przeżywany stres częściowo pośredniczył w tej zależności. Autorzy wyciągają wnioski odnośnie do odrębności mechanizmów aleksytymii i dysocjacji na podstawie braku związku między pozostałymi cechami (np. pomiędzy operacyjnym stylem myślenia w aleksytymii a zwiększoną skłonnością do fantazjowania w dysocjacji i zmniejszoną w aleksytymii). Wyniki tego badania sugerują również odrębność dysocjacji niepatologicznej, która nie jest związana z traumą, od dysocjacji patologicznej, która związana jest z urazowymi doświadczeniami.

Wyniki cytowanych badań prowadzą do kilku wniosków. Po pierwsze, aleksytymia jest konstruktem niehomogennym, skoro w pewnym zakresie pokrywa się z dysocjacją, a w innym nie. Można to wiązać z jej występowaniem jako stanu oraz jako cechy, przy czym w tym pierwszym wariancie jest ona zależna od depresji i lęku, a w drugim — nie. Istotne są również kwestie metodologiczne. Skalą najczęściej stosowaną do pomiaru aleksytymii jest TAS-20. Bada ona jedynie trzy czynniki aleksytymii (trudności w identyfikowaniu uczuć, wyrażaniu uczuć oraz myślenie operacyjne), zatem nie wszystkie składowe konstruktu aleksytymii. Pełniejsza pod tym względem skala BVAQ obejmuje pięć czynników składających się na pełen obraz aleksytymii [24]. Jeśli badania wykazywały związek aleksytymii z dysocjacją, dotyczył on jednego lub dwóch najmniej specyficznych czynników TAS-20 (trudności w identyfikowaniu oraz wyrażaniu emocji), co niewiele mówi o istocie tej cechy (pierwotnie Sifneos uważał trudności w fantazjowaniu za ośiową cechę aleksytymii).

Po drugie, pokrywanie się aleksytymii z dysocjacją wiąże się z obecnością negatywnego afektu lub poziomu stresu. W badaniu z 2004 roku dużej grupy nieklinicznej ($n = 924$), Lipsanen i wsp. stwierdzili odrębność aleksytymii od dysocjacji przy ich częściowej zależności [25]. Nakładanie się tych konstruktyw zachodziło w takiej części, która zależna była od aktualnego poziomu stresu. Potwierdza to występowanie aleksytymii jednocześnie jako cechy i stanu oraz dysocjacji, która w pewnym zakresie jest związana z dystresem, a w innym — nie. Również w badaniu Elzinga i wsp. [23] stres częściowo pośredniczył w zależności aleksytymii od dysocjacji, a Tutkun i wsp. [26] zanegowali zależność między TAS a DES po uwzględnieniu lęku.

Po trzecie, odwołanie się do wprowadzonego przez Janeta rozróżnienia dysocjacji patologicznej i niepatologicznej może pokazać, że należy rozpatrywać je osobno pod względem ich zależności od aleksytymii. Do dysocjacji patologicznej zalicza się takie zjawiska, jak amnezja, depersonalizacja i derealizacja, a do niepatologicznej — absorpcję. I tak na przykład, Grabe i wsp. [18] wykazali większy związek aleksytymii z dysocjacją patologiczną niż niepatologiczną. Tłumaczą ten fakt negatywnym wpływem istniejących cech aleksytymicznych na radzenie sobie ze stresem, co sprzyja występowaniu dysocjacji w sytuacji traumy. Jednak w badaniu tym nie wiązano tych cech z urazowymi doświadczeniami, co pozostawia te hipotezy bez poparcia.

W świetle przedstawionych wyników współwystępowanie aleksytymii i dysocjacji można tłumaczyć jako istnienie dwóch niezależnych mechanizmów, uruchamianych w sytuacji stresu. Rozumienie takie odzwierciedla odrębność linii teoretycznych obu pojęć (a więc teorii dysocjacji oraz psychoanalizy). W ostatnich latach dokonano jednak interesującej próby ich integracji na podstawie teorii kodów wielokrotnych (multiple code theory) zaproponowanej przez Wilmę Bucci [8].

W myśl tej teorii człowiek przetwarza informacje emocjonalne za pośrednictwem różnych systemów, jedynie częściowo ze sobą zintegrowanych. Wyróżnia ona system subsymboliczny i symboliczny, w którym z kolei wydziela część niewerbalną oraz werbalną. Procesy subsymboliczne to taki rodzaj myślenia, który dokonuje się poprzez formy motoryczne, trzewne oraz zmysłowe, a w którym nie ma symbolizacji. Przejawia się np. w intuicji, empatii lub nieświadomej komunikacji (język ciała). Przetwarzanie symboliczne niewerbalne opiera się na obrazach i wyobrażeniach, natomiast werbalne odwołuje się do słów. Systemy te komunikują się ze sobą, jednak w ograniczony sposób. System symboliczny niewerbalny pośredniczy między subsymbolicznym a słownym; ta funkcja integracyjna między systemami nazwana została procesem referencyjnym (referential process). Bucci zakłada, że częściowa ich rozdzielność występuje nie tylko w stanach patologicznych, lecz również fizjologicznych. Współdziałanie między tymi systemami dokonuje się w obrębie schematów emocjonalnych (emotion schemas), które porządkują doświadczenia i wspomnienia. Reprezentacje subsymboliczne motoryczne, sensoryczne oraz somatyczne stanowią jądro afektywne schematu. Schematy emocjonalne są zapisem wczesnych relacji z opiekunem i mają tendencję do odtwarzania ich w życiu człowieka. Odnosi się to do pojęcia uwewnętrznionych relacji z obiektem, które funkcjonuje w teorii analitycznej.

Stres (lub stres traumatyczny) może skutkować rozdzieleniem (a więc dysocjacją) poszczególnych elementów w obrębie schematów emocjonalnych oraz pomiędzy różnymi schematami. Według Bucci trauma lub przewlekły stres uszkadzają proces referencyjny. Wskutek tego w afektywnej części schematów emocjonalnych pojawia się pobudzenie, które nie może zostać „przetłumaczone” na kody symboliczne (niewerbalne i werbalne). Niemożność posługiwania się strukturami symbolicznymi do opracowania emocji (a więc reprezentacjami emocji) stanowi istotę aleksytymii. Tak więc, w myśl koncepcji Bucci, jeśli w sytuacji traumy pojawia się aleksytymia, to jest ona poprzedzona dysocjacją między systemami przetwarzania emocji. Należałoby również spodziewać się, że jeśli aleksytymia pojawia się w związku z traumą, zawsze wiąże się z dysocjacją.

Idea braku integracji między różnymi systemami psychicznymi jako efektu traumy i źródła zaburzeń psychicznych nie jest nowa. Pod pewnymi względami koncepcja Bucci jest podobna np. do koncepcji dysocjacji strukturalnej [27], jednak jest to pierwsza konsekwentna próba połączenia wiedzy psychoanalitycznej z teorią traumy oraz współczesną neuronauką.

Podsumowanie

Zarówno aleksytymia, jak i dysocjacja uważane są za mechanizmy radzenia sobie z urazowymi doświadczeniami. Pojęcia te wywodzą się z odrębnych koncepcji teoretycznych: dysocjacja z teorii Pierre'a Janet, aleksytymia zaś z psychoanalizy. Mimo podobieństw, teorie te od początku stanowiły alternatywne i niemożliwe do pogodzenia sposoby rozumienia zaburzeń psychicznych, początkowo przede wszystkim hysterii. W badaniach nad współwystępowaniem aleksytymii i dysocjacji stwierdzano jedynie częściową zależność obu tych zjawisk. Można to tłumaczyć w taki sposób, że zarówno aleksytymia, jak i dysocjacja wynikają w pewnej części ze stresu, a w innej są od niego niezależne. W części zależnej od stresu (a więc i od traumy) zachodzi nakładanie się obu mechanizmów na siebie. Próby integracji teorii dysocjacji z psychoanalityczną koncepcją aleksytymii dokonuje Wilma Bucci w teorii kodów wielokrotnych. Według niej, skutek traumy może dochodzić do dysocjacji między systemami przetwarzania emocji, czego skutkiem jest pojawienie się cech aleksytymicznych. Wynika z tego, że u osób, które doświadczyły traumy, powstanie aleksytymii jest skutkiem dysocjacji pomiędzy systemem subsymbolicznym a symbolycznym.

Piśmiennictwo

1. van der Hart O, Horst R. The dissociation theory of Pierre Janet. *J. Traum. Stress.* 1989; 2 (4): 1–11.
2. Freud S. *Histeria i lęk.* Warszawa: Wydawnictwo KR; 2001; s.15
3. O'Neil JA. Expanding the psychoanalytic view of the intrapsychic: psychic conflict in the inscape. *Dissoc.* 1997; 10 (4): 192–202.
4. Laplanche J, Pontalis JB, *Słownik psychoanalizy.* Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1996; s. 332.
5. Moore BE, Fine BD. *Słownik psychoanalizy.* Warszawa: Jacek Santorski & Co–Wydawnictwo; 1996; s. 403.
6. Brown P, van der Hart O. Memories of sexual abuse: Janet's critique of Freud, a balanced approach. *Psychol. Rep.* 1998; 82 (3 Pt 1): 1027–1043.
7. Kihlstrom JF, Hoyt IP. Repression, dissociation, and hypnosis. W: Singer JL, red. *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health.* Chicago: University of Chicago Press; 1990, s. 181–208.
8. Bucci W. Dissociation from the perspective of multiple code theory. Part one: Psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contem. Psychoanal.* 2007; 43 (2): 165–184.
9. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge: Cambridge University Press; 1997; s. 36–37.
10. Clayton K. **The interrelatedness of disconnection: The relationship between dissociative tendencies and alexithymia.** *J. Trauma Diss.* 2004, 5 (1): 77–101.

11. Maruszewski T, Ścigała E. *Emocje — aleksytymia — poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
12. Schier K. Aleksytymia — mechanizm obronny czy cecha osobowości? Nowe perspektywy badawcze. *Psychoter*. 2006; 1: 5–13.
13. Brosschot JF, Aarsse HR. Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *Int. J. Psychiatry Med*. 2001; 31 (2): 127–146.
14. Stone LA, Nielson KA. Intact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychother. Psychosom*. 2001; 70 (2): 92–102.
15. Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, Mourits MJ, Spinhoven P, van der Hart O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol*. 2003; 24 (2): 87–98.
16. Berenbaum H, James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosom. Med*. 1994; 56 (4): 353–359.
17. Wise TN, Mann LS, Sheridan MJ. Relationship between alexithymia, dissociation and personality in psychiatric outpatients. *Psychother. Psychosom*. 2000; 69 (3): 123–127.
18. Grabe HJ, Rainermann S, Spitzer C, Gansicke M, Freyberger HJ. The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother. Psychosom*. 2000; 69, 3: 128–131.
19. Sayar K, Kose S. The relationship between alexithymia and dissociation in an adolescent sample. *Bull. Clin. Psychopharmacol*. 2003; 13: 167–173.
20. Kooiman CG, van Rees Vellinga S, Spinhoven P, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans, HG. Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychother. Psychosom*. 2004; 73 (2): 107–116.
21. Evren C, Can S. Clinical correlates of dissociative tendencies in male soldiers with conversion disorder. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sc*. 2007; 44 (1): 33–39.
22. Mason O, Tyson M, Jones C, Potts S. Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychol. Psychother*. 2005; 78: 113–125.
23. Elzinga BM, Bermond B, van Dyck R. The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychother. Psychosom*. 2002; 71, 2: 104–111.
24. Zech E, Luminet O, Rimé B, Wagner H. Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analyses of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Europ. J. Person*. 1999; 13: 511–532.
25. Lipsanen T, Saarijärvi S, Lauerma H. Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia — overlapping or independent constructs? *Psychopathol*. 2004; 37 (4): 200–206.
26. Tutkun H, Savas HA, Zoroglu SS, Esgi K, Herken H, Tiryaki N. Relationship between alexithymia, dissociation and anxiety in psychiatric outpatients from Turkey. *Isr. J. Psychiat. Related Sc*. 2004; 41 (2): 118–124.
27. Nijenhuis ERS, van der Hart O, Steele K. *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Trauma information pages website, January 2004. Web URL: <http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm>

Adres: Radosław Tomalski
ul. Bekasa 21/54, 44-114 Gliwice

**Czasopismo internetowe
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**

Psychiatria i Psychoterapia

(ISSN 1895-3166)

wydawane wyłącznie w postaci elektronicznej pod adresem
www.psychiatriapsychoterapia.pl

zaprasza Czytelników i Autorów

Czasopismo publikuje recenzowane prace oryginalne z zakresu psychiatrii i psychoterapii, prace pogładowe, kazuistyczne, doniesienia tymczasowe, spostrzeżenia kliniczne, problemy dyskusyjne, polemiki, listy do redakcji dotyczące prac publikowanych w czasopiśmie i problemów istotnych dla środowiska, notatki kronikarskie i informacyjne itp., omówienia książek, doniesienia konferencyjne (postery, slajdy) oraz wybrane tłumaczenia.

W czasopiśmie m.in.:

Tania Nikiel, Magdalena Grygo: TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ U DZIECI – CZĘŚĆ I: IMPLIKACJE TEORETYCZNE

Tania Nikiel, Magdalena Grygo: TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ U DZIECI – CZĘŚĆ II: OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Maciej Pilecki: PERCEPCJA KONTEKSTU RODZINNEGO W TERAPII INDYWIDUALNEJ I RODZINNEJ

adres e-mail redakcji: *molocko@poczta.fm*