

Aleksytymia a problemy związane z używaniem alkoholu

Alexithymia and alcohol-related problems

**Piotr Januszko^{1,2}, Maciej Kopera^{1,2}, Dorota Żuk-Januszko²,
Maria Radziwoń-Zaleska^{1,2}, Marcin Wojnar^{1,2}**

¹Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Szpital Nowowiejski w Warszawie

Abstract – Alexithymia is a multifactorial construct defined as a difficulty in identifying and describing feelings, differentiating feelings from somatic sensations of emotional arousal, an externally oriented cognitive style, and diminution of fantasies. Alexithymic individuals manifest problems with experiencing, regulation, and cognitive processing of emotions, they use immature defense mechanisms, as well as dysfunctional coping strategies in face of stress.

Both psychosocial and neurobiological factors are considered in the development of alexithymia. Alexithymia is thought to be a stable personality trait and a predisposing risk factor for a variety of somatic and psychiatric disorders. Relatively high prevalence rates of alexithymia (50–78%) have been reported among patients with alcohol dependence. There is a limited amount of empirical evidence exploring the relationship between alexithymia and alcohol-related problems, risk for development of alcohol dependence and relapse, and effectiveness of therapeutic interventions. Current research does not yet allow to tell if alexithymia predisposes to alcohol dependence, or whether several years of alcohol abuse lead to development of alexithymic features. It seems possible that alexithymic features in alcohol-dependent individuals may hamper sobriety and increase risk for relapse.

Taking into consideration difficulties in experiencing, understanding and regulating emotions in alexithymic alcoholics may allow to plan and implement more specific and effective therapeutic interventions for those patients. The objective of this paper is to review the published articles on relationships between alexithymia and alcohol-related problems.

Key words: emotions, alexithymia, alcohol-related problems, alcohol dependence

Streszczenie – Aleksytymia jest definiowana jako zaburzenie procesów poznawczych i afektywnych, które obejmuje trudności w identyfikowaniu i opisywaniu uczuć, trudności w odróżnieniu emocji od pobudzenia fizjologicznego towarzyszącego pobudzeniu emocjonalnemu, operacyjny styl myślenia oraz zubożenie życia wyobraźniowego. Osoby z dużym nasileniem aleksytymii przejawiają trudności z doświadczaniem, regulacją i poznawczym przetwarzaniem emocji, stosują niedojrzałe mechanizmy obronne, jak również dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie w obliczu stresu.

Uważa się, że w kształtowaniu cech aleksytymicznych biorą udział zarówno czynniki psychospołeczne, jak i specyficzne dysfunkcje neurobiologiczne. Aleksytymia uznawana jest za stabilną cechę osobowości oraz czynnik zwiększający ryzyko wystąpienia chorób somatycznych i psychicznych. Wysoki odsetek aleksytymii (50–78%) obserwowany jest u osób uzależnionych od alkoholu. Nadal zbyt mało wiadomo na temat zależności między aleksytymią a problemami związanymi z używaniem alkoholu, ryzykiem rozwoju uzależnienia, ryzykiem nawrotu oraz efektywnością stosowanych interwencji terapeutycznych. Dotychczasowe badania nie przynoszą odpowiedzi na pytanie, czy aleksytymia sprzyja uzależnieniu od alkoholu czy też ujawnia się u osób uzależnionych w związku z wieloletnim pićciem

alkoholu. Wydaje się, że cechy „aleksytymiczne” mogą utrudniać utrzymanie abstynencji, zwiększając ryzyko nawrotu uzależnienia.

Uwzględnienie specyficznych trudności w doświadczaniu, rozumieniu i regulacji emocji u osób uzależnionych z większym nasileniem aleksytymii może pomóc w planowaniu i realizacji skutecznych programów terapeutycznych. Celem tego artykułu jest przegląd piśmiennictwa na temat zależności między aleksytymią a problemami związanymi z używaniem alkoholu.

Słowa kluczowe: emocje, aleksytymia, problemy związane z używaniem alkoholu, uzależnienie od alkoholu

ALEKSYTYMIA

1. Definicja i charakterystyka aleksytymii

Pojęcie aleksytymii wprowadzili Nemiah i Sifneos w 1970 roku, określając nim „brak słów dla emocji” i traktując jako mechanizm wyjaśniający powstawanie chorób psychosomatycznych (1). Obecnie najczęściej aleksytymia uznawana jest za cechę osobowości (2), związaną z zaburzeniem procesów uświadamiania sobie własnych emocji lub szerzej – wglądu w swoje życie emocjonalne. Dotychczasowe badania pokazują, że aleksytymię należy rozpatrywać jako wielowymiarową strukturę, na którą składają się czynniki emocjonalne i poznawcze (3–6). Wśród nich największe znaczenie przypisuje się (2, 7, 8):

- trudnościom w identyfikacji uczuć oraz w wykorzystaniu języka do ich opisu – osoba przeżywa pobudzenie emocjonalne o bliżej nieokreślonej charakterystyce, nie potrafi go nazwać ani określić jego źródła;
- trudnościom w odróżnianiu emocji od pobudzenia fizjologicznego towarzyszącego pobudzeniu emocjonalnemu;
- operacyjnemu stylowi myślenia, który polega na koncentrowaniu się na powierzchownych i konkretnych aspektach zjawiska lub epizodu wywołującego emocje;
- zubożeniu życia wyobraźniowego (dominacja wyobrażeń związanych z poczuciem winy i lękiem przed niepowodzeniem) i trudnościom z przypominaniem sobie marzeń sennych.

Nie ma całkowitej zgodności, które z wymienionych czynników mają największe znaczenie w rozpoznawaniu aleksytymii (9, 10). Osoby z większym nasileniem aleksytymii charakteryzują się brakiem zdolności do modulacji procesów emocjonalnych przez procesy poznawcze. Mają utrudniony dostęp do reprezentacji psychicznych emocji, jak również do ich behawioralnych oraz fizjologicznych wskaźników (11). Na podstawie badań neurobiologicznych Bermond (12) wyróżnia dwa główne typy aleksytymii. Typ I charakteryzuje się niemożnością odczuwania emocji w ogóle, natomiast typ II – ograniczeniem doświadczania emocji oraz selektywnym deficytem w poznawczym ich opracowaniu.

W niektórych badaniach zaobserwowano, że osoby z aleksytymią mają trudności nie tylko z odczuwaniem lub nazywaniem własnych emocji, ale także z roz-

poznawaniem emocji innych osób na podstawie ekspresji emocjonalnej twarzy (13), z empatią oraz przyjmowaniem perspektywy psychicznej innych osób (14). Badania empiryczne pokazują, że osoby z aleksytymią odczuwając trudne do określenia emocje, doświadczane przez nich w postaci nieprzyjemnego napięcia, wykorzystują strategie umożliwiające pozbycie się go lub choćby zmniejszenie jego intensywności. Stwierdzono, że osoby te charakteryzują się słabym *ego* (15), przewagą niedojrzałych mechanizmów obronnych *ego*, przewagą strategii radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na emocjach i unikaniu (16) oraz zewnętrzną lokalizacją kontroli (17).

Aleksytymię rozpatruje się jako jeden z możliwych czynników ryzyka chorób somatycznych (18–22) i zaburzeń psychicznych (3, 23–27), w tym uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (28–31).

2. Psychospołeczne i neurobiologiczne uwarunkowania aleksytymii

W oparciu o trójczynnikowy model osobowości Eysencka wykazano, że aleksytymia dodatnio koreluje z neurotycznością oraz ujemnie z ekstrawersją (32). W pięcioczynnikowym modelu osobowości aleksytymia powiązana była z niską ekstrawersją, małą otwartością na doświadczenie i wysoką neurotycznością (33–35).

Analizy czynników psychospołecznych współwystępujących z aleksytymią nie prowadzą do spójnych wniosków. W badaniu przeprowadzonym w Finlandii na dużej grupie mężczyzn w średnim wieku wykazano, że nasilenie aleksytymii koreluje negatywnie z poziomem wykształcenia, dochodem, a także pozostawianiem w związku małżeńskim i utrzymywaniem związków towarzyskich (36). W innych badaniach nie wykazano związku aleksytymii z wiekiem, poziomem wykształcenia, statusem społeczno-ekonomicznym oraz inteligencją (37, 38). Opisywano natomiast różnice w nasileniu aleksytymii w zależności od płci. Nasilenie aleksytymii jest istotnie większe u mężczyzn niż u kobiet (39). Maruszewski i Ścigała wyjaśniają te różnice odwołując się do koncepcji ewolucyjnej i socjologicznej (2). W pierwszym przypadku wskazują na zależne od presji ewolucyjnej różnice w kształtowaniu emocjonalnych strategii adaptacyjnych u obu płci, w drugim – podkreślają różnice procedur socjalizacyjnych wyznaczających zależne od płci role społeczne.

Badania poszukujące neurobiologicznych uwarunkowań aleksytymii wskazują na zaburzenia w komunikacji między półkulami mózgu (głównie w związku z upośledzeniem funkcjonowania ciała modzelowatego) (40–43) oraz na dysfunkcje w obrębie prawej półkuli mózgu (44) lub korze przedczołowej (6). Osoby z zaburzeniem przewodzenia między półkulami mogą odczuwać podstawowe emocje, natomiast nie są w stanie opracować ich poznawczo. Prowadzi to do deficytów w werbalnym oznakowaniu emocji, zaburzeń w tworzeniu pamięciowych reprezentacji własnych doświadczeń emocjonalnych, a w konsekwencji zaburza procesy uświadamiania i kontroli emocjonalnej (2, 6). Dysfunkcja prawej półkuli mózgu lub kory przedczołowej może zaburzać proces doświadczania emocji i prowadzić do niemożności poznawczego ich przetwarzania (6).

Badania teorii umysłu wykazały, że zaburzona zdolność przyjmowania perspektywy psychicznej innych osób jest u osób z aleksytymią związana z mniejszą aktywacją przyśrodkowej kory przedczołowej w obrazowaniu metodą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (14). W innym badaniu mniejszą zdolność osób z aleksytymią do empatycznego wczuwania się w doświadczenia innych wiązano z mniejszą aktywacją lewej grzbietowo-bocznej kory przedczołowej oraz lewej przedniej części zakrętu obręczy (45).

3. Patogeneza aleksytymii

Poszukiwania przyczyn aleksytymii nie przyniosły dotychczas spójnej teorii tłumaczącej jej genezę. Główne koncepcje powstawania aleksytymii sformułowano w modelu psychoanalitycznym oraz poznawczo-rozwojowym.

W nurcie psychoanalitycznym trudności w uświadamianiu sobie swoich przeżyć, ich rozumieniu i regulowaniu odnosi się głównie do doświadczeń w relacjach z ważnymi osobami we wczesnym dzieciństwie (2). Wywodzący się z teorii relacji z obiektem model Krystala (46) zakłada, że wspomniane trudności powstają w wyniku przeżycia przez niemowlę silnych traumatycznych wydarzeń, związanych z deprywacją jego potrzeb w relacji z matką, charakterystycznych dla danej fazy rozwoju *libido*. Podkreślana jest tu rola poczucia przytłoczenia zbyt silnymi emocjami i wynikającej z tego niemożności ich poznawczego opracowania oraz zaakceptowania. Konsekwencją tego złożonego mechanizmu jest wycofywanie się z relacji interpersonalnych oraz odcięcie od „emocjonalnej części Ja” na rzecz czysto intelektualnego i powierzchownego kontaktu.

W modelu poznawczo-rozwojowym zakłada się, że zaburzenia emocjonalne występujące w aleksytymii należy traktować jako przejaw dysfunkcji w regulacji psychicznej, w szczególności – w tworzeniu umysłowych reprezentacji emocji stanowiących podstawę pamięci emocjonalnej (2). Zgodnie z teorią zaproponowaną przez Taylora (11), deficyty w poznawczym opracowaniu emocji są efektem nieprawidłowych wzorców relacji emocjonalnych między dziećmi a rodzicami, przekazywanych w procesie socjalizacji. Dochodzi zatem do zaburzenia procesu nabywania indywidualnych umiejętności rozpoznawania, oceny i ekspresji emocji, rozumienia ich znaczenia sygnałowego i informacyjnego oraz strategii kontroli emocjonalnej. W innych badaniach także podkreśla się znaczenie ważnych osób, szczególnie opiekunów, dla emocjonalnego rozwoju i ryzyka wystąpienia aleksytymii (47). Zwraca się uwagę, że umysłowe modele rodziców u osób z aleksytymią charakteryzuje chłód emocjonalny lub nadopiekuńczość (48). Badania De Rick i Vanheule (49) wykazują, że deficyt ciepłych relacji z ojcem oraz unikający styl przywiązania w dorosłości są silnymi predyktorami aleksytymii, szczególnie jej wymiaru poznawczego.

W modelu aleksytymii, zaproponowanym przez Maruszewskiego i Ścigałę (2), dokonano próby połączenia perspektywy neuropsychologicznej i poznawczo-rozwojowej. Według autorów dla powstania aleksytymii konieczne jest współwystępowanie wielu czynników: temperamentalnych, aktywacyjnej przewagi obszarów

przedczołowych prawej półkuli oraz specyficznego stylu wychowania. W modelu tym podkreśla się znaczenie zaburzenia kształtowania stabilnego poczucia własnej wartości, które uniemożliwia prawidłowy rozwój kompetencji emocjonalnych.

4. Testy do pomiaru aleksytymii

W ciągu ostatnich 20 lat skonstruowano wiele skal i testów do pomiaru aleksytymii, jednak ich właściwości psychometryczne nie zawsze były zadowalające (50). Wśród nich Toronto Alexithymia Scale (TAS) (7, 51) uważana jest za jedno z bardziej wiarygodnych narzędzi pomiaru, także dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (52). Innym coraz częściej stosowanym narzędziem jest Skala Aleksytymii Bermonda-Vorsta (53).

Niektórzy autorzy krytykują metody pomiaru aleksytymii oparte na samoopisie (54). Osoby z większym nasileniem aleksytymii z definicji cechuje ograniczona zdolność do wglądu we własne procesy psychiczne. Istnieje więc potrzeba znalezienia metod, które wykorzystywałyby wskaźniki behawioralne (55–57).

PROBLEMY ZWIĄZANE Z UŻYWANIEM ALKOHOLU A ALEKSYTYMIA

1. Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu i aleksytymii

Jak wspomnieliśmy, aleksytymię opisuje się najczęściej jako zespół cech, które wraz z innymi czynnikami zwiększają ryzyko rozwinięcia chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych. Szacuje się, że aleksytymię można rozpoznać u 50–78% osób uzależnionych od alkoholu (15, 58) w porównaniu z 10–19% w populacji ogólnej (27, 37, 39). Opisano również liniową zależność między nasileniem używania alkoholu a aleksytymią (28).

Rybakowski i Ziółkowski (59), badając pacjentów uzależnionych od alkoholu, stwierdzili, że cechy aleksytymiczne oraz rodzinne występowanie uzależnienia są niezależnymi czynnikami determinującymi odmienne typy uzależnienia od alkoholu. Wysoki wynik w skali aleksytymii autorzy wiązali z bardziej łagodnym przebiegiem uzależnienia oraz zwiększonym ryzykiem współwystępowania nadciśnienia tętniczego. Wczesny początek i gorszy przebieg uzależnienia częściej obserwowany był u osób, u których przynajmniej jedno z rodziców także nadużywało alkoholu.

Haviland i wsp. (4) badali współwystępowanie aleksytymii, depresji i lęku u osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, leczonych w oddziale odwykowym. Badacze zaobserwowali istotne różnice zależne od płci badanych. Kobiety uzyskiwały znacząco większe wartości wyników w skalach mierzących nasilenie aleksytymii, depresji oraz lęku jako stanu. Autorzy stwierdzili również, że bezpośrednią przyczyną poszukiwania pomocy w tej grupie były nasilone objawy depresji i lęku, a nie problem uzależnienia. Taylor i wsp. (60) obserwowali u pacjentów z dużym nasileniem aleksytymii istotnie większe wartości wyników w podskali zależności

kwestionariusza MMPI w porównaniu do pacjentów z małym nasileniem aleksytymii. W innym badaniu (5) cechy zależności u osób uzależnionych od alkoholu były silnie związane z poznawczymi komponentami aleksytymii. Loas i wsp. (5) opisali styl poznawczy charakteryzujący osoby uzależnione, na który składały się: operacyjny styl myślenia oraz afirmacja autonomii jako zaprzeczenie emocjonalnej zależności. W jednym z badań stwierdzono, że nasilenie aleksytymii jest większe u osób uzależnionych od alkoholu z cechami osobowości antyspołecznej, unikającej oraz schizoidalnej (61).

Duże nasilenie aleksytymii (47,9%) zaobserwowano również wśród osób współzależnionych (62). Osoby te silnie tłumiły występowanie konfliktów i nieświadomie zaprzeczały istnieniu uzależnienia od alkoholu w rodzinie. Zaprzeczanie uzależnieniu przez członków rodziny prawdopodobnie zapobiega depresji i odczuwaniu lęku, co wtórnie może prowadzić do ujawnienia cech aleksytymicznych.

2. Zależności między aleksytymia a problemami związanymi z używaniem alkoholu

Częste współwystępowanie aleksytymii i uzależnienia od alkoholu wskazuje, że nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów przetwarzania i regulacji emocji może wiązać się z ryzykiem powstania problemów związanych z używaniem alkoholu. Badania psychologii emocji wykazują, że ludzie wykorzystują strategie samoregulacji nastroju, które mają doprowadzić energię psychiczną i napięcie emocjonalne do stanu optymalnego. Silnie negatywne stany emocjonalne są związane z odczuwaniem wysokiego napięcia, które osoba chciałaby jak najszybciej zredukować (63). Jednym ze sposobów redukcji napięcia może być sięgnięcie po alkohol. Jak podają Liese i Franz (64) osoby, które żywią przekonanie, że nie są w stanie znieść bolesnych uczuć, poradzić sobie w trudnych sytuacjach, częściej niż inni sięgają po substancje anksjolityczne, w tym po alkohol. Z czasem wzmacnia to ich dysfunkcyjne schematy poznawcze, podtrzymując w ten sposób błędne koło nadużywania substancji. Osoby charakteryzujące się dużym nasileniem aleksytymii odczuwają napięcie, którego źródło jest dla nich trudne bądź niemożliwe do określenia. Wysłunęto hipotezę, że ograniczone zdolności osób z aleksytymią do poznawczego przetwarzania emocji prowadzą zarówno do skupiania się na doznaniach somatycznych, towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu, jak i do impulsywnej, słabo kontrolowanej reakcji na negatywną stymulację (50). Powoduje to wykorzystanie przez nich strategii doraźnej regulacji wewnętrznego napięcia, umożliwiających zniesienie lub choćby zmniejszenie jego intensywności. Służą temu m.in. unikanie (16), zewnętrzna lokalizacja kontroli (17) lub zachowania nawykowe, jak nadużywanie alkoholu (49) lub innych substancji psychoaktywnych.

Potrzeba zmniejszenia intensywności lub zniesienia nieprzyjemnego napięcia nabiera szczególnego znaczenia, gdy weźmiemy pod uwagę tendencję osób z aleksytymią do ciągłego przeżywania dyskomfortu psychicznego, związanego z emocjami takimi jak gniew, wrogość, poczucie winy, lęk (11). Z danych z piśmiennictwa

wynika, że osoby uzależnione od alkoholu charakteryzują się małym wglądem, trudnościami w identyfikowaniu emocji oraz radzeniu sobie z nimi (64). Wykazano, że osoby uzależnione od alkoholu z dużym nasileniem aleksytymii intensywniej, niż osoby z małym jej nasileniem, odczuwały nieprzyjemne emocje indukowane bodźcami o negatywnej walencji, natomiast nie różniły się od nich pod względem reakcji na bodźce o pozytywnej walencji (65). Można sądzić, że w tej grupie pacjentów osoby „aleksytymiczne” mogą chętniej wykorzystywać farmakologiczne działanie alkoholu, by przeciwdziałać doświadczaniu negatywnych stanów emocjonalnych.

Stwierdzono, że osoby z dużym nasileniem aleksytymii, jak i pacjenci nadużywający alkoholu, podlegali w dzieciństwie podobnemu stylowi opieki rodzicielskiej, polegającemu na nadmiernej kontroli i deficycie ciepłych relacji (48, 49). Charakteryzuje ich również unikający styl przywiązania – trudności z zaufaniem i poczucie dyskomfortu w bliskich relacjach z innymi (66). Wykazano, że unikający styl przywiązania oraz brak ciepłych relacji z ojcem w dzieciństwie wiąże się z większym nasileniem aleksytymii u osób uzależnionych od alkoholu (49). Można sądzić, że wspomniane czynniki, wpływające na rozwój indywidualny, przyczyniają się do kształtowania cech aleksytymicznych, zwiększając przez to ryzyko problemów związanych z używaniem alkoholu.

Mimo częstego współwystępowania aleksytymii i uzależnienia od alkoholu, w piśmiennictwie brak danych potwierdzających, że aleksytymia sprzyja rozwojowi uzależnienia. W niektórych badaniach wskazuje się na związek aleksytymii z czynnikami predysponującymi do powstania uzależnienia od alkoholu (cechy osobowości, styl przywiązania, zaburzenia nastroju). Dotychczas brak jednak badań prospektywnych wykazujących, że aleksytymia jest czynnikiem predysponującym do uzależnienia.

3. Aleksytymia u osób uzależnionych od alkoholu – stan czy cecha?

Niektórzy autorzy wyróżniają aleksytymię wtórną (67), będącą konsekwencją przewlekłego stresu, adaptacji do ciężkiej choroby psychicznej lub psychosomatycznej. Jak zaobserwowano, nasilenie aleksytymii zmniejsza się u osób uzależnionych od alkoholu już po trzech, czterech tygodniach terapii (68), z czego można wnosić, że należałoby ją traktować jako stan reaktywny, wtórny do depresji i lęku (69). W niektórych pracach stwierdzono istotne powiązanie aleksytymii z depresją i lękiem (3, 27, 68). Wykazano, że stan lęku oraz nasilenie depresji były istotnymi predyktorami aleksytymii u pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych (4). Cytowani autorzy sądzą, że u osób uzależnionych od alkoholu aleksytymia może stanowić specyficzną reakcję adaptacyjną, chroniącą przed bolesnymi emocjami odczuwanymi w związku z depresją oraz zaburzeniami funkcjonowania psychospołecznego spowodowanymi przez uzależnienie (70).

Jak uważa większość autorów aleksytymia nie występuje w tej grupie pacjentów jedynie w wyniku zaburzeń powstałych wtórnie do uzależnienia (15, 71). W badaniu longitudinalnym de Timary i wsp. (72) zaobserwowali niewielki wpływ

utrzymywania abstynencji na nasilenie aleksytymii, mimo mniejszego w tym czasie nasilenia depresji i lęku. W naszym badaniu (73), mimo istotnego zmniejszenia lęku jako cechy, nie stwierdziliśmy zmniejszenia nasilenia aleksytymii u osób uzależnionych od alkoholu po czterech lub pięciu tygodniach (w zależności od długości programu terapeutycznego) terapii odwykowej. Również wiek, w którym pojawiły się pierwsze objawy uzależnienia od alkoholu i czas jego trwania nie różnicowały osób pod względem nasilenia aleksytymii (59, 71, 74). Wyniki te pozwalają sądzić, że jest ona raczej trwałym elementem struktury osobowości, nie stanem reaktywnym, zależnym od aktualnie przeżywanych emocji. W badaniu przeprowadzonym na dużej grupie zdrowych ochotników, Parker i wsp. (16) wykazali, że aleksytymia nie jest jedną ze strategii obronnych czy specyficznym stylem radzenia sobie. Taylor i wsp. (15) uważają, że używanie substancji psychoaktywnych przez osoby z aleksytymią jest próbą samoleczenia nieprzyjemnych stanów emocjonalnych, które odczuwane są jako przygniatające i niemożliwe do opanowania. Jest to zatem sposób radzenia sobie z deficytami zdolności *ego* do różnicowania oraz regulacji emocji (15).

Badania neurobiologicznych uwarunkowań aleksytymii wskazują na zaburzenia funkcji ciała modzelowatego, prawej półkuli mózgu oraz kory przedczołowej. Podobne zmiany stwierdza się w badaniach neuropatologicznych (75) i neuroobrazowych (76) u osób uzależnionych od alkoholu. Hipotezy zlokalizowanego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego – hipoteza uszkodzeń prawej półkuli mózgu (77) oraz hipoteza uszkodzeń kory przedczołowej (78) – poza upośledzeniem procesów poznawczych wskazują na zaburzenia przetwarzania, kontroli i regulacji emocji u osób uzależnionych od alkoholu. Z uszkodzeniem prawej półkuli wiązano zaburzenia procesu przetwarzania bodźców emocjonalnych, np. twarzy wyrażających emocje (79) i rozumienia prozodii emocjonalnej (80). Uszkodzenie tzw. „sieci emocjonalnej”, obejmującej brzuszno-przyśrodkową korę przedczołową, stanowi element typowego dla osób uzależnionych wzorca behawioralnego, charakteryzującego się między innymi impulsywnością oraz upośledzeniem mechanizmów radzenia sobie w relacjach społecznych (81). Jeśli przyjmiemy, że uszkodzenia wspomnianych struktur powstają w konsekwencji toksycznego działania alkoholu na mózg, aleksytymia, podobnie jak zaburzenia funkcji poznawczych, stwierdzane u osób uzależnionych, może stanowić powikłanie uzależnienia. Aleksytymia wtórna byłaby wówczas konsekwencją zmian neurobehawioralnych spowodowanych używaniem alkoholu. Dotychczas nie przeprowadzono badań, które oceniałyby związek aleksytymii z upośledzeniem funkcjonalnym bądź strukturalnym mózgu u osób uzależnionych.

4. Aleksytymia a utrzymywanie abstynencji u osób uzależnionych od alkoholu

Badając osoby uzależnione od alkoholu, Ziółkowski i wsp. (74) stwierdzili, że aleksytymia jest niekorzystnym czynnikiem prognostycznym w utrzymaniu abstynencji. Osoby, które krócej utrzymywały abstynencję (krócej niż rok), uzyskiwały znacząco wyższe wyniki w skali aleksytymii (zarówno w podskalach emocjonal-

nych, jak i poznawczych) w porównaniu do osób utrzymujących abstynencję dłużej niż rok. W badaniu prospektywnym, prowadzonym przez piętnaście miesięcy, aleksytymia była najsilniejszym i niezależnym od depresji, negatywnym czynnikiem prognostycznym co do abstynencji od alkoholu (71). Największe znaczenie w prognozowaniu miały wyniki uzyskane w podskalach emocjonalnych aleksytymii, nie stwierdzono natomiast istotnej różnicy w podskalach poznawczych.

W naszej pracy (73) zaobserwowaliśmy, że zarówno mniejsze nasilenie lęku (cechy i stanu), jak i aleksytymii może mieć znaczenie dla utrzymania abstynencji od alkoholu. Wynik ogólny w skali aleksytymii po terapii odwykowej, niezależnie od wpływu lęku, był najsilniejszym czynnikiem różnicującym osoby pod względem czasu utrzymywania abstynencji. Można sądzić, że trudność z utrzymaniem abstynencji przez osoby uzależnione z większym nasileniem aleksytymii spowodowana jest doświadczaniem przez nie różnorodnych stanów i reakcji emocjonalnych jako pragnienia alkoholu (82). Zapewne trudniej też im stosować bardziej dojrzałe strategie radzenia sobie z dyskomfortem psychicznym, które zakładają potrzebę wglądu (w tym rozpoznawania i rozumienia przyczyn swoich emocji) oraz tolerowania frustracji. Utrudniony dostęp do bolesnych emocji, związanych z konsekwencjami uzależnienia od alkoholu, może prowadzić do zaprzeczania jego istnienia oraz związanych z nim powikłań medycznych, społecznych i psychologicznych a tym samym zwiększać ryzyko nawrotu po ukończeniu terapii odwykowej (70).

5. Terapia osób z aleksytymią

Aleksytymia nie jest chorobą, ale może być czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju niektórych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych lub być czynnikiem je podtrzymującym. Wyniki dotychczasowych badań na temat zasadności i skuteczności terapii pacjentów z aleksytymią są niejednoznaczne. Część autorów uważa, że aleksytymia jest stosunkowo trwałą i trudną do modyfikacji właściwością psychiczną, może utrudniać proces terapeutyczny osób z zaburzeniami psychosomatycznymi (83–86) oraz z problemami związanymi z używaniem alkoholu (52).

Freyberger (67) stwierdził, że pacjenci z wysokim nasileniem aleksytymii nie są w stanie skorzystać z terapii psychoanalitycznej z powodu zmniejszonej zdolności do autorefleksji i uczenia się nowych zachowań emocjonalnych oraz małej tolerancji frustracji.

Krystal (87) zwraca uwagę na ograniczenia podejścia psychoanalitycznego w leczeniu osób z aleksytymią, związane m.in. ze słabym tolerowaniem sytuacji analitycznej oraz z trudnościami w nawiązaniu relacji emocjonalnej z terapeutą. Zdaniem autora proces terapeutyczny jest powolny i „nużący”, jednakże może stopniowo prowadzić do zrozumienia natury zaburzeń aleksytymicznych, tolerancji pobudzenia emocjonalnego oraz werbalizacji emocji.

Niektórzy autorzy zaobserwowali, że problem w terapii osób z aleksytymią mogą stanowić reakcje przeciwprzeniesieniowe terapeuty (88, 89). Negatywne reakcje terapeuty wobec pacjenta z aleksytymią, wynikające z niewystarczającego rozpoznania przeciwprzeniesienia, mogą przyczyniać się do niepowodzenia terapii.

Z kolei Taylor (90) opisał, jak twórcze wykorzystanie przeciwprzeniesienia, cechującego się narastającą frustracją, znudzeniem i uczuciami agresywnymi, może być pomocne w terapii osób z aleksytymią – umożliwia ono dostęp do zinternalizowanych relacji pacjenta z obiektami wewnętrznymi.

Wykazano skuteczność grupowej terapii psychodynamicznej w redukcji nasilenia aleksytymii u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, odżywiania i zaburzeniami osobowości (91, 92) oraz psychoterapii grupowej zawierającej specyficzne techniki terapeutyczne (odgrywanie ról, komunikacja niewerbalna, muzykoterapia, wizualizacja, relaksacja) u pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego (93). Lumley natomiast uważa, że bardziej właściwym rodzajem terapii dla osób z aleksytymią jest terapia poznawczo-behawioralna niż psychodynamiczna (94).

Psychoterapia osób z aleksytymią i problemami związanymi z alkoholem jest przedmiotem nielicznych badań. Terapia grupowa prowadzona w oddziałach odwykowych jest mało skuteczna w zmniejszeniu nasilenia aleksytymii, co istotnie może się przyczyniać do większego ryzyka nawrotów (73). Aleksytymia może być niezależnym czynnikiem ryzyka niepowodzenia w terapii pacjentów z problemami związanymi z używaniem alkoholu (52). Osoby uzależnione z dużym i małym nasileniem aleksytymii mogą wymagać odmiennych oddziaływań terapeutycznych (49).

W terapii osób z aleksytymią należy skoncentrować się na osłabianiu tendencji do somatyzacji emocji, poprawie umiejętności ich rozpoznawania, nazywania i rozumienia ich przyczyn, a także na zmniejszaniu skłonności do rozładowywania napięcia poprzez działania zastępcze pod postacią działań impulsywnych i natrętnych (50, 90). Mimo że wspomniane cele uwzględnia się w terapii osób uzależnionych, warto byłoby się zastanowić, czy w przypadku pacjentów aleksytymicznych nie powinno się kłaść na nie większego nacisku lub terapię odwykową uzupełniać innymi rodzajami psychoterapii. Rosenblum i wsp. (95) zaobserwowali wydłużenie się okresu abstynencji u pacjentów aleksytymicznych, którzy odbyli terapię poznawczo-behawioralną, w porównaniu z pacjentami po grupowej terapii motywacyjnej.

Wydaje się, że poprawa funkcjonowania emocjonalnego i społecznego w tej grupie osób wymaga długotrwałej psychoterapii. Na kształtowanie się cech aleksytymicznych wpływa między innymi brak bliskich, ciepłych relacji z ważnymi osobami we wczesnym dzieciństwie, dlatego też tak duże znaczenie w procesie terapii tych osób ma budowanie bezpiecznej relacji terapeutycznej. Może ona pełnić rolę korektywnego doświadczenia w stosunku do deficytowych relacji w dzieciństwie oraz nacechowanych unikaniem postaw w dorosłości. Otoczenie postrzegane jako bezpieczne i godne zaufania umożliwia rozwinięcie bardziej konstruktywnych strategii regulowania emocji (49).

Podsumowanie

Cechy aleksytymiczne odnajdujemy w funkcjonowaniu emocjonalnym i poznawczym znaczącej części osób uzależnionych od alkoholu. Osoby te przejawiają trudności z doświadczaniem i regulacją emocji, poznawczym ich przetwarzaniem,

stosują niedojrzałe mechanizmy obronne, jak również dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie w obliczu stresu. Wciąż zbyt mało wiadomo na temat zależności między aleksytymią a problemami związanymi z używaniem alkoholu, ryzykiem rozwoju uzależnienia, ryzykiem nawrotu oraz efektywnością interwencji terapeutycznych. Dotychczasowe badania nie przynoszą odpowiedzi na pytanie, czy aleksytymia sprzyja uzależnieniu od alkoholu czy też ujawnia się u osób uzależnionych w trakcie wieloletniego nadużywania alkoholu. Cechy „aleksytymiczne” mogą utrudniać utrzymanie abstynencji, prowadząc do zwiększenia ryzyka nawrotu uzależnienia. Uwzględnienie specyficznych trudności w doświadczaniu i regulacji emocji u osób uzależnionych, może pomóc w planowaniu i realizowaniu skutecznych programów terapeutycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 154–160.
2. Maruszewski T, Ścigała E (1998) *Emocje – aleksytymia – poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
3. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG (1991) Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56, 227–237.
4. Haviland MG, Hendryx S, Shaw DG, Henry JP (1994) Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 124–128.
5. Loas G, Otmani O, Lecercle C, Jouvent R (2000) Relationship between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*, 96, 63–74.
6. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R (2003) Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533–541.
7. Taylor JG, Ryan D, Bagby RM (1985) Toward the development of a new self report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 191–199.
8. Taylor GJ (2000) Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 134–142.
9. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM, Acklin MW (1993) Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105–1107.
10. Lane RD, Sechrest L, Reidel RG, Welon V, Kaszniak AW, Schwarz GE (1996) Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 58, 203–210.
11. Taylor JG, Bagby RM, Parker JD (1991) The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153–164.
12. Bermond B (1995) Alexithymie, een neuropsychologische benadering (Alexithymia, a neuropsychological method of approach). *Tijdschrift voor Psychiatrie* (Journal of Psychiatry), 37, 717–727.
13. Parker PD, Prkachin KM, Prkachin GC (2005) Processing of facial expressions of negative emotion in alexithymia: the influence of temporal constraint. *Journal of Personality*, 73, 1087–1107.
14. Moriguchi Y, Ohnishi T, Lane RD, Maeda M, Mori T, Nemoto K, Matsuda H, Komakia G (2006) Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuro Image*, 32, 1472–1482.
15. Taylor JG, Parker JD, Bagby RM (1990) A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 9, 1228–1230.
16. Parker JD, Taylor JG, Bagby RM (1998) Alexithymia: relationship with ego defence and coping scale. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91–98.

17. Hexel M (2003) Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261–1270.
18. Gage BC, Egan KJ (1984) The effect of alexithymia on morbidity in hypertensives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41, 136–144.
19. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Salonen R, Salonen JT (1994) Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 56, 237–244.
20. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Julkunen J, Salonen JT (1996) Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 541–549.
21. Lumley MA, Asselin LA, Norman S (1997) Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 160–165.
22. Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De Came M (1999) Alexithymia and functional gastrointestinal disorders: a comparison with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 263–269.
23. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ (1991) Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32, 387–394.
24. Bourke MP, Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM (1992) Alexithymia in women with anorexia nervosa: a preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240–243.
25. Zeitlin SB, McNally RJ (1993) Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 658–660.
26. Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, Covino NA, Sifneos PE (1994) Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, 90–93.
27. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H (2000) Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99–104.
28. Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT (1992) Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine*, 18, 121–126.
29. Troisi A, Pasini A, Saracco M, Spalletta G (1998) Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction*, 93, 487–492.
30. Evren C, Evren B (2005) Self-mutilation in substance-dependent patients and relationships with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, 15–22.
31. Li CS, Sinha R (2006) Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31, 115–121.
32. Pandey R, Mandal MK (1996) Eysenckian Personality dimensions and alexithymia: examining the overlap in terms of perceived autonomic arousal. *Personality and Individual Differences*, 20, 4, 499–504.
33. Wise TN, Mann LS, Shaw L (1992) Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 147–151.
34. Bagby RM, Taylor JG, Parker JD (1994) The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40.
35. Zimmerman G, Rossier J, de Stadelhofen FM, Gaillard F (2005) Alexithymia and relations with dimensions of personality. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 1, 23–33.
36. Kauhanen J, Kaplan GA, Julkunen J, Wilson TW, Salonen JT (1993) Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 330–335.
37. Parker JD, Taylor JG, Bagby RM (1989) The alexithymia construct: relationship with socio-demographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 434–441.
38. Taylor JG, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD (1990) Validation of the alexithymia construct: A measurement based approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 290–297.
39. Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J (1999) Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 1, 75–82.

40. Hoppe KD, Bogen JE (1976) Alexithymia in twelve commissurotomed patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 148–155.
41. TenHouten WD, Hoppe KD, Bogen JE, Walter DO (1985) Alexithymia and the split brain: I. Lexical-level content analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 202–208.
42. Parker JD, Keightley ML, Smith CT, Taylor GJ (1999) Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: an experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 61, 464–468.
43. Romei V, De Gennaro L, Fratello F, Curcio G, Ferrara M, Pascual-Leone A, Bertini M (2008) Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: A transcranial magnetic stimulation study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 175–181
44. Jessimer M, Markham R (1997) Alexithymia: A right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain and Cognition*, 34, 246–258.
45. Moriguchi Y, Decety J, Ohnishi T, Maeda M, Mori T, Nemoto K, Matsuda H, Komaki G (2007) Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17, 2223–2234.
46. Krystal H (1982) Alexithymia on the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychotherapy*, 33, 353–388.
47. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2002) *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
48. Kooiman CG, Vellinga S, Spinhoven Ph, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans HGM (2004) Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 107–116.
49. De Rick A, Vanheule S (2006) The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, 31, 1265–1270.
50. Brzeziński R (1995) Dwie dekady koncepcji aleksytymii. *Psychiatria Polska*, 29, 4, 443–454.
51. Bagby RM, Taylor JG, Parker JD (1992) *Reliability and validity of the 20-item revised Toronto Alexithymia Scale*. 50th Anniversary International Meeting of the American Psychosomatic Society. New York, March 31–April 4.
52. Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N (2005) Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 299–306.
53. Vorst HCM, Bermond B (2001) Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30, 413–434.
54. Maruszewski T (2004) Uwaga – emocje – aleksytymia. *Studia Psychologiczne*, 42, 1, 79–92.
55. Mentrieuil M, Jouvent R, Carton S, Bungener C, Widlocher D (1991) Parallel visual information processing test. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 212–219.
56. Parker JD, Taylor JG, Bagby RM (1992) Relationship between conjugate lateral eye movements and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 94–101.
57. Suslow T (1998) Alexithymia and automatic affective processing. *European Journal of Personality*, 12, 433–443.
58. Rybakowski J, Ziółkowski M, Zasadzka T, Brzeziński R (1988) High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 133–139.
59. Rybakowski J, Ziółkowski M (1990) Clinical and biochemical heterogeneity of alcoholism: the role of family history and alexithymia. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 73–77.
60. Taylor JG, Bagby RM, Parker JD, Acklind NM (1992) Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 417–424.
61. De Rick A, Vanheule S (2007) Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43, 119–129.
62. Fukunishi I, Ichikawa M, Ichikawa T, Matsuzawa K, Fujimura K, Tabe T, Iida Y, Saito S (1992) Alexithymia and depression in families with alcoholics. *Psychopathology*, 25, 6, 326–330.
63. Doliński D (2000) Emocje, poznanie i zachowanie. W: Strelau J (red.) *Psychologia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, t. 2, 370–394.

64. Liese BS, Franz RA (1996) Treating Substance Use Disorders with Cognitive Therapy: Lessons Learned and Implications for the Future. W: Salkovskis PM (red.) *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 470–508.
65. Cox WM, Blount JP, Rozak AM (1998) Alexithymia and induced moods in alcohol-dependent males. *Personality and Individual Differences*, 24, 1, 81–88.
66. Vungkhanching M, Sher KJ, Jackson KM, Parra GR (2004) Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 47–53.
67. Freyberger H (1977) Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337–324.
68. Haviland MG, Shaw DG, Cummings MA, MacMurray JP (1988) Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164–170.
69. Haviland MG, Hendryx MS, Cummings MA, Shaw DG, MacMurray JP (1991) Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 284–290.
70. Haviland MG, MacMurray JP, Cummings MA (1988) The relationship between alexithymia and depressive symptoms in sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49, 37–40.
71. Loas G, Fremaux D, Otmani O, Lecercle C, Delahousse J (1997) Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 5, 268–299.
72. de Timary P, Luts A, Hers D, Luminet O (2008) Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105–113.
73. Januszko P, Radziwoń-Zaleska M, Gmaj B, Mysza D, Kostecka-Walenta M, Wilkowska J, Matoszek D, Matsumoto H (2004) Alekstytmia jako czynnik prognostyczny abstynencji od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 17, 3–4, 187–195.
74. Ziółkowski M, Gruss T, Rybakowski JK (1995) Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 169–173.
75. Wartołowska K, Papierz W (2005) Obraz neuropatologiczny zaburzeń neurologicznych w przebiegu przewlekłego alkoholizmu. W: Liberski PP, Papierz W (red.) *Neuropatologia Mossakowskiego*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 843–851.
76. Sullivan EV, Pfefferbaum A (2005) Neurocircuitry in alcoholism: a substrate of disruption and repair. *Psychopharmacology*, 180, 583–594.
77. Knight RG, Longmore BE (1994) Cognitive impairment in alcoholics. W: Knight RG, Longmore BE (red.) *Clinical neuropsychology of alcoholism*. Hove, United Kingdom: Lawrence Erlbaum Associates Ltd, 225–265.
78. Parsons OA, Leber WR (1981) The relationship between cognitive dysfunction and brain damage in alcoholics: causal, interactive, or epiphenomenal? *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 5, 326–343.
79. Maurage P, Campanella S, Philippot P, Martin S, de Timary P (2008) Face processing in chronic alcoholism: a specific deficit for emotional features. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 32, 600–606.
80. Monnot M, Lovallo WR, Nixon SJ, Ross E (2002) Neurological basis of deficits in affective prosody comprehension among alcoholics and fetal alcohol-exposed adults. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14, 321–328.
81. Oscar-Berman M, Marinković K (2007) Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review*, 17, 239–257.
82. Mellibruda J (2000) Psychologiczna problematyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. W: Strelau J (red.) *Psychologia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, t. 3, 691–709.
83. Sifenos PE (1973) The prevalence of ‘alexithymic’ characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.

84. Bach M, Bach D (1995) Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43–48.
85. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, DE Carne M, Leandro G, Todarello O (2003) Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65, 911–918.
86. McCallum M, Pipere WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS (2003) Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 133–144.
87. Krystal H (1979) Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17–31.
88. Rasting M, Brosing B, Betel ME (2005) Alexithymic characteristics and patient-therapist interaction: a video analysis of facial affect display. *Psychopathology*, 38, 105–111.
89. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS (2005) The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: what role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 206–213.
90. Taylor GJ (1977) Alexithymia and the countertransference. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 141–147.
91. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Groger R, Franke GH, Barnow S, Freyberger HJ, Spitzer C (2008) Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189–194.
92. Stingl M, Bausch S, Walter B, Kagerer S, Leichsenring F, Leweke F (2008) Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatics Research*, 65, 173–180.
93. Beresnevaite M (2000) Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117–122.
94. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ (2007) The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 230–246.
95. Rosenblum A, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N, Foote J (2005) Moderators of effects of motivational enhancement to cognitive behavioral therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 35–58.

Adres do korespondencji

Piotr Januszko

Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM

ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa

tel. (22) 825 12 36

e-mail: januszko@psych.waw.pl

otrzymano: 14.06.09

przyjęto do druku: 26.10.09