

Ocena zależności między czynnikami emocjonalnymi i poznawczymi aleksytymii a nasileniem PTSD u ofiar przemocy domowej

Relationships between the emotional and cognitive components of alexythymia and PTSD in victims of domestic violence

Małgorzata Dąbkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Araszkiwicz

Summary

Aim. Alexythymia has been reported in various psychiatric disorders, also in post-traumatic stress disorder (PTSD). The 20-item Toronto Alexythymia Scale (TAS-20) measures three inter-correlated dimensions of alexythymia: 1. difficulties in identifying feelings, 2. difficulties in describing feelings, 3. externally oriented thinking. The aim of the study was to assess the correlation between factors of TAS-20 and intensification of PTSD symptoms.

Method. Presence and a degree of alexythymia were estimated using three factorial 20-point self-assessment Toronto Alexythymia Scale. Diagnosis and a degree of intensification of PTSD was based on C.G. Watson's et al. PTSD-I. The study group consisted of 30 women who have experienced domestic violence. Women were residents of hostels for victims of domestic violence or residents of the Lonely Mother House.

Results. There was a significant correlation between factor 2 (difficulties describing feelings) scores of TAS-20 and intensification of PTSD (correlation is significant at the 0.05 level, Spearman's correlation coefficient 0.383, $p = 0.037$). There was no significant relationship between the scores of PTSD-I and the scores of sub-factors 1 and 3. The results emphasize, in addition to the TAS-20 total score, the three sub-factors providing information about whether cognitive and/or affective aspects of alexythymia are associated with post-traumatic stress disorder.

Conclusion. The most significant factor determining occurrence of PTSD symptoms in the study group of women who have experienced domestic violence was a difficulty in verbalising emotions.

Słowa klucze: aleksytymia, przemoc domowa, zespół stresu pourazowego

Key words: alexythymia, domestic violence, post-traumatic stress disorder

Wstęp

Przewlekły uraz, jakiemu poddawane są ofiary przemocy domowej, wpływa na wiele aspektów zdrowia psychicznego. Konsekwencją traumatycznych doświadczeń,

które niesie ze sobą przemoc domowa, często jest zespół stresu pourazowego, jak również zmiany w strukturze emocjonalnej i poznawczej osobowości [1]. Wiele cech, które składają się na aleksytymię, można znaleźć u ofiar przemocy domowej. Aleksytymia wyraża się przede wszystkim uogólnionymi zaburzeniami procesów emocjonalnych i częściowo poznawczych. Do najczęściej wymienianych cech osobowości aleksytymicznej należą: niedorozwój poznawczej reprezentacji emocji, brak umiejętności rozpoznawania swoich różnych stanów emocjonalnych, trudności w odczuwaniu, przeżywaniu, rozumieniu, rozróżnianiu i werbalizacji własnych uczuć i emocji, oraz niezdolność odróżniania emocji od zmian fizjologicznych organizmu (np. objawów wegetatywnych), niezdolność regulacji emocji przez procesy poznawcze; skłonność do emocji negatywnych, nadmierne skupianie się na doznaniach somatycznych, odregulowywanie napięcia psychicznego poprzez zachowania nawykowe (np. objadanie się lub głodzenie, nadużywanie alkoholu, leków bądź środków psychoaktywnych), brak zdolności do marzeń i fantazji, nadmiernie operacyjny (konkretny) sposób myślenia, ekstrawertywny styl poznawczy, tendencja do obniżonego nastroju i lęku, unikanie sytuacji trudnych i uruchamianie nieadekwatnych zachowań, niezdolność radzenia sobie ze stresem, brak umiejętności korzystania ze wsparcia otoczenia.

Aleksytymię zanotowano u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, między innymi u osób z PTSD [1]. Szczególnie poznawcze cechy aleksytymiczne spostrzeżono u pacjentów z PTSD, chorobami somatycznymi, nadużywającymi substancji psychoaktywnych [2]. Aleksytymia jest także poważnym czynnikiem ryzyka różnych chorób psychicznych i somatycznych. Badania ofiar Holocaustu wykazały, że osoby, u których stwierdzono PTSD, mają większe nasilenie aleksytymii w porównaniu z ofiarami, które nie zachorowały na PTSD [3]. Badania nad neurobiologicznymi różnicami między osobami z aleksytymią i bez aleksytymii skupiają się głównie na dwóch obszarach mózgu. Aleksytymia jest związana z obniżeniem się aktywności okolicy przedniej kory obręczy podczas wzruszenia emocjonalnego. W badaniach Berthoza i wsp. [4], w czynnościowym badaniu rezonansem magnetycznym podczas stymulacji emocjonalnej, aktywność okolicy przedniego zakrętu i środkofrontalnej okolicy mózgu była obniżona u osób z aleksytymią, w porównaniu z osobami bez aleksytymii. Badania Kano i wsp. [5] także wykazały, że aleksytymia jest związana ze zmienionym przepływem krwi w okolicy przedniej kory obręczy podczas próby rozpoznawania ekspresji na twarzy. Drugą nieprawidłowością u osób z aleksytymią jest spadek przekazu informacji dotyczących emocji z prawej do lewej półkuli, w której znajdują się ośrodki mowy [6]. Badania weteranów diagnozowanych w kierunku PTSD także wykazują zaburzenia przekazu międzypółkulowego, które mogą być związane z aleksytymią [7]. Proponowany przez Taylora i Bagby'ego [8] model podłoża aleksytymii jest szerszy i nie ogranicza się tylko do zmian neuronalnych. Wyniki badań podkreślają związek zmian biologicznych z czynnikami środowiskowymi – szczególnie w okresie rozwoju – jak jakość opieki i przywiązanie dziecka, obecność traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie lub zaniedbanie opieki. Za pomocą neuroobrazowania w rezonansie magnetycznym stwierdzono pozytywną korelację między rozmiarem prawego przedniego zakrętu obręczy a punktacją w skali TAS 20 mierzącą nasilenie aleksytymii [9].

Najszerzej stosowanym instrumentem do oceny aleksytymii jest 20-punktowa skala TAS-20 skonstruowana przez Taylora, Bagby'ego i Parkera w 1992 roku, jako nowa wersja 26-punktowej skali TAS-26 [10]. Oryginalna 26-punktowa skala została opisana przez Taylora, Ryana i Bagby'ego w 1985 roku [11]. Skala 20-punktowa ocenia trzy czynniki: 1) trudności w rozpoznawaniu uczuć i odróżnianiu ich od fizjologicznych reakcji na emocjonalne wzbudzenie; 2) trudności w opisywaniu uczuć; 3) zewnętrzny styl poznawczy [8]. Trzyczynnikowa skala TAS-20 charakteryzuje się dobrą wewnętrzną zgodnością i dobrą rzetelnością test-retest. Była stosowana w dużych grupach klinicznych i nieklinicznych, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet [12]. Współczynnik wewnętrznej rzetelności u kobiet wynosił 0,85, a u mężczyzn 0,86. Wewnętrzna zgodność dotyczyła wszystkich trzech czynników skali. Niewielki wpływ na wyniki miały czynniki socjodemograficzne, jak: płeć, wiek i wykształcenie, co umożliwia stosowanie tej skali we wszystkich grupach społecznych. Obecnie skala ta jest uważana za najlepszą do oceny aleksytymii. Rezultaty mogą być porównywane wewnątrz grupy, gdy bada się większe lub mniejsze nasilenie aleksytymii, jak i między różnymi grupami, gdy stosuje się podział na osoby z aleksytymią i bez aleksytymii, na podstawie uzyskanych przez nie wyników [8, 13]. W polskich badaniach wykorzystywano skalę TAS-20 do pomiaru aleksytymii wśród różnych grup chorych [14].

Grupa badana

W badanej grupie było 30 kobiet, które doświadczyły przemocy domowej. Kobiety korzystały z opieki społecznej – były mieszkankami Domu Samotnej Matki lub hostelu dla ofiar przemocy na terenie 400-tysięcznego miasta wojewódzkiego. Rozpiętość wieku kobiet wynosiła od 17 do 55 lat; średnia wieku – 37 lat. Pochodziły z różnych środowisk. Miejszem zamieszkania w większości przypadków było miasto. Wśród badanych przeważało średnie i zawodowe wykształcenie. Kobiety doświadczały przemocy zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Stosowana przemoc polegała na biciu, duszeniu, wiązaniu, ograniczaniu finansowym, ograniczaniu swobody poruszania się, poniżaniu, straszaniu, wyzywaniu, wymuszaniu współżycia seksualnego, wyłudzeniu pieniędzy. W większości sprawcą przemocy był mąż lub konkubent, a w dwóch przypadkach ojciec. Czas trwania przemocy był różny i wynosił od 6 miesięcy do 20 lat. Upływ czasu od ostatniego wydarzenia traumatycznego wynosił powyżej 6 miesięcy.

Metoda

Ocena aleksytymii

Obecność i nasilenie aleksytymii oceniano za pomocą 20-punktowej skali samooceny Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) [12, 15, 16]. Skala TAS-20 powstała w wyniku przetworzenia pierwotnej skali samooceny aleksytymii TAS-26, która oceniała 4 czynniki: 1) trudności w identyfikowaniu uczuć i odróżnianiu ich od wrażeń somatycznych; 2) trudności w opisywaniu uczuć; 3) ograniczenie zdolności do marzeń i fantazjowania;

4) operacyjny styl myślenia. W skali TAS-20 wyeliminowano itemy dotyczące trzeciego czynnika, który negatywnie korelował z czynnikiem pierwszym i całą punktacją skali. W kolejnej zrewidowanej wersji skali TAS utrzymano 23 itemy, eliminując określenia dotyczące myślenia wyobrażeniowego. Skala TAS-R oceniała 2 czynniki. Pierwszy czynnik odnosił się do trudności zarówno w identyfikowaniu, jak i opisywaniu uczuć. Czynnik drugi dotyczył zubożenia wewnętrznego myślenia na rzecz ekstrawertywnego stylu myślenia [13]. Drugą wersję skali TAS-26 zredukowano do 20 itemów; powstała skala TAS-20. Powrócono do trzyczynnikowego podziału skali (trudności w identyfikacji uczuć, trudności w opisywaniu uczuć, skłonność do operacyjnego myślenia) [15, 17]. Potwierdzono dobrą użyteczność całej skali TAS-20 w ocenie aleksytymii oraz poszczególnych czynników skali. W wersji TAS-20 nie umieszczono punktów oceniających zdolność do fantazjowania i uciekania w marzenia, które zawiera skala TAS-26. Powodowano się negatywnymi skojarzeniami społecznymi z tymi określeniami. Z kolei czynnik 3 w skali TAS-20 odnoszący się do myślenia ekstrawertywnego zawiera ocenę niezdolności do marzeń. Potwierdza to korelacja czynnika 3 z pięcioczynnikowym modelem osobowości i otwartością na fantazjowanie w tym modelu a niską punktacją czynnika 3 w TAS-20 [16, 18, 19]. Usunięcie itemów oceniających zdolność do marzeń umotywowano wystarczającą oceną myślenia ekstrawertywnego [17]. Czynniki 2 i 3 skali TAS-20 korelują istotnie pozytywnie z subskalą oceniającą myślenie operacyjne w zmodyfikowanej wersji Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIO), która to subskala ocenia ograniczenie fantazjowania i wyobraźni [1]. Różne czynniki aleksytymii, definiowane w skali TAS-20, odgrywają różną rolę u pacjentów z różnymi chorobami [20]. Trzyczynnikowa skala TAS-20 okazała się najszerzej stosowaną skalą oceniającą aleksytymię w populacjach klinicznych i nieklinicznych [15, 17]. Skalę tę stosowano w różnych kulturach i językach [21]. Potwierdzono większą przydatność i wiarygodność skali trzyczynnikowej, w stosunku do dwuczynnikowej, na podstawie analizy statystycznej przeprowadzonej w licznej grupie pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych oraz populacji osób zdrowych [22]. Korelacja między punktacją całej skali a jej poszczególnymi czynnikami była istotna. Korelacja między skalą TAS-20 a wynikami skali MMPI-2 wskazała na duży związek aleksytymii z głębszą patologią psychiczną [22]. Większa zależność wystąpiła między czynnikami 1 i 2 a odchyleniami w skali MMPI-2, niż między tymi odchyleniami a czynnikiem 3, w grupie pacjentów uzależnionych i z zaburzeniami odżywiania się, co wskazuje, że składnik emocjonalny bardziej wpływa na zachowania nawykowe niż sposób myślenia. Niektórzy autorzy krytycznie oceniali wartość skali TAS-20 w stosunku do przypadków klinicznych, zalecając, dla podniesienia wiarygodności wyników, stosowanie dodatkowo innych narzędzi badawczych [23]. Publikacje podkreślają, że punktacja w skali TAS-20 raczej ocenia w sposób ciągły nasilenie cechy aleksytymii, a nie jej brak lub obecność [24]. W wielu badaniach potwierdzono rzetelność pomiaru aleksytymii za pomocą całej skali TAS-20 oraz jej poszczególnych trzech czynników [25, 26]. Każdy item skali jest oceniany w 5-punktowej skali Likerta; rozpiętość oceny od „bardzo się nie zgadzam” do „bardzo się zgadzam”. Skala TAS-20 charakteryzuje się dobrą wewnętrzną zgodnością (alfa Cronbacha = 0,81) i wysoką niezawodnością test-retest w odstępie 3-tygodniowym ($r = 0,77$). Do stwierdzenia aleksytymii przyjęto zgodnie z innymi

badaniami uzyskanie 56 punktów. Osoby z wynikiem poniżej 44 punktów zaliczono do grupy bez cech aleksytymii [22, 27, 28]. Skala ta mierzy nasilenie trzech czynników aleksytymii: 1 – trudności w identyfikowaniu uczuć, 2 – trudności w komunikowaniu uczuć innym, oraz 3 – operacyjny styl myślenia [22]. Potwierdzono wartość skali TAS-20 w różnych kulturach i językach [29, 30]. Obecnie skala TAS-20 jest najszerzej stosowaną skalą do oceny aleksytymii [6].

Ocena obecności i nasilenia PTSD

Diagnozę i nasilenie zespołu stresu pourazowego ustalano na podstawie skali PTSD Interview (PTSD-I) autorstwa C.G. Watsona i wsp. [31]. Skala PTSD-I jest skalą samooceny, powstałą na podstawie kryterium PTSD według DSM-III [32]. Umożliwia ocenę każdego objawu według oceny binarnej – obecny/nieobecny, nasilenie i częstotliwość każdego objawu oraz obecność i nasilenie zespołu PTSD [31]. Charakteryzuje się znaczną rzetelnością i zgodnością. Wyróżnia trzy kategorie symptomów: 1) natrętne powracanie obrazów i myśli związanych z traumatycznym zdarzeniem, 2) unikanie wszelkich bodźców kojarzących się ze zdarzeniem, 3) nadmierne pobudzenie. Rzetelność oryginalnej skali obliczona metodą retestowania wynosi $r_{tt} = 0,95$, alfa Cronbacha = 0,94, współczynnik czułości = 0,89, specyficzność = 0,94. Skala została zaadaptowana do warunków polskich [33]. Dla wersji polskiej obliczono zgodność wewnętrzną. Wartość alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wynosi: dla podskali mierzącej nawracanie wspomnień 0,78; dla podskali mierzącej unikanie 0,74; dla podskali mierzącej pobudzenie 0,87. Zgodność wewnętrzną dla skali wynosi 0,90 [33]. Badana osoba ocenia nasilenie i częstość pojawienia się wymienionych 17 objawów wchodzących w skład zespołu stresu pourazowego po najbardziej przeżytym traumatycznym doświadczeniu, jeśli miało miejsce kilka takich doświadczeń. PTSD –I jest jedynym narzędziem oceniającym obecność PTSD, którego poszczególne itemy są istotnie skorelowane z kryteriami DSM-III, III-R oraz DSM-IV. Skala ta ma dobrze udokumentowaną wiarygodność, jest prosta w stosowaniu, może być przeprowadzana przez przeszkolonych ankierów. Można ją stosować w ocenie skutków różnych traumatycznych zdarzeń, w różnych grupach ofiar [31].

W prezentowanym badaniu użyto skali w interpretacji J. Heitzmana [34]. Została ona podzielona na części: od A do E. W wywiadzie w części B cztery pytania dotyczą objawów związanych z nawracaniem wspomnień, w części C siedem pytań dotyczy unikania bodźców związanych ze zdarzeniem, w części D sześć pytań odnosi się do nadmiernego pobudzenia związanego z traumatycznym doświadczeniem. Sumowano wyniki części B, C i D. Dodatkowo dwa pytania dotyczą częstości występowania objawów i czasu ich trwania (część E). Każdy objaw był oceniany w 7-punktowej skali nasilenia od „nie, nigdy”, do „w najwyższym stopniu, zawsze”. Kryteria zespołu są spełnione u osób, które doświadczyły istotnej traumy, gdy w podskali B co najmniej w jednej odpowiedzi uzyskują 4 punkty lub więcej; w podskali C co najmniej w trzech odpowiedziach – 4 punkty lub więcej; w podskali D co najmniej w dwóch odpowiedziach – przynajmniej 4 punkty; w części E obie odpowiedzi są oceniane powyżej 1 punktu. Suma punktacji podskal B, C, D powyżej 24 punktów potwierdza diagnozę

PTSD. Maksymalna punktacja możliwa do uzyskania po zsumowaniu wyników z trzech podskal (B, C, D) wynosi 119 punktów. Stopnie nasilenia PTSD oceniano wg liczby punktów sumy podskal: stopień nieznaczny: 24–48, stopień znaczny: 49–73, bardzo znaczny: 74–98, ekstremalny: 99–119.

Analiza statystyczna

Wyniki badań poddano ocenie statystycznej. Posłużono się pakietem testów statystycznych SPSS dla Windows, wersja 13.0. Zastosowano test dla zmiennych niezależnych: test-t oraz test korelacji Spearmana.

Wyniki

Ponad połowa badanych kobiet – ofiar przemocy domowej – charakteryzowała się aleksytymią i subkliniczną aleksytymią. 37% kobiet uzyskało w skali TAS-20 wynik 56 punktów i powyżej. 17% kobiet miało nasilenie subkliniczne aleksytymii. Średnie nasilenie aleksytymii w badanej grupie wynosiło 50 punktów, przedział uzyskanej punktacji wynosił od 31 do 88 punktów. U prawie wszystkich ofiar przemocy domowej stwierdzono objawy PTSD. 70% ofiar miało nasilenie objawów PTSD znaczne, bardzo znaczne lub ekstremalne. 37% badanych miało nasilenie zespołu stresu pourazowego ekstremalne (7%) i bardzo znaczne (30%). Znaczne nasilenie objawów PTSD stwierdzono u 33% osób, a nieznaczne u 27% kobiet. Średnia punktacja w całej grupie w skali PTSD-I wynosiła 64 punkty. Przedział uzyskanej punktacji wynosił od 20 do 104 punktów. Zanotowano zależność między nasileniem aleksytymii a nasileniem objawów PTSD. Obserwowano istotną różnicę w nasileniu objawów PTSD między grupą z aleksytymią (punkt odcięcia w skali TAS = 56) a grupą bez ewidentnej aleksytymii. Średnia wartość nasilenia objawów PTSD w grupie z aleksytymią wynosiła 82 punkty, a w grupie bez aleksytymii 53 punkty; istotność różnicy między grupami była na poziomie $p = 0,001$ (test-t; $t = 3,594$, $df = 28$). Wyższa punktacja w skali aleksytymii wiązała się z większym nasileniem zespołu stresu pourazowego w skali Watsona (tab. 1) (test korelacji Spearmana; $p = 0,05$, współczynnik korelacji Spearmana = 0,423). Średnia wartość czynnika 1 skali TAS 20 (niezdolność do identyfikacji uczuć) w badanej grupie kobiet wynosiła 17,37 punktu, $SD = 7,5$; rozpiętość uzyskanych punktów od 14,56 do 20,17 punktu. Średnie nasilenie wartości czynnika 2 (niezdolność do wyrażania werbalnego uczuć) wynosiło 13,7 punktu, $SD = 4,97$; rozpiętość wartości kształtowała się od 11,84 do 15,56 punktu. Średnia wartość czynnika 3 (operacyjny styl myślenia) wynosiła 18,7, $SD = 5,38$, a rozpiętość od 16,6 do 20,7 punktu. Oceniono, który z czynników skali TAS był najbardziej powiązany z nasileniem objawów PTSD w badanej grupie kobiet. Korelacja między czynnikiem 1 i czynnikiem 3 a nasileniem objawów PTSD w skali Watsona nie była istotna (test korelacji Spearmana) (tab. 1).

Tabela 1. Korelacja nasilenia objawów PTSD z poziomem aleksytymii oraz z poszczególnymi czynnikami aleksytymii

	Współczynnik korelacji	p
TAS-20	0,423	0,05*
TAS-1	0,336	0,069
TAS-2	0,383	0,037*
TAS-3	0,227	0,229

test korelacji Spearmana, * istotność

Nasilenie trudności w wyrażaniu uczuć (czynnik 2) okazało się istotnie skorelowane z nasileniem objawów PTSD (tab. 1) (korelacja istotna na poziomie 0,05; współczynnik korelacji Spearmana = 0,383, $p = 0,037$).

Dyskusja

Rozpowszechnienie aleksytymii u kobiet, ofiar przemocy domowej, jest zdecydowanie częstsze niż w populacji ogólnej. Uzyskane wyniki wskazują na zasadność stosowania skali TAS-20 w specyficznej grupie polskich kobiet, które przeżyły traumatyczne wydarzenia związane z przemocą domową. Nasilenie średniej punktacji w skali TAS-20 w badanej grupie było wyższe niż w grupie zdrowych kobiet w badaniu Laosa i wsp. [22] (45,89; SD = 10,51), a niższe niż u pacjentów z zachowaniami nawykowymi (55,24; SD = 10,72). Podobnie w badanej grupie była wyższa średnia punktacja niż w kontrolnej grupie kobiet kanadyjskich (47,38) i niemieckich (43, 45) [15, 17]. Nasilenie aleksytymii, badanej za pomocą skali TAS-20, w grupie ofiar przemocy było wyższe niż w grupie kobiet uzależnionych (46,66, SD = 13,82) oraz w grupie studentek (47,38, SD = 10,96) [35], natomiast było podobne do jej nasilenia wśród pacjentek psychiatrycznych (54,45, SD = 13,48) [15]. Dotychczas wielokrotnie potwierdzono negatywny wpływ aleksytymii na przebieg różnych zaburzeń psychicznych. Nasilenie aleksytymii negatywnie wpływa na motywację do leczenia z uzależnienia oraz utrudnia korzystanie z pomocy terapeuty [35]. Trudności w rozumieniu uczuć i ich opisywaniu bardziej negatywnie wpływały na motywację do leczenia niż tendencja do ekstrawertywnego stylu myślenia. Pacjenci mający kłopoty z identyfikowaniem i opisywaniem uczuć mieli większe problemy z uzależnieniem od alkoholu [35]. Aleksytymia sprzyja uzależnieniu, jest częstą cechą osób uzależnionych oraz jest niekorzystnym czynnikiem rokowniczym w ich terapii [36]. W prezentowanym badaniu najmniejszą zależność wykazano między operacyjnym stylem myślenia a nasileniem objawów PTSD (współczynnik korelacji Spearmana = 0,227, $p = 0,229$). Niektórzy autorzy sugerują, że operacyjne myślenie najsłabiej reprezentuje aleksytymię. Operacyjne myślenie oceniane jako czynnik 3 skali TAS-20 jest o wiele rzadziej znajdowane u osób z aleksytymią niż czynniki 1 i 2 dotyczące uczuć [21, 37]. W badaniu dotyczącym grupy pacjentów psychiatrycznych operacyjne myślenie nie korelowało z zaburzeniami osobowości i diagnozami psychiatrycznymi [38]. W innym badaniu również czynnik 3 skali TAS-20 nie korelował z wynikami skali oceniającej objawy dysocjacyjne, a korelowały z tą skalą czynniki 1 i 2 (Dissociation Experience Scale) [39]. U osób doświadczających

прzemocy domowej, z czasem, jako ekwiwalent lęku, na pierwszym miejscu pojawiają się objawy somatyczne, które osoba po urazach nie wiąże ze stresem. Jest to wspólny czynnik zespołu stresu pourazowego i aleksytymii. W trzyczynnikowej skali TAS-20 drugi czynnik odnosi się do braku identyfikacji objawów somatycznych jako skutku stresu. Wyniki prezentowanego badania potwierdzają, że największa korelacja między objawami PTSD a aleksytymią dotyczy czynnika drugiego skali TAS-20. W badaniu Bankier i wsp. [20], oceniającym udział poszczególnych czynników w wybranych jednostkach chorobowych, czynnik drugi skali TAS-20 był istotnie powiązany z depresją ($p = 0,025$), która również często towarzyszy PTSD. Różne doświadczenia traumatyczne prowadzą do różnych patologii psychiatrycznych. Wyniki pracy wskazują, że ocena czynnikowa, oprócz całkowitej punktacji uzyskanej w skali TAS-20, pozwala określić, które aspekty aleksytymii – afektywne czy poznawcze – są bardziej powiązane z PTSD. Przemoc domowa jest powiązana z ogólnym pogorszeniem się zdrowia psychicznego i aleksytymią [40]. Afektywne czynniki aleksytymii korelują z nasileniem PTSD u kobiet, które były ofiarami przemocy. Wiedza o tej zależności powinna przyczyniać się do skuteczniejszej terapii ofiar.

Wniosek

W badanej grupie ofiar przemocy domowej trudności w wyrażaniu uczuć najbardziej powiązane były z nasileniem objawów PTSD.

Оценка зависимости между эмоциональными и познавательными факторами алекситимии и утяжелением посттравматического состояния (ПТС) у жертв домашнего насилия

Содержание

Алекситимия была наблюдаема при различных психических нарушениях также и у лиц с синдромом посттравматического стресса (ПТС). Двадцатипунктовая шкала Торонто алекситимии шкала (ТАС-20) позволяет определить три объема алекситимии. 1 – трудности в определении собственных чувств, 2 – трудности в описывании чувств, 3 – оперативный стиль мышления.

Задание. Заданием работы была оценка корреляции между отдельными факторами алекситимии и утяжелением симптомов ПТС.

Метод. Наличие и утяжеление алекситимии было оценено при помощи 12-пунктовой шкалы самооценки ТАС-20. Распознавание и утяжеление синдрома посттравматического стресса (ПТС) опирались на основании глоссария конструкции Ватсона и иных, м.п. ПТС-интервью (ПТС-1).

Исследованная группа состояла из 30 женщин, которые в прошлом подвергались домашнему насилию. Женщины проживали в отеле для жертв домашнего насилия или же в Доме одинокой матери.

Результаты. Отмечена существенная корреляция между пунктацией фактора 2 (трудности в описывании чувств) шкалы ТАС-20 и утяжелением симптомов ПТС (корреляция существенная на уровне 0,05. Коэффициент корреляции Спирмана = 0,383 , $p = 0,037$). Не отмечено корреляции между утяжелением симптомов ПТС и величиной фактора 1 и 3 шкалы ТАС-20. Результаты, полученные в проведенных исследованиях, указывают на факт, что функциональная оценка, кроме полной пунктации в шкале ТАС-20, позволяет определить, которые аспекты алекситимии – аффективные или же познавательные – более связаны с ПТС.

Вывод. В исследованной группе жертв домашнего насилия трудности в выражении своих чувств наиболее коррелировали с выявлением симптомов ПТС.

Die Beurteilung der Abhängigkeit zwischen den emotionalen und kognitiven Faktoren von Alexithymie und der Intensität von PTSD bei Opfern der häuslichen Gewalt

Zusammenfassung

Alexithymie wurde bei unterschiedlichen psychischen Störungen beobachtet, auch bei Personen mit posttraumatischem Stresssyndrom (PTSD). Die 20-Items Skala - Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) misst drei Dimensionen der Alexithymia: 1. Probleme in der Identifizierung eigener Gefühle, 2. Probleme in der Beschreibung der Gefühle, 3. Arbeitsdenkweise.

Ziel. Das Ziel der Studie war die Beurteilung der Korrelationen zwischen den einzelnen Faktoren der Alexithymie und der Intensität von PTSD.

Methode. Die Alexithymie und ihre Intensität wurde mit der 20-Items Skala der Selbstbeurteilung mit drei Faktoren Toronto Alexithymia Scale (TAS - 20) beurteilt. Die Intensität und Diagnose von PTSD stützte sich auf den Konstruktionsfragebogen von Watson, und auf andere: PTSD-Interview (PTSD-I).

Die untersuchte Gruppe bildeten 30 Frauen, die in der Vergangenheit Opfer der häuslichen Gewalt waren. Die Frauen waren Bewohnerinnen eines Hostels für die Opfern der häuslichen Gewalt oder eines Heims für alleinstehende Mütter.

Ergebnisse. Es wurde eine signifikante Korrelation zwischen den Items des 2. Faktors (Probleme bei der Beschreibung der Gefühle) der TAS - 20 -Skala und der Intensität der PTSD-Symptome festgestellt (bedeutende Korrelation 0,005; Korrelationsindex von Spearman = 0,383; $p = 0,037$). Es wurde keine Korrelation zwischen der Intensität der PTSD-Symptome und der Größe des Faktors 1 und 3 der TAS - 20 - Skala bemerkt. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen darauf, dass die Faktorenbeurteilung außer der totalen Punktenstellung in der TAS - 20 - Skala zu bestimmen lässt, welche Aspekte der Alexithymie - affektive oder kognitive - mehr mit PTSD verbunden sind.

Schlussfolgerung. In der untersuchten Gruppe der Opfern der häuslichen Gewalt hingen die Probleme in der Identifizierung der Gefühle am häufigsten mit dem Auftreten der PTSD - Symptome zusammen.

L'analyse des relations parmi des composants émotifs et cognitifs d'alexithymie et l'intensité des symptômes de PTSD chez les victimes de la violence conjugale

Résumé

L'alexithymie est observée dans plusieurs troubles psychiques, y compris le PTSD. L'échelle TAS-20 (The 20-item Toronto Alexithymia Scale) mesure trois dimensions d'alexithymie: 1. difficultés d'identifier ses sentiments, 2. difficultés d'écrire ses sentiments, 3. pensée opératoire.

Objectif. Analyser les corrélations parmi les composants d'alexithymie et l'intensité des symptômes de PTSD.

Méthode. La présence et l'intensité d'alexithymie sont mesurées avec l'échelle TAS-20. Le diagnostic et l'intensité de PTSD basent sur le questionnaire de Watson et le questionnaire de PTSD-I (PTSD-Interview).

Groupe examiné, 30 femmes qui ont subi la violence en famille au passé qui habitent aux maisons des victimes de la violence conjugale ou aux maisons des femmes solitaires.

Résultats. On observe l'existence de la corrélation importante du composant 2 (difficultés d'écrire ses sentiments) de l'échelle TAS-20 et d'intensité des symptômes de PTSD (corrélation significative - niveau 0,05, coefficient de Spearman = 0,383; $p = 0,037$). On ne note pas de corrélation d'intensité des symptômes de PTSD et les composants 1 et 3 de l'échelle TAS-20. Les résultats de ce travail indiquent que l'analyse des relations parmi les composants permet d'édénir quels aspect d'alexithymie – positif ou négatif – se lient avec le PTSD.

Conclusion. Dans ce groupe examiné les difficultés de verbaliser ses sentiments corrélerent d'une manière la plus forte avec les symptômes de PTSD.

Piśmiennictwo

1. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorder of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
2. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. *The nomological domain of the alexithymia construct*. W: Vingerhoets A, van Bussel F, Boelhouwer J, red. *The (non)-expression of emotion in health and disease*. Tilburg, Netherlands: Tilburg University Press; 1997, s. 95–102.
3. Yehuda R, Steiner A, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Zelman S, Giller E.L. *Alexithymia in Holocaust Survivors with and without PTSD*. J. Traum. Stress 1997; 10, 1: 93–100.
4. Berthoz S, Artiges E, van de Moortele PF, Poline JB. *Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: An fMRI study of men with alexithymia*. Am. J. Psychiatry 2002; 159, 6: 961–967.
5. Kano M, Fukudo S, Gyoba J, Kamachi M, Tagawa M, Mochizuki H, Masatoshi I, Hongo M, Yanai K. *Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: an H15 O-PET study*. Brain J. Neurol. 2003; 126, 6: 1474–1484.
6. Taylor GJ. *Recent developments in alexithymia theory and research*. Can. J. Psychiatr. 2000; 45: 134–142.
7. Zeitlin SB, Lane RD, O'Leary DS, Schrift MJ. *Interhemispheric transfer deficit in alexithymia*. Am. J. Psychiatry 1989; 146, 11: 1434–1439.
8. Taylor GJ, Bagby RM. *An overview of the alexithymia construct*. *Handbook of emotional intelligence*. Chapter 3. W: Bar-On R, Parker JDA, red. San Francisco: Jossey-Bass; 2000, s. 40–67.
9. Gündel H, López-Sala A, Ceballos-Baumann AO, Deus J, Cardoner N, Marten-Mittag B, Soriano-Mas C, Pujol J. *Alexithymia correlates with the size of the right anterior cingulate*. Psychosom. Med. 2004; 66: 132–140.
10. Taylor GJ, Bagby RM, Parker DA. *The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity, and normative data*. Psychother. Psychosom. 1992; 57: 34–41.
11. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. *Toward the development of a new self-report alexithymia scale*. Psychother. Psychosom. 1985; 44: 191–199.
12. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – III. Reliability and factorial validity in a community population*. J. Psychosom. Res. 2003; 55: 269–275.
13. Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O. *Assessment of alexithymia*. *Handbook of emotional intelligence*. Chapter 14. W: Bar-On R, Parker JDA, red. San Francisco: Jossey-Bass; 2000, s. 301–319.
14. Leszczyńska A, Rajewski A, Chmurak A. *Ocena poziomu lęku, agresji oraz występowania cechy aleksytymii i neurotyzmu u chorych z zespołem jelita drażliwego*. Now. Lek. 1999; 68, 5: 457–466.
15. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I: Item selection and cross-validation of the factor structure*. J. Psychosom. Res. 1994; 38: 23–32.
16. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant and concurrent validity*. J. Psychosom. Res. 1994; 38: 33–40.
17. Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ, Endler NS, Schmitz P. *Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. Europ. J. Pers. 1993; 7: 221–232.
18. Lane RD, Sechrest L, Reidel R, Weldon V, Kasniak A, Schwartz GE. *Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia*. Psychosom. Med. 1996; 5: 203–210.

19. Wise TN, Mann LS. *The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism*. J. Psychosom. Res. 1994; 3: 515–521.
20. Bankier B, Aigner M, Bach M. *Alexithymia in DSM-IV disorder: Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression*. Psychosom. 2000; 42: 235–240.
21. Haviland G, Reise SP. *Structure of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale*. J. Pers. Assess. 1996; 66 (1): 16–125.
22. Laos G, Corcos M, Stephan P, Pellet J, Bizouard P, Venisse JL, Perez-Diaz F, Guelfi JD, Jeammet P. *Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples*. J. Psychosom. Res. 2001; 50 (5): 255–261.
23. Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. *The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20*. J. Psychosom. Res. 2002; 53 (6): 1083–1090.
24. Zeitlin SB, McNally RJ, Cassiday KL. *Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization?* Am. J. Psychiatry 1993; 150: 661–663.
25. Loas G, Otmani O, Verrier A, Fremaux D, Marchand MP. *Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*. Psychopathol. 1996; 29 (2): 139–144.
26. Loas G, Parker JD, Otmani O, Verrier A, Fremaux D. *Confirmatory factor analysis of the French translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. Perc. Mot. Skills 1997; 85 (3, 1): 1018.
27. Loas G, Otmani O, Fremaux D, Lecercle C, Dufflot M, Delahousse J. *External validity, reliability and basic score determination of the Toronto Alexithymia Scales (TAS and TAS-20) in a group of alcoholic patients*. Encephale 1996; 22 (1): 35–40.
28. Muller J, Buhner M, Ellgring H. *Is there a reliable factorial structure in the 20-item Toronto Alexithymia Scale? A comparison of factor models in clinical and normal adult samples*. J. Psychosom. Res. 2003; 55 (6): 561–568.
29. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. *The 20-item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures*. J. Psychosom. Res. 2003; 55 (3): 277–283.
30. Parker JDA, Shaughnessy PA, Wood LM, Majeski SA, Eastabrook JM. *Cross-cultural alexithymia: Validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in North American aboriginal populations*. J. Psychosom. Res. 2005; 58: 83–88.
31. Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PE. *The PTSD interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique*. J. Clin. Psychol. 1991; 47 (2): 179–188.
32. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
33. Koniarek J, Dudek B, Szymczak M. *Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i innych w badaniach grupowych*. Przegl. Psychol. 2000; 43: 205–216.
34. Heitzman J. *Stres w etiologii przestępstw agresywnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
35. Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N. *Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users*. J. Psychosom. Res. 2005; 58, 3: 299–306.
36. Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski J. *Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?* Psychoter. Psychosom. 1996; 63: 169–173.
37. Kojima M, Frasure-Smith N, Lesperance F. *Alexithymia following myocardial infarction: psychometric properties and correlates of the Toronto Alexithymia Scale*. J. Psychosom. Res. 2001; 51: 487–495.

38. Bach M, de Zwaam M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE. *Alexithymia: relationship to personality disorders*. Compr. Psychiatry 1994; 35 (3): 239–243.
39. Grabe HJ, Rainermann S, Spitzer C, Gansicke M, Freyberger HJ. *The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation*. Psychother. Psychosom. 2000; 69: 128–131.
40. Modestin J, Furrer R, Malti T. *Different trauma experiences are associated with different pathologies*. Psychiatr. Q. 2005; 76 (1): 19–32.

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii
Collegium Medicum
85-096 Bydgoszcz, ul. Kurpińskiego 19

Otrzymano: 25.01.2007
Zrecenzowano: 25.05.2007
Przyjęto do druku: 10.07.2007