

ALEKSYTYMIA JAKO CZYNNIK PROGNOSTYCZNY ABSTYNENCJI OD ALKOHOLU

**Piotr Januszko^{1,2}, Maria Radziwoń-Zaleska¹, Bartłomiej Gmaj¹,
Dariusz M. Myszka¹, Maria Kostecka-Walenta¹,
Joanna Wilkowska¹, Daria Matoszko¹, Halina Matsumoto¹**

¹Katedra i Klinika Psychiatria Akademii Medycznej w Warszawie

²Instytut Psychologii Klinicznej Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej
w Warszawie

ALEXITHYMIA AS A PROGNOSTIC FACTOR FOR MAINTAINING ABSTINENCE FROM ALCOHOL DEPENDENCE

ABSTRACT – Several authors have shown that alexithymia characterize patients suffering from substance abuse. The purpose of this investigation was to: a) measure alexithymia in 44 newly abstinent alcohol-dependent persons and b) test the hypothesis that alexithymia is a negative factor for maintaining abstinence. Subjects completed the Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) and the State-Trait Anxiety Inventory during their first and last week of group-oriented therapy from alcohol dependence. The control group included 33 healthy subjects.

Fifty one per cent dependent subject before and 31% – after treatment scored in the „alexithymic” range but the therapy didn't influenced the average alexithymia scores (differences were not significant). Alcohol-dependent subjects' average alexithymia and anxiety scores, before as well as after therapy, were higher than average scores of the control group.

At the 36-month point, 26 outpatients met criteria for abuse or alcohol dependence and 46,2% were abstinent. Subjects who relapsed obtained significantly higher (before and after therapy): the total score for the TAS-26 and the factor score associated with the ability to identify one's feelings than subjects who were abstinent. Stepwise multiple linear regression showed that the after therapy total score for the TAS-26 significantly predicted abstinence. The results may suggest that alexithymia is a negative prognostic factor for maintaining abstinence.

Key words: alexithymia, anxiety, abstinence, prognostic factor.

STRESZCZENIE – Celem badania było określenie zależności między aleksytymią a uzależnieniem od alkoholu, a przede wszystkim zbadanie, czy aleksytymia może być czynnikiem prognostycznym w abstynencji od alkoholu. W badaniu udział wzięły 44 osoby uzależnione od alkoholu. Osoby zostały przebadane testami mierzącymi aleksytymie –Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) oraz lęk – State-Trait Anxiety Inventory (STAI) przed i po terapii grupowej w oddziałach dziennych leczenia odwykowego. Grupa kontrolna podobna pod względem wieku i płci – 33 osoby.

Osoby uzależnione uzyskały wyższe średnie wyniki w skali TAS-26 i czynnikach emocjonalnych zarówno na początku, jak i pod koniec terapii w porównaniu z grupą kontrolną (we wszystkich przypadkach $p < 0,01$). Średnie wyniki uzyskane w skali TAS-26 i poszczególnych czynnikach, przed i po terapii, nie różniły się istotnie. Aleksytymia okazała się cechą trudno modyfikowalną pod wpływem terapii.

Po 36 miesiącach od ukończenia terapii udało się ponownie skontaktować z 26 osobami badanymi i zebrano wywiad w kierunku ich abstynencji. Abstynencję utrzymywało 46,2% osób. Osoby, które przerwały abstynencję uzyskały wyższe średnie wyniki w skali TAS-26 i czynnika „Niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć”, w porównaniu do osób, które tę abstynencję utrzymywały ($p < 0,05$). Na podstawie krokowej wieloczynnikowej regresji liniowej stwierdzono, że wyniki uzyskane w skali TAS-26 pod koniec terapii były najsilniejszym czynnikiem prognostycznym w abstynencji od alkoholu.

Słowa kluczowe: aleksytymia, lęk, abstynencja, czynnik prognostyczny

WSTĘP

Aleksytymia jest terminem zaproponowanym po raz pierwszy przez Sifenosa (21) do opisywania zaburzeń w sferze ekspresji i odczuwania uczuć u pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi. Aleksytymia obejmuje (13);

– niezdolność do identyfikacji uczuć, a także wykorzystania języka do opisu uczuć. Osoba przeżywa pobudzenie emocjonalne o bliżej nieokreślonej charakterystyce. Nie może zatem stosować specyficznych technik kontroli emocjonalnej adekwatnych do określonego stanu emocjonalnego;

– niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi. Może to prowadzić do uruchomienia mechanizmów radzenia sobie z emocjami, kiedy wcale nie jest to konieczne;

– operacyjny styl myślenia. Wyraża się on tendencją do opisywania bez końca szczegółów dotyczących danego epizodu wywołującego emocje. Jest to związane z koncentrowaniem się na powierzchownych aspektach zjawiska;

– ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji.

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że aleksytymię należy rozpatrywać jako wielowymiarową strukturę złożoną z czynników emocjonalnych i poznawczych (5, 7, 12). Czynniki emocjonalne opisywane są jako niezdolność do opisu i identyfikacji

uczuć oraz do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi. Czynniki poznawcze to operacyjny styl myślenia i ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji.

Aleksytymię można rozpoznać u 50-78% osób uzależnionych od alkoholu (17, 20) w porównaniu z 10-19% w ogólnej populacji (9, 14). Opisano liniową zależność pomiędzy przewlekłym uzależnieniem od alkoholu a aleksytymią (10). Stwierdzono także, że aleksytymia jest istotnym czynnikiem predysponującym do uzależnienia od alkoholu (17, 20).

Wysunięto hipotezę, że ograniczone zdolności osoby z aleksytymią do kognytywnego przetwarzania emocji prowadzą zarówno do skupiania się na doznaniach somatycznych, towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu, jak i do impulsywnej, słabo kontrolowanej reakcji na negatywną stymulację. Może to prowadzić do regulowania wewnętrznych napięć poprzez zachowania nawykowe, jak m.in. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych (2).

Aleksytymia traktowana jest jako cecha osobowości, która wraz z innymi czynnikami usposabia do występowania chorób somatycznych lub innych zaburzeń, w tym uzależnienia od alkoholu. Niektórzy autorzy wyróżniają też aleksytymię wtórną (3), będącą konsekwencją przewlekłego stresu lub adaptacji podczas ciężkiej choroby psychosomatycznej lub psychiatrycznej (4, 5, 6). W wielu pracach stwierdzono, że aleksytymia jest istotnie powiązana z depresją i lękiem (4, 7, 9). Zaobserwowano, że nasilenie aleksytymii znacznie zmniejsza się wśród osób uzależnionych od alkoholu już po trzech lub czterech tygodniach terapii (4). Tak opisywana aleksytymia, traktowana jako stan reaktywny, byłaby wtórna do depresji i lęku występujących u osób uzależnionych. Na podstawie badań testami psychometrycznymi pokazano, że stany lękowe są czynnikiem predykcyjnym depresji i aleksytymii, natomiast depresja – czynnikiem predykcyjnym aleksytymii u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych (6).

Niektórzy autorzy uważają, że aleksytymia u osób uzależnionych od alkoholu nie jest wtórna do uzależnienia (11, 20). Wiek rozpoczęcia nałogowego picia i długości trwania uzależnienia nie różni się między osobami z i bez aleksytymii (11, 18, 23).

Także mała siła ego (20), przewaga niedojrzałych mechanizmów obronnych ego (16), przewaga strategii radzenia ze stresem zorientowanych na emocje i unikanie (16), zewnętrzna lokalizacja kontroli (8) opisywane u osób z aleksytymią, potwierdzają stanowisko, że aleksytymia jest czynnikiem predysponującym do uzależnienia. Często nadużywa się alkohol w celu samoleczenia kompensując deficyty w umiejętnościach regulacji i kontroli emocji i zachowań impulsywnych.

Stwierdzono, że aleksytymia jest niekorzystnym czynnikiem prognostycznym w utrzymaniu abstynencji (23). W innym publikowanym badaniu aleksytymia była najsilniejszym i niezależnym od depresji negatywnym czynnikiem prognostycznym abstynencji od alkoholu (11).

W ciągu ostatnich 20 lat skonstruowano wiele skal i testów do pomiaru aleksytymii, jednak ich właściwości psychometryczne nie zawsze były wystarczająco zadowalające (2). Wśród nich, skala Toronto Alexithymia Scale (TAS) (19) uważana jest obecnie za najbardziej rzetelne narzędzie pomiaru cech aleksytymii. Początkowo skala zawierała 26 itemów do samoopisu (TAS-26) i oceniana była 5-punktowym systemem Likerta. Wyni-

ki powyżej 74 punktów uznano za „aleksytymiczne” (19). Problemy metodologiczne związane z konstrukcją skali TAS, spowodowały, że zaproponowano skróconą 20-punktową wersję TAS (TAS-20) (1). Badania standaryzacyjne wykazały, że wersja skrócona odznacza się wysoką mocą dyskryminacyjną, wewnętrzną spójnością i rzetelnością (15).

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy było zbadanie, czy aleksytymia może być traktowana jako niezależny od lęku czynnik prognostyczny w abstynencji od alkoholu. Porównano częstość i nasilenie aleksytymii wśród osób uzależnionych od alkoholu z osobami nieuzależnionymi, a także zbadano zmiany nasilenia aleksytymii u osób leczonych odwykowo w okresie początkowych tygodni utrzymywania abstynencji od alkoholu.

GRUPY BADANE I METODY

W badaniu udział wzięły 44 osoby (34 mężczyzn i 10 kobiet) leczące się w Dziennych Ośrodkach Odwykowych w Warszawie (ul. Zgierska, ul. Łokietka) w średnim wieku $40,55 \pm 8,5$ lat. Przed terapią zostały zakwalifikowane przez lekarza psychiatrę do grup terapeutycznych na podstawie rozpoznanego u nich uzależnienia lub nadużywania alkoholu. Wymogiem zakwalifikowania do terapii była 2 tygodniowa abstynencja. W badaniu nie wyodrębniono grup osób uzależnionych i nadużywających alkoholu. Grupa kontrolna podobna pod względem wieku i płci: 33 osoby (23 mężczyzn i 10 kobiet); średni wiek $43,90 \pm 12,2$ lat.

Osoby badane wypełniły dwa testy psychometryczne przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii:

– Kwestionariusz Samooceny STAI Spielbergera w polskiej adaptacji Strelaua, Tysarczyk i Wrześniewskiego (22), który zawiera dwie skale: Stanu i Cechy lęku.

– Toronto Alexithymia Scale TAS-26 Taylora w polskiej adaptacji. Maruszewskiego i Ścigały (13). Wyniki są wyrażane w wyniku całkowitym TAS-26 oraz mogą być podzielone pomiędzy 4 czynniki:

– Czynniki 1 – niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć;

– Czynniki 2 – niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi;

– Czynniki 3 – operacyjny styl myślenia;

– Czynniki 4 – ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji. Aleksytymię rozpoznawano, gdy osoba badana uzyskała 74 i więcej punktów w teście TAS-26.

Terapia trwała 4 albo 5 tygodni w zależności od ośrodka. Osoby badane były włączane do badania od stycznia do maja 2001 r. Następnie po ok. 36 (najczęściej: 34-38) miesiącach od zakończenia terapii kontaktowano się ponownie z osobami badanymi i przeprowadzano ustrukturalizowany wywiad w kierunku przestrzegania abstynencji: Kwestionariusz Abstynencji. Z tej części badania wykluczono 18 osób, z którymi nie udało się skontaktować, bądź odmówiły uczestnictwa.

WYNIKI

Osoby uzależnione od alkoholu a grupa kontrolna

Dwie grupy osób badanych zostały porównane przy użyciu testów: chi-kwadrat i testu t dla prób niezależnych, zmiany w terapii – test t dla prób zależnych (tabela 1).

Osoby uzależnione od alkoholu uzyskały wyższe wyniki w skali TAS-26 -średnia 70,64, niż osoby nieuzależnione – średnia 60,55 ($p < 0,01$). Przed terapią największe różnice w poszczególnych grupach obserwowano w czynnikach TAS-26: „Niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć” – średnia różnica 4,03 ($p < 0,01$) oraz „Niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi” – średnia różnica 3,66 ($p < 0,01$). Różnice w pozostałych dwóch czynnikach są mniejsze i wynoszą odpowiednio w skalach: „Operacyjny styl myślenia” – 2,08 ($p < 0,05$); „Ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji” – 0,32 (nieistotne statystycznie, $p > 0,05$).

Liczba osób z rozpoznaną aleksytymią (zdefiniowanych jako posiadających ≥ 74 punktów w skali TAS-26) jest także znacząco większa w grupie badanej-54% niż w grupie kontrolnej (23%) $p < 0,05$.

W pierwszych tygodniach abstynencji (w trakcie terapii odwykowej) nasilenie aleksytymii zmniejszyło się nieznacznie z 70,64 do 68,55 (wynik nieistotny statystycznie, $p = 0,082$). Poziom aleksytymii po terapii jest wciąż wyższy od średnich wyników uzyskiwanych przez osoby z grupy kontrolnej (istotność na poziomie $p < 0,01$).

Nasilenie lęku u osób uzależnionych w skalach Stanu i Cechy przed terapią, jak i Stanu po terapii jest istotnie wyższe w porównaniu do osób nieuzależnionych.

W trakcie terapii zmniejszyło się istotnie nasilenie Cechy lęku, średnio o 3,86 ($p < 0,01$).

TABELA 1

Porównanie wyników uzyskanych w skali aleksytymii TAS-26, skali lęku STAI między osobami uzależnionymi a grupą kontrolną (w nawiasach podano odchylenie standardowe).

	Grupa kontrolna (n=33)	Osoby uzależnione (n=44)	
		Przed terapią	Po terapii
Płeć (m/k)	23/10	34/10	
Wiek	43,90 (12,2)	40,55 (8,5)	
TAS-26	60,55 (11,81)	70,64 (11,20)**	68,55 (9,24)**
Czynnik 1	17,52 (6,98)	21,55 (6,24)**	20,52 (5,10)*
Czynnik 2	14,73 (4,76)	18,39 (3,69)**	17,84 (3,44)**
Czynnik 3	15,21 (3,24)	17,30 (3,59)	16,61 (3,88)
Czynnik 4	13,09 (3,21)	13,41 (3,91)**	13,57 (3,53)
TAS-26 ≥ 74	21%	51%*	31%
STAI –cecha	42,00 (8,91)	49,00 (6,16)**	45,14 (5,63)
STAI –stan	37,88 (6,26)	44,68 (8,59)**	44,34 (7,38)**

Czynnik 1 – niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć;

Czynnik 2 – niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi;

Czynnik 3 – operacyjny styl myślenia;

Czynnik 4 – ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Aleksytymia a abstynencja

Dwie grupy osób badanych, które przerwały albo utrzymywały abstynencję, zostały porównane przy użyciu testów statystycznych: χ^2 i testu t-Studenta dla prób niezależnych, zmiany podczas terapii oceniono przy użyciu testu t-Studenta dla prób zależnych (tabela 2).

Osoby, które przerwały abstynencję, cechują się wyższymi wynikami w TAS-26 przed terapią (różnica 10,32), jak i po terapii (różnica 9,61). Różnice te wpływają głównie na różnice w czynnikach emocjonalnych „Niezdolność do identyfikacji uczuć...” i „Niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi”. Osoby, które przerwały abstynencję, uzyskały znacząco większą ilość punktów w skalach STAI: Stanu jako Cechy zarówno przed, jak i po terapii w porównaniu do osób utrzymujących abstynencję.

TABELA 2
Porównanie wyników uzyskanych w skali aleksytymii TAS-26,
skali lęku STAI przed i po terapii w zależności od ciągłości abstynencji
(w nawiasach podano odchylenie standardowe).

	Przed terapią			Po terapii		
	Ciągła abstynencja (n=12)	Przerwana abstynencja (n=14)		Ciągła abstynencja (n=12)	Przerwana abstynencja (n=14)	
Płeć (m/k)	10/2	7/7		10/2	7/7	
Wiek	42,17 (7,42)	38,93 (10,04)		42,17 (7,42)	38,93 (10,04)	
TAS-26	64,75 (15,23)	75,07 (6,67)	*	63,25 (9,44)	72,86 (6,05)	*
Czynnik 1	18,83 (6,55)	24,57 (5,54)	*	18,50 (3,97)	21,86 (4,19)	*
Czynnik 2	16,50 (4,17)	19,07 (2,81)		16,08 (3,61)	18,21 (3,07)	
Czynnik 3	17,08 (4,76)	17,93 (3,00)		15,67 (5,11)	18,36 (2,27)	
Czynnik 4	12,33 (4,66)	13,50 (3,37)		13,00 (3,59)	14,43 (3,46)	
STAI -cecha	44,33 (5,35)	51,71 (6,57)	*	39,92 (4,19)	45,36 (5,77)	*
STAI -stan	38,83 (10,06)	47,07 (8,80)	*	38,25 (8,29)	45,86 (5,49)	*

Czynnik 1 – niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć;

Czynnik 2 – niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi;

Czynnik 3 – operacyjny styl myślenia;

Czynnik 4 – ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji.

* $p < 0,05$

Aleksytymia jako czynnik prognostyczny z uwzględnieniem potencjalnego wpływu lęku

Aby kontrolować potencjalny efekt lęku, przeprowadzono analizę wariancji jednej zmiennej (UNIANOVA) z abstynencją (ciągłą/przerwana) jako zmienną niezależną, cechą lęku jako współzmienną i TAS-26 jako zmienną zależną. Wyniki wykazują znaczący wpływ abstynencji ($p < 0,05$), gdy współzmienną był Stan czy Cecha lęku, ale tylko dla wartości testów przeprowadzonych po terapii.

Aby określić czynniki, które najsilniej przewidują utrzymywanie abstynencji, wykonano krokową wieloczynnikową regresję liniową z abstynencją (ciągłą/przerwaną) jako zmienną zależną i płcią, wiekiem, wynikami uzyskanymi w TAS-26, w

czynnikach TAS-26 i skalach STAI jako zmiennymi niezależnymi. Wszystkie czynniki łącznie tłumaczyły 43% wyjaśnianej wariancji zmiennej zależnej. Po wyeliminowaniu nieistotnych czynników pozostał jeden czynnik: wynik TAS-26 uzyskany po ukończeniu terapii, który tłumaczył 26% wariancji ($p=0,004$).

OMÓWIENIE

Odsetek osób z aleksytymią (przed terapią – 51%) wśród osób badanych jest zbliżony do wyników (50%) uzyskanych przez Taylora i wsp. (20), ale mniejszy niż wyniki prezentowane przez Loasa i wsp. (67,4%) (11) i Rybakowskiego i wsp. (78%) (17).

Osoby uzależnione uzyskały średnio wyższe wyniki w skali TAS-26 niż osoby niezależne od alkoholu. Za różnicę odpowiedzialne są przede wszystkim różnice w czynnikach emocjonalnych: „Niezdolność do identyfikacji uczuć i wykorzystania języka do opisu uczuć” i „Niezdolność do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi”.

W trakcie terapii zmniejszył się odsetek osób z rozpoznaną aleksytymią ($TAS-26 \geq 74$) z 51% do 31%. Analizując jednak średnie wyniki uzyskane w teście TAS-26 i poszczególnych jego czynnikach przed i po terapii, zaobserwowano bardzo małe, nieistotne statystycznie różnice. W pierwszych tygodniach abstynencji nie zmieniło się więc istotnie nasilenie aleksytymii. Haviland i wsp.(4) zaobserwował u osób uzależnionych w trakcie nadużywania lub wkrótce po zaprzestaniu nadużywania alkoholu, że aleksytymia jest stanem reaktywnym. Aleksytymię w takiej sytuacji należałoby traktować jako wtórną do depresji i lęku. Analizując wyżej wymienione badanie, nie można jednak powiedzieć, czy zmniejszenie wartości średnich wyników w skali TAS-26 jest związane z ustąpieniem objawów depresji i lęku, czy też związane jest z brakiem doboru grupy kontrolnej. Opisowane przesunięcie skrajnych wyników do średnich w skali TAS-26 w trakcie 3-tygodniowego leczenia mogłoby być związane z efektem regresji do średniej. W naszym badaniu nie ustrześliśmy się także przed tym błędem, dokonując pomiaru w TAS-26 i STAI w grupie kontrolnej tylko w jednym punkcie czasowym.

Osoby utrzymujące abstynencję od alkoholu charakteryzowały się: mniejszym odsetkiem aleksytymii, niższymi wynikami uzyskanymi w czynnikach emocjonalnych TAS-26, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi przez innych autorów (11, 23). Osoby uzależnione z wysokimi wynikami w skalach emocjonalnych TAS-26 będą m.in. doświadczały różnorodnych stanów i reakcji emocjonalnych, niezależnie od ich rzeczywistych źródeł, jako głód alkoholu, co znacznie utrudni utrzymywanie abstynencji.

Skala „Operacyjnego stylu myślenia” natomiast nie różnicowała grup pod względem utrzymywania abstynencji. Powyższy wynik pokazuje, że poznawczy składnik aleksytymii nie jest powiązany z podtrzymywaniem uzależnienia.

Także zmiany w trakcie terapii w powyższych skalach nie różniły się między grupami osób badanych.

Wyniki uzyskane w skali TAS-26 po terapii były najsilniejszym czynnikiem różnicującym osoby pod względem przewidywanej abstynencji, nawet gdy wzięto pod

uwagę potencjalny wpływ lęku. Obserwacje te różnią się nieco od badań innych autorów, gdzie najsilniejszym czynnikiem prognostycznym były wyniki uzyskane w czynnikach emocjonalnych (Niezdolność do identyfikacji uczuć i do różnicowania między emocjami i ich odczuciami cielesnymi), a nie ogólny wynik TAS-26 (11).

WNIOSKI

Osoby uzależnione od alkoholu były znacząco „bardziej aleksytymiczne” niż grupa kontrolna, aleksytymia może być traktowana jako niezależny od lęku, negatywny czynnik prognostyczny abstynencji od alkoholu. W trakcie pierwszych tygodni abstynencji nie zmniejszyło się istotnie nasilenie aleksytymii w żadnej z badanych grup osób uzależnionych.

Podziękowania. Dziękujemy Ośrodkom Leczenia Odwykowego przy ul. Zgierskiej i ul. Łokietka za umożliwienie przeprowadzenia badania, oraz prof. Tomaszowi Maruszewskiemu za udostępnienie polskiej wersji TAS-26.

PIŚMIENNICTWO

1. Bagby R.M., Taylor J.G., Parker J.D.: *Reliability and validity of the 20-item revised Toronto Alexithymia Scale*. Presented at the 50th Anniversary International Meeting of the American Psychosomatic Society. 1992, March 31-April 4; New York, NY.
2. Brzeziński R.: *Dwie dekady koncepcji aleksytymii*. Psychiatria Polska, 1995, 29, 443-454.
3. Freyberger H.: *Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia*. Psychotherapy Psychosom., 1977, 28, 337-324.
4. Haviland M.G., Shaw D.G., Cummings M.A., MacMurray J.P.: *Alexithymia: subscales and relationship to depression*. Psychotherapy Psychosom., 1988, 50, 164-170.
5. Haviland M.G., Hendryx M.S., Cummings M.A., Shaw D.G., MacMurray J.P.: *Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics*. J. Nerv. Mental Dis., 1991, 179, 284-290.
6. Haviland M.G., Hendryx S., Shaw D.G., Henry J.P.: *Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence*. Compreh. Psychiatry, 1994, 35, 124-128.
7. Hendryx M.S., Haviland M.G., Shaw D.G.: *Dimensions of alexithymia and their relations to anxiety and depression*. J. Personality Assess., 1991, 56, 227-237.
8. Hexel M.: *Alexithymia and attachment style in relation to locus of control*. Personality Individ. Differences, 2003, 35, 1261-1270.
9. Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamaki H.: *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population*. J.Psychosom. Res., 2000, 48, 99-104.
10. Kauhanen J., Julkunen J., Salonen J.T.: *Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia*. Behav. Med., 1992, 18, 121-126.
11. Loas G., Fremaux D., Otmani O., Lecercle C., Delahousse J.: *Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study*. Compreh. Psychiatry, 1997, 38, 268-299.

12. Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R.: *Relationship between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics*. Psychiatry Res., 2000, 96, 63-74.
13. Maruszewski T., Ścigała E.: *Emocje – aleksytymia – poznanie*. Wyd. Fundacji Humaniora. Poznań 1998.
14. Parker J.D., Taylor J.G., Bagby R.M.: *The alexithymia construct: relationship with socio-demographic variables and intelligence*. Compreh. Psychiatry, 1989, 30, 434-441.
15. Parker J.D., Bagby R.M., Taylor J.G., Endler N.S., Schmitz P.: *Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. Eur. J. Personality, 1993, 7, 221-232.
16. Parker J.D., Taylor J.G., Bagby R.M.: *Alexithymia: relationship with ego defence and coping scale*. Compreh. Psychiatry, 1998, 39, 91-98.
17. Rybakowski J., Ziolkowski M., Zasadzka T., Brzeziński R.: *High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence*. Drug Alcohol Depend., 1988, 21, 133-139.
18. Rybakowski J., Ziolkowski M.: *Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: the role of family history and alexithymia*. Drug Alcohol Depend., 1990, 27, 73-77.
19. Taylor, J.G., Ryan, D., Bagby, R.M.: *Toward the development of a new self report alexithymia scale*. Psychotherapy Psychosom., 1985, 44, 191-199.
20. Taylor J.G., Parker J.D., Bagby R.M.: *A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence*. Am. J. Psychiatry, 1990, 147, 1228-1230.
21. Sifneos P.E.: *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. Psychotherapy Psychosom., 1973, 22, 255-262.
22. Wrześniewski K., Tysarczyk M.: *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 1987.
23. Ziolkowski M., Gruss T., Rybakowski J.K.: *Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?* Psychotherapy Psychosom., 1995, 63, 169-173.