PSYCHO-DERMATOLOGIA

BROSZURA DLA PACJENTÓW

Broszura została wydana dzięki wsparciu działalności statutowej

Stowarzyszenia Aktywnie Przeciwko Depresji przez BNP Paribas

stowarzyszenie
AKTYWNIE PRZECIWKO
DEPRESJI

Stowarzyszenie Aktywnie Przeciwko Depresji
02-656 Warszawa ul. Ksawerów 3
KRS 0000180749; Regon: 015620834; NIP: 521-327-96-90
BZ WBK XI O/Warszawa 94 1090 1043 0000 0001 0191 6962

Autorem tekstu jest dr n. med. Dariusz Wasilewski

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 psychiatrii, psychologii, dermatologii, medycyny estetycznej, kosmetologii. Tych wszystkich dziedzin, które dbają o wygląd, urodę, dobre samopoczucie człowieka, bądź o te wszystkie rzeczy jednocześnie.

Czym psychodermatologia się zajmuje można zawrzeć w kilku punktach. Zakres zainteresowań tej specjalności obejmuje:

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

Znane są choroby skóry, w których pojawieniu się (bądź zaostrzeniu) mają udział czynniki emocjonalne.
Należą do nich:

- Atopowe zapalenie skóry
- Łysienie plackowate
- Liszaj płaski
- Łuszczyca
- Trądzik różowaty, trądzik neuropatyczny
- Pokrzywka

▪ Zmiany skórne związane z natrętnymi czynnościami (mycie rąk, drapanie, wyrywanie włosów, obgryzanie paznokci)

▪ Zaburzenia psychiczne będące efektem zmian skórnych
Zmiany na skórze (zwłaszcza te które szpecą i utrzymują się przewlekle) mogą być źródłem długotrwałego stresu i tym samym powodować wystąpienie problemów emocjonalnych czy wręcz zaburzeń psychicznych. Najczęściej obserwuje się zaburzenia nerwicowe lub depresyjne, może pojawić się bezsenność.

▪ Zaburzenia psychiczne, w których zmiany skórne są wynikiem urojeń.

▪ Zaburzenia psychiczne, w których nie ma zmian skórnych, ale dolegliwości czuciowe je sugerują.

DEPRESJA A SKÓRA

Depresja ma szereg powiązań z chorobami somatycznymi. Może być konsekwencją takich chorób: im cięższa choroba tym większe ryzyko wystąpienia depresji. Może również pogarszać ich przebieg, sprawiać trudności diagnostyczne poprzez skargi somatyczne chorych depresyjnych.

Jakie są zatem związki depresji z chorobami skóry?
Po pierwsze depresja może być reakcją na wiele z nich, zwłaszcza tych poważnych, przewlekłych, źle rokujących takich jak: nowotwory skóry, twardzina, toczeń rumieniowaty, gruźlica skóry. Ale stany depresyjne mogą też pojawić się w teoretycznie bardziej „banalnych" schorzeniach – atopowym zapaleniu skóry, trądziku, liszaju, łuszczycy, łysieniu plackowatym, chorobach wirusowych.

Depresja wówczas jest reakcją psychiczną na chorobę lub efektem zmian chorobowych zachodzących w całym organizmie. Depresja pogarsza przebieg tych chorób, sprawia, że pacjent niezbyt chętnie współpracuje podczas leczenia.

Po drugie depresja może przybierać maski. Nie ma wówczas typowych objawów depresyjnych, pojawiają

się dolegliwości, które z depresją nie są kojarzone. Wprawdzie najczęstsze maski to bezsenność oraz różnorakie bóle, ale może się zdarzyć, że pacjent będzie skarżył się na świąd, bądź pieczenie skóry i poszukiwał pomocy u dermatologów i kosmetyczek. Cechą charakterystyczną jest to, że nie udaje się znaleźć przyczyn tych dolegliwości, a nawet jeśli się okaże, że pacjent choruje na jakąś chorobę skóry to zwykle objawy są nieadekwatne – zwykle silniejsze – niż mogłoby to z tej choroby wynikać. A leczenie dermatologiczne jest nieskuteczne lub pomaga „tylko na chwilę".

Po trzecie depresja może wiązać się z leczeniem chorób skóry. Stany depresyjne pojawiają się podczas stosowania niektórych leków – przeciwnowotworowych, steroidów, leków przeciwgruźliczych. Opisywano też stany depresyjne po roaccutanie – popularnym leku przeciwtrądzikowym, co wzbudziło emocjonalne dyskusje na temat czy lek ten w ogóle powinien być stosowany – na szczęście zwyciężył zdrowy rozsądek i poczucie, że częściej ten lek „zapobiegł" depresji u wielu młodych ludzi, u których trądzik urastał do rangi życiowego problemu, gdy inne sposoby leczenia zawiodły.

Po czwarte w trakcie stosowania leków przeciwdepresyjnych mogą się pojawić zmiany skórne, najczęściej o typie reakcji uczuleniowych. Najczęściej konieczne jest wówczas ich odstawienie i zmiana kuracji.

Po piąte pacjenci cierpiący na depresję mogą również cierpieć niezależnie z powodu różnych chorób skórnych. Mówimy wówczas o schorzeniach współistniejących.

SKÓRA W ZABURZENIACH PSYCHOTYCZNYCH (UROJENIOWYCH)

Zaburzenia, w których dochodzi do nieprawidłowego postrzegania rzeczywistości nazywamy zaburzeniami psychotycznymi. Z reguły pacjenci cierpiący na tego typu zaburzenia nie mają wglądu w przeżycia chorobowe i co za tym idzie, są bezkrytyczni w stosunku do objawów. Przekładając to na język ludzki – nie da się ich przekonać, że to co odczuwają i sądzą ma charakter chorobowy, że jest nieprawdziwe.

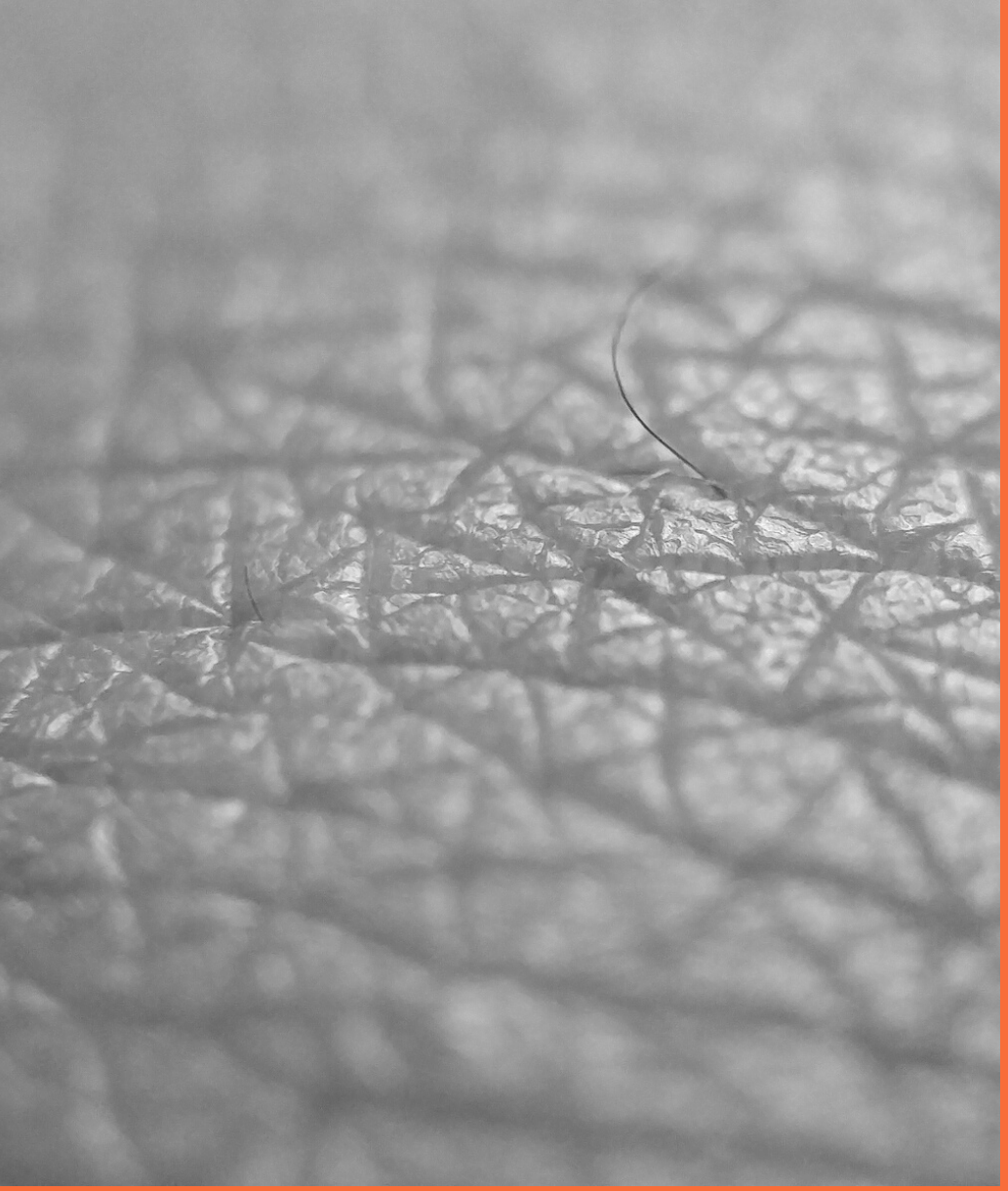
W zaburzeniach psychotycznych bardzo charakterystyczne są tak zwane objawy wytwórcze: urojenia i omamy. Urojenia są to fałszywe sądy, których pacjent nie koryguje mimo dowodów błędności. Jest przekonany, że „ma rację i koniec". Urojenia mogą się różnić treścią: chory może być przekonany, że jest prześladowany, że posiada niezwykłe zdolności lub pozycję społeczną, że jest owładnięty siłą nieczystą, że oddziaływają na niego jakieś urządzenia, czy też, że jest chory na jakąś chorobę. Będzie się oczywiście zachowywał zgodnie ze swoimi przekonaniami. Omamy (halucynacje) są to fałszywe spostrzeżenia, jak to kiedyś określono „percepcje bez przedmiotu", czyli pacjent widzi, słyszy lub czuje coś, czego nie ma.

Objawy wytwórcze najczęściej występują w schizofrenii ale mogą być też wynikiem innych zaburzeń psychicznych, schorzeń mózgu, uzależnienia od alkoholu lub narkotyków, a także chorób somatycznych lub zatruć.

W ramach swojej ogromnej różnorodności objawy wytwórcze mogą odnosić się także do skóry. Pacjenci mogą być przekonani, że toczy ich jakaś choroba skóry (każda jest możliwa). Szukają potwierdzenia swojej koncepcji u lekarzy dermatologów lub kosmetyczek. Są badani, „koncepcja” zostaje wykluczona, co zawsze wiąże się z niezadowoleniem pacjenta i poszukiwaniem kolejnego specjalisty.

Sytuację może pogarszać fakt, że urojeniom mogą towarzyszyć omamy czuciowe: wrażenie pieczenia, świądu, bólu, poczucia, że w skórze zalęgły się jakieś pasożyty czy robaki (przykładem tego mogą być tak zwane „robaczki kokainowe”). Upewnia to pacjenta w jego osądzie.

Szczególnym objawem jest dysmorfofobia – przekonanie, że ciało uległo niekorzystnej zmianie, zniekształceniu, na przykład twarz stała się odrażająca, nos za długi, uszy zbyt odstające. Pacjenci szukają wówczas pomocy u chirurgów plastycznych, wzbudzając często u nich zdumienie swymi osądami i żądaniami. Czasem pacjent może mieć przekonanie, że jego ciało wydziela przykrą woń.



ZABURZENIA OBSESYJNO-KOMPULSYJNE A SKÓRA

Specyficzną reakcją obronną organizmu na sytuacje stresowe prowadzące do urazu psychicznego jest nerwica - zaburzenie, które utrudnia prawidłowe funkcjonowanie w życiu społecznym czy rodzinnym. Dominującym objawem jest lęk.

Cechą charakterystyczną jest to, że nie stwierdza się zmian organicznych. Zachowanie, choć może być znacznie zaburzone, mieści się zazwyczaj w granicach społecznie dopuszczalnych. Wystąpienie nerwicy zależy zarówno od siły i rodzaju urazu psychicznego, jak i osobniczej odporności układu nerwowego i cech osobowości. Prawdopodobieństwo zachorowania zwiększa stresogenny tryb życia czy też ogólne przemęczenie.

W najnowszej, obowiązującej aktualnie w Europie klasyfikacji chorób nie używa się już pojęcia nerwica. Mówi się o zaburzeniach nerwicowych, które mogą występować pod różnymi postaciami. Jedną z najbardziej niezwykłych postaci tych zaburzeń są zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne dawniej były określane mianem nerwicy natręctw. Chorzy cierpią z powodu natrętnych myśli, impulsów i czynności, o których wiedzą, że są absurdalne i chorobowe, ale nie potrafią ich zaniechać.

Są odbierane jako wypływające z umysłu pacjenta, a nie jako narzucone przez osoby z zewnątrz, mają charakter powtarzający się i nieprzyjemny. Pacjent próbuje się im przeciwstawić, ale opór jest nieskuteczny. Myśli mogą mieć charakter bluźnierczy, sprzeczny z systemem wartości, czy też wiarą. Przykładami czynności przymusowych są: ciągłe mycie rąk, kontrolowanie zamknięcia drzwi albo wyłączenia gazu.

W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym pacjenci mogą mieć zmiany na skórze w wyniku przymusowego, bardzo częstego mycia rąk, bądź obsesyjnego drapania się, skubania skóry czy obgryzania paznokci. Czynności natrętne przyjmują często charakter rytuałów. Pacjenci potrafią myć ręce bardzo długo i bardzo często (w skrajnych przypadkach przez 1-2 godziny, lub kilkadziesiąt razy dziennie). W przypadku gdy rytuał zostanie zachwiany – ktoś na przykład zastuka do łazienki – musi zacząć się od nowa. Do mycia rąk pacjenci mogą używać toksycznych, nieprzyjaznych dla skóry, czy wręcz żrących środków w celu lepszej dezynfekcji. To oczywiście musi mieć wpływ na kondycję skóry i pojawienie się różnego typu zmian dermatologicznych, które wymagają leczenia.

Podobnie jest z drapaniem się, które doprowadza do przeczosów oraz z innymi agresywnymi działaniami wobec własnej skóry. Problemem jest przewlekłość schorzenia, które nie daje skórze „odpocząć”.

Leczenie w powyższych zaburzeniach jest dość złożone. Przede wszystkim należy zacząć od wizyty u psychiatry, jako że podstawową metodą leczenia jest stosowanie leków psychotropowych. Metodą pomocniczą są działania psychoterapeutyczne. Oczywiście potrzebna jest współpraca dermatologów oraz specjalistów zajmujących się kosmetyką. Zachowując konsekwencję w terapii są duże szanse na wyleczenie.

www.depresja.org