

Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii

Psychodermatology – the interface between dermatology, psychiatry and psychology

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Correspondence to: Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: iwonamak@gmail.com

Streszczenie

Związki między psychiatrią a dermatologią są wielowymiarowe i rozpoczynają się już na wczesnych etapach rozwoju. Generalnie uważa się, że zaburzenia psychiczne wśród pacjentów dermatologicznych są wtórne do objawów skórnych, niemniej jednak w niektórych przypadkach mogą być problemem pierwotnym lub mogą mieć bezpośredni wpływ na przebieg zaburzeń skórnych. Wiadomo, że czynniki emocjonalne w istotny sposób wpływają na większość chorób dermatologicznych i istnieje korelacja między stresującymi wydarzeniami a zaostrzeniem objawów skórnych. Ważne jest, by rozpoznawać i leczyć współistniejące zaburzenia psychiczne u pacjentów dermatologicznych – ze względu na częstość ich występowania i wpływ na jakość życia chorych. Odrębnym, istotnym problemem psychodermatologicznym w populacji rozwojowej są zamierzone niesamobójcze samouszkodzenia skóry (*non-suicidal self-injury*, NSSI), dokonywane z reguły w celu redukcji napięcia psychicznego. Wczesne wykrycie zaburzenia przez dermatologa i właściwa interwencja psychiatryczna mogą skutecznie zapobiec narastaniu ryzyka samobójczego. Pacjent ze zmianami skórnymi wymaga holistycznego podejścia i wnikliwej, wielostronnej analizy. Choroby skóry mają ogromny wpływ na stan psychiczny, a ten wpływa na stan naszej skóry.

Słowa kluczowe: psychiatria, dermatologia, stres, jakość życia, ryzyko samobójstwa

Summary

The relationship between psychiatry and dermatology is a multidimensional one and begins at early stages of development. It is generally believed that mental disorders in dermatological patients are secondary to skin symptoms. Nevertheless, in some cases they may be primary conditions or may directly affect the course of skin disorders. It is known that emotional factors considerably influence the majority of dermatological conditions and there are correlations between stressful events and aggravation of skin symptoms. It is important to diagnose and treat concomitant mental disorders in dermatological patients due to the frequency in which they occur and their influence on the quality of patients' life. A separate and significant psychodermatological problem in the adolescent population is intentional non-suicidal self-injury (NSSI), usually performed to relieve mental tension. An early diagnosis of such a disorder by a dermatologist and a proper psychiatric intervention may effectively prevent an increase in suicidal risk. Patients with skin lesions require holistic approach as well as a thorough, multifaceted analysis. Skin diseases have a great influence on the mental condition which, in turn, affects the condition of our skin.

Key words: psychiatry, dermatology, stress, quality of life, suicide risk

Psychodermatologia uważana jest za stosunkowo młodą dziedzinę medycyny, łączącą zainteresowanie procesami emocjonalnymi i chorobami skóry. Niemniej już Hippokrates (460–377 p.n.e.) opisywał wpływ stresu na skórę, przywołując przykłady osób wyrrywających sobie włosy, jak uważał – w odpowiedzi na przeciążenie emocjonalne. Z kolei w Anglii już w 1857 roku chirurg i dermatolog William James Erasmus Wilson napisał książkę *Choroby skóry*, w której jako pierwszy opisywał tzw. „nerwice skórne”. Zaliczał do nich obłęd pasożytniczy, łysienie plackowate, świąd oraz *hypopigmented lesions*. Wskazywał również na wpływ lęku i depresji na nadmierną potliwość. Z kolei pierwsze opisy dysmorfofobii powstały już w 1886 roku dzięki włoskiemu psychopatologowi Enrico Morsellemu.

Mimo że historia psychodermatologii wydaje się mieć daleko sięgające korzenie, dopiero ostatnie lata przyniosły zwiększenie zainteresowania tą dziedziną⁽¹⁾.

U podstaw rozwoju badań dotyczących związku między psychiatrią a medycyną somatyczną leży stwierdzony wpływ czynników psychospołecznych na rezultaty leczenia biologicznego.

Nie bez znaczenia jest też fakt, iż następuje coraz większa integracja specjalistów z różnych dziedzin medycyny, coraz częściej też medycyna psychosomatyczna jest uznawana za subspecializację (w niektórych krajach certyfikowaną) w psychiatrii⁽²⁾.

Na poziomie biologicznym związki dermatologii z psychiatrią zaczynają się już w życiu płodowym, gdyż zarówno skóra, jak i układ nerwowy rozwijają się z ektodermy. Skóra jest największym organem naszego ciała, służącym zarówno jako metabolicznie aktywny łącznik, jak i element układu immunologicznego, oddzielający nasze wnętrze od świata zewnętrznego. Jest to też organ komunikacji w przebiegu całego naszego życia – na wielu poziomach, m.in. na poziomie psychologicznym, społecznym i biologicznym. Co więcej, skóra stanowi największy narząd zmysłu, z aferentnymi włóknami, przekazującymi informacje o doświadczaniu dotyku, swędzenia, bólu, temperatury i innych fizycznych bodźców do ośrodkowego układu nerwowego. Z drugiej strony przez regulowanie funkcji piloi i wazomotorycznych oraz aktywności gruczołów potowych apokrynowych i ekrynowych odgrywa rolę w utrzymaniu homeostazy skórnej.

Skóra jest najbardziej widocznym narządem, zwłaszcza w obszarze twarzy, szyi i rąk, a jej stan może wpływać na to, w jaki sposób będziemy odbierani przez inne osoby. W czasach, kiedy media promują wizerunek wyidealizowanego piękna, osoby z dermatozami tym dotkliwiej mogą czuć się odrzucone i napiętnowane oraz mogą nie akceptować swojego wyglądu zewnętrznego. Poza tym skóra jest swego rodzaju narzędziem komunikacji z otoczeniem – odzwierciedla nasze emocje, jak chociażby złość czy lęk – przez co jest też ważnym elementem w kształtowaniu się poczucia wartości i samooceny. Jest również organem czucia, wrażliwości i seksualności⁽³⁾. Wiadomo, że choroby skóry wpływają negatywnie na samoakceptację

i poczucie własnej wartości, mogą w istotnym stopniu obniżyć ocenę jakości naszego życia, a przez to pogarszać funkcjonowanie społeczne. Ocenia się, że nawet 30–60% pacjentów dermatologicznych wykazuje objawy z kręgu zaburzeń depresyjnych i lękowych, a także zaburzenia urojeniowe czy myśli i tendencje suicydalne⁽⁴⁻⁶⁾.

Związek psychiatrii z dermatologią jest obukierunkowy. Z jednej strony stan naszej skóry wpływa na stan emocjonalny, a z drugiej strony nasze emocje, takie jak lęk, obniżony nastrój czy przeżywany stres, nasilają objawy chorób dermatologicznych⁽⁴⁾.

WPLYW CHOROÓB SKÓRY NA DZIECI I ICH RODZINY

Choroby skóry są bardzo częste u dzieci i młodzieży. Przykładowo ocenia się, że nawet do 20% dzieci ma egzemę, a większość osób doświadczy w okresie adolescencji trądziku. Mimo to stosunkowo niewiele uwagi poświęca się w piśmiennictwie zagadnieniom psychodermatologii wieku rozwojowego. Stąd bardzo ważne wydaje się zwrócenie uwagi na wpływ chorób dermatologicznych na jakość życia dzieci i ich rodzin oraz stanu emocjonalnego na choroby skórne, a także pogłębienie badań w tym zakresie.

W celu lepszego zrozumienia tego problemu ważne jest uświadomienie sobie kontekstu rozwojowego dziecka. Wpływ stanu skóry na jakość życia będzie różnił się w zależności od wieku i stopnia niezależności osoby dotkniętej chorobą. Małe dzieci są zupełnie zależne od swoich rodziców w zakresie zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych, stąd ich reakcja na stan skóry prawdopodobnie będzie zależała od reakcji opiekunów, ale reakcja dzieci będzie też wpływała na reakcje opiekunów. Wraz z dojrzewaniem coraz silniejszy staje się wpływ grupy rówieśniczej i to jej reakcja, wspierająca bądź odrzucająca, może okazać się kluczowa w kształtowaniu samooceny adolescenta.

Interakcje między skórą a naszą psychiką zaczynają się wcześniej w procesie rozwoju i dlatego ważne jest, aby oceniać psychopatologię u pacjentów dermatologicznych w perspektywie rozwojowej. Skóra jest istotnym organem w komunikacji i odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu się więzi. Najwcześniejsze społeczne interakcje noworodka i rodzica odbywają się właśnie przez kontakt cielesny, głównie poprzez dotyk. Choroby skóry w okresie noworodkowym mogą przyczynić się do zmniejszenia naturalnej stymulacji bodźcowej, np. masowania, przytulania, trzymania itp., której dostarcza dziecku na tym etapie rozwoju opiekun. Bliski kontakt, tzw. skóra-do-skóry (*skin-to-skin touching*) czy swego rodzaju przywieranie dzieci do rodzica, jest podstawowym czynnikiem warunkującym rozwój więzi emocjonalnej. Zaburzony pierwotny rozwój więzi uważa się za czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń nastroju w późniejszym życiu. Nieadekwatna opieka w zakresie kontaktu cielesnego na tym wczesnym etapie rozwoju może doprowadzić również do ujawnienia się zaburzeń postrzegania własnego ciała w późniejszym życiu.

| |
|--|
| <p>Zaburzenia psychofizjologiczne – indukowane bądź zaostrzone przez stres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • łuszczyca • wyprysk • łysienie • trądzik • pokrzywka • świąd • liszaj płaski • atopowe zapalenie skóry |
| <p>Zaburzenia psychiczne wtórne do chorób dermatologicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • depresja • zaburzenia lękowe |
| <p>Pierwotne zaburzenia psychiczne mające manifestację skórną:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obłąd pasożytniczy • dysmorfofobia • trichotillomania • zadrapania neurotyczne • dermatozy wywołane • zespół natręctw z kompulsyjnym myciem rąk skutkującym dermatozą |

Tabela 1. Podział psychodermatoz^(4,9)

W okresie adolescencji z kolei choroby skóry wpływające w istotnym stopniu na wygląd zewnętrzny mogą być dodatkowym czynnikiem w kształtowaniu się zaburzeń obrazu własnego ciała i mogą korelować z wyższym wskaźnikiem zaburzeń depresyjnych, zaburzeń odżywiania czy nawet myśli autoagresywnych^(7,8).

PODZIAŁ PSYCHODERMATOZ

Istnieje wiele podziałów zaburzeń zaliczanych do kręgu psychodermatologicznych. Najczęściej wymieniany jest podział na trzy główne kategorie:

- zaburzenia psychofizjologiczne;
- zaburzenia psychiczne wtórne do chorób dermatologicznych;
- pierwotne zaburzenia psychiczne mające manifestację skórną.

Przykładowe zaburzenia zaliczane do poszczególnych grup przedstawiono w tabeli 1.

ZABURZENIA PSYCHOFIZJOLOGICZNE

Zalicza się do nich choroby skóry, których objawy mogą pojawić się lub nasilić w wyniku przeżywanego stresu. Model nerwowo-immunologiczno-skrórno-endokrynologiczny (*neuro-immuno-cutaneous-endocrine*, NICE) stanowi próbę wyjaśnienia interakcji między poszczególnymi organami, neurotransmiterami, hormonami i cytokinami. Wydaje się, że zrozumienie psychoneuroimmunologii jest niezbędne dla zrozumienia zaburzeń psychodermatologicznych^(4,9,10).

Griesemer^(10,11), który był zarówno dermatologiem, jak i psychiatrą, opracował współczynnik wpływu emocji na różne choroby skóry. Przeanalizował on liczne wywiady zebrane od chorych, dotyczące przebiegu dnia poprzedzającego pojawienie się zmian chorobowych, i na tej podstawie powstał indeks Griesemera. Przykładowe

| Choroba | Procentowy udział przypadków będących następstwem emocji |
|--|--|
| Znamiona barwnikowe, rogowacenie, rak komórek warstwy podstawnej | 0 |
| Kontaktowe zapalenie skóry | 15 |
| Bielactwo nabyte | 33 |
| Opryszczka | 36 |
| Łojotokowe zapalenie skóry | 41 |
| Trądzik | 55 |
| Łuszczyca | 62 |
| Pokrzywka | 68 |
| Atopowe zapalenie skóry | 70 |
| Dyshidroza | 76 |
| Liszaj płaski | 82 |
| Świąd | 86 |
| Trądzik różowaty | 94 |
| Łysienie plackowate | 96 |
| Zadrapania neurotyczne (<i>neurotic excoriation</i>) | 97 |
| Nadmierne pocenie się | 100 |

Tabela 2. Współczynnik Griesemera – określający wpływ emocji na pojawienie się poszczególnych chorób dermatologicznych^(10,11)

wartości współczynnika dla poszczególnych chorób skórnych przedstawiono w tabeli 2.

Zależności między stresem i emocjami a regulacją układu nerwowego, immunologicznego i hormonalnego oraz ich wpływ na procesy zapalne i na stan skóry są ciągle przedmiotem badań. Najwięcej danych dotyczy analizy tych mechanizmów w przebiegu atopowego zapalenia skóry, opryszczki, łuszczycy, raka płaskokomórkowego czy pokrzywki. Na przykład Gupta i Gupta⁽¹²⁾ w jednym ze swoich badań wykazali, że 39% chorych z łuszczycą potwierdziło wystąpienie stresującego wydarzenia w przeciągu miesiąca poprzedzającego zachorowanie, podczas gdy w grupie kontrolnej dotyczyło to jedynie 10% osób. Wydaje się, że nie ma bezpośredniej korelacji między nasileniem wydarzenia stresującego a zachorowaniem czy zaostrzeniem objawów. Wynika to najprawdopodobniej z różnic w mechanizmach radzenia sobie ze stresem i różnic w zasobach pacjentów. Z kolei ocenia się, że początek atopowego zapalenia skóry jest poprzedzony stresującymi wydarzeniami nawet u 70% pacjentów. Wiele badań potwierdza również zależność między stresem a wystąpieniem łysienia plackowatego⁽¹³⁾. Jednak Picardi i wsp.⁽¹⁴⁾ nie odnotowali takiej zależności, stwierdzili natomiast, że pacjenci z łysieniem plackowatym charakteryzują się unikającym stylem radzenia sobie, wysoką aleksytymią i niedostatecznym wsparciem społecznym. Sugerują, że zarówno unikający styl radzenia sobie, jak i aleksytymia wskazują na deficyty w regulacji emocjonalnej, to z kolei można wiązać z zaburzoną fizjologiczną regulacją, prowadzącą do zaburzeń psychosomatycznych poprzez mechanizmy

psychoneuroendokryne i psychoneuroimmunologiczne. To, jak wskazuje Picardi, może skutkować wystąpieniem tych zaburzeń nawet podczas braku stresu. Uważa się, że w związku z niepodważalnym wpływem emocji na przebieg i samowyzwalanie tych chorób ważne jest wdrażanie w przebiegu leczenia dermatologicznego oddziaływań terapeutycznych, takich jak metody relaksacyjne, techniki behawioralno-poznawcze czy hipnoza. W niektórych przypadkach zaleca się również dołączenie leczenia przeciwłękowego czy przeciwdepresyjnego^(9,10,15).

ZABURZENIA PSYCHICZNE WTÓRNE DO CHOROÓB DERMATOLOGICZNYCH

Grupę tę stanowią zaburzenia, które pojawiają się w konsekwencji pierwotnej przewlekłej choroby skóry upośledzającej funkcjonowanie społeczne (np. trądzik, łuszczyca, łysienie). Może to wynikać z wielu czynników. Po pierwsze zmiany skórne, widoczne dla innych, wpływając na wizerunek, mogą doprowadzać do obniżenia samooceny, poczucia wstydu czy odrzucenia. Wielu pacjentów z powodu swojej dolegliwości dermatologicznej doświadcza problemów w pracy czy relacjach partnerskich. Szczyt zachorowań na takie schorzenia dermatologiczne, jak trądzik, przypada na okres adolescencji, co niesie ze sobą zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń o podłożu psychologicznym⁽⁹⁾. Trudności związane z ukryciem zmian chorobowych są najczęściej przyczyną zawstydzenia, frustracji, gniewu i depresji, ale również zwiększonego ryzyka samobójstwa wśród tych pacjentów. Negatywny wpływ zmian trądzikowych na stan psychiczny wynika między innymi z faktu, że największe ich nasilenie przypada na okres dorastania, kiedy to człowiek nie ma jeszcze dojrzałych mechanizmów regulacji emocji i radzenia sobie ze stresem. Ocenia się, że ponad 60% osób z trądzikiem ma objawy depresyjne i lękowe oraz odczuwa silny dyskomfort. W licznych badaniach stwierdzono, że adolescenty z trądzikiem wykazują istotnie gorsze postrzeganie samego siebie niż zdrowi rówieśnicy. Co więcej, stwierdzono, że stopień lęku i rozmiary zaburzenia postrzegania samego siebie mają ścisły związek z nasileniem schorzenia. Potwierdzono związek między nasileniem trądziku a poziomem klinicznej depresji. Pacjenci wyraźnie postrzegają swoją chorobę jako źródło cierpienia psychicznego^(7,16,17).

PIERWOTNE ZABURZENIA PSYCHICZNE MAJĄCE MANIFESTACJĘ SKÓRNĄ

Pierwotnym problemem jest zaburzenie psychiczne, w którym jednym z objawów, często wysuwającym się na pierwszy plan, są zmiany skórne. Do tej pory uznawano, że są to zaburzenia zdecydowanie rzadsze niż wcześniej opisane, niemniej występujące w codziennej praktyce klinicznej. Jednak jeżeli w tej grupie uwzględnimy manifestację skórną różnych stanów emocjonalnych pod postacią

| Objaw skórny | Lek |
|--------------------------|---|
| Osutka plamisto-grudkowa | Barbiturany, fenotiazyny, benzodiazepiny, karbamazepina, lamotrygina, sole litu |
| Pokrzywka | Różne, najczęściej fluoksetyna i bupropion |
| Zespół Stevensa–Johnsona | Lamotrygina, karbamazepina, kwas walproinowy, chlorpromazyna |
| Nadwrażliwość na światło | Fenotiazyny, aripiprazol, risperidon, fluoksetyna, preparaty zawierające wyciąg z dziurawca |
| Wypadanie włosów | Sole litu, walproiniany, wenlafaksyna, fluoksetyna, paroksetyna, lamotrygina |
| Trądzik | Sole litu, lamotrygina |
| Łuszczyca | Sole litu, leki przeciwpsychotyczne I i II generacji |
| Hiperpigmentacja | Fenotiazyny, olanzapina, imipramina |

Tabela 3. Niepożądane objawy skórne w terapii lekami psychotropowymi^(2,4,23)

niesamobójczych samouszkodzeń (*non-suicidal self-injury*, NSSI), to ogólna liczba tych zaburzeń w populacji nastolatków znacząco wzrosła. Blisko co drugi pacjent hospitalizowany w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej ma w wywiadzie NSSI.

Jednym z typowych pierwotnych zaburzeń psychicznych z manifestacją skórną jest obłęd pasożytniczy (parazytoza pasożytnicza czy zespół Ekboma), który wg klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania) należy do grupy halucynoz. Jest to zaburzenie psychotyczne, w którym chory wypowiada usystematyzowane urojenia choroby pasożytniczej. Najczęściej rozwija się ona na podłożu zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym. Chorzy są przekonani o obecności pasożytów, robaków poruszających się na ich skórze lub pod nią. Zwykle treściom urojeniowym towarzyszą charakterystyczne doznania dotykowe, interpretowane i opisywane jako omamy dotykowe, świąd lub parestezje. Zaburzenie to może przebiegać bez żadnych zmian skórnych, niemniej często stwierdza się różnego rodzaju uszkodzenia skóry, spowodowane drapaniem czy wręcz „wydlubowaniem” czy wycinaniem domniemanych pasożytów. Zmiany skórne przyjmują obraz podrażnień, przerwosów z wtórnymi zakażeniami bakteryjnymi lub owrzodzeń. Z kolei stosowane przez pacjentów środki do „odkazania skóry” mogą prowadzić do kontaktowego zapalenia skóry czy przebarwień. Za patognomiczny objaw dla obłędu pasożytniczego uważa się tzw. objaw „pudełka zapalek” (*matchbox sign*), związany z dostarczaniem przez pacjentów domniemanych pasożytów w różnych pudełkach, butelkach itp., w celu przekonania lekarza o słuszności swoich przekonań. Najczęściej są to kawałki uszkodzonych tkanek, strupy gojących się ran, fragmenty naskórka, okruszki, drobinki kurzu itd.^(4,9,17)

Kolejne zaburzenia należące do tej grupy, takie jak dysmorfofobia, trichotillomania, onychofagia czy dermatillomania, zostały w nowej rewizji amerykańskiej klasyfikacji chorób DSM-V opisane w jednej grupie, tzw. zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (*obsessive compulsive and related*

disorders, OCRD). We wcześniejszych klasyfikacjach zaburzenia te należały do innych kategorii bądź, jak np. onychofagia, w ogóle nie były uwzględnione⁽⁶⁾.

Dysmorfofobia jest zaburzeniem opisywanym w literaturze od dawna. Polega na przekonaniu o wadach i niedoskonałościach własnego ciała. Przekonanie to może mieścić się w spektrum od nerwicowego (o charakterze natrętnych myśli) po psychotyczne (spełniające kryteria urojeń). Zaburzenie dotyczy około 1% populacji ogólnej, a rozpoczyna się najczęściej w okresie adolescencji. Ocenia się, że wśród pacjentów dermatologicznych około 12% spełnia kryteria rozpoznania dysmorfofobii. Wśród tych pacjentów występuje też wysoka współzachorowalność na zaburzenia nastroju, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i fobię społeczną^(9,18).

Trichotillomania polega na kompulsywnym wyrywaniu włosów, najczęściej w obrębie głowy. Prowadzi to do widocznej ich utraty. Wykonanie czynności przymusowej łączy się z uczuciem ulgi lub przyjemności. Typowo objawy pojawiają się w wieku kilkunastu lat. U małych dzieci zaburzenie przebiega zwykle łagodnie i mogą mu towarzyszyć takie objawy, jak moczenie nocne, koszmary senne, zachowania regresywne czy bruksizm. Uważa się, że im późniejszy jest jego początek, tym cięższy może mieć przebieg. Jest to zaburzenie, które może występować jako izolowane, ale może też współtowarzyszyć schizofrenii, depresji, uzależnieniu od alkoholu, zaburzeniom osobowości, zaburzeniom ze spektrum autyzmu czy zaburzeniom obsesyjno-kompulsywnym^(3,4).

Onychofagia polega na nawykowym obgryzaniu paznokci, przed którym trudno się powstrzymać. Większość osób z onychofagią opisuje obgryzanie paznokci jako trudne do zaniechania lub wręcz jako niekontrolowany przymus. Często obgryzaniu paznokci towarzyszy uczucie przyjemności czy odprężenia. Wśród obgryzających paznokcie można wyróżnić grupę osób, u których czynność ta wynika z kompulsywnego perfekcjonizmu, zmierzającego do wyeliminowania wszelkich nierówności, tak aby paznokieć wyglądał idealnie. Obgryzanie paznokci niesie za sobą konsekwencje nie tylko kosmetyczne, ale i zdrowotne (m.in. zmiany w płytce paznokciowej, wtórne zakażenia bakteryjne uszkodzonych okolic) i psychologiczne. Osoby te unikają pokazywania dłoni z powodu wstydu, co może przyczyniać się do ograniczania kontaktów społecznych⁽⁴⁾.

Dermatillomania (*skin-picking disorder*) jest zaburzeniem polegającym na kompulsywnym uszkodzaniu skóry przez przesadne drapanie lub inne manipulacje w obrębie skóry zdrowej lub pokrytej niewielkimi zmianami. Przykładem może być trądzik przeczosowy (*acne excoriée*), w którym na skutek notorycznego drapania, wyciskania i skubania dochodzi do powstawania rozległych i trudno gojących się ran. Odległą konsekwencją takich manipulacji w skórze są często poważne blizny i przebarwienia.

Pacjenci ze dermatillomanią z reguły przyznają się do dokonywania uszkodzeń w przeciwieństwie do osób z dermatozami wywołanymi, którzy zazwyczaj zaprzeczają

samoocaleczeniu. W tym przypadku charakterystyczne jest nagłe pojawienie się w pełni rozwiniętych zmian skórnych, bez wcześniejszych objawów prodromalnych. Zmiany mogą mieć charakter rumieni, przeczosów, nadżerek, owrzodzeń czy przetok. Zwykle zlokalizowane są w miejscu dostępnym, a w przypadku występowania na kończynach górnych zazwyczaj są bardziej nasilone po stronie przeciwnej do strony dominującej. Najczęściej tego typu samouszkodzenia dotyczą osób z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza z osobowością chwiejną emocjonalnie^(4,19-21). Odrębną, nową kategorią diagnostyczną są NSSI. Według amerykańskiej klasyfikacji DSM-V osoba z NSSI dokonuje zamierzonych, powierzchownych samouszkodzeń skóry w celu sprowokowania krwawienia, stłuczenia, bólu (np. poprzez cięcie, uderzenie), z oczekiwaniem, że doprowadzi to jedynie do raczej łagodnego fizycznego obrażenia (bez intencji samobójczych), w celu np. uwolnienia się od negatywnych stanów psychicznych czy rozwiązania trudności interpersonalnych⁽²²⁾. Uczucie ulgi lub innego oczekiwanego efektu jest doświadczane podczas samouszkodzenia lub wkrótce po nim, więc u osoby może rozwijać się wzorzec zachowań sugerujących uzależnienie. Wiadomo, że u osób dokonujących NSSI istotnie częściej dochodzi do zachowań samobójczych.

RYZIKO SAMOBÓJCZE

Ważnym aspektem zaburzeń psychodermatologicznych jest ocena ryzyka samobójczego. Cotteril i Cunliffe⁽¹¹⁾ po przeprowadzeniu analizy wyodrębnili cztery grupy pacjentów dermatologicznych, u których ryzyko samobójcze ocenili jako najwyższe. Pierwszą grupę stanowili pacjenci z dysmorfofobią, drugą młodzież z ciężką postacią trądziku, trzecią osoby z przewlekłymi schorzeniami skóry utrudniającymi normalne funkcjonowanie (łuszczyca, atopowe zapalenie skóry), a ostatnią pacjenci, którzy w wywiadzie ujawnili zaburzenia psychiczne, zwłaszcza afektywne. Należy pamiętać, że zmiany skórne mogą pojawić się również w przebiegu leczenia zaburzeń psychicznych jako efekt uboczny. Leczenie dermatologiczne może z kolei zaostrzać czy nawet indukować pojawienie się objawów psychopatologicznych. Przykładowe objawy uboczne w przebiegu farmakoterapii przedstawiono w tabeli 3.

PODSUMOWANIE

Pacjent ze zmianami skórnymi wymaga holistycznego podejścia i wnikliwej, wielostronnej analizy. Choroby skóry mają ogromny wpływ na stan psychiczny, a ten wpływa na stan naszej skóry. Rozmiar wzajemnego oddziaływania i mechanizmy nim rządzące wymagają dalszych badań. Wydaje się również, że uwzględnianie w terapii chorób skóry metod pozafarmakologicznych, takich jak biofeedback, metody relaksacyjne czy różne techniki behawioralno-poznawcze, może poprawić skuteczność leczenia biologicznego.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. França K., Savas J., Ledon J. i wsp.: Psychodermatology: a trip through history. *An. Bras. Dermatol.* 2013; 88: 842–843.
2. Locala J.A.: Current concepts in psychodermatology. *Curr. Psychiatry Rep.* 2009; 11: 211–218.
3. Korabel H., Dudek D., Jaworek A. i wsp.: Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegl. Lek.* 2008; 65: 244–248.
4. Szepietowski J., Pacan P., Reich A. i wsp.: Psychodermatologia. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2012.
5. Pulimood S., Rajagopalan B., Rajagopalan M. i wsp.: Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med. J. India* 1996; 9: 208–210.
6. Gupta A.M., Gupta A.K.: The use of antidepressant drugs in dermatology. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2001; 15: 512–518.
7. Rzepa T., Szepietowski J., Żaba R.: Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2011.
8. Harth W., Gieler U., Kusnir D. i wsp.: Clinical Management in Psychodermatology. Springer, Berlin 2009.
9. Taylor R.E., Bewley A., Melidonis N.: Psychodermatology. *Psychiatry* 2006; 5: 81–84.
10. Shenefelt P.D.: Psychodermatological disorders: recognition and treatment. *Int. J. Dermatol.* 2011; 50: 1309–1322.
11. Mojs E.: Choroby skóry w ujęciu psychosomatycznym. *Now. Lek.* 2010; 79: 483–486.
12. Gupta M.A., Gupta A.K.: Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2003; 4: 833–842.
13. Garcia-Hernandez M.J., Ruiz-Doblado S., Rodriguez-Pichardo A. i wsp.: Alopecia areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J. Dermatol.* 1999; 26: 625–632.
14. Picardi A.: Psychosomatic factors in first onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003; 44: 374–381.
15. Gupta M.A., Gupta A.K.: A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. *Clin. Dermatol.* 2013; 31: 57–61.
16. Behnam B., Taheri R., Ghorbani R. i wsp.: Psychological impairments in the patients with acne. *Indian J. Dermatol.* 2013; 58: 26–29.
17. Gordon-Elliott J.S., Muskin P.R.: Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. *Clin. Dermatol.* 2013; 31: 3–10.
18. Hollander E., Cohen L.J., Simon D.: Body dysmorphic disorder. *Psychiatr. Ann.* 1993; 23: 359–364.
19. Wong J.W., Nguyen T.V., Koo J.Y.M.: Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J. Dermatol.* 2013; 58: 44–48.
20. Hayes S.L., Storch E.A., Berlanga L.: Skin picking behaviors: an examination of the prevalence and severity in a community sample. *J. Anxiety Disord.* 2009; 23: 314–319.
21. Odlaug B.L., Grant J.E.: Childhood-onset pathologic skin picking: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Compr. Psychiatry* 2007; 48: 388–393.
22. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM-5™. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, London 2013.
23. Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Strzelecki D.: Przewodnik psychofarmakoterapii. Działania niepożądane i powikłania. Via Medica, Gdańsk 2010.