



## Podskala Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta związana z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego

*A subscale of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire related  
to the diagnosis of essential hypertension*

KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK<sup>1</sup>, ANGELIKA PYSZEL<sup>2</sup>, ANDRZEJ SZUBA<sup>2</sup>

Z: 1. Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu  
2. Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej we Wrocławiu

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem pracy jest przedstawienie podskali Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta (BVAQ) zawierające pozycje najsilniej związane z nadciśnieniem tętniczym oraz wstępnej analizy jej rzetelności i trafności.

**Metoda.** Badanie przeprowadzono przy okazji przesiewowej oceny chorób układu krążenia w miejscowości Boguszyce pod Wrocławiem. W badaniu uczestniczyło 99 osób, tym 70 (71%) kobiet i 29 (29%) mężczyzn w wieku od 19 do 73 lat (mediana 53 lata). Nadciśnienie tętnicze rozpoznano u 42 (42%) osób. Wydzielono pozycje skali, których wartość różniła się pomiędzy grupami w sposób statystycznie istotny i utworzono z nich oddzielną podskale.

**Wyniki.** Średnia wartość całkowita skali BVAQ oraz wartości jej wymiarów, z wyjątkiem wymiaru werbalizacja, nie różniły się w sposób statystycznie istotny pomiędzy grupami. Utworzona podskala zawierała pozycje: 8, 11, 14, 23, 24, 25, 29, 30, 35, 36 i 39. Średnia liczba punktów podskali w grupie z nadciśnieniem tętniczym (24,68) była niższa od średniej wartości (34,72) dla grupy bez nadciśnienia ( $p < 0,000001$ ). Po uwzględnieniu wpływu wieku i wykształcenia różnica pomiędzy grupami pozostała statystycznie istotna. Współczynnik spójności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha dla uzyskanej w ten sposób podskali wynosił 0,68. Analiza czynnikowa pozwoliła wyróżnić 4 czynniki podskali związane z reaktywnością i identyfikacją emocjonalną oraz werbalizacją i rozpoznawaniem uczuć.

**Wnioski.** Średnie wartości utworzonej podskali Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta różniły się w sposób statystycznie istotny pomiędzy grupą z nadciśnieniem i grupą kontrolną. Jej pozycje odnosiły się do większej reaktywności emocjonalnej oraz mniejszej umiejętności rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji osób z nadciśnieniem.

### SUMMARY

**Objectives.** The paper presents a Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) subscale made up of items most markedly related to essential hypertension. A preliminary analysis of the subscale reliability and validity is also presented.

**Method.** The study was conducted in Boguszyce, a little town near Wrocław, as a part of local residents' screening for cardiovascular diseases. Among 99 participants of the screening (71% women, 29% men, aged 19 to 73, median age 53 years), 42 persons (42%) were diagnosed with essential hypertension. The BVAQ items significantly differentiating between hypertensive and non-hypertensive respondents were identified and included in a separate subscale.

**Results.** No statistically significant differences were found between the two groups as regards the global BVAQ mean score and mean scores for particular dimensions of the questionnaire, except for verbalization. The following items were included in the hypertension-related subscale: 8, 11, 14, 23, 24, 25, 29, 30, 35, 36 and 39. The hypertension group scored on the subscale significantly lower than did non-hypertensive respondents (mean scores 24.68 and 34.72, respectively,  $p < 0.000001$ ). The intergroup difference remained statistically significant when age and education level were controlled for. The Cronbach  $\alpha$  coefficient of the subscale internal consistency was 0.68. In factor analysis 4 factors were distinguished in the subscale: emotional reactivity, emotional identification, ability to verbalize, and to recognize emotions.

**Conclusions.** Mean scores on the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire subscale developed by the authors significantly differentiated between the hypertensive group and non-hypertensive controls. The subscale items indicate that persons with hypertension have a more pronounced emotional reactivity. Moreover, they are less skilled in recognizing and verbalizing their own emotions.

**Słowa kluczowe:** aleksytymia / nadciśnienie tętnicze / Kwestionariusz Aleksytymii Bermonda-Vorsta

**Key words:** alexithymia / essential hypertension / Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire

Pojęcie aleksytymii wprowadzone przez Sifneosa oznacza uogólnione zaburzenia procesów emocjonalnych prowadzące do braku umiejętności rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych i powodujące trudności w odczuwaniu, przeżywaniu, rozumieniu, rozróżnianiu i werbalizowaniu emocji [1]. Konstrukcja aleksytymii jest określana wieloznacznie, najczęściej w kontekście cech osobowości sprzyjających występowaniu chorób somatycznych. Hipote-

tetyczną charakterystykę tych cech w oparciu o teorię psychoanalityczną przedstawili Nemiah i Sifneos. Wykorzystali oni przede wszystkim materiał z obserwacji pacjentów poddawanych terapii psychoanalitycznej [2]. O ile cechy aleksytymiczne, stanowiące podłoże do rozwoju chorób psychosomatycznych łatwo opisać językiem psychoanalizy, o tyle trudno sformułować je w sposób umożliwiający badanie ich innymi metodami niż obserwacje

kazuistyczne. Do najbardziej znanych kwestionariuszy przeznaczonych do oceny aleksytymii należą skale TAS-26 i TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*) opracowane przez Taylora i wsp., oraz kwestionariusz BVAQ (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*), nazywany także ALEX-40 [3, 4]. Skala BVAQ zawiera 40 pytań podzielonych na 5 wymiarów:

1. reaktywność – stopień, w jakim zdarzenia życiowe wywołują odczuwalną reakcję emocjonalną,
2. fantazjowanie – skłonność do fantazjowania, marzeń na jawie i aktywności wyobraźniowej,
3. rozpoznawanie – zdolność do rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych,
4. analizowanie – zdolność i skłonność do racjonalnego wyjaśniania własnych reakcji emocjonalnych i
5. werbalizacja – zdolność i skłonność do opisywania i werbalnego przedstawiania swoich emocji innym osobom.

Każda z podskal zawiera 8 pytań, punktowanych od 1 do 5 lub odwrotnie [3]. W badaniu używaliśmy kwestionariusza BVAQ w polskiej adaptacji Maruszewskiego i Ścigały [5].

Rola czynników psychogennych w etiologii nadciśnienia tętniczego jest z klinicznego punktu widzenia znacząca, chociaż w małym stopniu wyjaśniona. Aleksytymia jest brana pod uwagę jako charakterologiczny czynnik etiologiczny. Obszerne badanie statystycznego związku aleksytymii z nadciśnieniem tętniczym przeprowadzili Jula i wsp. [6]. Porównano wartości aleksytymii ocenione za pomocą skali TAS-26 u 237 osób z nadciśnieniem tętniczym i 146 osób z grupy kontrolnej. Zarówno wartość całkowita, jak i wartości 4 podskal różniły się w sposób statystycznie istotny, osoby z nadciśnieniem charakteryzowały się średnią wartością aleksytymii od 5% do 30% większą niż osoby zdrowe. Osti i wsp. porównali nasilenie cech aleksytymii u 20 osób z nadciśnieniem tętniczym i 20 osób z grupy kontrolnej. Pacjenci z nadciśnieniem charakteryzowali się znacząco większymi wartościami cech aleksytymii [7]. Podobny rezultat osiągnęli Todarello i wsp. porównując 114 pacjentów z nadciśnieniem, 113 pacjentów z poradni zdrowia psychicznego i 130 osób z grupy kontrolnej. Znacząco wyższe wartości w skali TAS-20 stwierdzono u 55,3% pacjentów z nadciśnieniem w porównaniu z 32,7% pacjentów psychiatrycznych i 16,3% osób z grupy kontrolnej [8]. Lyshowa i wsp. badając grupę 202 pacjentów wykazali, że większemu nasileniu cech aleksytymii towarzyszył cięższy przebieg nadciśnienia tętniczego i większa częstość powikłań narządowych [9]. W odróżnieniu od badań osób chorych, Linden i wsp. badali 80 zdrowych studentów uniwersytetu. Stwierdzili, że wartości skali TAS nie były związane z wartościami ciśnienia tętniczego krwi w czasie eksperymentalnie wywołanych sytuacji stresowych [10].

Doniesienia naukowe wykazują związek wartości aleksytymii z rozpoznaniem i przebiegiem nadciśnienia tętniczego. Zależności, chociaż statystycznie istotne, są jednak słabe. Dlatego podjęliśmy próbę wybrania pozycji kwestionariusza Bermonda-Vorsta najsilniej związanych z nadciśnieniem, utworzenia z nich podskali oraz wstępnej analizy jej rzetelności i trafności.

## OSOBY BADANE I METODA

Badanie przeprowadzono przy okazji przesiewowej oceny chorób układu krążenia w miejscowości Boguszyce pod Wrocławiem. Ze wszystkimi osobami przeprowadzono szczegółowy wywiad w zakresie chorób internistycznych, wykonano pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badanie USG serca oraz badanie parametrów laboratoryjnych krwi (poziom trójglicerydów, cholesterolu, lipoprotein HDL i LDL). Osoby badane wypełniły także Kwestionariusz Aleksytymii Bermonda-Vorsta.

Nadciśnienie tętnicze rozpoznawano, jeżeli w momencie badania ciśnienie tętnicze krwi przekraczało 140/100 mmHg, lub jeżeli badani zgłaszali rozpoznanie nadciśnienia tętniczego i przyjmowali leki nadciśnieniowe.

Grupę z nadciśnieniem tętniczym i bez nadciśnienia porównano biorąc pod uwagę ocenę ogólną, wartości podskal (wymiarów) oraz wartości wszystkich pozycji Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta (BVAQ). Porównania dokonano za pomocą testu t-Studenta. Wykorzystując wyniki porównania wartości poszczególnych pozycji kwestionariusza wydzielono pozycje, których średnia wartość różniła się pomiędzy grupami w sposób statystycznie istotny ( $p < 0,05$ ) i utworzono z nich oddzielną skalę. Następnie oceniono jej spójność wewnętrzną za pomocą współczynnika  $\alpha$  Cronbacha, odrzucając pozycje, które zmniejszyły wartość tego współczynnika. Uzyskaną w ten sposób skalę poddano analizie czynnikowej metodą głównych składowych. W obliczeniach statystycznych zastosowano również test t-Studenta, analizę kowariancji ANCOVA, współczynnik korelacji Spearmana oraz nieparametryczny test  $\chi^2$ .

## WYNIKI

W badaniu uczestniczyło 99 osób, tym 70 (71%) kobiet i 29 (29%) mężczyzn w wieku od 19 do 73 lat (mediana 53 lata). Nadciśnienie tętnicze rozpoznano u 42 (42%) osób, a nie rozpoznano u 57 (57%) osób. Grupy nie różniły się proporcją płci ( $\chi^2 = 0,1$ ,  $p = 0,76$ ), różniły się natomiast wiekiem (test t,  $t = -5,1$ ,  $p < 0,001$ ) i liczbą lat nauki (test t,  $t = 2,03$ ,  $p < 0,044$ ). Średni wiek w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym (56,2 lata) był większy niż w grupie bez nadciśnienia (45,7 lat). Średnia liczba lat nauki w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym (10,7 lat) była mniejsza niż w grupie bez nadciśnienia (12,1 lat). Tabl. 1 przedstawia średnie wartości uzyskane za pomocą Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta w obu grupach oraz wyniki porównań statystycznych.

Całkowita wartość aleksytymii oraz wartości podskal, z wyjątkiem podskali trudności w werbalizacji doznań emocjonalnych, nie różniły się pomiędzy grupami w sposób istotny statystycznie (tabl. 1). Spośród 40 pozycji kwestionariusza 12 wykazało statystycznie istotną różnicę pomiędzy grupami. Były to pozycje: 6, 8, 11, 14, 23, 24, 25, 29, 30, 35, 36 i 39. Wszystkie, z wyjątkiem pozycji 6, korelowały dodatnio z wartością całej podskali, niezależnie od sposobu punktowania (normalnego lub odwrotnego) podanego przez autorów kwestionariusza. Współczynnik spójności wewnętrznej  $\alpha$  Cronbacha dla uzyskanej w ten sposób podskali wynosił 0,67. Pozycja 6, pomimo odwróce-

Tablica 1. Średnie wartości Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta oraz wyniki porównań statystycznych pomiędzy grupami

Zmienna	Średnia		Test t	
	grupa kontrolna	grupa z nadciśnieniem	t	p
A1	2,9	2,5	1,25	0,214
A2	2,6	2,1	1,58	0,116
A3	2,4	2,1	0,93	0,354
A4	3,1	3,7	-1,83	0,070
A5	3,2	2,8	1,22	0,226
A6	2,8	3,6	-2,20	0,30
A7	2,9	2,6	1,01	0,313
A8	3,1	2,2	2,93	0,004
A9	3,9	4,1	-0,75	0,454
A10	2,3	1,9	1,36	0,175
A11	2,7	1,8	3,14	0,002
A12	2,8	2,8	-0,22	0,822
A13	2,4	2,1	0,91	0,364
A14	2,7	1,9	2,29	0,024
A15	2,6	2,0	1,78	0,077
A16	2,8	2,2	1,98	0,050
A17	2,5	2,4	0,55	0,579
A18	3,0	2,7	0,80	0,422
A19	3,4	3,5	-0,49	0,618
A20	2,3	1,9	1,35	0,177
A21	3,3	2,8	1,47	0,143
A22	2,5	2,0	1,59	0,114
A23	3,6	2,9	2,11	0,037
A24	3,1	2,4	2,05	0,042
A25	3,2	2,4	2,37	0,019
A26	2,7	3,0	-0,72	0,467
A27	3,4	3,8	-1,11	0,268
A28	2,4	2,2	0,80	0,423
A29	2,8	2,2	2,04	0,044
A30	2,2	1,6	2,28	0,024
A31	2,3	2,3	0,08	0,930
A32	2,7	2,4	0,68	0,495
A33	3,4	3,0	1,37	0,171
A34	2,7	2,5	0,69	0,485
A35	3,4	2,5	2,42	0,017
A36	2,5	1,7	2,96	0,003
A37	3,5	3,4	0,16	0,866
A38	2,6	2,1	1,62	0,107
A39	2,3	1,3	3,57	0,000
A40	2,6	2,3	1,01	0,313
Verbalizacja	23,6	25,8	-2,17	0,032
Fantazjowanie	25,7	26,8	-0,75	0,451
Rozpoznawanie	20,7	21,9	-0,88	0,379
Reaktywność	22,3	20,1	1,88	0,062
Analizowanie	20,8	21,8	-0,78	0,431
BVAQ (suma)	113,1	117,1	-1,03	0,303

nia punktowania, obniżała współczynnik Cronbacha. Po jej usunięciu wzrósł on do wartości 0,68. Wartości wszystkich korelacji pomiędzy pozycjami testowymi a całkowitym wynikiem testu były wyższe od 0,2 – uznawanej za wartość graniczną przy ocenie homogeniczności testu. Pozycje podskali BVAQH umieszczono w aneksie. Warto zwrócić uwagę, że konwencja punktowania, pochodząca z kwestionariusza BVAQ jest odwrotna, to znaczy im bardziej osoba

badana zgadza się z treścią pozycji, tym mniej punktów dodaje się do sumy oceny.

Strukturę utworzonej w ten sposób podskali z 11 pozycjami analizowano z użyciem analizy czynnikowej. Przeprowadzono analizę dla 2, 3 i 4 czynników charakteryzujących się wartością własną powyżej 1. Najpełniejszy okazał się model czteroczynnikowy (tabl. 2), w którym znalazło się 10 pozycji z ładunkami czynnikowymi powyżej 0,6. Modele dwuczynnikowy i trójczynnikowy zawierały odpowiednio 5 i 7 pozycji z ładunkami powyżej 0,6. Czynniki 1 (pozycje kwestionariusza BVAQ: 14, 30, 39 i w mniejszym stopniu 36) okazał się najbardziej stabilny i wystąpił we wszystkich trzech modelach. Czynniki 3 (24, 35) wystąpił w modelach trzyczynnikowym i czteroczynnikowym. Pozostałe czynniki 2 (8, 11, 23) i 4 (25, 29) wystąpiły jedynie w modelu czteroczynnikowym. Wszystkie cztery czynniki po rotacji odpowiadają za 0,635% całkowitej wariancji podskali.

Tablica 2. Ładunki czynnikowe podskali BVAQH po rotacji (ładunki poniżej 0,3 usunięto)

Zmienna	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3	Czynnik 4
A8		0,63	0,34	
A11		0,68		
A14	0,76			
A23		0,76		0,31
A24			0,74	
A25			0,39	0,67
A29				0,73
A30	0,78			
A35			0,64	
A36	0,58		0,46	-0,35
A39	0,90			
Wariancja	2,44	1,56	1,55	1,45
Wariancja %	0,222	0,141	0,140	0,132

Zakres wartości ocen utworzonej podskali (BVAQH) zawiera się w zakresie od 11 do 55 punktów (każda pozycja oceniana jest od 1 do 5 punktów). Średnia liczba punktów w grupie z nadciśnieniem tętniczym wynosiła 24,68 i była niższa od średniej wartości 34,72 dla grupy bez nadciśnienia, różnica okazała się statystycznie istotna (test t:  $t = 5,91$ ;  $p < 0,000001$ ). Znak tej różnicy był odwrotny niż w przypadku całego kwestionariusza BVAQ i jego podskali (z wyjątkiem podskali reaktywność), które charakteryzowały się większą średnią wartością dla osób z nadciśnieniem. Nie można jednak wartości podskali BVAQH bezpośrednio odnosić do innych podskali kwestionariusza BVAQ, ponieważ niektóre pozycje mają w nich odwróconą punktację. Tabl. 3 przedstawia korelacje wartości podskali BVAQH z wartościami kwestionariusza BVAQ i jego 5 wymiarami.

Ponieważ wiek i liczba lat nauki były skorelowane z wartością podskali BVAQH (współczynnik Pearsona  $r$  odpowiednio – 0,28 i 0,27) przeprowadzono analizę wpływu tych zmiennych z wykorzystaniem metody ANCOVA. Po uwzględnieniu wpływu wieku wartość prawdopodobieństwa wzrosła, jednak różnica pomiędzy grupami pozostała statystycznie istotna (test F:  $F = 3,59$ ;  $p = 0,003$ ). Wpływ wykształcenia okazał się jeszcze mniejszy (test F:  $F = 29,84$ ;  $p < 0,001$ ).

Tablica 3. Korelacje podskali BVAQH z wartością całkowitą kwestionariusza BVAQ i jego wymiarami

	Wербализacja	Fantazjowanie	Rozpoznawanie	Reaktywność	Analizowanie	BVAQ	BVAQH
Wербализacja			0,26			0,41	-0,27
Fantazjowanie						0,51	
Rozpoznawanie	0,26			0,24	0,53	0,68	-0,24
Reaktywność			0,24		0,37	0,59	0,43
Analizowanie			0,53	0,37		0,76	
BVAQ	0,41	0,51	0,68	0,59	0,76		
BVAQH	-0,27		-0,24	0,43			

BVAQ (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*), BVAQH (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire-podskala nadciśnienia*) korelacje statystycznie nieistotne pominięto

## OMÓWIENIE

Biorąc pod uwagę treść pozycji podskali BVAQH można stwierdzić, że nie odnosi się ona bezpośrednio do teoretycznego konstruktów aleksytymii, którego dotyczy kwestionariusz Bermonda-Vorsta. Korelacja wartości podskali z całkowitymi wartościami kwestionariusza nie była statystycznie istotna. Znaczące statystycznie okazały się korelacje z wymiarami: reaktywność, werbalizacja i rozpoznawanie. Korelacja z wymiarem reaktywność była dodatnia, a z wymiarami werbalizacja i rozpoznawanie – ujemna, co oznacza, że rozpoznanie nadciśnienia tętniczego jest związane z częstkowymi wymiarami aleksytymii kwestionariusza BVAQ, nie jest natomiast spójne z całościową koncepcją aleksytymii, którą kwestionariusz odzwierciedla. Spośród 11 pozycji podskali, 4 zawierały się w wymiarze reaktywność, 3 w wymiarze analizowanie, po 2 pozycje pochodziły z wymiarów: werbalizacja i rozpoznawanie. Żadna pozycja nie pochodziła z wymiaru fantazjowanie.

Czynniki podskali BVAQH odnoszą się do bardziej szczegółowych cech emocjonalnych. Czynniki 1 dotyczy niskiej identyfikacji emocjonalnej z innymi osobami. Czynniki 2 związany jest z wglądem we własne uczucia. Czynniki 3 dotyczy podzielenia uczuć innych osób. Czynniki 4 związany jest z niską reaktywnością emocjonalną. Odwracając znaczenie czynników (zgodnie ze znakiem różnicy pomiędzy grupami) można powiedzieć, że osoby z nadciśnieniem charakteryzują się większą reaktywnością emocjonalną i identyfikacją emocjonalną z innymi osobami, oraz mniejszą umiejętnością rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji. Podobny wniosek wypływa z analizy korelacji podskali BVAQH i wymiarów kwestionariusza BVAQ (tabl. 3).

Bermond i Vorst zwrócili uwagę na dwa aspekty aleksytymii: emocjonalny (wymiar: reaktywność i fantazjowanie) polegający na niedoświadczaniu uczuć, oraz poznawczy (wymiar: rozpoznawanie, analizowanie, werbalizacja) polegający na deficycie wglądu i rozpoznawania emocji, nazywając je odpowiednio aleksytymią I i II rodzaju. Wyniki naszego badania wskazują, że nadciśnienie tętnicze jest wprost powiązane z aleksytymią II rodzaju i odwrotnie powiązane z aleksytymią I rodzaju [3, 11].

Umiarkowana spójność całej podskali BVAQH budzi wątpliwości co do jej trafności, szczególnie, że określona

w sposób empiryczny podskala, częściowo powiązana z koncepcją aleksytymii, nie opiera się na żadnym konstrukcie teoretycznym, ani na żadnej powszechnie przyjętej zmiennej klinicznej. Warto jednak zwrócić uwagę, że podskala BVAQH nie jest znacząco skorelowana z całkowitą wartością aleksytymii, jest natomiast skorelowana z jej 3 wymiarami. Wynika to z faktu, że korelacje z wymiarami różnią się znakiem. Pozwala to na wstępne interpretacje odnoszące się do jej koncepcji teoretycznej jako różnicy pomiędzy wymiarami kwestionariusza BVAQ. Być może skale TAS-20 i TAS-26 ze względu na mniejszą liczbę pozycji nie są tak zrównoważone pod tym względem jak kwestionariusz BVAQ, co powoduje, że w badaniach epidemiologicznych na dużych populacjach związek wartości skali TAS z nadciśnieniem jest znaczący.

## WNIOSKI

Wartości uzyskanej podskali Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta były w sposób statystycznie istotny różne w grupie osób z nadciśnieniem i grupie kontrolnej. Jej pozycje odnosiły się do większej reaktywności emocjonalnej oraz mniejszej umiejętności rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji osób z nadciśnieniem.

## PIŚMIENNICTWO

- Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: PZWL; 2003: 96–102.
- Nemiah JC. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 2000; 62: 299–303.
- Vorst CM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Pers Individ Dif* 2001; 30: 413–34.
- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 2003; 55: 269–75.
- Maruszewski T, Ścigała E. Emocje – aleksytymia – poznanie. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
- Jula A, Salminen JK, Saarijärvi S. Alexithymia a facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999; 33: 1057–61.
- Osti RM, Trombini G, Magnani B. Stress and distress in essential hypertension. *Psychother Psychosom* 1980; 33: 193–7.

8. Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J Psychosom Res* 1995; 39: 987–94.
9. Lyshova OV, Provotorov VM, Chernov IN. Clinical characteristics of hypertensive disease in patients with alexithymia. *Kardiologia* 2002; 42: 47–50.
10. Linden W, Lenz JW, Stossel C. Alexithymia, defensiveness and cardiovascular reactivity to stress. *J Psychosom Res* 1996; 41: 575–83.
11. Deborde AS, Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Jemmet P. Validity of the BVAQ: a study in eating disorder patients and controls. *Encephale* 2004; 30: 464–73.

*Adres: Dr Krzysztof Małyszczak, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. (71) 3280040, e-mail: durlikk@wp.pl*

## ANEKS

### Podskala BVAQH

- A8 Kiedy czuję się spięta(y), jest mi trudno zrozumieć, jakie doznanie emocjonalne jest tego przyczyną
- A11 Jest mi trudno mówić o własnych uczuciach, nawet bardzo bliskim osobom
- A14 Gdy moi przyjaciele lub bliźsi znajomi kłócą się gwałtownie w mojej obecności, silnie mnie to porusza
- A23 Często nie wiem, co się we mnie dzieje
- A24 Wobec rzeczy, którymi pasjonują się inni, pozostaję obojętna(y)
- A25 Emocji nie da się zrozumieć
- A29 Niespodziewane wydarzenia wytrącają mnie często z równowagi emocjonalnej
- A30 Uważam, że trzeba mieć dostęp do własnych uczuć
- A35 Dziwi mnie bardzo, że inni tak często analizują swoje emocje
- A36 Innym opowiadam raczej o swoich codziennych zajęciach niż o swoich uczuciach
- A39 Kiedy widzę, że ktoś strasznie płacze, robi mi się smutno