

Psychodermatologia

Dr n. med. Dariusz Wasilewski
Centrum Psychoprofilaktyki i Terapii w Warszawie



Niektóre choroby i zmiany skórne mają swoje podłoże w psychice. Zdarza się, że defekty na skórze są przyczyną złego samopoczucia, paskudnego nastroju, bezsenności, zamartwiania się. Bywa też i tak, że człowiek uroi sobie, że ma jakąś chorobę skóry, bądź czuje swędzenie, którego w rzeczywistości nie ma. Tym wszystkim zajmuje się psychodermatologia. Psychodermatologia jest specjalnością „z pogranicza” – z pogranicza psychiatrii, psychologii, dermatologii, medycyny estetycznej, kosmetologii. Tych wszystkich dziedzin, które dbają o wygląd, urodę, dobre samopoczucie człowieka, bądź o te wszystkie aspekty jednocześnie.

To, czym psychodermatologia się zajmuje można zawrzeć w kilku punktach:

1. Zaburzenia, w których zmiany skórne pojawiają się, bądź nasilają, w wyniku emocjonalnego stresu.

Do chorób skóry, w których pojawieniu się (bądź zaostrzeniu) mają udział czynniki emocjonalne, należą:

- atopowe zapalenie skóry,
- łysienie plackowate,
- liszaj płaski,
- łuszczyca,
- trądzik różowaty, trądzik neuropatyczny,
- pokrzywka,
- zmiany skórne związane z natrętnymi czynnościami (mycie rąk, drapanie, wrywanie włosów, obgryzanie paznokci).

2. Zaburzenia psychiczne będące efektem zmian skórnych.

Zmiany na skórze (zwłaszcza te, które szpecą i utrzymują się przewlekłe) mogą być źródłem długotrwałego stresu i tym samym powodować wystąpienie problemów emocjonalnych czy wręcz zaburzeń psychicznych. Najczęściej obserwuje się zaburzenia nerwicowe lub depresyjne, może też pojawić się bezsenność. Niektórzy pacjenci próbują sobie radzić ze stresem za pomocą alkoholu lub środków uspokajająco-nasennych, a to z kolei może doprowadzić do uzależnienia.

3. Zaburzenia psychiczne, w których „zmiany skórne” są wynikiem urojeń.

W niektórych zaburzeniach i chorobach psychicznych objawy skórne mogą być związane z występowaniem urojeń lub halucynacji. Pacjenci fałszywie sądzą, że toczy ich jakaś choroba skóry, odczuwają halucynacje czuciowe (mają przekonanie, że czują świąd i pieczenie). Czasem uważają, że ciało uległo niekorzystnej zmianie, zniekształceniu, na przykład twarz stała się odrażająca, nos za długi, uszy zbyt odstające. Chorzy ci szukają wówczas pomocy u chirurgów plastycznych, wzbudzając często ich zdumienie swymi osądami i żądaniami. Taki objaw nazywa się dysmorfofobią, (nie należy mylić z dysmorfofobią neurojenową, która jest rodzajem zaburzenia nerwicowego hipochondrycznego – patrz poniżej).

4. Zaburzenia psychiczne, w których nie ma zmian skórnych, ale dolegliwości czuciowe sugerują ich istnienie.

Zdarza się, że niektóre objawy emocjonalne (na przykład lęk) mogą się przekształcać w objawy somatyczne (na przykład skórne). Takie sytuacje można zaobserwować w niektórych zaburzeniach nerwicowych oraz depresji (maski depresyjne). Pacjenci odczuwają świąd i pieczenie skóry pomimo, że nie można u nich stwierdzić żadnej ewidentnej choroby skóry. Wykonują szereg badań, chodzą od lekarza do lekarza – trudno im uwierzyć, że psychika może generować takie objawy. Szczególnym zaburzeniem jest dysmorfofobia, kiedy pacjent uporczywie się skupia na domniemanym defekcie urody. Tym „defektem” mogą być nie tylko nieistniejące lub minimalne zmiany skórne, ale wręcz poczucie deformacji lub zmiany budowy własnego ciała. Cechą charakterystyczną tego zaburzenia jest odrzucanie zapewnień wszystkich lekarzy, że objawy nie są związane z żadną chorobą somatyczną czy odchyleniem od normy.

5. Powikłania i działania niepożądane stosowanych leków.

Zaburzenia psychiczne mogą też pojawić się po zastosowaniu leczenia dermatologicznego. Niektóre leki stosowane w różnych, najczęściej ciężkich chorobach skóry (steroidy kory nadnerczy, leki przeciwgruźlicze, leki przeciwnowotworowe, retinoidy) mogą spowodować u pacjentów nimi leczonych stany depresyjne, psychozy lub zaburzenia świadomości (np. majaczenie). Z drugiej strony zmiany skórne mogą również wystąpić po zastosowaniu leków psychotropowych używanych w leczeniu fojtoku, reakcji uczuleniowych, rumień.

We wszystkich tych typach zaburzeń niezbędna jest współpraca dermatologa bądź specjalisty medycyny estetycznej z psychiatrą lub psychologiem. O ile jednak dla psychiatry nie będzie problemem nakłonienie pacjenta do konsultacji dermatologicznej, to sytuacja odwrotna może powodować pewne komplikacje. Wynikają one bądź z bezkrytycyzmu pacjenta, który absolutnie nie chce przyjąć do wiadomości, że jego objawy są wynikiem problemów natury psychicznej, bądź z lęku przed stygmatyzacją i przypięciem mu „łatki” wariata. Najtrudniejsi do przekonania są ci pierwsi pacjenci. Bo jeśli ich objawy są wynikiem urojeń, to przekonanie, że te sądy są mylne jest niemożliwe – wynika to z samej definicji urojeń jako opinii niekorygowalnych mimo dowodów błędności. Jeśli są wynikiem zaburzeń hipochondrycznych (jak w dysmorfofobii), to pacjent nie zaakceptuje zapewnień lekarza o braku choroby somatycznej, bądź zaakceptuje na bardzo krótko. Efektem będzie udanie się po poradę do innego specjalisty. Dlatego niezwykle ważne jest nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem i zdobycie jego zaufania. Wówczas łatwiej będzie nam uzyskać pozytywne nastawienie pacjenta do wizyty u psychiatry. Jest szansa, że zrozumie, iż nasza propozycja wynika z troski a nie z chęci pozbycia się go i lekceważenia jego skarg.