

Aleksytymia u pacjenta chorującego na łuszczycę i depresję

Sense of alexithymia in a patient with psoriasis and depression

Ewa Ogłodek¹, Luiza Marek², Aleksander Araszkiwicz¹, Waldemar Placek², Danuta Moś³

¹Katedra i Klinika Psychiatrii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiwicz

²Katedra i Klinika Dermatologii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Waldemar Placek

³indywidualna praktyka lekarska

Przegl Dermatol 2009, 96, 363–366

SŁOWA KLUCZOWE:

depresja, łuszczycyca,
aleksytymia, stres.

KEY WORDS:

depression, psoriasis, sense of
alexithymia, stress.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr med. Ewa Ogłodek
Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera
Uniwersytetu Mikołaja
Kopernika w Toruniu
ul. Kurpińskiego 19
85-094 Bydgoszcz
e-mail: maxeve@interia.pl

STRESZCZENIE

Wprowadzenie. Aleksytymia jest terminem zaproponowanym i użytym po raz pierwszy przez Sifenosa do opisywania zaburzeń psychicznych w sferze ekspresji oraz odczuwania uczuć u pacjentów z różnymi chorobami przewlekłymi, w tym z zaburzeniami psychosomatycznymi. Ograniczone zdolności osoby z łuszczycą i aleksytymią do kognitywnego przeżywania swoich emocji prowadzą zarówno do skupiania się na doznaniach somatycznych towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu, jak i do kompulsywnej słabo kontrolowanej reakcji na negatywną stymulację. Aleksytymia traktowana jest jako swoista cecha osobowości chorych, która wraz z innymi czynnikami osobowościowymi usposabia do występowania różnych chorób psychicznych, w tym schorzeń psychosomatycznych.

Cel pracy. Prezentacja przypadku chorego z łuszczycą i depresją, wykazującego cechy aleksytymii.

Opis przypadku. Chory, lat 45, z 20-letnim wywiadem łuszczycowym był hospitalizowany po raz 7. w Klinice Dermatologii z powodu rozległych zmian odpowiadających łuszczycy plackowatej. Pacjent skarżył się na ból i świąd skóry oraz niepokój psychoruchowy, trudności w zasypianiu i obniżenie nastroju. Konsultujący psychiatrę, opierając się na klasyfikacji chorób psychicznych DSM-IV, rozpoznał depresję. Do pomiaru cech aleksytymii użyto skróconej wersji skali *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), charakteryzującej się wysoką mocą dyskryminacyjną, wewnętrzną spójnością i dobrą rzetelnością. Analiza wyników uzyskanych w tym badaniu wykazała największy udział czynnika „niezdolność do różnicowania między emocjami i odczuciami cielesnymi” w porównaniu z innymi badanymi czynnikami.

Wnioski. Aleksytymia może być skutkiem długotrwałego stresu związanego z zachorowaniem na łuszczycę i depresję.

ABSTRACT

Introduction. Sense of alexithymia is a term first proposed by Sifenos to describe disorders in the sphere of expression and perception of the patient's feelings. Limited abilities of a patient with psoriasis and sense of alexithymia to experience emotions cognitively lead instead to concentration on somatic sensations. This is accompanied by emotional excitement and by poorly controlled compulsive reactions

to negative stimulation. Sense of alexithymia in patients with depression and psoriasis is regarded as a personality trait, which, in combination with other features, predisposes to occurrence of emotional disturbances.

Objective. Evaluation the sense of alexithymia in a male patient with psoriasis and depression.

Case report. A 45-year-old male patient with a 20-year history of psoriasis was 7 times hospitalized in the Department of Dermatology due to typical, very extensive plaque psoriasis. The patient reported many psychological complaints. Psychiatric examination, based on the DSM-IV classification of psychiatric disorders, enabled depression to be diagnosed. Evaluation of sense of alexithymia was performed by a shortened version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and revealed the highest value of the factor "difficulty in communicating one's emotions to others".

Conclusions. Sense of alexithymia may be a result of long-term stress which, in turn, may be provoked by psoriasis and depression.

WPROWADZENIE

Łuszczyca jest jedną z przewlekłych chorób skóry, powodującą ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. Niekorzystnym dla pozycji społecznej pacjenta jest funkcjonowanie stereotypu tego schorzenia jako potencjalnie zakaźnego i spowodowanego brakiem higieny. Negatywne zachowania i reakcje innych ludzi są dla osób chorych na łuszczycę źródłem dodatkowego stresu o charakterze psychospołecznym [1]. Czasami sama antycypacja odrzucających postaw innych ludzi staje się dla chorych powodem lęku i wycofania. Przekonania te mogą stać się z czasem podstawą wrogich zachowań wobec chorych, dlatego pacjenci dermatologiczni są niezrędko obiektem stygmatyzacji i odrzucenia społecznego. Może to powodować pojawienie się u chorych specyficznego zaburzenia w procesie regulacji emocji, zwanego aleksytymią [2]. Objawia się ono trudnościami w identyfikowaniu i werbalizowaniu emocji, trudnościami w różnicowaniu emocji i towarzyszącego im fizjologicznego pobudzenia oraz zaburzeniem operacyjnego myślenia. Aleksytymia traktowana jest również jako cecha osobowości, która wraz z innymi czynnikami środowiskowymi usposabia do nasilenia istniejących chorób somatycznych, takich jak łuszczyca, a także może przyczynić się do pojawienia się zaburzeń psychicznych, np. depresji [3]. Powstało wiele różnych metod oceny aleksytymii. Obecnie najszerzej stosowanym i najlepiej przebadanym narzędziem jest skala *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20) [4].

CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja przypadku chorego z łuszczycą i depresją, wykazującego cechy aleksytymii.

OPIS PRZYPADKU

Pacjent, 45-letni, chorujący na łuszczycę plackowatą od 20 lat, z powodu której w chwili badania był po raz 7. hospitalizowany w Klinice Dermatologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy. Zmiany skórne miały charakter typowy – ogniska w kształcie monet (pieniążkowate), o różnej wielkości, na tułowiu łączące się tak, że zajęte obszary razem przypominały wyglądem mapę. Zmiany łuszczycowe znajdowały się także w okolicy łędźwiowo-krzyżowej, na kolanach, łokciach, owłosionej skórze głowy oraz na dłoniach i podeszwach. Chory zgłaszał ból i świąd skóry, niepokój psychoruchowy, trudności w zasypianiu. Skarżył się na obniżenie nastroju, uczucie braku energii nasilające się od około 8 miesięcy. Mówił o trudnej sytuacji w pracy, gdy inni zauważali jego zmiany skórne na odsłoniętych częściach ciała. Praca pacjenta wymagała od niego kontaktu z klientem – podawania ręki, przekazywania długopisu do podpisania faktury, wydawania reszty pieniędzy. Chory zgłaszał również trudności w relacjach z żoną i unikanie współżycia seksualnego. Żona była zmęczona ciągłym smarowaniem się chorego i powiedziała mu, że „już nie chce spać z mumią”.

Pacjent został skonsultowany psychiatrycznie przez lekarza z Kliniki Psychiatrii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, który – używając do klinicznej oceny

stanu psychicznego klasyfikacji chorób psychicznych DSM-IV – stwierdził następujące objawy: obniżenie napaędu i nastroju, myśli rezygnacyjne, apatię, anhedonię, zmniejszenie łaknienia, skrócenie snu, zmniejszenie efektywności snu, wczesne budzenie się rano, senność w ciągu dnia i zmniejszenie libido. Nasilenie objawów według klasyfikacji DSM-IV odpowiadało dużej depresji. Pacjentowi włączono psychiatryczne leczenie farmakologiczne – sertralinę 100 mg/dobę, doksepinę 100 mg/dobę, mianserynę 60 mg/dobę – i po 4 tygodniach uzyskano poprawę stanu psychicznego w zakresie wyrównania napaędu i nastroju, ustąpienia myśli rezygnacyjnych oraz poprawy snu i łaknienia.

Po 4 tygodniach leczenia farmakologicznego za pomocą *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20) oceniono cechy aleksytymii: trudności w identyfikowaniu uczuć i różnicowaniu uczuć od doznań cielesnych (TIU), trudności w komunikowaniu uczuć innym (TOU) oraz operacyjny styl myślenia (OSM). Analiza wyników skali TAS-20 wykazała największy udział czynnika „trudności w identyfikowaniu uczuć i różnicowaniu uczuć od doznań cielesnych”.

OMÓWIENIE

Choroba, zwłaszcza przewlekła, może być traktowana jako źródło stresu z uwagi na to, że stanowi naruszenie równowagi między jednostką a otoczeniem. Zostają wtedy przekroczone zasoby adaptacyjne organizmu, choroba staje się zagrożeniem [5]. Przegląd piśmiennictwa sugeruje, że naruszenie równowagi między organizmem pacjenta a otoczeniem w związku z pojawieniem się choroby przewlekłej dotyczy zaspokajania potrzeb, pełnienia funkcji społecznych, ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, wzbudzania silnych stanów emocjonalnych, zagrożenia statusu materialnego i przeżywania cierpienia [6–8].

Łuszczycza staje się źródłem stresu w wyniku zakłócenia lub utrudnienia możliwości realizowania potrzeb życiowych. Czynniki przyczyniającymi się do powstawania stresu może być obiektywny stan zdrowia, zaburzenie funkcjonowania pacjenta chorego na łuszczycę spowodowane dolegliwościami w postaci świądu, bólu i/lub pieczenia skóry [9, 10]. Zaburzenie funkcjonowania pacjenta chorego na łuszczycę w społeczeństwie może objawiać się stopniowym wycofywaniem z kontaktów interpersonalnych. Stan taki niekiedy przyczynia się do pojawienia się zaburzeń adaptacyjnych, które mogą mieć obraz depresji. Na zachorowanie na depresję narażeni są szczególnie pacjenci cierpiący na choroby przewlekłe oraz mający trudności w wyrażaniu uczuć, a także identyfikacji swoich uczuć i doznań cielesnych [11, 12].

Badany pacjent w skali TAS-20 wykazywał głównie „trudności w identyfikowaniu uczuć i różnicowaniu uczuć od doznań cielesnych”. Jest to cecha aleksytymii, która może prowadzić do uruchamiania mechanizmów radzenia sobie z emocjami, wtedy, gdy nie jest to wcale konieczne. Skutkiem tego może być powstanie wtórnie obniżonego nastroju, pogłębienie cech depresji lub uruchomienie nawrotu zaleczonej fazy depresyjnej.

Zachorowanie na łuszczycę narusza również biologiczne potrzeby człowieka, takie jak potrzebę snu, aktywności fizycznej, utrzymania czystości i higieny, wygody oraz unikania bólu. W zależności od stopnia nasilenia choroby, czasu jej trwania chorzy mogą doświadczać trudności bądź niemożności w samodzielnym realizowaniu którejś z wielu potrzeb [13, 14]. Wiąże się to dodatkowo z częstymi pobytami w szpitalu lub uciążliwością samego leczenia – ciągłego stosowania maści, częstej potrzeby zmiany bielizny osobistej i pościelowej, bardzo szybko ulegających zniszczeniu pod wpływem stosowania różnych preparatów do leczenia dermatologicznego [15]. Ważną potrzebą, na którą łuszczycza wywiera wpływ, jest bezpieczeństwo. Chorzy na łuszczycę mogą odczuwać utrudnienie w realizacji ról społecznych, choroba może wpływać na obniżenie poczucia własnej wartości. Przyczynia się do tego również poczucie zajmowania pozycji osoby chorej, poczucie zależności od osób zajmujących się chorym [16].

Osoby chorujące na łuszczycę z wysokim poziomem aleksytymii prezentują pewne charakterystyczne cechy, takie jak emocjonalna bladeść, wyrażanie siebie głównie przez działania i zachowania niewerbalne, dystans interpersonalny, ograniczone zarówno zdolności wyobrazeniowe, jak i zaburzony wgląd w świat swoich emocji. W aleksytymii emocje zostają optymalnie wykorzystane, pełnią funkcję swoistego sygnału w całościowej ocenie swojej sytuacji chorobowej. Zablockowane zostają wtórnie do emocji procesy poznawcze, w efekcie czego pacjent nie potrafi się zdystansować od „uciążliwości” swojej choroby. Ostatecznie emocje stają się niezrozumiałe i stłumione, a mogą zacząć dominować inne zaburzenia psychiczne, takie jak: zaburzenia depresyjne, lękowe, konwersyjne i dysocjacyjne [17].

Według niektórych autorów osoby z łuszczycą mogą mieć problem z nawiązaniem relacji z partnerem życiowym czy zawarciem małżeństwa [18]. Zdaniem innych autorów rola chorego na łuszczycę w rodzinie i szerszym społeczeństwie traktowana jest jako stan niepożądany, więc oczekuje się od chorego, że będzie starał się chorobę zlikwidować poprzez leczenie [19]. Nawrotowość łuszczycy może być postrzegana przez innych jako stan, któremu winien jest wyłącznie sam pacjent, gdyż nie chce się leczyć. W związku z czym czasami zostaje ukarany

za to, że „nie leczy łuszczycy”, może np. stracić pracę, gdyż pracodawca nie chce już dłużej tolerować uwag klientów, którzy nie chcą być obsługiwani przez kogoś, kto „ma zakażenie skóry”. Ze względu na stan niepełnosprawności spowodowany łuszczycą współistniejącą z zaburzeniami aleksytymicznymi czy depresyjnymi, osoba taka staje się wyłączona ze społeczeństwa. Pogłębia to jeszcze bardziej jej własne przekonanie o ciężkości choroby oraz generuje myślenie depresyjne. Dla chorego wyłączenie z pełnionych funkcji społecznych, np. zawodowych, może stanowić znaczące naruszenie jego równowagi życiowej i obniżenie pozycji społecznej [20].

Konieczność przystosowania się do zmienionej przez chorobę sytuacji społecznej związanej z zachorowaniem na chorobę przewlekłą, jaką jest łuszczycą, pociąga za sobą analizowanie uznawanych wartości życiowych, a być może zmianę celów życiowych. Osoby mające nasilone cechy aleksytymii mogą mieć problem w samodzielny przewarstwieniu swojej sytuacji życiowej. Pomocna jest wtedy psychoterapia, gdyż może ona uchronić pacjenta przed powstaniem zaburzeń psychicznych, takich jak duża depresja. Psychoterapia może również pomóc pacjentom chorującym na łuszczycę i depresję zminimalizować częstość nawrotów kolejnych epizodów depresyjnych oraz wydłużyć czas remisji depresji.

WNIOSKI

- 1) Aleksytymia może być skutkiem długotrwałego stresu związanego z zachorowaniem na łuszczycę i depresję.
- 2) W leczeniu pacjentów chorujących na łuszczycę istotną staje się współpraca dermatologów i psychiatrów. Może ona przyczynić się do zmiany postaw wobec chorych na łuszczycę, a samym chorym pomóc w radzeniu sobie z własną chorobą i jej psychospołecznymi konsekwencjami.

Piśmiennictwo

1. Schneider G., Hockmann J., Ständer S., Luger T.A., Heuft G.: Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case-control study. *Br J Dermatol* 2006, 154, 61-66.
2. Willemsen R., Roseeuw D., Vanderlinden J.: Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008, 47, 903-910.
3. Masmoudi J., Maalej I., Masmoudi A., Rached H., Rebai A., Turki H. i inni: Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale* 2009, 35, 10-17.
4. Richards H.L., Fortune D.G., Griffiths C.E., Main C.J.: Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005, 58, 89-96.
5. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J.: Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol* 2002, 41, 157-174.
6. Shimamoto Y., Shimamoto H.: Annular pustular psoriasis associated with affective psychosis. *Cutis* 1990, 45, 439-442.
7. Talarowska M., Florkowski A., Gałeczki P., Wysokiński A., Zboralski K.: Cognitive functions and depression. *Psychiatr Pol* 2009, 43, 31-40.
8. Conrad R., Geiser F., Haidl G., Hutmacher M., Liedtke R., Wermter F.: Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J EADV* 2008, 22, 1062-1069.
9. Zachariae R., Zachariae C.O., Lei U., Pedersen A.F.: Affective and sensory dimensions of pruritus severity: associations with psychological symptoms and quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 2008, 88, 121-127.
10. Consoli S.M., Rolhion S., Martin C., Ruel K., Cambazard F., Pellet J. i inni: Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis. *Dermatology* 2006, 212, 128-136.
11. Taner E., Coşar B., Burhanoglu S., Calikoğlu E., Onder M., Arikan Z.: Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol* 2007, 46, 1118-1124.
12. Van Voorhees A.S., Fried R.: Depression and quality of life in psoriasis. *Postgrad Med* 2009, 121, 154-161.
13. Poot F.: Psychological consequences of chronic hair diseases. *Rev Med Brux* 2004, 25, 286-288.
14. Richards H.L., Fortune D.G., Chong S.L., Mason D.L., Sweeney S.K., Main C.J. i inni: Divergent beliefs about psoriasis are associated with increased psychological distress. *J Invest Dermatol* 2004, 123, 49-56.
15. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J.: Targeting cognitive-behaviour therapy to patients' implicit model of psoriasis: results from a patient preference controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2004, 43, 65-82.
16. Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S., Gaetano P., Baliva G., Melchi C.F. i inni: Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *J Psychosom Res* 2003, 55, 189-196.
17. Allegranti I., Gon T., Magaton-Rizzi G., Aguglia E.: Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol (Stockh)*, 1994 (suppl) 186, 146-147.
18. Vidoni D., Campiutti E., D'Aronco R., De Vanna M., Aguglia E.: Psoriasis and alexithymia. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1989, 146, 91-92.
19. Filaković P., Biljan D., Petek A.: Depression in dermatology: an integrative perspective. *Psychiatr Danub* 2008, 20, 419-425.
20. Bouguéon K., Misery L.: Depression and psoriasis. *Ann Dermatol Venereol* 2008, 135 (suppl 4), 254-258.

Otrzymano: 28 VIII 2009 r.

Zaakceptowano: 23 IX 2009 r.