

Az alexitímia és a hipnotikus fogékonyság összefüggése – szakirodalmi áttekintés

KÖLTŐ ANDRÁS^{1,2*} – BÁNYAI ÉVA³

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest
² Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest
³ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Affektív Pszichológia Tanszék, Budapest

(Beérkezett: 2014. június 18.; elfogadva: 2014. október 29.;
online megjelenés dátuma: 2014. december 3.)

Elméleti háttér: Számos klinikai megfigyelés és kutatási eredmény utal rá, hogy a hipnózis iránti fogékonyság és az alexitímia háttérben közös – részben azonos, részben ellentétes irányban ható – mechanizmusok működnek. Ennek ellenére csak néhány tanulmány található a szakirodalomban, ami közvetlenül a két konstruktum kapcsolatával foglalkozik. Úgy tűnik, hogy a disszociatív hajlam, a fantáziakészség, az empátia és a mások érzelmeinek azonosítására való képesség mind a hipnabilitás, mind az alexitímia szempontjából meghatározó jelentőségűek. Ezek a tulajdonságok (a disszociáció kivételével) egy tágabb kategória, a mentalizációs készség elemeinek tekinthetők. Neuroanatómiai, neurofiziológiai és pszichogenetikai kutatások eredményei pedig azt sugallják, hogy az alacsony hipnotikus válaszkészség és az alexitímia központi idegrendszeri és neuroendokrin korrelátumai átfednek egymással. *Célkitűzés:* A hipnotikus fogékonyság és az alexitímia közös tényezőinek azonosítása. *Módszer:* Releváns szakirodalmi tanulmányok áttekintése és elemzése. *Eredmények:* A hipnózis iránti fogékonyság és az alexitímia egyaránt kapcsolatban áll a disszociációval. A magasabb hipnabilitás erősebb, a magasabb alexitímia gyengébb képzeleti bevonódással és aktivitással függ össze. Úgy tűnik, a hipnabilis/”lexitímiás” (nem alexitímiás) személyek mind a saját, mind mások érzelmeit inkább képesek azonosítani és azokra reagálni, mint az alacsony hipnabilitású/alexitímiás személyek. A két konstruktum háttérben átfedő (legnagyobb részben ellentétes) neuroendokrin, neurofiziológiai és pszichogenetikai mechanizmusok állnak. *Következtetések:* A szakirodalmi adatok alapján feltételezzük, hogy a hipnabilitás és az alexitímia egymással összefüggő jelenségek, de kapcsolatuk nem lineáris. Feltételezzük, hogy köztük a mentalizációra való képesség és a másodlagos, elhárító funkciójú disszociáció közvetít. Összefüggésük feltárása további empirikus vizsgálatot igényel. A hipnabilitás és az alexitímia viszonyának megértése elősegítheti egyes mentális és pszichoszomatikus betegségek hatékonyabb hipnoterápiás kezelését.

Kulcsszavak: hipnózis, hipnabilitás, alexitímia, hipnoterápia, mentalizáció

* Levelező szerző: Költő András, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, 1064 Budapest, Izabella u. 46. E-mail: kolto.andras@gmail.com

1. Bevezetés

Nem találunk szavakat.

(Esterházy Péter: Termelési-regény)

A hipnózis – nemcsak terápiás céllal alkalmazva, de szabványos, látszólag „semleges” laboratóriumi helyzetben is – képes erőteljes érzések mozgósítására. Az affektív feldolgozás és a hipnotikus állapot kapcsolata azonban mind az elmélet, mind a kutatás egyik elhanyagolt területe. Szakirodalmi adatok és saját klinikai megfigyeléseink alapján is úgy tűnt, hogy ezt a problémát érdemes a hipnotikus fogékonyság és az alexitímia kapcsolatának feltárásával megközelíteni.

A hipnózisnak máig nincs egységes, minden szakember által elfogadott definíciója. A leggyakrabban idézett meghatározás (Kihlstrom, 2012) szerint a hipnózis olyan interaktív társas folyamat, amelynek során egy személy – akit hipnotizőrnek nevezünk – szuggesztiókat ad a másik személynek („hipnotizált”). A szuggesztiók olyan speciális kommunikációs egységek (üzenetek), amelyek változást idéznek elő a hipnotizált személy élményeiben – beleértve észlelését és emlékezeti működését –, valamint viselkedésének akaratlagos irányításában. E változások alapján a kutatók többsége módosult tudatállapotnak tekinti a hipnózist.

Vannak azonban, akik vitatják ezt a megközelítést, és inkább a hipnotikus kapcsolatot meghatározó szociokulturális tényezők, például az elvárások vagy az engedelmesség szerepét hangsúlyozzák (Lynn, Kirsch, & Hallquist, 2008; Wagstaff, 2008). Ezeket az irányzatokat azonban lehet integrálni. A legtöbb szempontot egyesítő elmélet a hipnózis szociál-pszichobiológiai modellje (Bányai, 1991, 2008a), amely a hipnotizált személy tudatállapotát, a helyzet kontextuális jellemzőit, a hipnózis résztvevőinek kapcsolatát és az erre az állapotra jellemző idegrendszeri változásokat egyaránt magába foglalja. A hipnózis ebben a felfogásban olyan személyközi helyzetben kialakuló módosult tudatállapot, amely mindkét résztvevő számára ingerbemenet-szabályozó hatású, az érzelmek fokozott hozzáférhetőségével jár és markáns idegéletteni változásokat okoz. E tulajdonságai miatt evolúciósan adaptív jelentősége van. Adaptivitását alátámasztja, hogy a hipnózishoz hasonló, azzal többé-kevésbé megegyező funkciójú módszereket az emberiség már a legkorábról fennmaradt történeti emlékek keletkezésének idején is használt (pl. törzsi szertartások, ráolvasás, imádság, meditáció).

Az emberek különböznek *hipnotikus fogékonyságuk* szerint abban, hogy milyen mértékben képesek átélni a hipnózist.¹ A hipnabilitás mérése úgy

¹ A szakirodalom nem egységes a „hipnotikus fogékonyság” vagy „válaszkészség”, „hip-

történik, hogy szabványos indukciós módszerrel hipnotikus állapotot hoznak létre, és standard tesztszuggesztió-sorozatot adnak a vizsgálati személyeknek. Az ilyen vizsgálati eszközöket hipnabilitási skáláknak nevezzük. Kiterjedt alkalmazásukkal a kutatók különböző években és kultúrákban is azt találták, hogy a populáció mintegy 5–10 százaléka csak a tesztszuggesztiók kis részét hajtja végre, ezért alacsony hipnotikus érzékenységűnek minősíthető (Költő, Gósi-Greguss, Varga, & Bányai, in press). Ugyancsak 5–10 százalékos körül van azoknak az aránya, akik a tesztszuggesztiók nagy részére reagálnak, tehát erősen fogékonyak a hipnózisra. A fennmaradó többség pedig közepesen hipnabilis övezetbe tartozik (Bányai, 2006).

A hipnotikus fogékonyság szintje még 25 éves újrateszteléssel vizsgálva is nagyon stabil (Piccione, Hilgard, & Zimbardo, 1989), különböző mérőeszközökkel mérve hasonló szintű (Hilgard, 1986), és nagy elemszámú mintán értéke normális eloszláshoz közelít (Költő, Gósiné Greguss, Varga, & Bányai, 2010). Ezek alapján kijelenthetjük, hogy a hipnabilitás stabil személyiségvonás. A hipnotikus kapacitás magasabb szintje kapcsolatban áll az abszorpcióra (bevonódásra) való képességgel és a képzelet intenzív működésével (Green & Lynn, 2011), sőt egyes teoretikusok szerint a hipnabilitás egyenesen az imaginatív bevonódás függvénye (Hilgard, 1979), amit az eltérő hipnabilitású személyek éber állapotban történő elektrofiziológiai vizsgálata is megerősített (pl. De Pascalis, 1993). A hipnabilitás mérésére leggyakrabban a Stanford Hipnotikus Szuszceptibilitási Skála A és C változatát (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959, 1962), illetve ezek csoportos változatát, a Harvard Hipnabilitási Csoportskálát (Shor & Orne, 1962) és a Waterloo-Stanford Hipnabilitási Csoportskálát (Bowers, 1998) használják.

A hipnabilitás nem egynemű, egydimenziós jelenség. Bár sokan csupán a viselkedésben megnyilvánuló egyéni különbségeket értik hipnabilitás alatt (ezeket mérik a fent említett skálák), a hipnotikus válaszkészségnek része a hipnotizőr iránti érzelmi viszonyulás, az *archaikus bevonódás* és a megváltozott tudatállapothoz társuló jellegzetes *élményvilág* is (Shor, 1962/2008). Ezek mérésére kvantitatív és kvalitatív eszközök is rendelkezésre állnak.

Az *alexitímia* fogalma olyan pszichoszomatikus betegségben szenvedő páciensek pszichoanalitikus megközelítésű terápiájából ered, akiknek nehéz akár szavakban, akár szimbólumok révén kifejezni az érzelmeiket. Az ilyen klinikai tapasztalatokat követő szisztematikus vizsgálatok során

nabilitás”, illetve „hipnotikus szuggesztibilitás” fogalmak használatát tekintve. A magunk részéről nem értünk egyet azzal, hogy a hipnózisra adott reakciókat a szuggesztibilitás fogalma pontosan lefedje; az első három fogalmat a jelen tanulmányban rokon értelműként használjuk.

kiderült, hogy ezeknek a betegeknek nemcsak a szubjektív érzések azonosítása és megfogalmazása okoz nehézséget, de az események apró részletei miatti aggodás és a késztetésekhöz kapcsolódó fantáziák, vágyképek szegényessége vagy akár teljes hiánya is. E megfigyelések alapján Sifneos (1973) írta le az alexitímiát mint klinikai tünetet: a páciensnek „nincsenek szavai az érzései leírására”. Jelenleg olyan személyiség-konstruktnak² tekintjük az alexitímiát, amely négy jellemzővel írható le: 1. nehézség az érzelmek és érzések azonosításában, illetve az érzelmek és az érzelmi arousal testi tünetei közötti különbségtételben; 2. nehézség az érzelmek megfogalmazásában, másokkal való megosztásában; 3. csökkent imaginatív képesség (pl. szegényes fantáziaképek); 4. külső orientációjú – más megfogalmazásban: pragmatikus – és erősen az aktuális ingerekhez kötött gondolkodás (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976; Taylor, 1994; Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Az alexitímiás személy nehezen tudja leírni, hogy éppen milyen érzelmei vannak, vagy azokat csak testi tünetek formájában tudja azonosítani. A pszichoanalitikus gondolkodás szerint a fantáziálást, mint az érzelmi problémák elaborációjára alkalmas eszközt az alexitímiások nem tudják használni, ennek eredménye a feldolgozatlan érzelmi teher pszichoszomatikus tünetekbe való átfordítása. Emellett az alexitímia jele a konkrétumokhoz, a gyakorlati vonatkozásokhoz, a pillanatnyi realitáshoz kötődő operacionális gondolkodás (*pensée opératoire*), illetve a saját és mások személyiségének és érzelmeinek megkülönböztetésére való képtelenség, a projektív reduplikáció (Hargitai, 2003).

Az alexitímia mérésére leggyakrabban önkitöltős kérdőíveket alkalmaznak, ezek közül a legelterjedtebbek a Torontói Alexitímia Skála 20-tételes változata (TAS-20, Bagby, Parker, & Taylor, 1994), illetve a Bermond-Vorst Alexitímia Kérdőív (BVAQ, Vorst & Bermond, 2001). A TAS-20 klinikai kérdőív, amelynek célja az alexitímiás személyek kiszűrése. A skálán ennek megfelelően egy határérték (60 pont) felett alexitímiát diagnosztizálunk. Az 52 és 60 pont közötti összpontszámot elérő személyeknél Taylor és munkatársai (1997) szerint alexitímia „valószínűsíthető” vagy szubklinikai szintű alexitímiával rendelkeznek, azaz számukra az érzelmek azonosítása és kifejezése nehezített, de nem lehetetlen. A kérdőívekkel kapcsolatos kritikák közül a legfontosabb, hogy ha az alexitímia a (verbális) kifejezés hiánya, akkor önbeszámolón alapuló mérésük nem érvényes. Ezért a kérdőíves vizsgálatokat projektív eszközökkel vagy a klinikai interjú során végzett strukturált megfigyeléssel egészítik ki.

² Bár az alábbiakban az alexitímiára személyiségtényező-jellege mellett sokszor mint „érzelemfeldolgozási módra” hivatkozunk, hangsúlyozni kell, hogy egyben jellegzetes kognitív feldolgozási mintázatot is jelent (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Újszerű pszicholingvisztikai módszert javasol az alexitímia vizsgálatára Karsai (2009), aki szerint a legnegatívabb és legpozitívabb életeseményről adott írásos élménybeszámoló tartalmi és nyelvészeti tulajdonságai összefüggenek a beszámoló adó személy alexitímia-szintjével. Kutatásában azt találta, hogy a Torontói Alexitímia Skála Érzelmek azonosításának nehézsége alkálóján a klinikai határérték feletti pontszámot kapók szignifikánsan rövidebb (kevesebb karakterből, szóból és mondatból álló) beszámolókat írtak, mint a határértéken aluli személyek. A szöveg hosszúsága szignifikáns negatív összefüggést mutatott a TAS-20 Pragmatikus gondolkodás alkálójával. Az alexitímiás személyek szignifikánsan magasabb eséllyel használtak távolító (az élmény helyett az eseményekre, történésekre koncentráló) megfogalmazásokat. Karsai az élmények leírása előtt és után is mérte vizsgálati személyei pillanatnyi szorongását. Mind az alexitímiás, mind a nem alexitímiás csoportba tartozó személyek szorongása csökkent, ami alátámasztja, hogy az élmények megosztása még akkor is jótékony hatású, ha valakinél az érzelemfeldolgozás akadályozott: az alexitímiás személyeknél valószínűleg az írás, a megosztás fiziológiai szinten vezet a szorongás csökkenéséhez. Az élmények kifejezése, megosztása a pszichoterápia egyik legfontosabb hatótényezője (Pennebaker, 1997).

A klinikai területen dolgozó, hipnoterápiás és relaxációs-imaginációs módszereket alkalmazó szakemberek tapasztalata, hogy az e módszerek iránt fogékony, jelentős tudati módosulást is átélő, részletgazdag képzeleti képekről beszámoló páciensek közül sokan könnyen felismerik és kommunikálják érzelmeiket. Ezzel szemben a tudatos kontrollt erősebben megtartó pácienseink között – akik a relaxált (vagy hipnotikus) állapotot kevésbé élik meg a mindennapi tudatállapotuktól eltérően – több olyan van, aki érzelmeiről nem vagy alig ad számot, emocionálisan megérintő történekről is látszólag „hidegen”, „távolságtartóan” beszél. Ugyancsak több, pszichoterápiában vagy pszichológiai tanácsadásban részt vevő (főleg pszichoszomatikus) betegünkönél tapasztaltuk, hogy ha felindult állapotban vannak, akkor expresszív arckifejezések, gesztusok jelzik a megnövekedett affektív arousalszintet, de a betegek nem képesek szóban kifejezni, hogy éppen milyen érzelmet élnek át. Meg kell azonban jegyezni, hogy gyakran hipnábilis személyek között is vannak, akiknek intenzív és könnyen hozzáférhető érzelmeik vannak. Fordítva, olyan a hipnózis vagy relaxáció iránt erősen fogékony páciensekkel is találkozunk, akiknek az érzelmek átélése és kifejezése nehézséget okoz. Ezzel együtt mégis úgy tűnik, hogy a hipnabilitás és az alexitímia egymással fordított összefüggésben álló személyiségtényezők.

Tanulmányunk fő célja áttekintést adni azokról a pszichológiai, neurofiziológiai és neuroendokrin mechanizmusokról, amelyek a hipnotikus fo-

gékonyág és az alexitímiás érzelmfeldolgozás között kapcsolatot teremtenek. Mivel a közvetlen kapcsolatot igazoló empirikus bizonyítékok jórészt hiányoznak, az általunk vélt összefüggésekre csak spekulálni tudunk. Írásunk befejező részében utalunk egy általunk elvégzett elővizsgálat (Költő & Bányai, 2014) eredményeire, amelyeket jelen tanulmány folytatásaként tervezünk közzéadni. Úgy véljük, hogy az alexitímia és a hipnabilitás közötti viszony megértése fontos lehet a pszichoszomatikus betegségek és egyes pszichiátriai betegségek hipnoterápiás kezelésében. A hipnózis ugyanis olyan módszer, amely megfelelően alkalmazva még a gyengén hipnabilis pácienseknek is segíthet átélni, verbalizálni és szimbolikus formában át dolgozni érzelmeiket (Bányai, 2006), ami hozzájárulhat a pszichoszomatikus vagy szomatizációs tünetképzés csökkenéséhez.

2. Disszociatív kapacitás

Ama tényezők közül, amelyek a hipnabilitás és az alexitímia közötti hidat jelenthetik, az első a *disszociatív készség*. A disszociáció első jelentős elméletalkotója Janet (1889/1973) volt. Hisztériás betegeivel végzett szuggesztív-hipnoterápiás munkájában gyakran tapasztalta, hogy szomnambul állapotban (mai megfogalmazással: mély hipnózisban) a beteg addig egységesen – asszociatívan – működő tudatának különböző funkciói, áramai szétváltnak (*dédoublement*), disszociálódnak. Modernebb leírásban a disszociáció egy olyan folyamat megnevezése, amely során bizonyos mentális funkciók, amelyek rendszerint más funkciókkal egységben működnek, valószínűleg jobban széttagolódnak vagy automatikusabbá válnak, és általában kikerülnek a tudatos figyelem vagy az emlékezeti felidézhetőség területéről (Ludwig, 1983).

A fogalom Ernest R. Hilgardnak az 1960-as években kialakított (összefoglalás: Hilgard, 2008a) neodisszociációs elméletével tért vissza a hipnózis és a tudat kutatásának főáramába. Hilgard megközelítése egyrészt abból a szempontból újító, hogy a disszociációt Janettel ellentétben nem patológikus jelenségnek, hanem az emberi élet természetes részének tekinti. Másfelől „disszociatívnak” tekint minden olyan feldolgozási folyamatot, ami a szokásos, éber tudatállapotra jellemző asszociatív működéssel ütközik. Felfogásában a hipnózis során a végrehajtó rendszer vagy „kognitív séma” egyes alrendszerei mind egymástól, mind a végrehajtást vezérlő központi ellenőrző struktúrától elkülönülve működhetnek. Ezáltal Hilgard a fogalmat olyan szélesre nyitotta, hogy a hipnózis szinte összes jelensége – így az életkor-regresszió, az amnézia, a viselkedés automatikus jellege, a hallucináció stb. – disszociációként értelmezhető. Az elmélet továbbfejlesztett

változatai – Bowers (1992) disszociáltkontroll-elmélete vagy Dienes és Perner (2007) „hideg kontroll” modellje – csak abban különböznek ettől a felfogástól, hogy a disszociációt a kognitív funkciók rendszerén belül hová helyezik.

Hilgard feltételezésének jogosságát az is alátámasztja, hogy disszociációt a mindennapok során is számos esetben átélünk. Disszociatív jelenség az ábrándozás, az álom, a fent említett abszorpciós munkamód is. Ugyanakkor számos kutatás igazolja (összefoglalás: DePrince & Freyd, 2007), hogy a disszociáció erős összefüggésben áll a traumatikus élményekkel. Aki traumát vagy nagyon erős stresszt él át, az disszociációval védekezhet a másképpen elviselhetetlen érzelmi vagy fizikai megterheléssel (pl. fájdalommal) való megküzdésben. Ilyen disszociatív védelmi eszköz például a deperszonalizáció – mikor a személyiség „eltávolodik” az elviselhetetlen élménytől –, az érzelmek izolációja vagy a pszichoaktív szerek fogyasztása. Ezek az elhárító mechanizmusok sokszor megjelennek alexitímiás személyeknél, mert módot adnak arra, hogy a személy a számára kezelhetetlen érzelmeit a tudatos észlelésen kívül rekesse.

Az alexitímia disszociatív jellegét számos kutatás alátámasztja, mind klinikai, mind egészséges populációban. Kérdőíves vizsgálatok segítségével azonosították, hogy az alexitímia két vetülete, az érzelmek azonosításának nehézsége és – kisebb mértékben – az érzelmek leírásának nehézsége mérsékelt, de szignifikáns mértékben összefügg a disszociatív hajlammal (Berenbaum & James, 1994; Grabe, Rainermann, Spitzer, Gänssicke, & Freyberger, 2000; Irwin & Melbin-Herberg, 1997). Elzinga, Bermond és van Dyck (2002) nagy elemszámú kutatásban a két konstruktum közötti kapcsolat elemzésébe bevonta a gyermekkori abúzus-élményeket, az aktuális stressz szintjét és (az alexitímia faktoraként) a fantáziakészséget is. A disszociációt mérő DIS-Q kérdőív (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, & Verkes, 1993) összpontszáma és a Torontói Alexitímia Skála összpontszáma között $r = 0,25$ erősségű ($p = 0,0007$) korrelációt találtak. A fantázia és az érzelmek azonosításának nehézsége, illetve a disszociatív képesség közötti kapcsolat erőssége hasonló ($0,18 \leq r \leq 0,30$; $p = 0,0007$) sávban mozgott.

Vanderlinden és munkatársai (1993) többlépcsős regresszióelemzéssel kimutatták, hogy kétféle disszociációt érdemes megkülönböztetni. Az egyik, személyiségvonás-jellegű hajlam összefügg a fantáziakészséggel (és ehhez kapcsolódóan a bevonódással), illetve az érzelmek leírásának nehézségével – noha az alexitímiás személyek kevésbé hajlamosak a fantáziálásra. A másik inkább másodlagos, a traumatikus élményekhez köthető feldolgozási mód, amely egyértelműen az elviselhetetlen érzésekkel való megküzdést szolgálja, és akár a disszociatív amnézia vagy töredezett

identitás szintjéig is eljuthat. Két másik kutatásban azonban nem volt kapcsolat az alexitímia és a disszociatív kapacitás mérőszámai között (Wise, Mann, & Sheridan, 2000; Zlotnick és mtsai, 1996). Úgy tűnik, inkább a másodlagos disszociáció értelmezhető a kezelhetetlen élmények elfojtására alkalmazott elhárítási mechanizmusként (Bowins, 2004), és valószínűleg ez a forma áll kapcsolatban az alexitímiával, míg az elsődleges, képzeleti bevonódáson alapuló disszociáció nem jár együtt szükségszerűen az érzelmi feldolgozás károsodásával.

A disszociáció részben eltérő funkciót lát el a hipnózisban és az alexitímiás feldolgozásban. Az alexitímia pszichodinamikai szempontból értékelhető úgy, mint „ösztönös”, tudattalan védelem az elviselhetetlen érzések ellen. Ugyanakkor a hipnoterapeuta súlyosan traumatizált páciensek kezelése során, a traumatikus élmény feldolgozásában sokszor szándékkal alkalmaz olyan szuggesziót, ami az esemény és a vele kapcsolatos érzelmek szétválasztását segíti. Például az erőszak áldozata kívülről, egy elképzelt televízió képernyőjén nézheti újra, amint bántalmazzák, és ha nem tudja tovább nézni az eseményt, akkor a távirányítóval elkapcsolhat. Ezzel szemben a külvilág zajaira való figyelemnek a testi ingerekre, a páciens belső világára való átirányítása az addig eltávolított, elhárított érzelmek megfigyelésére és vizsgálatára is módot adhat. A hipnózisbeli (elsődleges) disszociáció tehát a terápiás célnak megfelelően elősegítheti, de csökkentheti is az érzelmek „érzelemtelen” feldolgozását.

3. Képzeleti bevonódás

A disszociatív jelenségek közé tartozik, de fontossága miatt külön említendő a fent már említett *imaginatív bevonódás* vagy fantáziakészség. A hipnózis Josephine R. Hilgard (1979) által javasolt fejlődési modelljének központi tétele, hogy az a mód, ahogy a gyermek bevonódik az egyes tevékenységekbe, megalapozhatja felnőttkori képességét a módosult tudatállapotok átélésére. Ezt igazolja a bevonódás (*abszorpció*, Tellegen & Atkinson, 1974) és a hipnotikus fogékonyság erős kapcsolata is, noha fontos hozzátenni, hogy úgy tűnik, együttjárásuk szintjét erősen befolyásolja a hipnóziskíséret kontextushatása (Council, 1993). Hilgard (1979) kvalitatív, mélyinterjúkutatásában azt találta, hogy az erősen hipnábilis felnőttek több olyan élményt idéztek fel a gyermekkorukból, amikor teljesen elmerültek abban a tevékenységben, amit éppen folytattak, mint a gyengén hipnábilisok. Ebben szerepe volt a szociális tanulásnak: a hipnábilis felnőttek jelentős része azt is felidézte, hogy gyermekként megfigyelték szüleiket ilyen te-

vékenységekben (pl. kertészkedésben vagy olvasásban) elmerülve. Bizonyos szülői nevelési stílusok is kapcsolatban álltak a felnőttkori hipnabilitással. Későbbi, kvantitatív technikákat alkalmazó kutatások ugyancsak igazolták a fantáziakészség és a hipnabilitás kapcsolatát (Green & Lynn, 2011). Hipnózis hatására esetenként még a gyengén hipnabilis személyek képzeleti tevékenysége is felerősödik. A képzeleti bevonódás állhat annak hátterében, hogy a hipnotizált személyek könnyebben felidéznek vizuális és más modalitású (pl. hang- vagy szagingereket tartalmazó) emlékeket életük korábbi szakaszaiból, akár gyermekkorból is – habár ezeket az élményeket inkább az emlékezet rekonstruktív működésének tulajdonítjuk, mint a múltbéli események pontos felidézésének (Hilgard, 2008b).

Az alexitímiás vizsgálati személyek nem csupán az emlékek érzelmi értékelését hajlamosak jobban elnyomni, de kevesebb vizuális emlékhez is van hozzáférésük, mint a nem alexitímiás csoportnak (DiStefano & Koven, 2012). Friedlander, Lumley, Farchione és Doyal (1997) alexitímiás és nem alexitímiás vizsgálati személyek autogén tréning alatti élményeit hasonlította össze. Az alexitímiás érzelmfeldolgozással jellemezhető személyek kevésbé élvezték az autogén tréninget, kevésbé vonódtak be, és a relaxáció során gyengébb képzeleti aktivitást mutattak, mint a nem alexitímiás csoport. Mivel a hipnózis és az autogén tréning közeli rokonok, feltételezhetjük, hogy hasonló mintázatot találtak volna a kutatók hipnózis alkalmazásával is.

Campos, Chiva és Moreau (2000) a Képzeleti Élénkség Kérdőív (VVIQ) alkalmazásával azt találta, hogy az alexitímiás csoport kevésbé képes a fantáziálásra, és képzeleti képeik kevésbé intenzívek és élénkek, mint a nem alexitímiás vizsgálati személyeké. Hasonló mintázat figyelhető meg az éjszakai álmodásban is (amely szintén a hipnózissal rokonítható jelenség): az alexitímiás személyek álma gyakrabban gátolt, illetve kellemetlen, rémisztő tartalmú (Lumley & Bazydlo, 2000), kevésbé felidézhető és jelentésteli (Nielsen, Levrier, & Montplaisir, 2011), és kevésbé írható le „fantasztikusként” (Parker, Bauermann, & Smith, 2000), mint a nem alexitímiás személyek által átélt álmok. Meg kell azonban jegyezni, hogy Czernecka és Szymura (2008) nem talált alexitímia-szint szerinti különbséget vizsgálati személyeik képzeleti hatékonyságában, bár az a feladat, amelyet alkalmaztak – érzelmi arckifejezéseket ábrázoló képek mentális forgatása – talán inkább kognitív, mint affektív jellegű, és ezért az alexitímiás csoportnak sem okoz akkora nehézséget, mint a nem alexitímás (vagy „lexitímiás”) vizsgálati személyeknek.

Fejlődépszichológiai megközelítéssel feltételezhetjük, hogy az a gyermek, aki saját maga jobban el tud merülni fantáziatevékenységben vagy

gyakran látja szüleit erősen bevonódott állapotban, felnőttkorában inkább képes lesz „reprodukálni” ezt a bevonódást megváltozott tudatállapotokban (pl. relaxációban vagy álmodozásban). Talán az ilyesféle bevonódást igénylő fantáziatévékenység révén érzelmeit is jobban tudja elaborálni, mint az, akinek gyermekkorában kevesebb képzeleti élménye volt. Erre alapozzuk azt a feltételezést, hogy az elsődleges disszociáció nem feltétlenül az alexitímiás érzelmfeldolgozás velejárója, sőt inkább azzal ellentétes irányba hat.

4. Másokkal való együttérzés, mások érzelmeinek megértése

Mindkét konstruktum ugyancsak szoros kapcsolatban áll a *személyközi viszonyulással* és annak különböző vonatkozásaival (pl. ráhangolódás, interakciós szinkronitás, empátia). Meins, Harris-Waller és Lloyd (2008) kimutatta, hogy a Torontói Alexitímia Skála összpontszáma és alszkálái szignifikánsan korrelálnak a kortárskapcsolati szorongással (*peer attachment anxiety*), a kapcsolatok elkerülésével (*attachment avoidance*) és a lelki orientáltsággal (*mind-mindedness*: ez az a tulajdonságunk, hogy egy másik ember jellemzése során mennyire összpontosítunk az illető mentális és érzelmi tulajdonságaira – Meins, 1997). Pozitív összefüggést találtak a kapcsolati szorongás és a TAS-20 összpontszám, valamint az érzelmek azonosításának és leírásának nehézsége között. A kapcsolatok elkerülése ugyancsak szignifikánsan, pozitív irányban függött össze a TAS-20 összpontszámmal, az érzelmek leírási nehézségével és a pragmatikus gondolkodással. A lelki orientáltság szintje mediálta a kapcsolatok elkerülése és a pragmatikus gondolkodás szintje között.

Hesse és Floyd (2011), akik hasonló mintázatot figyeltek meg, hangsúlyozzák, hogy a szeretet átélésére való képesség mértéke részleges mediátorként működik az alexitímia és az elkerülő/szorongó kötődési viselkedés között. Feltevésük szerint az alexitímia nem azt jelenti, hogy az alexitímiás személyeknek a szó szoros értelmében kevesebb szavuk volna a szociális érzelmekre, sem azt, hogy kevesebb intimitást igényelnének a kapcsolataikban. Inkább arra vonatkozik ez a tulajdonság, hogy kevésbé képesek a kapcsolatok érzelmi kontextusának és a kapcsolati partner iránti érzelmeiknek a feldolgozására. Más szavakkal: kevésbé képesek ráhangolódni más emberekre, illetve empatikusnak lenni velük, mint a nem alexitímiás személyek. Ezt Moriguchi és munkatársai (2007) megfigyelése is alátámasztja, akik alexitímiás és nem alexitímiás kísérleti személyeiket MRI-vizsgálatnak vetették alá, miközben fájdalmas helyzeteket ábrázoló képeket mutattak nekik. A képek expozíciója után adott fájdalomszint-megítélések alapján

az alexitímás személyek gyengébb empátikus reakciót adtak, mint nem alexitímiás társaik. A két csoport agyában, az empátiáért felelős agyi régiókban mért vérátáramlási szint ennek megfelelő, szignifikáns különbségeket mutatott. Ezt az eredményt azonban inkább a kognitív, mint az affektív feldolgozás károsodásának tulajdonították a kutatók.

Ez utóbbi sejtést támasztja alá Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes és Berthoz (2010) megfigyelése is, akik az alexitímia és az empátia viszonyát a diszfórikus érzelmek – szorongás és depresszió – szintjének kontrollálása mellett vizsgálták. Megállapították, hogy a két konstruktum közötti „affektív útvonal” legnagyobb részét megmagyarázható azzal, hogy mindkettő varianciájának nagy része közös a szorongással. Úgy tűnik, a személyközi helyzetek nagyobb érzelmi megterhelést jelentenek az alexitímiásoknak. Ezért erősebben szoronganak a kapcsolatok miatt és hajlamosabbak elkerülni azokat, mint a nem alexitímiás személyek. Az alexitímiának kognitív (a külső orientációjú vagy pragmatikus gondolkodás) és affektív (az érzések azonosításának és leírásának/kifejezésének nehézsége) vetülete is van; ugyanez igaz az empátiára is – kognitív összetevője a perspektíva-felvétel képessége (az, hogy mások helyébe képzeljük magunkat), affektív komponense pedig az interakciós partner érzéseinek átélése. Ez alapján Grynberg és munkatársai azt feltételezik, hogy az alexitímia és az empátia közös, két-dimenziós rendszerbe szerveződik. Kérdőíves vizsgálatuk igazolta mind a kétfaktoros megoldást, mind azt, hogy ez a struktúra még a diszfórikus érzések kontrollálása után is megmarad. Az alexitímia és az empátia kognitív vetülete közötti kapcsolatot a szorongás kevésbé befolyásolja, mint az affektív viszonyt.

A hipnózis kialakulásához ellenben kifejezetten szükség van bizonyos fokú empátiára a hipnotizált személy (vagy csoport) és a hipnotizőr részéről is, hiszen a hipnotikus állapot kialakulása társas interakciós folyamat eredménye (Bányai, 1991). Emiatt mindkét résztvevőnek képesnek kell lennie arra, hogy felismerje vagy „kiolvassa” a másik elvárásait és érzelmeit, és azokra reagáljon. A hipnotizált személyt és a hipnotizőrt is vizsgáló interakciós kísérleti paradigmával végzett kutatásaink az 1980-as évek óta bőséges bizonyítékot szolgáltatottak arra, hogy a hipnózis során a két résztvevő affektív, kognitív, viselkedéses és élettani szinten is nagyon erős összehangolódást élhet át (Bányai, 2008a). A „ráhangolódás”, „azonosítás”, „kiolvasás” fogalmak azt sugallják, hogy a hipnózis iránti fogékonyság és az érzelmek azonosítására való képesség egyaránt a mentalizáció elméleti keretébe illeszthető jelenség, mindkettő a mentalizációra való képességgel függ össze vagy abból vezethető le. E képességünk teszi lehetővé, hogy megértsük, milyen lelki- (mentális) állapotok állnak saját magunk és mások viselkedése mögött. Más szavakkal, olyan képzeleti tevékenység a men-

talizáció, amely képessé tesz minket arra, hogy a viselkedést intencionális mentális állapotok – például szükségletek, vágyak, érzelmek, hiedelmek, célok, szándékok – eredményeként vagy megnyilvánulásaként értelmezzük (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

A hipnózis mentalizációs folyamatként való leírását alátámasztja, hogy a hipnotikus kapacitás összefügg az empátia érzelmi (Wickramasekera & Szlyk, 2003) és viselkedéses (Cardena, Terhune, Löff, & Buratti, 2008) összetevőjével. Az empatikusabb személyek általában magasabb hipnábilitásúak. A hipnábilitás és a kötődési stílus közötti összefüggés azonban bonyolultabb kapcsolatban van. Hilgard (1979) korábban már említett kvalitatív kutatásaiból kiderült, hogy az erősen hipnábilis emberek szélsőségesebben nyilatkoznak szüleik gyermeknevelési stílusáról, mint a közepes vagy alacsony fogékonyságúak. Az erősen hipnábilis személyek vagy meleg, szeretetteljes és ugyanakkor korlátozó viselkedésűnek látták szüleiket, vagy hideg, büntető, elutasító szülőket idéztek fel az interjúban. Ez a komplex mintázat igazolódott a különböző hipnábilitású személyek által felidézett szülői nevelési stílus kérdőíves vizsgálatával is (Költő & Bányai, 2008). A kortársakkal való kapcsolatban pedig a problematikus – elkerülő, szorongó, zavarodott – kötődési módok járnak erősebb hipnábilitással, bár a különbség alacsony hatásméretű (Peter, Hagl, Bazijan, & Piesbergen, 2011). Peter és munkatársai (2011) szerint a bizonytalan kötődési stílusúak fogékonyabbak a hipnózisra. Vizsgálatukban különösen a kapcsolatok miatti szorongás ($r = 0,28$; $p < 0,01$) és a bizalom hiánya ($r = 0,27$; $p < 0,01$) mutatott összefüggést a hipnábilitással.

Az alexitímiás és kevésbé hipnábilis személyek tehát egyaránt kevésbé képesek az empátiára, és problematikusabbak számukra a személyközi kapcsolatok. Úgy tűnik, mind a magas alexitímia, mind a gyenge hipnotikus fogékonyság azzal jár, hogy az illető kevésbé tudja akár mások, akár saját érzéseit átélni, azokkal „együtt” érezni (affektív összetevő), vagy pontosan megérteni, azonosítani és megfogalmazni (kognitív összetevő). Ez is arra utal, hogy a hipnábilitás, az alexitímia és az empátia együttesen értelmezhetőek a mentalizáció keretében.

Értelemszerűnek tűnik, hogy az a személy tud hipnózist átélni, aki „jól” tudja mentalizálni a hipnotizőr szándékát (hipnózis állapotába juttatni őt) és a saját elméjében lezajló változásokat, amelyek hatására módosult tudatállapotba kerül (például, hogy ellazultnak érzi magát, nehéz volna kinyitnia a szemét, elengedi a viselkedése fölötti tudatos kontrollt). Hasonlóképpen, a mentalizáció magas fokára van szükség az empatikus érzésekhez és viselkedésekhez: az empatikus ember képes megérteni és átérezni mások pillanatnyi érzelmi állapotait még akkor is, ha annak nyílt kifejezése lehetetlen volna, vagy ha az interakciós partner nyílt viselkedése nem kongruens az

érzelmeivel (például kulturális érzelmkimutatási szabályok miatt). Végül önmagunk érzelmeinek detekciója, azonosítása – valamint pillanatnyi arousal-mintázatunknak érzelmekkel való felcímkézése – is saját mentális állapotunk kiolvasását igényli. Ellentétébe fordítva: az alexitímiás személy nem képes önmaga érzelmi állapotának mentalizálására. Feltételezhetjük, hogy az erős hipnabilitást és az alexitímia hiányát, legalábbis részben, a mentalizációs képesség köti össze. Ezt támasztja alá az is, hogy a mentalizációs készség multidimenziós mérése magában foglalja – az érzelmekkel kapcsolatos hiedelmek, a pszichológiai orientáció vagy pszichológiai érzék (*psychological mindedness*), az interperszonális reaktivitás és a reflektív képesség mellett – az empátia egyes aspektusait, az érzelmi helyzetek megértését és az alexitímiát is (Albu, Gergev, Kárpáti, & Tárnok, 2012; Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012).

Az empátia mellett érdemes megemlíteni a társas preferencia lehetséges összekötő szerepét is. Bár erre vonatkozó direkt bizonyítékot nem ismerünk, feltehetjük, hogy a hipnózis-kutatásban részt vevő – vagy hipnoterápiára jelentkező – személyek alapvetően nyitottabbak a társas helyzetek, kapcsolatok iránt, mint azok, akik a hipnózis kipróbálására nem motiváltak. Ezen túl feltehető az is, hogy az erősen hipnabilisokra jobban jellemző a társas helyzetek iránti igény, mint a gyengén fogékonyakra. Közvetett módon ezt támasztja alá, hogy a humán szakmák képviselői szignifikánsan fogékonyabbak a hipnózis iránt, mint a reálfoglalkozásúak (Költő és mtsai, in press), sőt maguk a hipnózis-szakemberek is hipnabilisabbak, mint az átlag (Gósi-Greguss, Bányai, & Varga, 1996). Az alexitímia – főképp az érzelmek leírásának nehézsége – viszont nemcsak magasabb társas szorongással, de a társas helyzetek gyakoribb elkerülésével is jár (Dalbudak és mtsai, 2013; Meins és mtsai, 2008). Feltehető, hogy az alexitímiás személyek a társas interakciókban nem tudják kellő mértékben felhasználni a saját érzelmeik feldolgozásából származó információkat viselkedésük szabályozására és a társas helyzetekhez való alkalmazkodásra, ami indokolhatja, hogy az ilyen helyzetek miért okoznak nekik a nem alexitímiás személyekénél erősebb stresszt. Ez vezethet ahhoz, hogy az alexitímiás személyek a hipnotikus helyzetben erősebb viselkedéses gátlást mutatnak, mint a nem alexitímiás személyek, ami alacsonyabb hipnabilitási pontszámokat eredményez.

Nem szabad azonban megfeledkezni arról, hogy a hipnózis erősen strukturált helyzet. Ha nincs is pontosan előírva, hogy az alanynak hogyan „kell” viselkednie, a hipnotizőr társalgási beszédaktusai (Austin, 1962) és szuggesztiói orientációt adnak ehhez. Feltehetjük, hogy az alexitímiás személyeknek ez az indirekt irányítás segíthet viselkedésük szabályozásában, a hipnotikus szuggesztiók követésében. Ez azt sugallja, hogy mind a nem

alexitímiás, mind az alexitímiás személyek képesek – más-más módon – részt venni a hipnózisban, együttműködni a hipnotizőrrel és végrehajtani a szuggesztiókat.

5. Neuroendokrin összefüggések: az oxitocin szerepe

A fent ismertetett, összehangolódásra, empátiára és személyközi kapcsolatokra vonatkozó kutatási adatok mögött az utóbbi években végzett vizsgálatok nyomán kirajzolódik egy lehetséges neuroendokrin háttérmechanizmus, amely az alexitímia és a hipnábilitás szintjében egyaránt szerepet játszik. Ez az *oxitocin-szabályozás*. Az oxitocin egy neuroptid, amely erős befolyással bír viselkedésünkre és érzelmeinkre számos személyközi helyzetben: általános funkciója, hogy az interakciós partnerek közötti kötődést erősítse. Csökkenti (részben a hipotalamusz–hipofízis–mellékvesekéreg tengely aktivitásának gátlása révén) a szorongást, a félelmet, illetve a depresszív hangulatot; serkenti a társas támogatás adását és elfogadását; növeli a bizalmat és csökkenti a társas konfliktushelyzetekből adódó stresszt (Varga, 2011). Egy úttörő jelentőségű pszichoendokrinológiai kutatásban (Bryant, Hung, Guastella, & Mitchell, 2012) kevésbé hipnábilis személyek egy csoportjának kettős vak elrendezésben intranazális spray-vel oxitocint adtak, míg a másik csoport placebót kapott, majd azonos módszerrel megmérték hipnotikus fogékonyságukat. Az oxitocinnal kezelt csoport tagjainak hipnábilitása az első teszteléshez képest szignifikáns mértékben nőtt, a placebót kapó csoport hipnotikus fogékonyságában nem volt változás. A kísérlet után a résztvevőket megkérdezték arról, hogy véleményük szerint melyik feltételbe tartoztak: válaszuk véletlenszerű volt, azaz a hatás nem tudatosult bennük. A hipnózissal kapcsolatos szorongásuk, illetve a hipnotizőr iránti bizalmuk szintje nem változott. E három utóbbi eredmény jelzi, hogy a változást nem lehet annak tulajdonítani, hogy a személyek „megéreztek” az oxitocin-kezelést, illetve hogy a második hipnózis során a helyzet alacsonyabb stresszt okozott nekik.

Ezeknek az eredményeknek részben ellentmond Bryant és Hung (2013) vizsgálata. Bár még sok szakemberben is ellentétes hiedelem él erről, hipnózisban nem leszünk hajlamosabbak szociálisan elfogadhatatlan viselkedésekre, mint éberén. A kutatók – az előző vizsgálatukban is alkalmazott kettős vak paradigmában – alacsony hipnábilitású személyek egy csoportjának oxitocint, a többieknek placebót adtak. A kezelés után megismételt hipnábilitás-mérésbe pedig olyan szuggesztiókat szóttek, hogy a személy úgy fogja érezni: káromkodnia, énekelnie vagy táncolnia kell. Ezek a viselkedésformák nem kongruensek a hipnózishelyzettel, mégis azt figyelték

meg, hogy az oxitocin-feltételben az elfogulatlan külső megfigyelők ítélete szerint a kísérleti személyek szignifikánsan többször káromkodtak és táncoltak, mint a placebo-feltételben (szorongási és bizalom szintjük azonban itt sem változott). A szerzők szerint lehetséges, hogy bár a személyek szubjektíve nem éltek át alacsonyabb szorongást vagy nagyobb bizalmat a hipnotizőr iránt, az oxitocin jelenléte mégis így hatott rájuk, ezért váltak engedelmesebbé a hipnotizőr szuggesztiója iránt. Lehetséges az is, hogy a hipnotizőrhez fűződő szociális kötelék erősödése nem a szorongás vagy a bizalom változásával járt, hanem a tőle érkező társas ingerek – mint a hipnózishelyzettel nem összeillő éneklés, tánc és káromkodás szuggesztiója – iránti fogékonyságot növelte a személyekben.

Nagyon hasonló kísérleti elrendezést alkalmazott Luminet, Grynberg, Ruzette és Mikolajczak (2011), akik azt vizsgálták, hogy az oxitocin/placebo hogyan hat az alacsony és magas alexitímiájú személyek empátiájára. A fent ismertetett kettős vak paradigmában kísérleti személyeik empátiáját a Szemekből Olvasás Tesztel (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001) vizsgálták. Kimutatták, hogy az alacsony alexitímiával jellemezhető, oxitocin- és placebo-feltételben szereplő személyek ugyanolyan jól teljesítettek a Szemekből Olvasás Teszten, ellenben a magas alexitímiájúak közül szignifikánsan jobb pontszámot érnek el az oxitocinnal kezelt személyek.

A kísérleti design mellett tehát az eredmények mintázata is nagyon hasonló. Úgy tűnik, az oxitocin módosítja („kezeli”) mind az alacsony hipnabilitást, mind a magas alexitímiát, s ennek mechanizmusa, hogy oxitocin hatására javul a szociális (affektív) kulcsingerek felismerési, azonosítási képessége. Ezt erősíti meg Varga és Kekecs (2014) vizsgálata is. Ők azt mérték, hogy standard laboratóriumi, egyéni hipnózis során hogyan változik vizsgálati személyek és a hipnotizőrök oxitocin- és kortizolszintje. Megállapították, hogy a hipnabilitás viselkedéses mutatója nem, de a hipnózis közben a vizsgálati személy által megélt (érzelmi) összehangolódás szignifikánsan összefüggött az oxitocin-szint növekedésével. Ez is alátámasztja, hogy a hipnózis és az alexitímia összefüggésében a hipnotizált személy és a hipnotizőr közötti érzelmi viszonyulás (is) kulcsfontosságú. Zelinka, Cojan és Deseilles (2014) szerint a hipnózisban tapasztalható oxitocinszint-változás a kötődési mintázat függvényében értelmezhető: a korai, nem biztonságos kötődési mintázatok korrekcióját célzó szuggesztiók modulálni képesek az endogén oxitocin-felszabadulást, így mind az aktuális terápiás szövetségre, mind a páciens tárgykapcsolati mintáira jótékonyan hatnak. Talán nem túlzott spekuláció részünkről azt feltételezni, hogy ezek a szuggesztiók – az oxitocin mediáló hatásán keresztül – az érzelmekhez való jobb hozzáférést, azok könnyebb mentalizációját, így az

alexitímia csökkenését is eredményezhetik. Az oxitocin kísérleti és terápiás alkalmazásának további kutatása az affektív idegtudomány nagyon ígéretes területe.

6. Neurofiziológiai és pszichogenetikai hasonlóságok

A hipnabilitás és az alexitímia idegéletteni hátterét számos kutatásban vizsgálták. Bermond, Vorst és Moormann (2006) szakirodalmi áttekintése alapján a magas alexitímiában szerepe van a jobb-bal féltekei működés, a corpus callosum, az anterior commissura, az anterior cinguláris kéreg (ACC), az amygdala és az insula megváltozott működésének. Minden említett agyi struktúra módosult működése a többit is befolyásolja, és együttesen az affektív és kognitív feldolgozás specifikus mintázatát hozzák létre. Az alexitímia tehát nem egy jól körülírható agyképlet megváltozott működésének eredménye, inkább összetett neuroszignatúraként kell értelmeznünk. A neuroszignatúra fogalmát Melzack (2001) vezette be a fájdalom neurális hátterének leírására: ezzel érzékeltette, hogy a fájdalomérzék nem egy bizonyos agyi struktúra által létrehozott idegi impulzus, hanem az idegrendszer különböző részei által kibocsátott jelekből felépülő mintázat.

Bermond és munkatársai (2006) szerint a jobb félteke globális, nem-verbális jelet produkál az aktuális érzelmi állapotról, amelynek elemzése és magasabb szintű kognitív feldolgozása a bal félteke feladata. Vannak bizonyítékok mind arra, hogy alexitímia esetén a jobb félteke alulműködik, mind arra, hogy a bal félteke dominanciája túlságosan erős. Ez a lateralitásbeli „rugalmatlanság” az oka, hogy az alexitímia egyik dimenziója, az érzelmek mozgósítása (*emotional arousability*) – pontosabban annak nehézsége – és a *principalizációs elhárítási mechanizmusok* között szoros összefüggés mutatható ki (Moormann, Brand, Behrendt, & Massink, 2006). A principalizáló elhárítások közé tartozik az izoláció, a racionalizáció és az intellektualizáció, amelyekben az a közös, hogy az affektus leválik tartalmáról és elfojtódik. Ezek az elhárítási formák arról ismerhetők fel, hogy a személy nagyon részletesen leírja a történeteket vagy akár saját érzéseit is, de ehhez nem társul érzelmi átélés. Ilyen elhárítást tételezhetünk fel a Karsai (2009) által leírt, alexitímiás személyek élménybeszámolóiban azonosított „távolító” elbeszélésmód mögött.

Az erősen hipnabilisok ezzel szemben rugalmasan, könnyen és gyorsan képesek megváltoztatni agyféltekéik működési túlsúlyát attól függően, hogy a szuggesztió milyen tartalmú (Bányai, 2006). Viselkedéses, elektrofiziológiai (főleg az agyi elektromos tevékenység béta-teljesítményét elemző) és képalkotó vizsgálatok is igazolták, hogy az erősen fogékonyak nagyobb

feladatspecifikus féltekei aktivitást mutatnak, mint a gyengén fogékonyak. Elemző típusú, például verbális feladatok bal féltekei, míg egészséges (például téri) vagy érzelmek nonverbális mozgósításával kapcsolatos feladatok jobb féltekei túlsúlyt eredményeznek.

Emellett a féltekéket összekötő corpus callosum alexitímiásoknál kevésbé aktiválódik érzelmi ingerek feldolgozása során, mint a nem alexitímiás csoportban (Huber és mtsai, 2002), ami ugyancsak a féltekei információcsere deficitjére utal. A corpus callosum mellett a két félteke között az anterior commissura is kapcsolatot biztosít; Gazzaniga és LeDoux (1978) szerint az előbbi képlet az emocionális-kognitív tartalmak, míg az anterior commissura az affektív minőséggel kapcsolatos információk közvetítéséért felelős. Indirekt módon ezt igazolja a corpus callosumnál, illetve az anterior commissuránál átmetszett agyú betegek érzelmi élete közötti különbségek is. A corpus callosum szintén nagy szerepet játszik a hipnabilitás szintjében. Az agyféltekék prefrontális kérgi része között közvetítő anterior corpus callosum anatómiai fMRI-vel megállapított mérete mintegy 32%-kal nagyobb volt 8 erősen hipnabilis személynél, mint 10 gyengén fogékonyánál. Az eredményt a hipnabilitási pontszám mellett a hidegvíz-teszttel mért fájdalomtolerancia is megerősítette (Horton, Crawford, Harrington, & Downs, 2004).

Kiemelkedik az anterior cinguláris kéreg szerepe, amely az érzelmszabályozásban, a motoros-kognitív-arousalhoz vagy drive-hoz kötődő impulzusok integrációjában is meghatározó. Az eddigi vizsgálati eredmények arra utalnak, hogy az ACC emocionális és kognitív feldolgozó funkciója alexitímiában nem működik kiegyensúlyozottan, de az eredmények ellentmondásosak. Az orbitofrontális kéreg elülső részének károsodása összefügg mind az empátia csökkenésével, mind az antiszociális vagy egészségre kockázatos viselkedésformák (agresszió, alkohol- és tiltottszerek-fogyasztás) megjelenésével, mind a saját érzelmek átélésének/megértésének csökkenésével. Ez részben magyarázatot ad az alexitímia és az egészségveszélyeztető viselkedésformák közötti kapcsolatra is.

A prefrontális kéreg nemcsak az emóciók, de a fantázia működésében (kreativitás, eredetiség, képzeleti tevékenység, divergens gondolkodás) is szerepet játszik, ami megindokolhatja az alexitímia és a csökkent képzeleti működés összefüggését. A prefrontális lebeny orbitofrontális részének károsodásánál megfigyelhető, hogy a lézió nem befolyásolja az érzelmekről való gondolkodást, de csökkenti a spontán érzelmi reakciókat. Ez összhangban van azzal a feltételezéssel, hogy az érzelmi élmény arra készíti az embereket, hogy reflektáljanak az érzelmeikre (Laird & Bresler, 1992). Az orbitofrontális sérülést szenvedett pácienseknél csökken ez a készte-

tés, de képesek rá, ha másoktól bátorítást kapnak erre (Damasio, Tranel, & Damasio, 1990).

Az amygdalának elsősorban az érzelmi jelentőség kialakításában – és így az érzelmek implicit és explicit azonosításában – van szerepe. Az insula jelentősége a negatív érzelmek (fájdalom, distressz, éhség, szomjúság, harag, félelem, düh, szomorúság, undor) szabályozásában van. Alexitímiával való kapcsolatukról eddig csak indirekt bizonyítékok állnak rendelkezésre. A gyermekkori agyi plaszticitás mértékét tekintve Bermond és munkatársai (2006) elképzelhetőnek tartják, hogy bizonyos szülői vagy családi magatartási és érzelmi mintázatok esetén a gyermek agyában a neurális kapcsolatrendszer olyan irányban fejlődik, ami a felnőttkori alexitímia alapja lehet – ezt bizonyítja az érzelmi tanulás (LeDoux, 1996) jelenségköre is.

Elkülöníthető-e az alexitímia kognitív és affektív dimenziójának agyi háttere? Van der Velde és munkatársai (2014) 57 személy fMRI-vizsgálatát végezte el ennek felderítésére. A kognitív komponens a dorzális anterior cinguláris kéreg alacsonyabb térfogatával függött össze. Az affektív alexitímia a mediális orbitofrontális kéregben csökkent szürkeállománnyal, a superior longitudinális fasciculus – az agykéreg elülső és hátulsó területeit összekötő idegrost – anguláris gyurus melletti szakaszán csökkent fehérállománnyal járt. A corpus callosum idegsejtsűrűségét illetően nem volt különbség az alexitímiás és nem alexitímiás személyek között. Mindezt egyrészt alátámasztja, hogy a kognitív és az affektív alexitímia eltérő idegrendszeri mintázathoz köthető, másrészt azt is megerősíti, hogy a saját érzelmek azonosítása, megértése az ACC-hez kötődik.

A hipnózis ugyancsak sok agyi képlet specifikus, összehangolt működésén alapszik, tehát ennek az állapotnak a jellemzésére is használható Melzack (2001) fent említett „neuroszignatúra”-fogalma. A hipnózis idegrendszeri hátteréről magyar nyelven is olvasható részletes áttekintés (Bányai, 2006, 2008a; Rainville & Price, 2008). Itt csupán a különböző hipnábilitású személyek neurofiziológiai működésének éber és hipnotikus állapotban megfigyelt eltéréseiről számolunk be. Az alacsony és magas hipnábilitásúak figyelmi képességei között éber állapotban is jelentős különbség van (Jamieson & Sheehan, 2004). Mind a prefrontális kéreg, különösen annak dorzolaterális régiója (DLPFC), mind az anterior cinguláris kéreg (ACC) szerepe fontos a hipnotikus állapot létrejöttében. Egy erős és gyenge hipnábilitásúak központi idegrendszeri aktivitását éber állapotban vizsgáló, képalkotó eljárásokat alkalmazó kutatásban (Hoeft és mtsai, 2012) kiderült, hogy erősen hipnábilis személyeknél a dorzális ACC és a bal DLPFC között szignifikánsan nagyobb funkcionális konnektivitás mérhető, mint a gyengén fogékonyaknál. A két agyi struktúra közötti összeköttetés alapozza meg a hipnózisbeli percepcióváltozásokat és figyelmi szűrést.

A dorzális ACC az ún. „kiemelkedési hálózat” (salience network) része: ez felelős a szomatikus (interoceptív), autonóm idegrendszeri és érzelmi információk detektálásáért, integrálásáért és kiszűréséért. A dorzolaterális prefrontális kéreg a végrehajtókontroll-hálózat része, amely kiválasztja és a munkamemóriában tartja a cselekvések előkészítéséért felelős információkat. Az, hogy funkcionális konnektivitásuk a magas hipnábilitásúaknál szignifikánsan erősebb, mint a kevésbé fogékonyaknál, összecseng azzal, hogy előbbiek a mindennapok során is hajlamosak arra, hogy intenzíven bevonódjanak az aktuális történésbe (az irreleváns ingereket pedig kirekesszék). Ez az eredmény arra is utal, hogy az erősen hipnábilisok központi idegrendszere jobban képes a figyelem, az érzelmek, a cselekvések és a szándékok integrációjára, ami indirekt módon az érzelmekre való figyelem, az érzelmek azonosítása és a viselkedéssel való integráció képességét – „lexitímiát” – is magába foglalja.

Mind az alexitímia, mind a hipnotikus fogékonyság pszichogenetikai háttere intenzív vizsgálat tárgya lett az elmúlt évtizedben. Úgy tűnik, hogy a két tulajdonság metszete itt a katekol-O-metiltranszferáz (COMT) nevű enzim genetikai meghatározottsága. A COMT lebontja a katekolaminerg neurotranszmittereket, így a dopamint, az adrenalint és a noradrenalint. Ennek megfelelően a frontális kéregben található COMT mennyisége fordított arányban van a dopaminerg aktivitással, így az érzelemfeldolgozással. A COMT-szintet meghatározó gén számos polimorfizmusa ismert, ezek közül az egyik legjelentősebb a valin (Val) és metionin (Met) aminosav-molekulák által meghatározott variáció (Székely és mtsai, 2010).

Ham és munkatársai (2005) 109 vizsgálati személyt a TAS-20 kérdőívvel vizsgáltak, majd genotipizálták őket a katekol-O-metiltranszferáz (COMT) gén Val¹⁰⁸/¹⁵⁸Met és 5-HTTLPR szekvenciák polimorfizmusára nézve. Megállapították, hogy a Val/Val genotípust hordozó személyek szignifikánsan nagyobb alexitímia-pontszámot kaptak, mint a Met/Met vagy Met/Val genotípusúak. Swart és munkatársai (2011) kutatásában ezzel ellentétes összefüggés mutatkozott: a Met/Met genotípusúak voltak a legkevésbé, míg a Val/Val genotípusúak a leginkább képesek érzelmeik verbalizálására, és ez a különbség volt jellemző a Bermond-Vorst Alexitímia Kérdőíven elért pontszámaikra is. Hermes, Hennig, Stingl, Leichenring és Leweke (2011) kutatásában pedig, amelyet 120 egészséges és 120 mentális beteg személlyel végeztek el, a Torontói Alexitímia Skála pontszáma és a Val¹⁵⁸-Met polimorfizmus között semmilyen összefüggés nem jelentkezett. Az eredmények tehát ellentmondásosak, de úgy tűnik, a COMT gén valint/metionint tartalmazó változatai és az alexitímia között van kapcsolat.

Ezt az asszociációt a COMT Val¹⁵⁸Met allélja és a hipnábilitás viszonyában is igazolták. Lichtenberg, Bachner-Melman, Ebstein és Crawford

(2004), valamint Raz (2005) kutatásában a heterozigóta Val/Met génavariációt szignifikánsan magasabb hipnabilitással járt együtt, mint akár a Val/Val, akár a Met/Met homozigóta variációk. Szekely és munkatársai (2010) azonban azt találták, hogy a Val/Val változathoz társult a legmagasabb hipnabilitás, a Val/Met és a Met/Met típus pedig rendre kisebb hipnotikus fogékonysággal járt. A szerzők ezt a különbséget annak tulajdonítják, hogy míg Lichtenberg és Raz vizsgálatában egyéni módszerrel (a Stanford Hipnotikus Szuszeptibilitási Skála C változatával – Weitzenhoffer és Hilgard, 1962) mérték a hipnabilitást, addig Szekely és munkatársai ennek a mérőeszköznek a csoportos változatát (a Waterloo-Stanford Hipnabilitási Csoportskálát – Bowers, 1998) alkalmazták. Lehetséges, hogy egyéni hipnózis helyzetben az optimális kognitív és affektív szabályozáshoz eltérő frontális dopaminszint szükséges, mint csoportos helyzetben, ami indokolná, hogy a két kontextusban más COMT-génavariáció asszociálódik a magas hipnabilitással.

Ezek a kutatások hipnabilitási szint szerint válogatatlan populációt vizsgáltak. Egy alternatív megközelítésben Presciuttini és munkatársai (2013) egy nagy mintából hasonló arányú, gyenge és erős fogékonyságú személy (valamint megegyező arányban válogatatlan hipnabilitású kontrollszemély), összesen 159 fő pszichogenetikai vizsgálatát végezte el. Ők nem találtak kapcsolatot a hipnabilitás és a katekol-O-metiltranszferáz gén Val¹⁵⁸Met allél polimorfizmusa között. Eredményeik értékét azonban korlátozza, hogy nem kognitív, hanem főleg motoros szuggesztiókat tartalmazó módszert (a Stanford Hipnotikus Szuszeptibilitási Skála A változatát) használták a hipnabilitás mérésére. Feltehető, hogy a hipnózis alatti dopaminerg aktivitás szintje inkább a hipnotikus szuggesztiók által befolyásolt kognitív-perceptuális tevékenység változásával van összefüggésben, nem pedig a hipnotizált személy motoros aktivitásával.

Bár a fent ismertetett pszichogenetikai eredmények mind az alexitímiára, mind a hipnabilitásra nézve ellentmondásosak, egyértelműen kirajzolódik, hogy a két konstruktum között a frontális dopaminerg aktivitás szabályozásának genetikai háttere is kapcsolatot teremt. A dopamin szerepet játszik a figyelem fenntartásában, a munkamemória működésében és nem utolsósorban az érzelemszabályozásban. A dopamin optimális szintje a prefrontális kéregben hozzájárulhat ahhoz, hogy a személy képes legyen elmerülni a hipnózis állapotában, illetve integrálni az aktuális érzelmi állapotának megfelelő pszichofiziológiai mintázatot és az ehhez társuló érzelmi megnevezéseket. Ezt az optimalizációs folyamatot a katekol-O-metiltranszferáz enzim gátló hatása befolyásolja, így lehet a COMT szintjének genetikai meghatározottsága a hipnabilitás és az alexitímia közös oki tényezője. Emellett „rugalmatlan” bal féltekei dominancia (alexitímiában)

és a féltekei túlsúly rugalmas áthelyezése (magasan hipnábilisoknál) jelzi, hogy a két személyiség-konstruktum a féltekei koherencia szempontjából ellentétesen működik.

7. Hipnózis és alexitímia

Szakirodalmi áttekintésünkben első megközelítésben az olvasható ki, hogy a nem alexitímiás személyeknél magasabb hipnotikus fogékonyságot jósolhatunk, mint az alexitímiásoknál; lehetséges azonban, hogy vannak az alexitímiás személyek között is olyanok, akik (pl. traumatikus emlékeik elhárítására alkalmazott) disszociatív készségeik miatt az erősen hipnábilisok közé tartoznak. Fordított összefüggést sugall az empátia vagy interperszonális érzékenység és a szociális szorongással való kapcsolat, a centrális oxitocin hatására az alexitímiában és a hipnózisban bekövetkező változás, valamint a két személyiség-konstruktum neurofiziológiai háttere. Nem egyértelmű azonban, hogy a disszociáció, a genetikai meghatározottság és a hipnotikus helyzet érzelmi színezetének feldolgozása milyen irányban befolyásolja a kapcsolatot.

A hipnotikus fogékonyság és az alexitímia összefüggéseinek vizsgálata, közös elméleti keretben való értelmezésük és az alexitímia hipnoterápiás megközelítése meglehetősen gyéren szerepel a szakirodalomban. Frankel, Apfel-Savitz, Nemiah és Sifneos (1977) megjegyzik, hogy a hipnotikus állapot eléréséhez szükség van egyrészt viszonylag erős képzeleti tevékenységre, másfelől arra a képességre, hogy a hipnotizált személy félretegye a formális logikát. Így tudja követni a hipnotikus szuggesztiókat, amelyek a mindennapi élethez és tudatállapothoz képest sokszor irracionálisnak tűnő élményeket váltanak ki. Ilyen, a szokásos logikának ellentmondó tapasztalat például, hogy a személy karja önmagától, minden tudatos erőfeszítés nélkül felemelkedik. Az alexitímia viszont gyenge képzeleti működéssel és a formális logikához való ragaszkodással jár. Ezért e szerzők azt vizsgálták, hogy az alexitímiás érzelemfeldolgozás hátráltatja-e a hipnotikus viselkedésformák megjelenését. Huszonhárom, szorongási zavarral küzdő pácienszt vizsgáltak, és megállapították, hogy míg az alexitímiás személyek 11%-a bizonyult erősen fogékonynak, addig a nem alexitímiás személyek között szignifikánsan többen (79%) kerültek a magas hipnabilitási övezetbe, ami alátámasztja hipotéziseiket. Figyelembe kell azonban vennünk, hogy a minta kis létszámú volt és pszichiátriai betegekből állt.

Schraa és Dirks (1981) hangsúlyozza, hogy Frankel és munkatársainak eredményei nem feltétlenül jelentik azt, hogy az alexitímiásoknál nem lehet hatékony a hipnoterápia. Bemutatják egy erősen alexitímiás nőbetegük

esetét, akit ismeretlen eredetű köhögésrohamok miatt utaltak terápiába. Ericksoni hipnoterápiás megközelítést alkalmazva hoztak létre hipnotikus transzállapotot a betegnél, akinek figyelmét testi folyamataira és egy külső ingerre (metronóm ketyegésére) összpontosították. Nem számoltak be arról, hogy a beteg alexitímiája változott-e a terápia során. James és Large (1990) elővizsgálata – amelyet krónikusfájdalom-szindrómás betegekkel végeztek – pedig kimutatta, hogy a magasabb alexitímiával jellemezhető betegpopulációban a hipnabilitás eloszlása jelentősen eltért az egészséges személyekétől.

Kérdés, hogy a hipnózis tudja-e módosítani az alexitímiát? Függetlenül az alexitímia mint személyiség-konstruktum vizsgálatától, sok bizonyítékunk van arra, hogy a hipnoterápia segít az érzelmek megközelítésében, azonosításában és módosításában (Alladin, 2008; Brann, Ibbotson, Owens, & Williamson, 2012), sőt megnevezésében is (Bányai, 2006). Közvetlenül a hipnoterápia feltételezett alexitímia-csökkentő hatását vizsgálta Gay, Hanin és Luminet (2008), akik 31 alexitímiás egyetemi hallgatót osztottak véletlenszerűen egy hipnotikus képzeleti képeket kapó és egy kontrollcsoportba. A terápiás csoport tagjai nyolc alkalmas egyéni tréningprogramon vettek részt, amely hipnotikus énerősítésből, traumafeloldásból, kognitív és érzelmi átkeretezésből állt. Mindkét csoport tagjainál a kezelés előtt és után is mérték az alexitímiát, a szorongást és a depressziót. A beavatkozást követően a kezelést kapó csoport tagjainak alexitímia-szintje szignifikánsan csökkent az kiindulási értékhez képest; ezt nem moderálta a két csoport tagjai közötti imaginatív készség, sem a hipnotikus intervenció szorongás- vagy depressziócsökkentő hatása. A kutatásban nem szerepelt a résztvevők hipnabilitásának vizsgálata: érdemes lenne hasonló elrendezésben alacsony, közepes és magas hipnotikus fogékonyságú személyek alexitímiájának változását is vizsgálni.

Az előbbi eredmény is sejteti, hogy a hipnoterápia indirekt módon javítja az érzelemfeldolgozást. Vajon adhatók direkt hipnotikus szuggesziók az alexitímia csökkentésére? Minden alexitímiásnál ugyanolyan terápiás eljárásokat kell alkalmazni? Ezekre a kérdésekre Gay és munkatársai (2008) terápiás hatásvizsgálata mellett egyelőre az oxitocinnal kapcsolatos, illetve elektrofiziológiai kutatásokból levonható következtetések alapján adhatunk csak spekulatív válaszokat. Mint bemutattuk, az oxitocin módosítja az alexitímiás feldolgozást és az alacsony hipnabilitást. Azonban feltehető, hogy maga a hipnotikus helyzet is lehetővé teszi – a résztvevők megfelelő összehangolódása esetén –, hogy mind a páciens(ek)ben, mind a hipnoterapeutában oxitocin szabaduljon fel, ami növelheti az interakciós harmóniát, a bizalmat, az érzelmekhez való jobb hozzáférést és azok mentalizációját. Ez a neuroendokrin hatás jelentős szerepet tölt be a társas

támogatás különböző formáiban (Uvnäs-Moberg, 1998), így talán a hipnoterápiában is (Bányai, 2008b).

A neuroendokrin út mellett azonban az agy működésében is markáns változásokat okoz a hipnoterápia. Bányai, Csépe és Mády (1995) vizsgálatában a mély hipnózisban lévő kísérleti személyek kakukktojás-paradigma szerinti verbális ingersorozatot kaptak. Kiderült, hogy mind az erős, mind a közepes mértékben hipnábilis személyek esetén az automatikus ingerfeldolgozás (eltérési negativitással mért) maximuma a jobb féltekei éber állapothoz képest a bal féltekébe helyeződött át. Ez arra utal, hogy hipnózisban a jobb féltekei érzelmi és szomatoszenzoros tudattartalmakhoz könnyebben kapcsolódik hozzá a bal féltekében keletkező verbális címke, azaz hipnózis hatására az addig nem megfogalmazható, nem kimondható érzelmek és testi érzésekhez szavak társulhatnak. Az információfeldolgozás maximuma nem csak az erősen, de a közepesen hipnábilisoknál is a bal féltekébe került, ha mély hipnózist éltek át.

A szerzők szerint ez azt bizonyítja, hogy az érzelmek hipnózis hatására bekövetkező „szavakba önthetősége” nem a hipnotikus fogékonyság függvénye. Értelmezhetjük ezt a folyamatot úgy is, mint az érzelmi állapotok mentalizációjának megjelenését. Mindezt a hipnoterapeutával való viselkedéses, kognitív és emocionális összehangolódás megerősíti, a terapeuta affirmatív és visszatükröző szuggesztiói serkenthetik (főleg, ha a folyamat a terápiás helyzetben, a különböző élethelyzetek és tudattartalmak hipnotikus feldolgozásában ismétlődően lezajlik). Mivel ebben a folyamatban a negatív tudattartalmak kognitív és érzelmi vonatkozásai integrálódnak, az alexitímiásokra jellemző principalizáló elhárítási folyamatok (Moormann és mtsai, 2006) leépülnek vagy érettebb elhárítási formák – például az elaboráció – jelennek meg helyettük. Így lehet a hipnózis az alexitímia enyhítésének, megszüntetésének hatásos eszköze.

Bár a klinikai és főleg szubklinikai szintű alexitímiások szorongással vesznek részt a társas helyzetekben (egyes kutatási eredmények szerint el is kerülnek azokat), nem tűnik lehetetlennek vagy feleslegesnek, hogy – ha más kontraindikáció nem áll fenn – hipnoterápiát alkalmazzunk náluk. Ismertettünk olyan eredményeket is, amelyek arra utalnak, hogy a hipnózis segíthet az érzelmekhez való hozzáférésben, azonosításukban és kifejezésükben. Ez a hatás összefügghet azzal, hogy a hipnózisban lévő személy jobban képes integrálni az agyféltekei információkat és egyeztetni az érzelmi arousalhoz kapcsolódó szomatoszenzoros információkat az érzelmek tudatos megélésével. Ez azonban nem függ össze a hipnotikus fogékonyság mértékével; a hipnózisnak ezt a jótékony hatását tehát valószínűleg az alacsony hipnabilitású páciensek is megtapasztalhatják. Ezért érdemes például a hipnózisban lévő alexitímiás betegnél gyakran rákérdezni arra,

hogy testében éppen mit él át, az érzést hova lokalizálja, az milyen érzelmi minőségekkel (és érzelmi valenciával) társul stb.

A potenciálisan alexitímiás személyeknél is alkalmazni lehet a Schraa és Dirks (1981) által javasolt módszert, vagyis a testi folyamataikra való odafigyelést, a szomatikus szenzációk megéretését. A terápiás szövetség kiépítése, a hipnoterápiával erősen mozgósítható pozitív érzelmi áttétel és viszontáttétel, az oxitocin hipnózis alatti felszabadulása is segíthet a páciensnek (újra)felfedezni az érzésekhez tartozó szavakat. A negatív tartalmak megfogalmazása, kimondása pedig lehetővé teszi pszichoterápiás feldolgozásukat, akár kognitív, akár dinamikus megközelítéssel vagy a hipnoterápia önálló modalitású alkalmazásával (Bányai, 2008b).

Különösen a pszichoszomatikus betegségek hipnoterápiájában lehet jótékony hatású alexitímia-csökkentő intervenciók alkalmazása. A fent említett eredmények mellett a PubMed, a ScienceDirect és a Google Scholar adatbázisokban végzett keresésünk (a *hypnosis*, *hypnotherapy*, *hypnotic*, *alexithym** kulcsszavak kombinációival) alapján még két olyan tanulmányt azonosítottunk, amelyben a hipnoterápia alexitímiára gyakorolt hatását említették. Érdekes módon mindkét tanulmány pszichodermatológiai témájú: az egyikben egy urticariában szenvedő, alexitímiás nőbeteg a hipnoterápia során megtanulta, hogyan fejezheti ki érzéseit (Suzuki, 2005), a másikban alopeciás betegeknek adott strukturált hipnoterápiás protokoll alexitímia-csökkentő hatásáról esik szó (Willemsen & Vanderlinden, 2008).

Ezek az eredmények is megerősítettek bennünket abban, hogy az alexitímia és a hipnabilitás további, kvantitatív vizsgálatára van szükség a két konstruktum pontos kapcsolatának feltárására. Az elméleti implikációk mellett ez azzal a gyakorlati haszonnal is járhat, hogy segít megtervezni az alexitímiás és nem alexitímiás, eltérő hipnabilitású betegeknél alkalmazandó hipnoterápiás intervenciókat. Lehetséges, hogy az alexitímiás érzelemfeldolgozás áthangolása a hipnotikus válaszkészség fokozódásával vagy a pszichoszomatikus tünetek csökkenésével is együtt jár. Ilyen klinikai vizsgálatok előtt azonban egészséges mintán volna célszerű a két konstruktum összefüggésének vizsgálata. A közelmúltban e céllal végzett kutatásunkat (Költő & Bányai, 2014) egy másik, előkészületben lévő tanulmányunkban részletesen bemutatjuk. Itt csak annyit jegyzünk meg, hogy a vizsgálati személyek viszonylag nagy mintájában nem az alexitímiás vagy nem alexitímiás személyeknél, hanem a szubklinikai alexitímia pontövezetébe tartozó személyeknél mértük a legalacsonyabb hipnabilitást. A két személyiségvonás kapcsolatát tehát a legjobban U alakú görbe írta le.

Ez az eredmény is azt sugallja, hogy a hipnózishoz több út vezet (Hilgard, 1979). Úgy tűnik, a nem alexitímiás személyek képesek intenzív érzelmi bevonódásra és az (elsődleges) disszociáció révén kerülnek hipnózisba. Az

alexitímiások ezzel szemben talán a helyzet strukturált jellege miatt képesek a hipnotikus szuggesztiók követésére. Úgy tűnik, a két véglet között elhelyezkedő szubklinikai alexitímia sávba tartozók azok, akiknek a legnagyobb szorongást okozza a hipnotikus helyzet. Ez viselkedéses gátlással jár, ami az alacsonyabb hipnabilitási pontszámokban tükröződik. Talán ők azok a személyek, akik a saját érzelmeikhez való nehezített hozzáférés miatt a legnagyobb társas szorongást élik át, viszont az alexitímiásokkal szemben nem tudják a hipnotizőrtől érkező kulcsingereket viselkedésük szabályozására felhasználni.

8. Megbeszélés

Írásunkban röviden bemutattuk a hipnotikus fogékonyságot és az alexitímiát, és amellet érveltünk, hogy a két személyiség-konstrukum között összetett kapcsolat áll fenn. A legtöbb közös mechanizmus, amelyet elemzésünkben azonosítottunk, valószínűleg ellentétesen hat, és arra utal, hogy általában az alexitímiás érzelmfeldolgozási mód alacsonyabb hipnotikus fogékonysággal jár. Ezt annak tulajdoníthatjuk, hogy a „lexitímiához”, vagyis a saját érzelmek optimális azonosításához és kifejezéséhez szükség van érzelmi állapotaink mentalizációjára, míg a hipnotikus állapot eléréséhez a hipnotizőr elvárásait és szuggesztióit, a hozzá fűződő érzelmeinket és a saját tudatosságunk pillanatnyi szintjét kell tudnunk mentalizálni. Ezek erős képzeleti bevonódást és empatikus készséget igényelnek. A kétfajta mentalizációs tevékenység között egy olyan, korai szocializációs folyamat teremt kapcsolatot, amelynek során gyermekként megtanultuk bevonódni a pillanatnyi történésekbe, majd megfigyelni, kiolvasni és értelmezni mind saját, mind mások állapotait, érzelmeit. Feltételezhető, hogy a meleg, szeretetteljes, empatikus légkörben felnevelt – és az érzelmek feldolgozásában gyakorlott – gyermek felnőttkorában jobban képes lesz az efféle mentalizációs tevékenységre, ami indirekt módon „lexitímiás” érzelmfeldolgozáshoz és erősebb hipnabilitáshoz vezet. A két konstrukum és az empátia, valamint a képzeleti bevonódás kapcsolatát vizsgáló eredmények megerősítik ezt a feltételezést.

Hipnabilitás és alexitímia között a disszociatív kapacitás is kapcsolatot teremt, bár úgy tűnik, ez a kapcsolat két irányba is hathat. A hipnotikus tudatállapot értelmezhető disszociáció eredményeként (Hilgard, 1986): minél inkább képes valaki megvalósítani ilyen disszociált tudati működést, annál fogékonyabb a hipnózisra. Az alexitímia pedig egyes eredmények szerint ugyancsak együtt jár fokozott disszociációval. Feltevésünk szerint azonban nem ugyanarról a disszociációról van szó alexitímiásoknál és

erősen hipnábilisoknál. Míg az alexitímiás személy valószínűleg elviselhetetlen, kezelhetetlen érzelmek elhárítására alkalmaz disszociatív stratégiákat, addig az erősen hipnábilis személynél „elsődleges”, a hipnotikus szuggesztiók átélését elősegítő, adaptív jellegű a disszociáció.

Neuroanatómiai, neurofiziológiai és pszichogenetikai kutatásokban is azonosítottuk az alexitímia és az (alacsony) hipnabilitás metszetét. Úgy tűnik, a corpus callosum alulműködése alexitímiás érzelmfeldolgozással jár együtt, ugyanakkor a két félteke közötti rugalmas és erőteljes információcsere az erősen hipnábilisok sajátja. Az érzelmfeldolgozásban és a tudatállapot disszociatív módosulásában az anterior cinguláris kéreg is szerepet játszik. A genetikai vizsgálatok pedig arra utalnak, hogy a dopaminerg aktivitást szabályozó katekol-O-metiltransferáz genetikai meghatározottsága mind az alexitímia, mind a hipnabilitás szintjével összefügg.

Az alexitímia és a hipnabilitás között U-alakú összefüggést (is) feltételezünk: talán míg a nem alexitímiás személyek a képzeleti bevonódás, az elsődleges disszociáció révén merülnek a hipnózisba, addig az alexitímiásoknak a hipnózis helyzet strukturáltsága, a hipnotizőr társalgási beszédaktusai és „iránymutató” (orientáló) szuggesztiói teszik lehetővé, hogy hipnotikus viselkedésformákat mutassanak. A szubklinikai szintű alexitímiások számára feltevésünk szerint mindkét folyamat nehezített.

Saját, egészséges személyeken elvégzett elővizsgálatunk eredményei arra utalnak, hogy az alexitímia alacsonyabb (viselkedéses) hipnabilitással és a hipnotikus társas helyzetben átélt magasabb szorongással társul – az utóbbi, terápiás kontextusban a viselkedés gátlásán keresztül tovább csökkentheti a hipnotikus válaszok megjelenését, ami megnehezítheti a klinikai és szubklinikai szintű alexitímiával jellemezhető személyek hipnotikus kapcsolatba vonását és azt, hogy átélhessék a gyógyító célú hipnoterápiás szuggesztiókat. Ez összhangban áll Friedlander és munkatársainak (1997) már említett megfigyelésével, mely szerint az alexitímiás személyek kevésbé találták élvezetesnek az autogén tréninget és kevésbé vonódtak be abba, mint a nem alexitímiás csoport.

Terjedelmi okokból nem volt mód arra, hogy a hipnabilitás és az alexitímia mérésének elméleti és gyakorlati vonatkozásait részletesen bemutassuk. Ugyancsak mellőztük a két tulajdonság és a mentalizáció közötti összefüggés részletes tárgyalását. Reményeink szerint a két tárgyalt konstrukció további együttes vizsgálata révén közelebb kerülhetünk annak megértéséhez, hogy a hipnoterápia hogyan hat az érzelmfeldolgozásra. Így lehetővé válik alexitímiások számára olyan célzott hipnotikus szuggesztiók kidolgozása, amelyek segítik őket az érzelmek azonosításában, átélésében és kifejezésében.

Irodalom

- Albu, M., Gergev, Gy., Kárpáti, J., & Tárnok, Zs. (2012). Vizsgálatok az Érzelmi Szociális Teszttel: normatív adatok. In: A. Vargha (szerk.), *A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlésének kivonatkötete* (302.) Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság
- Alladin, A. (2008). *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd
- Austin, J.L. (1962). *How to do things with words: The William James lectures delivered at Harvard University in 1955*. London, UK: Oxford University Press
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
- Bányai, É. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. In S.J. Lynn, & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (564–598). New York, London: Guilford Press
- Bányai, É. (2006). A hipnózis a kognitív és affektív idegtudomány fényében. In: G. Vértes (szerk.), *Hipnózis – hipnoterápia* (31–62). Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Bányai, É. (2008a). A hipnózis szociál-pszichobiológiai modellje. In: É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (379–446). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Bányai, É. (2008b). A hipnoterápia mint önálló pszichoterápiás modalitás. In: É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (543–558). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Bányai, É., Csépe, V., & Mády, K. (1995). *Is mismatch in physiology a sign of match in hypnosis? Event related potential and behavioral data*. Paper presented at the 2nd European Congress of Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy, München, Germany, 3–7 October, 1995
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251.
- Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56(4), 353–359.
- Bermond, B., Vorst, H.C., & Moormann, P.P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(3), 332–360.
- Bowers, K.S. (1992). Imagination and dissociation in hypnotic responding. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(4), 253–275.
- Bowers, K.S. (1998). Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form C: Manual and response booklet. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(3), 250–268.
- Bowins, B. (2004). Psychological defense mechanisms: A new perspective. *American Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 1–26.
- Brann, L., Ibbotson, G., Owens, J., & Williamson, A. (2012). The stages of therapy. In L. Brann, J. Owens, & A. Williamson (Eds.), *The handbook of contemporary clinical hypnosis: Theory and practice* (87–154). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd

- Bryant, R.A., & Hung, L. (2013). Oxytocin enhances social persuasion during hypnosis. *PLoS ONE*, 8(4), e60711.
- Bryant, R.A., Hung, L., Guastella, A.J., & Mitchell, P.B. (2012). Oxytocin as a moderator of hypnotizability. *Psychoneuroendocrinology*, 37(1), 162–166.
- Campos, A., Chiva, M., & Moreau, M. (2000). Alexithymia and mental imagery. *Personality and Individual Differences*, 29(5), 787–791.
- Cardena, E., Terhune, D.B., Löff, A., & Buratti, S. (2008). Hypnotic experience is related to emotional contagion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 33–46.
- Council, J.R. (1993). Context effects in personality research. *Current Directions in Psychological Science*, 2(2), 31–34.
- Czernecka, K., & Szymura, B. (2008). Alexithymia–imagination–creativity. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 445–450.
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K.S., Yıldırım, F.G., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry Research*, 209(2), 167–172.
- Damasio, A.R., Tranel, D., & Damasio, H. (1990). Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behavioural Brain Research*, 41(2), 81–94.
- De Pascalis, V. (1993). EEG spectral analysis during hypnotic induction, hypnotic dream and age regression. *International Journal of Psychophysiology*, 15(2), 153–166.
- DePrince, A.P., & Freyd, J.J. (2007). Trauma-induced dissociation. In M.J. Friedman, T.M. Keane, & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (135–150). New York, USA: Guilford Press
- Dienes, Z., & Perner, J. (2007). Executive control without conscious awareness: The cold control theory of hypnosis. In G.A. Jamieson (Ed.), *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective* (293–314). New York: Oxford University Press
- DiStefano, R.A., & Koven, N.S. (2012). Dysfunctional emotion processing may explain visual memory deficits in alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 611–615.
- Elzinga, B.M., Bermond, B., & van Dyck, R. (2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 104–111.
- Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press
- Frankel, F.H., Apfel-Savitz, R., Nemiah, J.C., & Sifneos, P.E. (1977). The relationship between hypnotizability and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1–4), 172–178.
- Friedlander, L., Lumley, M.A., Farchione, T., & Doyal, G. (1997). Testing the alexithymia hypothesis: Physiological and subjective responses during relaxation and stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 233–239.
- Gay, M.C., Hanin, D., & Luminet, O. (2008). Effectiveness of an hypnotic imagery intervention on reducing alexithymia. *Contemporary Hypnosis*, 25(1), 1–13.
- Gazzaniga, M., & LeDoux, J.E. (1978). *The integrated mind*. New York: Plenum
- Gósi-Greguss, A.C., Bányai, É., & Varga, K. (1996). Hypnotists' hypnotic susceptibility. Paper presented at Eurohypnosis '96, 7th European Congress of Hypnosis, Budapest, 17–23 August 1996.
- Grabe, H.J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänssicke, M., & Freyberger, H.J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 128–131.

- Green, J.P., & Lynn, S.J. (2011). Hypnotic responsiveness: Expectancy, attitudes, fantasy proneness, absorption, and gender. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 103–121.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845–850.
- Ham, B.J., Lee, M.S., Lee, Y.M., Kim, M.K., Choi, M.J., Oh, K.S., et al. (2005). Association between the catechol O-methyltransferase Val108/158Met polymorphism and alexithymia. *Neuropsychobiology*, 52(3), 151–154.
- Hargitai, R. (2003). Alexitímia, avagy az érzések érzésének képtelensége. In J. Kállai, & B. Kézdi (szerk.), *Új távlatok a klinikai pszichológiában* (181–199). Budapest: Új Mandátum Kiadó
- Hermes, S., Hennig, J., Stingl, M., Leichsenring, F., & Leweke, F. (2011). Keine Assoziation zwischen Alexithymie und dem Catechol-O-methyltransferase Val158Met-Polymorphismus. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57(1), 51–61.
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 451–456.
- Hilgard, J.R. (1979). *Personality and hypnosis: A study of imaginative involvement* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press
- Hilgard, E.R. (1986). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley
- Hilgard, E.R. (2008a). A hipnózis neodisszociációs elmélete. In É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (323–344). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Hilgard, E.R. (2008b). Hipnotikus életkor-regresszió. In É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (267–285). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Hoeft, F., Gabrieli, J.D., Whitfield-Gabrieli, S., Haas, B.W., Bammer, R., Menon, V., et al. (2012). Functional brain basis of hypnotizability. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1064–1072.
- Horton, J.E., Crawford, H.J., Harrington, G., & Downs, J.H. (2004). Increased anterior corpus callosum size associated positively with hypnotizability and the ability to control pain. *Brain*, 127(8), 1741–1747.
- Huber, M., Herholz, K., Habedank, B., Thiel, A., Muller-Kuppers, M., Ebel, H., et al. (2002). Differentere Muster regionaler Hirnaktivität nach emotionaler Stimulation bei alexithymen Patienten im Vergleich zu Normalpersonen: Eine positronenemissionstomografische (PET-)Studie mit ¹⁵O-H₂O und emotionaler Stimulierung durch autobiografische Erinnerung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 52(11), 469–478.
- Irwin, H.J., & Melbin-Helberg, E.B. (1997). Alexithymia and dissociative tendencies. *Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 159–166.
- James, F.R., & Large, R.G. (1990). Alexithymia and hypnotisability in the chronic pain syndrome. *Pain*, 41, S333.
- Jamieson, G.A., & Sheehan, P.W. (2004). An empirical test of Woody and Bowers' s dissociated-control theory of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(3), 232–249.
- Janet, P. (1889/1973). *L'automatisme psychologique*. Paris: Société Pierre Janet

- Karsai, Sz. (2009). Alexitímia vizsgálata narratívumokban. Szakdolgozat. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar
- Kihlstrom, J.F. (2012). Neuro-hypnotism: Prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*, 49(2), 365–374.
- Költő, A., & Bányai, É. (2008). *A szülői nevelés érzelmi színezete és a felnőttkori hipnotikus fogékonyság*. Poszter a Magyar Pszichológiai Társaság XVIII. Országos Nagygyűlésén, Nyíregyháza, 2008. május 22–24.
- Költő, A., & Bányai, É. (2014). *Hypnotizability and alexithymia: Preliminary findings*. Poszter a Magyar Pszichológiai Társaság XXIII. Országos Tudományos Nagygyűlésén, Marosvásárhely, 2014. június 15–17.
- Költő, A., Gósiné Greguss, A., Varga, K., & Bányai, É. (2010). *A korszak és a nem hatása a hipnabilitásra – ELTE 1975–2009*. Előadás a XXI. Magyar Hipnózis Találkozón, Dobogókő, 2010. május 7–9.
- Költő, A., Gósi-Greguss, A., Varga, K., & Bányai, É. (in press). Hungarian norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*
- Laird, J.D., & Bresler, C. (1992). The process of emotional experience: A self-perception theory. In M.S. Clark (Ed.), *Emotion: Review of personality and social psychology* (Vol. 13, 213–234). Thousand Oaks: Sage Publications
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster
- Lichtenberg, P., Bachner-Melman, R., Ebstein, R.P., & Crawford, H.J. (2004). Hypnotic susceptibility: Multidimensional relationships with Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire, COMT polymorphisms, absorption, and attentional characteristics. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 47–72.
- Ludwig, A.M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(2), 93–99.
- Luminet, O., Grynberg, D., Ruzette, N., & Mikolajczak, M. (2011). Personality-dependent effects of oxytocin: Greater social benefits for high alexithymia scorers. *Biological Psychology*, 87(3), 401–406.
- Lumley, M.A., & Bazydlo, R.A. (2000). The relationship of alexithymia characteristics to dreaming. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 561–567.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). The assessment of mentalization. In A. Bateman, & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (43–65). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Lynn, S.J., Kirsch, I., & Hallquist, M.N. (2008). Social cognitive theories of hypnosis. In M.R. Nash, & A.J. Barnier (Eds.), *The Oxford handbook of hypnosis: Theory, research and practice* (111–140). New York: Oxford University Press
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, UK: Psychology Press
- Meins, E., Harris-Waller, J., & Lloyd, A. (2008). Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45(2), 146–152.
- Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378–1382.
- Moormann, P.P., Brand, N., Behrendt, E., & Massink, J. (2006). A conceptualization of alexithymia and defense mechanisms in relation to lateral brain dominance. In F.J. Maarse, L.J.M. Mulder, A.N. Brand, & A.E. Akkerman (Eds.), (2006). *Clinical assessment, com-*

- puterized methods, and instrumentation* (66–84). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger B. V.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., et al. (2007). Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex*, *17*(9), 2223–2234.
- Nemiah, J.C., Freyberger, H., & Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, 430–439). London: Butterworths
- Nielsen, T., Levrier, K., & Montplaisir, J. (2011). Dreaming correlates of alexithymia among sleep-disordered patients. *Dreaming*, *21*(1), 16–31.
- Parker, J.D.A., Bauermann, T.M., & Smith, C.T. (2000). Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from rapid eye movement sleep awakenings. *Psychosomatic Medicine*, *62*(4), 486–491.
- Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, *8*(3), 162–166.
- Peter, B., Hagl, M., Bazijan, A., & Piesbergen, C. (2011). Hypnotic suggestibility and adult attachment. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, *28*(3), 171–186.
- Piccione, C., Hilgard, E.R., & Zimbardo, P.G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 289–295.
- Presciuttini, S., Gialluisi, A., Barbuti, S., Curcio, M., Scatena, F., Carli, G., et al. (2013). Hypnotizability and catechol-o-methyltransferase (COMT) polymorphisms in Italians. *Frontiers in Human Neuroscience*, *7*, Article 929.
- Rainville, P., & Price, D.D. (2008). A hipnózis élményvilága és a tudat neurobiológiája. In É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (217–240). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Raz, A. (2005). Attention and hypnosis: Neural substrates and genetic associations of two converging processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *53*(3), 237–258.
- Schraa, J.C., & Dirks, J.F. (1981). Hypnotic treatment of the alexithymic patient: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *23*(3), 207–210.
- Shor, R.E. (1962/2008). A hipnózis mélységének három dimenziója. In É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (203–216). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Shor, R.E., & Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *22*(2), 255–262.
- Swart, M., Bruggeman, R., Larøi, F., Alizadeh, B.Z., Kema, I., Kortekaas, R., et al. (2011). COMT Val158Met-polymorphism, verbalizing of emotion and activation of affective brain systems. *Neuroimage*, *55*(1), 338–344.
- Szekely, A., Kovács-Nagy, R., Bányai, É.I., Gósi-Greguss, A.C., Varga, K., Halmai, Z., et al. (2010). Association between hypnotizability and the catechol-O-methyltransferase (COMT) polymorphism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *58*(3), 301–315.
- Suzuki, T. (2005). Hypnotic imagery-therapy for a hives patient with alexithymic characteristics. *Contemporary Hypnosis*, *22*(2), 94–98.

- Taylor, G.J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experimental & Clinical Psychiatry*, 10(2), 61–74.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University Press
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences (“absorption”), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(3), 268–277.
- Uvnäs-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819–835.
- Van der Velde, J., Tol, M.J.V., Goerlich-Dobre, K.S., Gromann, P.M., Swart, M., de Haan, L., et al. (2014). Dissociable morphometric profiles of the affective and cognitive dimensions of alexithymia. *Cortex*, 54, 190–199.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 21–27.
- Varga, K. (2011). Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinæ*, 21(12), 779–784.
- Varga, K., & Kekecs, Z. (2014). Oxytocin and cortisol in the hypnotic interaction. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 111–128.
- Vorst, H., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413–434.
- Wagstaff, G.F. (2008). Engedelmesség, hiedelem és szemantika hipnózisban: egy „nemálapot” – szociokognitív megközelítés. In É. Bányai, & L. Benczúr (szerk.), *A hipnózis és a hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény* (345–378). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Weitzenhoffer, A.M., & Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Weitzenhoffer, A.M., & Hilgard, E.R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Wickramasekera, I.E., & Szlyk, J.P. (2003). Could empathy be a predictor of hypnotic ability? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(4), 390–399.
- Willemsen, R., & Vanderlinden, J. (2008). Hypnotic approaches for alopecia areata. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 318–333.
- Wise, T.N., Mann, L.S., & Sheridan, M.J. (2000). Relationship between alexithymia, dissociation and personality in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 123–127.
- Zelinka, V., Cojan, Y., & Deseilles, M. (2014). Hypnosis, attachment, and oxytocin: An integrative perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 29–49.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12–16.

Szerzői munkamegosztás

Költő András gyűjtötte össze és elemezte a tanulmányban szereplő szakirodalmi anyagot. Ő szövegezte meg a kéziratot. Bányai Éva közreműködött a szakirodalom összegyűjtésében és a tanulmány megszövegezésében.

Érdeküközés

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeküközések.

The relationship between alexithymia and hypnotic susceptibility: A review of the literature

KÖLTŐ, ANDRÁS – BÁNYAI, ÉVA

Theoretical background: Many clinical observations and empirical findings indicate that hypnotic susceptibility and alexithymia have common mechanisms, of which some are convergent while others are divergent. Despite this, just a few publications were found in the literature addressing directly the connection of these two personality constructs. It seems that dissociative tendency, fantasy proneness, empathy, and ability to identify other people's emotions are essential to alexithymia and hypnotizability. These features, except dissociation, are elements of a broader category, ability for mentalization. Neuroanatomical, neurophysiological and psychogenetic evidence give support to that low hypnotic responsiveness and alexithymia have overlapping correlates in the neuroendocrine and the central nervous system. *Aim:* To identify the commonalities between hypnotic susceptibility and alexithymia. *Method:* A narrative review and analysis of the relevant publications in the literature. *Results:* Hypnotic responsiveness and alexithymia are both related to dissociation. High hypnotizability is associated to stronger, while low hypnotizability to weaker imaginative involvement and activity. It seems that high hypnotizables/"lexithymics" (non-alexithymics) are better in identifying and responding to their own emotions or to that of other people compared to low hypnotizables/alexithymics. Behind the two personality constructs we identified overlapping, mostly antagonistic neuroendocrine, neurophysiological and psychogenetic mechanisms. *Conclusions:* Based on the findings in the literature we hypothesize that hypnotizability and alexithymia are related phenomena, but their relationship is not linear. We assume that they are connected through the ability for mentalization and proneness for secondary, defensive dissociation. Mapping of their connection needs further empirical examination. Understanding the relationship between alexithymia and hypnotizability may enhance the effectiveness of hypnotherapeutic interventions for patients with mental or psychosomatic conditions.

Keywords: hypnosis, hypnotizability, alexithymia, hypnotherapy, mentalization