



Łysienie plackowate jako przejaw nieświadomionej traumy: opis przypadku

Alopecia areata as a manifestation of unconscious trauma: a case report

EWA WOJTYNA, MAŁGORZATA DOSIAK

Z Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest wykazanie istotnego znaczenia somatycznych i behawioralnych przejawów urazu psychicznego w procesie diagnostycznym i w planowaniu dalszej terapii.

Przypadek. Opis dotyczy przypadku samookaleczającej się kobiety, chorującej na łysienie plackowate, hospitalizowanej z powodu zaburzeń depresyjnych z towarzyszącymi tendencjami suicydalnymi.

Komentarz. Łysienie plackowate może być somatycznym przejawem autoagresji, a analiza jego przebiegu stanowi cenne źródło informacji w procesie diagnostycznym. Weryfikacja psychicznego podłoża schorzenia dermatologicznego pozwala na włączenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego, umożliwiające uzyskanie remisji objawów somatycznych.

SUMMARY

Objective. To indicate the importance of somatic and behavioural symptoms of a psychological trauma for the diagnostic process and further treatment planning.

Case. A case is reported of a self-injuring woman, suffering from alopecia areata, hospitalized for depressive disorders with associated suicidal tendencies.

Commentary. Alopecia areata may be a somatic manifestation of self-aggression. An analysis of the course of alopecia areata is a source of information valuable in the diagnostic process. Verification of a psychological background to the dermatological condition allows to introduce an appropriate treatment leading to a remission of somatic symptoms.

Słowa kluczowe: łysienie plackowate / wczesnodziecięcy uraz psychiczny / samouszkodzenia / dysocjacja / przemoc / opis przypadku

Key words: alopecia areata / early childhood trauma / self-injury / dissociation / abuse / case report

Łysienie plackowate (*alopecia areata*) objawia się przejściowymi lub trwałymi ogniskami łysienia, różnej wielkości i kształtu, w obrębie których skóra pozostaje niezmieniona. Etiologia tego schorzenia jest złożona – wskazuje się na podłoże autoimmunologiczne, hormonalne, genetyczne oraz psychosomatyczne [1]. Ze względu na specyfikę schorzenia, wiele uwagi poświęca się także zależności somatopsychicznej. Wielu pacjentów z łysieniem plackowatym cierpi na poważne zaburzenia psychiczne [2], zwłaszcza dotyczy to zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości oraz zaburzeń nastroju [3]. Są doniesienia, iż ważnym czynnikiem pojawiania się łysienia plackowatego może być nieświadomy gniew [4, 5].

Ze względu na trudności metodologiczne nie wykazano jednoznacznie, by czynniki psychologiczne miały istotnie znaczącą rolę w wywoływaniu lub ustępowaniu epizodów łysienia plackowatego. Podobnie rozbieżne wyniki uzyskano analizując wpływ stresujących wydarzeń życiowych poprzedzających łysienie [6, 7, 8]. W większości badań analizowano zdarzenia z okresów kilku miesięcy poprzedzających rzut choroby.

OPIS PRZYPADKU

28-letnia pacjentka została hospitalizowana w oddziale psychiatrycznym w styczniu 2005 r. z powodu nasilonych tendencji suicydalnych. Wcześniej – przez kilka miesięcy

– była leczona w trybie ambulatoryjnym z powodu zaburzeń depresyjnych nawracających. Od 7 roku życia pacjentka pozostawała pod opieką kliniki dermatologii z powodu łysienia plackowatego. W jej rodzinie nie występowały dotąd przypadki tego schorzenia, ani przypadki innych chorób dziedzicznych. Wykluczono także podłoże autoimmunologiczne i hormonalne łysienia. Pomimo systematycznego leczenia, nie uzyskano u pacjentki zadowalających wyników, a krótkie okresy odrastania włosów nie pozostawały w związku z terapią dermatologiczną.

Pacjentka jest najmłodszym dzieckiem z czwórki rodzeństwa, pochodzi z rodziny z nasilonym problemem alkoholowym – oboje rodzice od kilkadziesiąt lat nadużywają alkoholu. Często dochodziło do aktów przemocy, zwłaszcza ze strony ojca względem matki. W trakcie tych aktów padały oskarżenia o rozwiązłość seksualną matki, a także wielokrotnie pacjentka słyszała opinie ojca na swój temat, że „jest taka sama, jak jej matka”. Pacjentka – jako małe dziecko – często była zabierana przez matkę na libacje alkoholowe, odbywające się w melinach i trwające kilka dni.

Pacjentka ma wykształcenie wyższe, do chwili hospitalizacji nie pracowała. Od kilku lat pozostaje w stałym związku homoseksualnym. Do psychiatry udała się na prośbę swojej partnerki życiowej.

Po kilku tygodniach od hospitalizacji, po nawiązaniu głębszej relacji, udało się uzyskać wiele dodatkowych informacji. Szczegółowy wywiad ujawnił kilkanaście prób

samobójczych (m.in. zatrucie lekami, podcinanie żył) oraz bardzo liczne zachowania autoagresywne i parasuicydalne. Zachowania te zaczęły pojawiać się w 12 roku życia pacjentki. Pomiędzy 15 a 17 rokiem życia występowały objawy bulimii. Do 27 r. ż. pacjentka nigdy nie była konsultowana psychiatrycznie ani psychologicznie. Wszystkie próby samobójcze oraz samookaleczenia pozostawały niezauważone przez rodzinę.

U pacjentki zdarzają się epizody znacznego pobudzenia emocjonalnego z towarzyszącym silnym lękiem. Opisując te momenty, pacjentka używała słów: „tak jakby TO działa się teraz znowu i znowu”, nie potrafiła jednak sprecyzować znaczenia słowa „to”.

Bardziej wnikliwy wywiad ujawnił występowanie sztynnych zabaw o tematyce seksualnej od ok. 5 roku życia pacjentki. Zachowania te dotyczyły zarówno relacji z rówieśnikami jak i zabaw lalkami. U pacjentki ponadto często mają miejsce sny o tematyce i symbolice seksualnej. Realistyczne sny zawsze dotyczyły stosunków heteroseksualnych.

Wśród wielu dysfunkcyjnych założeń, jakie wykształciły się u pacjentki, warto zwrócić uwagę na dwa: „na miłość ojca trzeba sobie zasłużyć” i „lepiej ukarać się wcześniej, by złagodzić gniew ojca”. Założenia te mają swoje źródło w obawie przed wyrzuceniem z domu (bo nie wiadomo, kto jest ojcem pacjentki) oraz w przekonaniu, iż za wszystkie domowe kłótnie odpowiedzialna jest pacjentka. Taki sposób myślenia podtrzymuje w tym przypadku zachowania autoagresywne.

Dokładne przeanalizowanie nasilenia poszczególnych objawów – zarówno somatycznych, jak i psychicznych – oraz zachowań autoagresywnych, połączone z równoczesną analizą relacji rodzinnych, pozwoliło na kilka interesujących spostrzeżeń (rys. 1). Nasilenie poszczególnych objawów pacjentka oceniała w skali 0–10.

Okresy największego nasilenia łysienia plackowatego pokrywają się z nasileniem zachowań samouszkodzających oraz z okresami zacieśniania się więzi z ojcem i najczęściej pojawiają się tuż po okresach, w których pacjentka czuła się bardziej atrakcyjna. Odrastanie włosów i spadek nasilenia autoagresji przypada z kolei na okresy, w których pacjentka była oddalona – zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie – od rodziny generacyjnej, zwłaszcza od ojca. Pierw-

szy epizod niemal całkowitej remisji łysienia przypadł na moment wyprowadzenia się z domu rodzinnego i zamieszkania z partnerką.

KOMENTARZ

Przyglądając się bliżej objawom psychicznym, somatycznym i przejawianym zachowaniom pacjentki, warto odszukać obszar, który objąłby swoim zasięgiem całość obrazu klinicznego. Wydaje się, iż takim obszarem jest zagadnienie przeżyć traumatycznych. Sztynne zabawy o tematyce seksualnej są charakterystyczne dla dzieci wykorzystywanych seksualnie lub będących świadkami takich aktów [9].

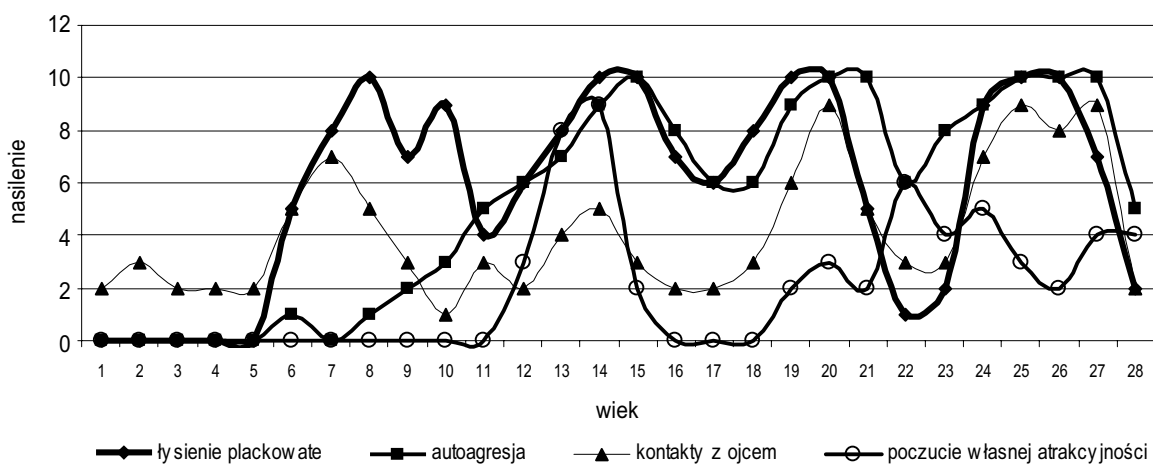
Istnieją także doniesienia, wskazujące na znaczący wpływ traumy (najczęściej na tle seksualnym) na rozwijanie się zaburzeń odżywiania, zwłaszcza bulimii [10].

Problem autoagresji w kontekście urazu psychicznego jest bardzo często dyskutowany w literaturze. Samookaleczenia mogą pełnić funkcję adaptacyjną i rozwijają się w odpowiedzi na trudną sytuację jednostki. Do najczęstszych takich sytuacji należy wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczna oraz doświadczenie szeroko rozumianej straty [11, 12].

U pacjentki samookaleczenia wielokrotnie pozwalały zredukować napięcie związane z lękiem i złością. W swojej rodzinie nie mogła otwarcie wyrażać swoich uczuć, bez narażania się na przemoc – kobieta opisywała te sytuacje następująco: „u mnie w domu lepiej było siedzieć cicho i się pociąć”.

W środowisku zdominowanym przez przemoc, często jedynym sposobem zaznaczenia własnej autonomii może być uszkodzanie własnego ciała. Autoagresja pozwala zatem zaspokoić tę potrzebę („ciągle ktoś mnie kontroluje i dalej pozwalam się zdominować”).

Pacjentka wielokrotnie podkreślała dystans do swego otoczenia, swoje znieczulenie psychiczne i „brak uczuć”. Ten rodzaj dysocjacji utrzymywał się u niej od dzieciństwa, nawet pod nieobecność stresorów. Zadawanie sobie bólu często było dla niej formą zacieśnienia kontaktu z rzeczywistością („tylko, kiedy boli, jest prawdziwie”). Dysocjacja często bywa adaptacyjną odpowiedzią na traumatyczną



Rysunek 1. Nasilenie objawów i zachowań w ciągu życia pacjentki

sytuację, taką jak wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, w której osoba odczuwa psychiczne zagrożenie [13].

Samookaleczenie daje także możliwość zaopiekowania się własnym ciałem. U osób pozbawionych rodzicielskiej czułości – takich jak opisywana pacjentka – tendencje te mogą być szczególnie silnie zaznaczone.

Autoagresja może być także formą zademonstrowania własnej krzywdy i ponownego przeżywania dawnych urazów, które muszą być na co dzień skrywane („jakby jakiś demon siedział w środku i czasem domagał się wypuszczenia”).

Ze względu na poczucie własnej niższości, zła i zepsucia, jakie wykształciły się pod wpływem wypowiedzi rodziców u pacjentki, zachowania samookaleczające pełniły u niej także funkcję karania się („te blizny i tak są za małe”). Pozwalały także – zgodnie z przedstawionymi wyżej dysfunkcyjnymi założeniami i przekonaniami – unikać konsekwencji w postaci gniewu ojca.

Uwzględniając całość obrazu klinicznego, można wysnuć wniosek o nieświadomionym traumatycznym podłożu zachowań samouszkodzających. Analizując poszczególne objawy i zachowania można przypuszczać, iż decydujące zdarzenia miały miejsce przed 5 rokiem życia pacjentki.

Somatyzacja wydaje się łatwiejsza niż mówienie czy zadawanie sobie bólu w sytuacjach zbyt wielkiego bólu emocjonalnego, szczególnie wtedy, gdy otwarte mówienie o swoich odczuciach wiąże się z odrzuceniem i karą ze strony osób znaczących.

Skóra pełni szczególną rolę psychologiczną – symbolicznie reprezentuje granicę pomiędzy Ja i nie-Ja. Dla osób, które doświadczyły przemocy fizycznej lub zaniedbań emocjonalnych samodzielne dostarczanie sobie mocnych wrażeń ze strony skóry – w aktach samookaleczeń – pozwala przypomnieć te granice [11, 14]. Łysienie stało się także u pacjentki rodzajem mechanizmu adaptacyjnego, pozwalającego obniżyć własną atrakcyjność i tym samym uniknąć konsekwencji w postaci przemocy – fizycznej i psychicznej.

Ze względu na brak związku pomiędzy przebiegiem łysienia a stosowanym leczeniem dermatologicznym, przy wykluczonym podłożu autoimmunologicznym i hormonalnym, można stwierdzić, iż w tym przypadku choroba ma podłożo psychosomatyczne. U opisywanej kobiety łysienie plackowate jest zaburzeniem somatyzacyjnym, rodzajem autoagresji, będącej wynikiem nieświadomionej traumy we wczesnym dzieciństwie.

Ustalenie charakteru podłoża obserwowanych u pacjentki objawów psychicznych i somatycznych pozwoliło na opracowanie dalszego programu terapeutycznego ze szczególnym uwzględnieniem pracy z traumą. W wyniku podjętej psychoterapii zaobserwowano znaczące zmniejszenie się nasilenia zachowań autoagresywnych i stopniowe odrastanie włosów.

PIŚMIENNICTWO

1. Jabłońska S, Chorzeński T. Choroby skóry. Warszawa: PZWL; 2002.
2. Greenberg SI. Alopecia areata: a psychiatric survey. Arch Dermatol 1995; 72: 454–7.
3. Ruiz-Dobaldo S, Carrizosa A, Garcia-Hernandez MJ. Alopecia areata: psychiatric comorbidity and adjustment to illness. Int J Dermatol 2003; 42: 434–7.
4. Koblenzer CS. Psychotherapy for intractable inflammatory dermatoses. J Am Acad Dermatol 1995; 32 (4): 609–12.
5. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist – psychoanalyst’s viewpoint. Arch Dermatol 1983; 119 (6): 501–12.
6. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN. Stress and alopecia areata: a psychodermatologic study. Actas Derm Venereol 1997; 77: 296–8.
7. Van der Steen P, Boezeman J, Duller P, Happel R. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? Actas Derm Venereol 1992; 72: 279–80.
8. Güleç AT, Tanriverdi N, Dürü Ç, Saray Y, Akçali C. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. Int J Dermatol 2004; 43: 352–6.
9. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. Warszawa: PZWL; 2000.
10. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. Int J Eat Disord 1999; 25 (2): 159–67.
11. Babiker G, Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: GWP; 2003.
12. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. Hosp Community Psychiatry 1993; 44 (2): 134–40.
13. Sutton J. Understanding dissociation and its relationship to self-injury and childhood trauma. Couns Psychother J 2004; 15: 24–7.
14. Pines D. Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. Int J Psychoanal 1980; 61: 315–22.

Adres: Dr Ewa Wojtyła, Oddział Psychiatryczny Szpitala Miejskiego, ul. Lipa 2, 41-703 Ruda Śląska, tel. (32) 3440757, e-mail: evoy@poczta.onet.pl