



THEORETICAL ASPECTS OF ALEXITHYMIA CONSTRUCT

Abstract: During the last decades attempts has been made, towards the explanation of the psychosomatics to be added also a new, descriptive non-analytical construct - alexithymia - postulated by Sifneos and Nemiah, in the 70's of the XX-th century. Literally translated, it means "no words for feelings", and these deficits have a cognitive and affective aspect. Many researches shows, that this condition is of a critical importance for the engagement and the outcome of psychotherapy, as well as for the development of various psychiatric and psychosomatic diseases, which affirms its actuality and importance. Present research concentrates on basis theoretical aspects of alexithymia and the relationships with psychosomatics.

Author information:

Ina Todoreeva

PhD Student in Pedagogical psychology
at South-West University "Neofit Rilski"
Bulgaria

Keywords:

alexithymia, psychoanalysis,
psychosomatics

1.1. Въвеждане на термина алекситимия

Алекситимията се разглежда като констелация от специфични дефицити в способността за преработка и регулация на емоционалните преживявания, което включва: трудности в идентифицирането и диференциацията между чувства и телесни усещания; трудности в изразяването и описването на емоционалните преживявания; ограничена способност за фантазиране и специфичен стил на мислене, който не отчита вътрешните преживявания, а е изцяло ориентиран към външни събития и факти (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Постепенно терминът алекситимия се превръща във важен конструкт от областта на клиничната психология и психиатрия, тъй като дефицитите в емоционалната преработка, с които той най-често се свързва, са предиктор за отключване на различни психични и физически симптоми и синдроми. Установено е, че алекситимията играе важна роля в прогнозата и резултата от психоанализата и психоаналитичната психотерапия (Krystal, 1982).

Идеята за алекситимията датира по-рано от постулирането на самия термин, като основно се асоциира с психоаналитичната парадигма и клиничната картина на психосоматично болни. За пръв път през 1948г. Руеш идентифицира особени трудности в способността за разпознаване и назоваване на емоционалните състояния при пациенти, страдащи от посттравматично стресово разстройство и психосоматични заболявания. Според него психичното функциониране и личностовата структура на тези пациенти са в следствие от тяхното по принцип дефицитно развитие (Ruesh, 1948). За да разграничи функционирането на тези пациенти от това на тези с невротична структура, той предлага термина *инфантилна личностова организация*.

По-късно Карен Хорни открива специфични различия във функционирането на психиатрични пациенти, които развиват психосоматични симптоми. Тя регистрира едно типично обедняване на вътрешните преживявания, което не се ограничава само до емоционалността, а засяга всички сфери на личностовото функциониране (Horney, 1952).

Дефицитната способност да се осъзнават вътрешните преживявания е тежка загуба за ежедневното функциониране. В опит да компенсира този дефицит личността се опитва да се съсредоточи във външния свят и впоследствие вътрешните преживявания се интерпретират като външни за субекта. Той говори за събитията от живота си, правейки впечатление на човек, който изброява факти. По този начин индивидът изглежда по-скоро като външен наблюдател на собствения си живот. Келмън нарича това явление *екстернализиран начин на живот* (Kelman, 1952). Понякога не се наблюдават никакви психиатрични или соматични заболявания, на пръв поглед пациентът изглежда в норма, но специалистът подозира наличието на определена патология. Тези лица се описват като особени личности, със скучен и монотонен дискурс.

В началото на 70-те години на XX век Питър Сифнеъс предлага въвеждането на термина *алекситимия*. Според автора това е относително широк термин, свързващ се със специфичното личностово функциониране на психосоматично болните пациенти, който включва различни характеристики като механичното мислене и обеднената фантазна дейност. Освен това лицата с високо алекситимични черти имат склонност да реагират поведенчески на конфликтни събития, притежават ограничен емоционален фонд, не могат да разграничат успешно различните нюанси на емоциите и изпитват трудности и обърканост при намирането на думи за емоционалните си преживявания (Sifneos, 1973). Точно тези трудности в назоваването на афективните преживявания се приемат като централен индикатор и обуславят формирането на термина алекситимия. Обобщено тя се определя като група когнитивни и афективни дефицити, свързани с трудности в идентифицирането и диференциацията между емоции и телесни усещания, трудности в назоваването на чувствата и дефицити в афективната регулация (Taylor, Bagby & Parker, 1997).

През последните десетилетия на алекситимията се гледа не само като на предиктор за отключване на различни психиатрични и психосоматични заболявания, но и като на индикатор за ангажираността и изхода от психотерапия (Krystal, 1982; Sifneos, 1975). Много автори споделят, че високите стойности на алекситимията влияят неблагоприятно върху терапевтичния процес (Sifneos, 1973). Според тях динамичните терапии, ползващи интерпретативни техники не са особено ефективни при лечението на високо алекситимични индивиди, тъй като могат да породят тревожност и депресия и да влошат симптоматиката, за разлика от груповата терапия и когнитивно-поведенческата психотерапия (Sifneos, 1975; Nemiah et al., 1976, цит. по Taylor, Bagby & Parker, 1997).

Етиологията на алекситимията не е докрай изяснена, но на база на проведени изследвания се установяват две форми: първична и вторична. Първичната алекситимия се обяснява като стабилна личностова диспозиция, обусловена от ранни травмиращи събития. Вторичната алекситимия е по-скоро временен отговор на травматични събития в един по-късен етап от живота. Следователно за първичната алекситимия се смята, че е фактор за развитието на различни психиатрични и соматични заболявания, докато вторичната алекситимия се разглежда като регресиране, т.е. тяхно следствие (de Vante, Kamphuis & Emmelkamp, 2006). В литературата се среща още един специфичен тип алекситимия – органична, която се формира при пациенти с органични лезии в мозъчните структури, отговорни за когнитивната преработка на емоционалните преживявания - лимбичната система и езиковите центрове на неокортекса (Messina, Beadle & Paradiso, 2014).

1.2. Психоаналитичен поглед върху алекситимията

Наблюдават се специфични особености в междуличностните отношения на лицата с алекситимия. Клиничните наблюдения потвърждават, че високо алекситимичните личности са склонни да създават зависими взаимоотношения, които са свързани с голяма заменяемост на хората, но въпреки това като цяло те предпочитат да бъдат сами и имат склонността да избягват другите (Krystal, 1988; McDougall, 1980; цит. по Taylor, 1995).

Едно проучване на Шафър установява, че конструктът алекситимия е силно свързан с компулсивен, търсец подкрепа стил на несигурна привързаност. Независимо от типа привързаност изследването показва, че високо алекситимичните личности използват орални и телесни начини за афективна регулация, като например преяждане с храна, употреба на алкохол или развитие на психосоматични симптоми. За разлика от тях, личностите със сигурна привързаност демонстрират ниски нива на алекситимия и използват поведение или фантазии за говорене с подкрепящ човек за регулация на афектите. Според автора алекситимията се свързва също със специфична слабост на Аза и използване на незрели и неадаптивни защитни механизми (Taylor, 1995).

Алекситимията загатва за дефицит в капацитета за символизация. Терминът символизация има няколко значения, той тук се използва в смисъла дали казаното има някакво различно значение от това, което представлява в действителност. Един от най-често повдиганите въпроси е дали един симптом има символично значение или не. По това се различават невротичните (хистерични) симптоми от психосоматичните и тези при актуалните неврози. Според Фройд симптомите при актуалните неврози се развиват по различен начин в сравнение с тези на преносните неврози. При актуалните неврози симптомите сами по себе си нямат психологическо значение (Freud, 1895, цит. по Weinryb, 1995).

Според Александър символизацията при хистеричните и психосоматичните симптоми е различна, нещо повече - вероятно той е имал предвид същите феномени, които се наблюдават при психосоматичните организации. В днешно време се говори за алекситимична и бедна символична активност на психосоматичната личност. Опирайки се на виждането на Александър, можем да заключим, че психосоматичната конверзия не изразява фантазматична активност, както е при хистерията. Соматичният симптом е резултат от нарушение на вегетативната нервна система (Alexander, 1951, цит. по Benedetti, 1983).

МакДугъл акцентира на дефицит в обектните отношения при алекситимични пациенти. Тя говори за афективни нарушения и проблеми в символизацията като за масивна защита срещу емоционалността и срещу вид психотична тревожност. Такива индивиди вътрешно унищожават всякакви афективни връзки между емоциите и техните фантазии, мисли и отношения с околните, като създават една стерилна среда, лишена от чувства и либидинален пълнеж (McDougall, 1980). По този начин отношенията с околните се превръщат в нещо празно и без смисъл. Според МакДугъл тези личности имат „роботизирана характерова структура” (McDougall, 1980, р. 225). Емоционални им връзки с хората са важни единствено заради функциите, които хората изпълняват, а не заради тяхната индивидуалност.

Подобни описания на пациенти с алекситимия могат да се срещнат и при различни нарцистични нарушения или при т.нар. „примитивни личности”. Робинс описва такива характеристики, които са много близки до тези на алекситимията. Освен липса на личностова интеграция, тези пациенти показват и примитивен начин на мислене, който се характеризира с пълна липса на диференциация между перцепцията на обекта и емоционалната окраска, която той носи (Robbins, 1989).

Невъзможността емоциите да се изразяват вербално предполага дефицитен вътрешен свят. Естествено този, който не разграничава емоциите и не съумява да намери точните думи, за да ги опише, ще има трудности и в отношенията си с другите хора. Това означава, че тези пациенти живеят маргинално, отчуждени от себе си и от другите (Muller, 2000).

Много често високоалекситимичните личности са социално добре приспособени и изглеждат като конформисти. Те не са нито невротични, нито психотични в обикновения смисъл на думата. Някои от тях развиват психиатрични симптоми по напомнящ на невротичния начин, други развиват психосоматични симптоми, но една голяма част от тях не демонстрират никакви подобни нарушения. Въпреки това такива пациенти са ригидни, скучни и не вдъхновяват терапевта или психоаналитика за работа и се описват като личности с натраплив

характер. И въпреки, че правят впечатление на „нормални“, още на пръв поглед става ясно, че те са дистантни и емоционално недостъпни (Weinryb, 1995).

Основното, което концептът алекситимия означава, е че пациентите не могат да намерят точните думи за своите чувства. Въпреки това, всеки който говори за нещо, в някакъв смисъл използва емоции, за да опише случващото се. Въпреки това е налице разлика между невротичните и алекситимичните личности в начина, по който те описват емоциите си, в начина, по който те асоциират. В случая алекситимичните личности използват друг специфичен тип символизация, който може да се нарече „несимволизация“. Те често биха описали нещата със следната метафора: „боли ме стомахът, сякаш в него има остър нож“, вместо да кажат, че всъщност изпитват тъга (Weinryb, 1995). В някаква степен техният вид символизация наподобява тази на шизофрено болни пациенти (Searles, 1962).

Връзката между символите, описващи емоции и какво те символизират в действителност, е нарушена при високо алекситимичните пациенти. Думите, ползвани за изразяване на емоционални състояния не символизират вътрешни психологически преживявания. Вместо това думите са лишени от емоционална плътност. Наблюдава се някакво нарушение на връзката между емоциите и това, което те символизират. МакДугъл (1984, 1989) използва термина „отчуждаване“. Понякога въпреки нормалния дискурс на пръв поглед, в хода на терапията става ясно, че анализантът използва думи и идеи, които в голяма степен, ако не и тотално, са лишени от афективен заряд. Това може да се случи при широк кръг от пациенти, например при такива с нарцистично личностово разстройство, при психосоматичните пациенти, при зависими от алкохол и други субстанции др. Общото между тях е недостъпността им до афекта. МакДугъл споделя, че този отчужден дискурс я кара да се чувства отегчена, уморена, а липсата на прогрес от аналитичната работа – дори виновна. Тя нарича тези пациенти „анти-анализанти“ (McDougall, 1972, 1978). Изглежда, че те оказват яростна съпротива срещу всякакви опити да достигнат до вътрешния си свят. По-късно МакДугъл въвежда още един техен описателен термин „нормопати“, тъй като въпреки високата си приспособимост, заради афективните си дефицити, те страдат от една псевдонормалност.

Авторката споделя и за прилика в организацията на високо алекситимичните личности, т.нар. нормопати, пациентите ѝ със сексуални перверзии, различен тип зависимости и личностови разстройства. Един неин пациент мотивирал своя алкохолизъм по следния начин: „Често не зная дали съм гладен, тревожен или искам да правя секс – и точно тогава започвам да пия“ (McDougall, 1984, р. 389). Нейният принос в разбирането на алекситимията се опира на мнението ѝ, че тези нарушения се коренят в ранното детство и неспособността на майката несъзнателно да развенчае идеята за магическо сливане. Проблемът е в това дали детето може да си позволи да съществува отделно от майката. Тази невъзможност се проявява и в аналитичната работа, когато става ясно, че пациентът копнее за едно своеобразно сливане с терапевта. Тези пациенти описват родителите си като тотално загрижени за всякакъв вид физическа болка, но абсолютно negliжират каквото и да е изразяване на психическо страдание. В такива семейства външните норми като авторитет, престиж, работа и пари представляват идеал и реалност, за разлика от вътрешните преживявания, които остават на заден план (Benedetti, 1983).

В по-късните си трудове МакДугъл допуска прилики в психичното функциониране на психосоматично болните и на психотиците. Тази прилика не се ограничава само до динамичната сила на несъзнаваното, което прави опит за контакт с външните обекти и което може да нанесе щети заради афективния заряд на емоциите. Външната реалност и отношенията с обектите и при двата контингента биват лишени от своето значение. При психозите се наблюдава психотична продукция най-често в мисловната сфера, докато при психосоматиката, тя сякаш е вградена в тялото (McDougall, 1991).

Заклучение:

Алекситимията или невъзможността за адекватна преработка на емоционалните преживявания е от критично значение за възникването и развитието на психосоматичните заболявания. Някои автори споменават и връзки с други заболявания, като например психиатричните. Редица изследвания показват, че необичайната активация на автономната нервна система, ендокринната мрежа и имунната система биха могли да се дължат на силно емоционално претоварване и дистрес, водещи до органична дисфункция, а понякога дори до чиста физическа увреда. Оказва се, че конструктът алекситимия има отношение не само към дефицитите в психичната структура на пациентите и продължителността и изхода от психотерапията, но и към физическото здраве и цялостното функциониране на личността. Това прави алекситимията актуален и значим конструкт с необходимост от бъдещи проучвания.

References:

1. Alexander, F.,1952: Fundamental concepts of psychosomatic research. *Psychosom. Med.*, 5:205-210.
2. Benedetti, G.,1983: The structure of psychosomatic symptoms. *Am. J. Psychoanal.*, 43: 57-70.
3. Brenner, C.,1982: The mind in conflict. *New York: International Universities Press.*
4. Bronstein, C.,2011: On psychosomatics: the search for meaning. *Int. J. Psychoanal.*, 92: 173-195.
5. de Vante, W. Kamphuis, J. H. and Emmelkamp, P. M. G.,2006: Alexithymia, risk factor or consequence of work-related stress? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 304-311.
6. Galvan, E. L., 2014: Alexithymia: indicator of communicative deficit in emotional health. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 132: 603-607.
7. Graham, R.,1988: The concept of alexithymia in the light of the work of Bion. *Brit. J. Psychoter.*, 4:364-379.
8. Horney, K., 1952: The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3-9.
9. Krystal, H.,1982: Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment, *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 9, 353-378.
10. Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J and Hermes, S.,2012: Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology*, 45, 22-28.
11. McDougall, J.,1980: Plea for a measure of abnormality. *New York: International Universities Press.*
12. McDougall, J.,1982-1983: Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 9:379-388.
13. McDougall, J.,1989: Theaters of the body. *New York: W. W. Norton.*
14. Mikolajczak, M and Luminet, O.,2006: Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 40, 1399-1408.
15. Muller, R. J., 2000: When a patient has no story to tell: alexithymia. *Psychiatric Times*, Vol.17, 7.
16. Robbins, M.,1989 : Primitive personality organization as an interpersonally adaptive modification of cognition and affect. *Int. J. Psycho-Anal.*, 70: 443-460.
17. Ruesch, J.,1948 : The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 10, 134-44.
18. Searles, H. F.,1962 : The differentiation between concrete and metaphorical thinking in the recovering schizophrenic patient. *In: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. New York: International Universities Press*, 560-583.
19. Sifneos, P. E., 1973 : The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

20. Sifneos, P. E., 1975 : Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and psysical disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26(2), 65-70.
21. Taylor, G., 1995 : Psychoanalysis and Empirical Research, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psyciatr.*, 23:263-281.
22. Taylor, G. J., Bagby, R. M. and Parker, J. D. A.,1997 : Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (*Paperback edition 1999*) Cambridge University Press.
23. Taylor, G. J., 2004 : The Edge of Experience: Borderline and psychosomatic patients in clinical practice. *Int. J. Psycho-Anal.*,409-41.
24. Weinryb, R. M.,1995 : Alexithymia: old wine in new bottles?. *Psychoanal. Contemp. Thought*, 18:159-195.