

Depresja w przebiegu zespołu Tourette’a

Depression in Tourette Syndrome

Agnieszka Małek¹, Paulina Golińska²

¹ Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku,
Zakład Pedagogiki Kultury Fizycznej

² Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Summary

Aim. The aim of the study is to show relationship between severity of depressive symptoms and the severity of tics, declared feeling of stigmatization and feelings about the body.

Method. The study included 13 people with Tourette syndrome and 13 people in a comparative group – matching method, taking into account compatibility of gender, age, number of years of education, and size of the place of residence. The study used: Polish adaptation of the Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS), Questionnaire for Measuring Depression (Kwestionariusz do Pomiaru Depresji – KPD), Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ), Questionnaire of feelings about the body.

Results. Wilcoxon signed-rank test analysis showed that the declared general depression rate is significantly higher in the group of people with Tourette syndrome ($Z = -2.691$; $p < 0.01$). The indicator differentiating the declared feeling of stigmatization among people with TS was the feeling of embarrassment due to other people’s stare/the stare of bystanders (ZG) ($Z = -1.888$; $p < 0.05$). The general assessment of one’s body image is not different in the group of people with TS and comparative group, but two important factors have been distinguished: “My body is alien to me” ($Z = -1.897$; $p < 0.05$), “It is difficult for me to understand changes in my body” ($Z = 1.950$; $p < 0.05$).

Conclusions It is concluded that the severity of tics, the feeling of stigmatization and selected body image indexes are related to both the general severity of symptoms of depression and its individual indicators.

Słowa kluczowe: zespół Tourette’a, depresja, stres psychologiczny

Key words: Tourette Syndrome, depression, psychological stress

Wstęp

Zespół Tourette'a (Tourette Syndrome – TS) to zaburzenie neurorozwojowe charakteryzujące się współwystępującymi tikami motorycznymi wraz z minimum jednym tikiem wokalnym, pojawiającymi się kilka razy dziennie lub okresowo przez minimum rok od wystąpienia pierwszego epizodu choroby [1]. Szacuje się, że schorzenie dotyka około 1% populacji [2]. Choć TS dotychczas był uznawany za chorobę rzadką, badania epidemiologiczne wykazują, że obecnie częstość zachorowań wynosi przeciętnie 7 na 1000 uczniów [3]. Zgodnie z danymi pochodzącymi z przeprowadzonych w 2000 roku badań przesiewowych na zespół Tourette'a cierpieć może od 0,43 do 3,8% polskich uczniów [4]. Znacząco częściej choroba dotyka mężczyzn, stosunek M:K szacowany jest na około 4:1 [5]. Wciąż brakuje jednoznacznej teorii wyjaśniającej patomechanizm choroby. Za najbardziej prawdopodobną uznaje się hipotezę o odziedziczonym zaburzeniu funkcjonowania w obrębie jąder podstawy oraz pętli korowo-prążkowiowo-wzgórzowej [6].

U 90% osób z TS stwierdza się inne zaburzenia współwystępujące, do których należą: zaburzenia uwagi, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD), zaburzenia kontroli impulsów (ICD), zachowania samookaleczające (SIB), zaburzenia snu, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zaburzenia lękowe, a także depresja [2, 7, 8].

Dane dotyczące częstości współwystępowania zespołu Tourette'a z zaburzeniami afektywnymi różnią się znacząco, w zależności od przyjętej metodologii badania. Zarówno wśród dzieci, jak i wśród osób dorosłych chorych na TS ryzyko zachorowania na depresję jest znacznie wyższe niż u osób z populacji ogólnej [5, 9]. Badania nad współwystępowaniem genetycznych mechanizmów TS i depresji nie przyniosły jednoznacznych rezultatów. Jedną z przyczyn częstszego niż w populacji ogólnej występowania depresji u pacjentów z TS mogą być skutki uboczne farmakoterapii – przede wszystkim często stosowanych w celu redukcji tików neuroleptyków: haloperidolu, pimozydu, tiaprydu, sulpirydu czy aripiprazolu [5]. Ponadto wśród możliwych wyjaśnień zwiększonego ryzyka zachorowania na depresję szczególnie prawdopodobne wydaje się to, które jako przyczynę tego zjawiska wskazuje wykluczający oraz stygmatyzujący charakter zaburzenia, jakim jest zespół Tourette'a [10]. Osoby chore są narażone na różnego typu stresory psychologiczne: izolację społeczną, odrzucenie przez rówieśników oraz bycie ofiarą przemocy, co może prowadzić do obniżenia ich samooceny [11]. Osoby z zespołem Tourette'a deklarują niższą jakość życia, co prawdopodobnie jest następstwem wszystkich wyżej wymienionych aspektów towarzyszących chorobie [12]. Nasilenie symptomów depresji może także wiązać się z liczbą, częstością, nasileniem i złożonością tików [9].

Zespół Tourette'a jest chorobą przewlekłą, cechującą się zmiennym nasileniem, intensywnością oraz różnorodnością ruchów mimowolnych oraz wokalizacji, co może znacząco przyczyniać się do nasilenia negatywnych reakcji i emocji towarzyszących chorobie, w konsekwencji prowadząc do zaburzeń depresyjnych [13]. Ponadto obniżenie nastroju może wiązać się ze stwierdzanymi u osób z TS deficy-

tami umiejętności samoregulacji emocjonalnej [14]. Zaburzenia depresyjne mogą występować z przebiegiem jednego objawu dominującego, głównie irytacji, która prawdopodobnie jest jednym z przejawów zaburzeń kontroli impulsów [15]. Brak kontroli nad własnym ciałem (lub jej ograniczenie) może skutkować dysatisfakcją z własnej cielesności, zaburzenia obrazu ciała zaś mogą się przyczyniać do rozwoju zaburzeń afektywnych [16].

Wykazano, że współwystępowanie zaburzeń afektywnych z zespołem Tourette'a predysponuje do odbycia hospitalizacji psychiatrycznej [17]. Zarówno u dzieci, jak i u dorosłych trudności emocjonalne wiążą się z pogorszeniem jakości życia związanej ze zdrowiem [12, 18, 19]. Ponadto stwierdzono, że zaburzenia depresyjne mogą moderować związek pomiędzy nasileniem tików a utrudnionym funkcjonowaniem u osób z przewlekłą chorobą tikową [20].

Cel badania

Celem badania była analiza związków między nasileniem objawów depresji a nasileniem tików, deklarowanym poczuciem stygmatyzacji oraz uczuciami wobec ciała. Ze względu na brak lub niejednoznaczność stanowisk prezentowanych w badaniach naukowych, dotyczących korelatów między wskazanymi zmiennymi, badania własne miały charakter eksploracyjny. Sformułowano następujące pytanie badawcze: Czy istnieją – a jeśli tak, to jakie i jak silne – związki pomiędzy badanymi zmiennymi?

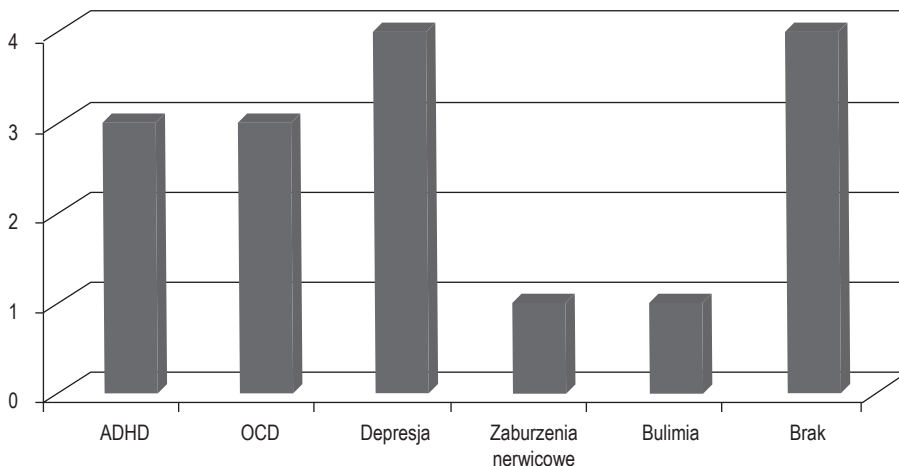
Material

Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Etyki Uniwersytetu Gdańskiego. Wszyscy uczestnicy zostali zapoznani z celem badania i wyrazili zgodę na udział w projekcie.

Do badania zakwalifikowano osoby z zespołem Tourette'a na podstawie diagnozy postawionej przez lekarza neurologa według kryteriów DSM-5. W badaniu lekarskim wykluczono inne zaburzenia neurologiczne. W projekcie wzięło udział trzynaścioro chorych – trzy kobiety oraz dziesięciu mężczyzn. W wypadku osób niepełnoletnich o zgodę na udział w badaniu proszono zarówno osoby badane, jak i opiekunów prawnych. Średni wiek osób z grupy klinicznej wyniósł 23 lata ($SD = 7,5$), w tym dwie osoby w chwili badania były niepełnoletnie (17 lat). Średni czas trwania choroby to 15,85 roku ($SD = 8,67$).

Przeprowadzono ustrukturyzowany wywiad psychologiczny, podczas którego osoby badane deklarowały liczbę i rodzaj chorób współwystępujących. Kilkoro zgłosiło występowanie więcej niż jednego schorzenia. Częstość deklaracji dotyczących współwystępowania poszczególnych chorób przedstawia rycina 1.

Osoby badane poproszono też o informacje odnośnie leków stosowanych (obecnie lub w przeszłości) w celu redukcji tików i/lub na zaburzenia współwystępujące. Osiem osób z grupy klinicznej przyjmowało leki w momencie przeprowadzania badania (haloperidol, sulpiryd, pimozyd, arypiprazol lub ziprasidone), trzy osoby przyjmowały



Rycina 1. Choroby współwystępujące z TS w grupie klinicznej

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi; OCD (Obsessive Compulsive Disorder) – zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

leki w przeszłości (rysperydon, klonidyna, haloperidol, sulpiryd), dwoje badanych zaś zadeklarowało, że nigdy nie stosowało terapii farmakologicznej. Należy wskazać, że głównym celem podawania wymienionych leków osobom z grupy klinicznej była redukcja tików, jednakże mają one zarazem szerokie zastosowanie w terapii zaburzeń współwystępujących, m.in. ADHD, OCD i zaburzeń lękowych.

Spośród osób biorących udział w badaniu cztery uczestniczyły w przeszłości w indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej, dwie korzystały z doraźnej pomocy psychologicznej; pozostałe osoby nigdy nie brały udziału w żadnej formie terapii.

Procedura wyłonienia osób do grupy porównawczej obejmowała metodę doboru wiązanego, uwzględniającego zgodność płci, wieku, liczby lat nauki oraz wielkości miejsca zamieszkania. Dane z ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego pozwoliły wykluczyć choroby psychiczne i neurologiczne wśród osób z grupy porównawczej, żadna z nich nie zadeklarowała również przyjmowania leków na stałe.

Metoda

W badaniu wykorzystano polską adaptację Globalnej Skali Nasilenia Tików (Yale Global Tic Severity Scale – YGTSS) [21], opracowaną przez Stefanoffa i Wolańczyka [22]. YGTSS składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera listę prostych i złożonych tików motorycznych oraz wokalnych występujących u pacjenta w okresie ostatniego tygodnia. Część druga służy ocenie liczby, częstości, nasilenia oraz złożoności tików, a także ogólnego upośledzenia codziennego funkcjonowania; druga część kwestionariusza zawiera osobne podskale dla tików ruchowych oraz

wokalnych. Odpowiedzi są punktowane na skali od 0 do 5. Łącznie w Globalnej Skali Nasilenia Tików można uzyskać 100 punktów. Interpretując YGTSS, należy przyjąć, że im większy wynik punktowy uzyskany w badaniu, tym większe nasilenie zaburzeń tikowych, co przekłada się na codzienne funkcjonowanie chorego. Kwestionariusz charakteryzuje się dobrą rzetelnością, wartość alfa Cronbacha wynosi od 0,69 do 0,75.

Do oceny nasilenia objawów depresyjnych wykorzystano deklaracyjny Kwestionariusz do Pomiaru Depresji (KPD) autorstwa Łojek, Stańczak i Wójcik [23]. Kwestionariusz składa się z 75 stwierdzeń, do których należy się ustosunkować, zaznaczając odpowiedzi na 4-stopniowej skali. Na wynik ogólny składa się 5 odrębnych skal: deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE), myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA), poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL), objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ), samoregulacja (SR). Narzędzie cechują bardzo dobre właściwości psychometryczne – α -Cronbacha wynosi od 0,60 do 0,97 w wypadku kobiet oraz od 0,87 do 0,93 dla mężczyzn.

Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji (Perceived Stigmatization Questionnaire – PSQ) stanowi polską adaptację narzędzia [24] stworzonego przez Lawrence'a i wsp. [25]. Kwestionariusz składa się z 21 twierdzeń złożonych z trzech podskal, takich jak: Brak Przyjaznych Zachowań (BPZ), Zakłopotanie/Gapienie się (ZG) oraz Wrogie Zachowanie (WZ). Wynik ogólny mierzy subiektywne poczucie stygmatyzacji. Odpowiedzi oceniane są na 5-punktowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza „nigdy”, natomiast 5 – „zawsze”. Kwestionariusz charakteryzuje się wysoką rzetelnością – alfa Cronbacha wynosi 0,93.

Użyty w badaniu Kwestionariusz uczuć wobec ciała to narzędzie skonstruowane przez Tomkiewicza [26]. Pytania dotyczą akceptacji biologicznych zmian zachodzących w ciele dorastającego człowieka, a zawarte w kwestionariuszu stwierdzenia opisują uczucia wobec własnego ciała. Analiza spójności wewnętrznej testu, przeprowadzona za pomocą metody alfa Cronbacha, na wszystkich pozycjach skali wykazała wartość alfa równą 0,89, co świadczy o wysokiej rzetelności narzędzia.

Wyniki

Analizę wyników przeprowadzono w programie SPSS Statistics 24. W celu porównania funkcjonowania grupy klinicznej i porównawczej przeprowadzono nieparametryczny test Wilcozona – ze względu na brak rozkładu danych o charakterze normalnym (tab. 1–3). Do wyodrębnienia korelatów deklarowanych objawów depresyjnych wykorzystano analizę korelacji r-Spearmana (tab. 4).

Tabela 1. Objawy depresji w grupie osób z zespołem Tourette'a oraz w grupie porównawczej

		Grupa kliniczna		Grupa porównawcza		W	Z	p
		M	SD	M	SD			
Objawy depresji (KPD)	Ogółem	124,00	32,24	82,38	15,06	7	-2,691	0,01**
	DPUE	41,92	11,18	28,15	4,65	6	-2,762	0,01**
	MSPA	26,85	8,52	17,92	4,11	7	-2,510	0,01**
	PWNL	34,15	9,04	22,38	5,01	7	-2,261	0,01**
	OPSZ	21,31	7,54	13,92	3,57	12	-2,350	0,05*
	SR	39,92	6,34	44,38	4,72	24	-1,504	0,13

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

KPD – Kwestionariusz Poczucia Depresji; DPUE – deficyty poznawcze i utrata energii; MSPA – myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja; PWNL – poczucie winy i napięcie lękowe; OPSZ – objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań; SR – samoregulacja

Analiza z użyciem testu znaków rangowych Wilcozona wykazała, że deklarowany ogólny stopień depresji jest istotnie wyższy w grupie osób z zespołem Tourette'a ($Z = -2,691$; $p < 0,01$). U osób z TS istotnie częściej występują deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE) ($Z = -2,762$; $p < 0,01$) oraz myślenie o śmierci, pesymizm i poczucie alienacji (MSPA) ($Z = -2,510$; $p < 0,01$). Badani z zespołem Tourette'a deklarują istotnie wysoki poziom poczucia winy oraz napięcia lękowego (PWNL) ($Z = -2,261$; $p < 0,01$). Ponadto wykazują spadek zainteresowań oraz znaczące nasilenie objawów psychosomatycznych (OPSZ) ($Z = -2,350$; $p < 0,05$). Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą kliniczną a porównawczą w zakresie umiejętności samoregulacji (SR).

Tabela 2. Poczucie stygmatyzacji w grupie osób z zespołem Tourette'a oraz w grupie porównawczej

		Grupa kliniczna		Grupa porównawcza		W	Z	p
		M	SD	M	SD			
Poczucie stygmatyzacji (PSQ)	Ogółem	2,02	0,40	1,79	0,23	19,50	-1,533	0,13
	BPZ	2,35	0,46	2,33	0,45	45	-0,035	0,97
	ZG	2,05	0,69	1,59	0,38	18,50	-1,888	0,05*
	WZ	1,52	0,46	1,26	0,31	21	-1,429	0,15

* $p < 0,05$

PSQ – Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji; BPZ – Brak Przyjaznych Zachowań; ZG – Zakłopotanie/Gapienie się; WZ – Wrogie Zachowanie

Ogólna ocena poczucia stygmatyzacji nie różni się istotnie w grupie chorych oraz w grupie porównawczej. Istotnym wskaźnikiem różnicującym deklarowane poczucie stygmatyzacji wśród osób z TS jest odczuwanie zakłopotania z powodu wzroku in-

nych/gapienie się osób postronnych (ZG) ($Z = -1,888$; $p < 0,05$). Pozostałe podskale: wrogie zachowania oraz brak zachowań nie okazały się różnicujące.

Tabela 3. **Obraz ciała w grupie osób z zespołem Tourette'a oraz w grupie porównawczej**

	Grupa kliniczna		Grupa porównawcza		W	Z	p
	M	SD	M	SD			
Ogółem	37,00	5,81	41,42	4,56	22,5	-1,609	0,11
Moje ciało mnie cieszy	2,54	1,33	2,54	0,97	30	-,273	0,79
Moje ciało jest mi obce	4,23	1,17	4,85	0,38	3,5	-1,897	0,05*
Moje ciało mnie pociąga	3,23	1,36	3,08	1,04	25	-,262	0,79
Moje ciało mnie przeraża	4,08	1,04	4,39	0,87	10	-,686	0,49
Lubię swoje ciało	2,31	1,25	1,85	0,99	16,5	-,720	0,47
Obawiam się, czy moje ciało będzie mi się podobało za kilka lat	2,85	1,57	4,00	1,15	11	-1,702	0,09
Moje ciało jest mi bliskie	1,92	1,12	2,00	1,41	30	-,271	0,79
Nie cierpię swojego ciała	4,23	1,24	4,77	0,60	4,5	-1,276	0,20
Trudno mi zrozumieć zmiany zachodzące w moim ciele	3,77	1,24	4,77	0,60	11,5	-1,950	0,05*
Moje ciało mnie niepokoi	3,92	1,26	4,69	0,63	4	-1,715	0,09
Moje ciało mnie zawstydza	3,85	1,41	4,54	0,66	14	-1,412	0,16

* $p < 0,05$

Ogólna ocena własnego obrazu ciała nie różni się istotnie w grupie osób z TS oraz w grupie porównawczej. Wyodrębniono dwa czynniki różnicujące: „Moje ciało jest mi obce” ($Z = -1,897$; $p < 0,05$) oraz „Trudno mi zrozumieć zmiany zachodzące w moim ciele” ($Z = -1,950$; $p < 0,05$).

Tabela 4. **Związek między nasileniem objawów depresji a nasileniem tików, poczuciem stygmatyzacji i obrazem ciała**

	Ogółem	DPUE	MSPA	PWNL	OPSZ	SR
Nasilenie tików (YGTSS)	0,81**	0,72**	0,75**	0,65**	0,59*	n.s.
Poczucie stygmatyzacji (PSQ) – ogółem	0,63*	0,57*	0,74*	n.s.	0,73**	n.s.
BPZ	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,57*	n.s.
ZG	0,72**	0,71**	0,64*	n.s.	0,79**	n.s.
WZ	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Uczucia wobec ciała – ogółem	0,64*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,59*
Moje ciało mnie cieszy	n.s.	n.s.	n.s.	0,66*	n.s.	n.s.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Moje ciało jest mi obce	-0,75**	-0,56*	-0,75**	-0,74**	n.s.	0,64*
Moje ciało mnie pociąga	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Moje ciało mnie przeraża	-0,71**	n.s.	-0,63*	-0,72**	n.s.	n.s.
Lubię swoje ciało	n.s.	n.s.	n.s.	0,61*	n.s.	n.s.
Obawiam się, czy moje ciało będzie mi się podobało za kilka lat	n.s.	n.s.	n.s.	-0,56*	n.s.	n.s.
Moje ciało jest mi bliskie	n.s.	n.s.	n.s.	0,63*	n.s.	n.s.
Nie cierpię swojego ciała	-0,57*	n.s.	-0,57*	-0,74**	n.s.	n.s.
Trudno mi zrozumieć zmiany zachodzące w moim ciele	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,73**
Moje ciało mnie niepokoi	-0,59*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,58*
Moje ciało mnie zawstydza	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

YGTSS – Yale Global Tic Severity Scale; PSQ – Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji; BPZ – Brak Przyjaznych Zachowań; ZG – Zakłopotanie/Gapienie się; WZ – Wrogie Zachowanie; DPUE – deficyty poznawcze i utrata energii; MSPA – myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja; PWNL – poczucie winy i napięcie lękowe; OPSZ – objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań; SR – samoregulacja; n.s. – nieistotne statystycznie

Przedstawione rezultaty wskazują na umiarkowane bądź wysokie współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem tików a wybranymi wskaźnikami obrazu ciała, nasileniem objawów depresyjnych oraz poczuciem stygmatyzacji. Przeprowadzona analiza statystyczna współczynnika rho Spearmana wykazuje, że wraz z nasileniem intensywności tików oraz deklarowanym przez chorych wpływem tików na upośledzenie ich codziennego funkcjonowania znacznie nasilają się ogólne symptomy depresji ($r = 0,81$; $p < 0,01$), deficyty poznawcze i spadek energii (DPUE) ($r = 0,57$; $p < 0,01$), myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA) ($r = 0,74$; $p < 0,01$), poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL) ($r = 0,74$; $p < 0,01$) oraz objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ) ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Im wyższy ogólny poziom depresji, tym większa tendencja do opisu swojego ciała w kategoriach negatywnych: „Moje ciało jest mi obce” ($r = -0,75$; $p < 0,01$), „Moje ciało mnie przeraża” ($r = -0,71$; $p < 0,01$), „Nie cierpię swojego ciała” ($r = -0,57$; $p < 0,05$), „Moje ciało mnie niepokoi” ($r = -0,59$; $p < 0,05$).

Omówienie wyników

Na podstawie uzyskanych rezultatów stwierdza się, że stopień nasilenia tików, poczucie stygmatyzacji oraz wybrane wskaźniki obrazu ciała pozostają w związku zarówno z ogólnym nasileniem objawów depresji, jak i z jej poszczególnymi wskaźnikami. Osoby z zespołem Tourette’a deklarowały istotnie wyższy poziom depresji w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, co jest spójne z wynikami uzyskanymi

w innych badaniach [27]. Zastosowana metoda badawcza pozwoliła nie tylko oszacować ogólny poziom depresji, ale także jej poszczególnych wskaźników. Chorzy deklarują spadek aktywności oraz utratę energii, co wiąże się z ogólną apatią. U badanych pojawiają się deficyty w zakresie funkcjonowania poznawczego oraz problemy ze zdrowiem o charakterze psychosomatycznym. Trudności w zakresie zdolności intelektualnych mogą być wtórne do występujących zaburzeń afektywnych.

Wyniki badań dotyczące zdolności kognitywnych są niespójne [28–30]. Wykazano, że osoby z TS mają trudności w zakresie umiejętności wzrokowo-przestrzennych oraz uzyskują gorsze wyniki w teście fluencji słownej, który bada zdolność tworzenia strategii przeszukiwania zasobów pamięciowych.

Organizacja działania jest jednym z aspektów funkcji wykonawczych, czyli zdolności inicjowania, hamowania oraz kontroli przebiegu działania [31]. Chorzy z zespołem Tourette'a mogą mieć trudności z wygaszaniem reakcji, co prawdopodobnie wiąże się z zaburzeniami w obrębie obwodów czołowo-prądkowiowych. Ten sam mechanizm może przyczyniać się do wzrostu ryzyka wystąpienia innych zaburzeń współwystępujących, takich jak zaburzenia obsesyjno-kompulsywne [30, 32]. Należy jednak uwzględnić, że zaburzenia depresyjne (zwłaszcza tzw. duża depresja) mogą znacząco wpływać na funkcjonowanie poznawcze osób z TS. Depresja może obniżyć funkcjonowanie w zakresie szeroko rozumianych funkcji wykonawczych, koncentracji uwagi oraz szybkości motorycznej, a więc sferach, które uznaje się za najczęściej zaburzone w przebiegu TS [33]. Chorzy istotnie częściej myślą o śmierci, co wiąże się z pesymizmem, czyli negatywistyczną oceną bieżących sytuacji i ich skutków. Deklarują poczucie alienacji, prawdopodobnie ze względu na stygmatyzujący charakter zaburzenia, jakim jest TS [34].

Osoby z zespołem Tourette'a mogą mieć trudności z nawiązywaniem kontaktów z innymi ludźmi, a dzieci w wieku szkolnym są narażone na przemoc ze strony rówieśników, co w przyszłości może się wiązać z poważnymi konsekwencjami psychologicznymi [35]. Dodatkowo badani deklarują wysoki poziom ogólnego poczucia winy. Obserwują u siebie spadek zainteresowań. Natomiast umiejętność samoregulacji nie różni się istotnie wśród grupy osób chorych oraz zdrowych, jednak nawet osoby ze znacznymi zaburzeniami nastroju mogą dysponować wysokim poziomem zdolności samoregulacyjnych [23].

W niniejszych badaniach stwierdzono istnienie związków pomiędzy występowaniem zaburzeń depresyjnych a nasileniem tików. Podobne rezultaty uzyskano w innych badaniach, w których zaobserwowano zależności pomiędzy siłą i charakterem tików, zaawansowanym wiekiem oraz współwystępowaniem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD) [36, 37]. Wykazano, że znaczne nasilenie tików może implikować częstsze występowanie zaburzeń lękowych [17, 38]. Badania na dużej grupie osób oparte na metodologii samoopisu sugerują, że w przebiegu życia rozpowszechnienie zaburzeń lękowych dotyczy 36,1%, natomiast zaburzeń nastroju 29,8% osób z TS [39]. Z najnowszych badań wynika, że u osób z zespołem Tourette'a zespół lęku uogólnionego diagnozuje się nawet częściej niż zaburzenia depresyjne [9].

Leczenie w zespole Tourette'a ma charakter objawowy i może obejmować farmakoterapię oraz interwencje psychologiczne, w tym terapię i psychoedukację.

Doniesienia porównujące skuteczność agonistów receptorów adrenergicznych z neuroleptykami są niespójne. Jednym ze skutków ubocznych zażywanych leków może być depresja [40]. Wykazano, że zażywanie antagonistów dopaminy może zwiększać ryzyko wystąpienia depresji, co dotyczy zarówno typowych, jak i nietypowych leków przeciwpsychotycznych. Skuteczność neuroleptyków atypowych (drugiej generacji), które są przeważnie lepiej tolerowane przez pacjentów, nie została wystarczająco udowodniona w wypadku redukcji tików u osób z TS, z tego względu najczęściej preferuje się stosowanie klasycznych leków przeciwpsychotycznych [41]. Potwierdzono związki pomiędzy nasileniem zaburzeń depresyjnych a zażywaniem: klonidyny, haloperidolu, sulpirydu, tiaprydu, pimozydu czy risperidonu [5], a więc substancji wymienionych wśród zażywanych leków przez osoby uczestniczące w niniejszym badaniu. Nie analizowano wpływu neuroleptyków na stan psychiczny osób z grupy klinicznej, jako że rzetelna ocena działania wyżej wymienionych substancji była niemożliwa ze względu na: zróżnicowanie przyjmowanych farmaceutyków, zróżnicowanie dawki substancji czynnej oraz czasu przyjmowania leku.

Depresję diagnozuje się istotnie częściej u chorych z zespołem Tourette'a, u których stwierdza się jednocześnie inne zaburzenia współwystępujące. Badania Sukhodolsky'ego nie wykazały różnic pomiędzy częstością występowania depresji w populacji ogólnej a osobami chorującymi na tzw. czystą postać zespołu Tourette'a (bez zaburzeń współwystępujących) [42].

TS jest zaburzeniem o charakterze stygmatyzującym, ponieważ zachowanie osób chorych może być krytycznie oceniane przez postronnych obserwatorów, co przejawia się w istotnie wysokich wynikach osiągniętych we wskaźniku „zakłopotania z powodu wzroku innych/gapienia się osób postronnych” [35]. Badania nad obrazem zespołu Tourette'a kreowanym w mediach ujawniają, że przekaz ten zazwyczaj jest tendencyjny – ukazuje fałszywy obraz choroby zgodny z powszechnym stereotypem [43, 44]. W związku ze zmieniającym się charakterem tików chorzy z TS mogą mieć zaburzone poczucie kontroli własnego ciała, co wraz z negatywną oceną społeczną może przyczyniać się do obniżenia satysfakcji ze swojego ciała. Badanie Schier wykazało, że chorzy z TS istotnie niżej oceniają zadowolenie w własnego ciała (za obraz ciała uznaje się tutaj spostrzeżenia, myśli i uczucia danej osoby na temat jej ciała) [45]. Częściej deklarują niepokój oraz trudności z akceptacją zmian zachodzących w ciele. Dodatkowo badania wskazują na związek dyssatisfakcji z ciałem z depresją: zaburzenia obrazu ciała mogą się przyczyniać do rozwoju zaburzeń afektywnych [16, 46], ale też to depresja może prowadzić do zaburzeń obrazu ciała. Niska akceptacja cielesności, obok lękowo-ambivalentnego stylu przywiązania oraz występowania choroby psychicznej w rodzinie, jest jednym z predyktorów nasilenia objawów depresji u kobiet od okresu dorastania do wczesnej dorosłości [47].

Przeprowadzone badanie ma pewne ograniczenia. Ze względu na utrudniony dostęp do osób z zespołem Tourette'a, które często nie udzielają zgody na badanie – prawdopodobnie ze względu na stygmatyzujący charakter tego zaburzenia – w projekcie badawczym wzięło udział 13 osób badanych. Trudności w rekrutacji do badań skutkowały niejednorodnością grupy pod względem kategorii wiekowej – do badań włączono dwie osoby niepełnoletnie, jednakże znajdujące się u progu

pełnoletności (17. r. ż.). Fakt ten może mieć znaczenie w kontekście jednoznacznej interpretacji uzyskanych rezultatów. Doświadczanie choroby przewlekłej, jaką jest TS, oraz innych uwzględnionych w badaniu zmiennych u osób w odmiennym wieku może być zróżnicowane, dlatego przyszłe badania powinny w miarę możliwości stosować bardziej homogeniczne kryteria doboru do grupy. Grupa badana nie była także odpowiednio reprezentatywna, ponieważ badane osoby chore na TS należą do Polskiego Stowarzyszenia Syndrom Tourette'a. Jako członkowie stowarzyszenia otrzymują wsparcie, a więc ich funkcjonowanie psychospołeczne może być istotnie lepsze w porównaniu z osobami chorymi nienależącymi do stowarzyszenia, co może wyjaśniać dość wysoką umiejętność samoregulacji emocji oraz niższy stopień deklarowanej wiktyimizacji. Jednakże mimo to osoby badane uzyskały wysokie wyniki na skali depresji.

W przyszłości warto też zweryfikować występowanie zaburzeń lękowych wśród osób z zespołem Tourette'a – ze względu na inne doniesienia o ich znacznym rozpowszechnieniu w tej populacji. Kolejnym ograniczeniem badania jest niemożność dokonania analizy wpływu stosowanych przez chorych leków – ze względu na zbyt duże zróżnicowanie zażywanych substancji oraz różną rozpiętość czasową ich zażywania. W kolejnych badaniach należałoby uwzględnić licniejszą oraz bardziej zróżnicowaną grupę badanych osób. Przeprowadzone badanie ma natomiast charakter eksploracyjny, ponieważ dotychczas nie weryfikowano związków pomiędzy depresją, nasileniem tików a obrazem ciała. W kolejnych projektach badawczych warto uwzględnić również tę ostatnią zmienną, biorąc pod uwagę często zaburzone poczucie kontroli własnego ciała w zespole Tourette'a.

Wnioski

1. Chorzy cierpiący na TS istotnie częściej wykazują objawy depresji.
2. Stopień nasilenia tików, poczucie stygmatyzacji, zwłaszcza poczucie bycia obserwowanym, oraz wybrane wskaźniki obrazu ciała pozostają w związku zarówno z ogólnym nasileniem objawów depresji, jak i jej poszczególnymi wskaźnikami.
3. Ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych u osób z zespołem Tourette'a warto rozważyć wdrożenie programu profilaktycznego mającego na celu psychoedukację osób chorych oraz społeczeństwa – w związku ze stygmatyzującym charakterem tego zaburzenia.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Washington, DC; 2013.
2. Robertson MM, Cavanna A. *Zespół Tourette'a. Fakty*. Warszawa: Wydawnictwo Czarno na białym; 2013.
3. Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. *Prevalance of tic disorders: A systematic review and meta-analysis*. *Pediatr. Neurol.* 2012; 47(2): 77–90.

4. Wolańczyk T, Stefanoff P, Komender J. *Zaburzenia tikowe*. W: Józwiak S red. *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci*, t. 2. Lublin: BiFolium; 2000. S. 84–100.
5. Robertson MM. *Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment*. *Brain* 2000; 123(3): 425–462.
6. Ganos C, Roessner V, Münchau A. *The functional anatomy of Gilles de la Tourette syndrome*. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2013; 37(6): 1050–1062.
7. Cavanna AE, Critchley HD, Orth M, Stern JS, Young M-B, Robertson MM. *Dissecting the Gilles de la Tourette spectrum: a factor analytic study on 639 patients*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2011; 82(12): 1320–1323.
8. Ludolph AG, Roessner V, Münchau A, Müller-Vahl K. *Tourette syndrome and other tic disorders in childhood, adolescence and adulthood*. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2012; 109(48): 821–828.
9. Marwitz L, Pringsheim T. *Clinical utility of screening for anxiety and depression in children with Tourette syndrome*. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2018; 27(1): 15–21.
10. Robertson MM, Banerjee S, Eapen V, Fox-Hiley P. *Obsessive compulsive behaviour and depressive symptoms in young people with Tourette syndrome. A controlled study*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 11(6): 261–265.
11. Zinner SH, Conelea CA, Glew GM, Woods DW, Budman CL. *Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders*. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2012; 43(1): 124–136.
12. Eddy CM, Cavanna AE, Gulisano M, Agodi A, Barchitta M i wsp. *Clinical correlates of quality of life in Tourette syndrome*. *Mov. Disord.* 2011; 26(4): 735–738.
13. Sabate E. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003.
14. Drury H, Wilkinson V, Robertson MM, Channon S. *Self-reported emotion regulation in adults with Tourette's syndrome*. *Psychiatry Res.* 2016; 245: 157–163.
15. Piedad JC, Cavanna AE. *Depression in Tourette syndrome: A controlled and comparison study*. *J. Neurol. Sci.* 2016; 364: 128–132.
16. Radziwiłłowicz, W. *Wpływ wybranych czynników na nasilenie objawów depresyjnych u kobiet we wczesnej dorosłości*. *Psychologia Rozwojowa* 2016; 21(4): 43–54.
17. Coffey BJ, Biederman J, Geller DA, Spencer TJ, Kim GS. i wsp. *Distinguishing illness severity from tic severity in children and adolescents with Tourette's disorder*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 39(5): 556–561.
18. Müller-Vahl K, Dodel I, Müller N, Münchau A, Reese JP, Balzer-Geldsetzer M. *Health-related quality of life in patients with Gilles de la Tourette's syndrome*. *Mov. Disord.* 2010; 25(3): 309–314.
19. Jalenques I, Galland F, Malet L, Morand D, Legrand G i wsp. *Quality of life in adults with Gilles de la Tourette syndrome*. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 109.
20. Lewin AB, Storch EA, Conelea CA, Woods DW, Zinner SH. i wsp. *The roles of anxiety and depression in connecting tic severity and functional impairment*. *J. Anxiety Disord.* 2011; 25(2): 164–168.
21. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL i wsp. *The Yale Global Tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989; 28(4): 566–573.
22. Stefanoff P, Wolańczyk T. *Zrzetelność i trafność polskiej adaptacji Globalnej Skali Nasilenia Tików (YGTS) w badaniu uczniów szkół warszawskich w wieku 12–15 lat*. *Przegl. Epidemiol.* 2005; 59(3): 753–762.

23. Łojek E, Stańczak J, Wójcik A. *Kwestionariusz do Pomiaru Depresji (KPD)*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2015.
24. Lipowska M, Bidzan M, Mazurkiewicz N, Lipowski M. *Jakość życia w przewlekłej widocznej chorobie a poczucie stygmatyzacji u młodych kobiet*. Przegląd Psychologiczny 2015; 58(3): 303–323.
25. Lawrence JW, Fauerbach JA, Heinberg LJ, Doctor M, Thombs BD. *The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample*. Psychol. Assess. 2006; 18(1): 106–111.
26. Tomkiewicz S. *Adolescencja a depresja*. W: Walewska K red. *Psychoanaliza współcześnie. Nurt francuski*. Warszawa: MediPage; 2007.
27. Robertson MM. *Mood disorders and Gilles de la Tourette syndrome: An update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical associations, and implications*. J. Psychosom. Res. 2006; 61(3): 349–358.
28. Channon S, Crawford S, Vakili K, Robertson MM. *Real-life-type problem solving in Tourette syndrome*. Cogn. Behav. Neurol. 2003; 16(1): 3–15.
29. Mueller SC, Jackson GM, Dhalla R, Datsopoulos S, Hollis CP. *Enhanced cognitive control in young people with Tourette's syndrome*. Curr. Biol. 2006; 16(6): 570–573.
30. Marsh R, Maia TV, Peterson BS. *Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies*. Am. J. Psychiatry 2009; 166(6): 664–674.
31. Jodzio K. *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2008.
32. Thomalla G, Jonas M, Bäumer T, Siebner HR, Biermann-Ruben K i wsp. *Costs of control: Decreased motor cortex engagement during a Go/NoGo task in Tourette's syndrome*. Brain 2014; 137(Pt 1): 122–136.
33. Hammar Å, Årdal G. *Cognitive functioning in major depression – A summary*. Front. Hum. Neurosci. 2009; 3: 26.
34. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. *Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers*. BMJ 2001; 323(7311): 480–484.
35. Salmon G, James A, Smith DM. *Bullying in schools: self-reported anxiety, depression, and self-esteem in secondary school children*. BMJ 1998; 317(7163): 924–925.
36. Chou I, Lin HC, Lin CC, Sung FC, Kao CH. *Tourette syndrome and risk of depression: A population-based cohort study in Taiwan*. J. Dev. Behav. Pediatr. 2013; 34(3): 181–185.
37. Mol Debes NMM, Hjalgrim H, Skov L. *Validation of the Presence of Comorbidities in a Danish Clinical Cohort of Children with Tourette Syndrome*. J. Child Neurol. 2008; 23(9): 1017–1027.
38. Johnco C, McGuire JF, McBride NM, Murphy TK, Lewin AB, Storch EA. *Suicidal ideation in youth with tic disorders*. J. Affect. Disord. 2016; 200: 204–211.
39. Hirschtritt ME, Lee PC, Pauls DL, Dion Y, Grados MA i wsp. *Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome*. JAMA Psychiatry 2015; 72(4): 325–333.
40. Srour M, Lépérance P, Richer F, Chouinard S. *Psychopharmacology of tic disorders*. J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 17(3): 150–159.
41. Singer HS. *Tourette's syndrome: From behaviour to biology*. Lancet Neurol. 2005; 4(3): 149–159.
42. Sukhodolsky DG, Scahill L, Zhang H, Peterson BS, King RA. i wsp. *Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: Association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2003; 42(1): 98–105.

43. Calder-Sprackman S, Sutherland S, Doja A. *The portrayal of Tourette syndrome in film and television*. Can. J. Neurol. Sci. 2014; 41(2): 226–232.
44. Fat MJ, Sell E, Barrowman N, Doja A. *Public perception of Tourette syndrome on YouTube*. J. Child. Neurol. 2012; 27(8): 1011–1016.
45. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
46. Radziwiłłowicz W. *Depresja dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*. Kraków: Impuls; 2010.
47. Jackson K, Janssen I, Appelhans BM, Kazlauskaitė R, Karavolos K i wsp. *Body image satisfaction and depression in midlife women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*. Arch. Womens Ment. Health 2014; 17(3): 177–187.

Adres: Agnieszka Małek
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku
80-336 Gdańsk, ul. Kazimierza Górskiego 1
e-mail: agnieszka.malek0@gmail.com

Otrzymano: 22.05.2018
Zrecenzowano: 22.07.2018
Otrzymano po poprawie: 1.08.2018
Przyjęto do druku: 21.08.2018