

Psychodermatologia

Psychodermatologia to stosunkowo nowa dziedzina nauki, będąca syntezą psychiatrii, psychologii oraz dermatologii. Należy jednak pamiętać, że poszukiwaniem przyczyn psychologicznych w powstawaniu dermatoz, w tym w powstawaniu łuszczycy zaczęto zajmować się w świecie w latach 70- tych. Obecnie, poprzez zwrot w kierunku badań na poziomie komórkowym, rola tych czynników nie jest tak doceniana (Borzęcki, Cielica, 2002).

Istnieje kilka towarzystw naukowych, które skupiają w swych kręgach specjalistów z tych dyscyplin. W Europie zajmują się tym European Society for Dermatology and Psychiatry (ESD&P) oraz European Academy of Dermatology and Venerology (EADV), a w Stanach Zjednoczonych Association of Psychocutaneous Medicine of North America (APMNA) (Szepietowski, Pacan, 2001). W ramach ich funkcjonowania organizowane są kongresy i sesje naukowe. Celem wyżej wspomnianych organizacji jest poszerzenie wiedzy dermatologów o psychologiczne aspekty chorób skórnych swoich pacjentów. Mianem psychodermatologów można określić tych specjalistów, którzy oprócz wiedzy medycznej posiadają duże umiejętności komunikacyjne oraz interpersonalne. Wspomniane wyżej towarzystwa, prowadzą lobbging na rzecz powstawania interdyscyplinarnych zespołów, zrzeszających psychoterapeutów i psychodermatologów, których zadaniem byłoby kompleksowe leczenie osób dotkniętych dermatozami (Poot, Sampogna, Onnis, 2006).

Problemy osób z dermatozami często bywają pomniejszane i sprowadzane do problemów natury kosmetycznej. W większości przypadków, choroby skóry nie zagrażają bezpośrednio życiu dotkniętych nimi osób (Choi, Koo, 2003). Nie zmienia to jednak faktu, że często ci chorzy borykają się z problemami porównywalnymi do pacjentów z chorobą wieńcową, cukrzycą i astmą (Kowalczyk- Zieleniec, Nowicki, Majkowicz 1999). Dermatocy, bowiem w znaczący sposób wpływają na jakość życia pacjentów. Chorzy często ograniczają swoje życie zawodowe, towarzyskie, rodzinne, aktywność seksualną. Z badań przeprowadzonych w Polsce na 149 osobach dotkniętych łuszczycą (Jankowiak, Krajewska-Kułak, Bartoszewicz, Łukaszuk, Niczyporuk, Borzęcki, 2003) wynika, że choroba ta w istotny sposób wpływa na izolowanie się od reszty społeczeństwa. Aż 44% kobiet biorących udział w badaniu miały opór przed chodzeniem do fryzjera, znaczna część badanych wycofywała się z uczestnictwa w imprezach kulturalno- sportowych. Jedynie 16% respondentów nie zrezygnowało ze swojej aktywności.

Jak się okazuje, nie zawsze rozległość zmian skórnych koreluje ze stopniem obniżenia jakości życia, ważniejsza okazuje się być ich lokalizacja. Zmiany, które mogą być dostrzegane przez otoczenie okazują się być najbardziej dotkliwe dla chorych. Ogniska chorobowe znajdujące się na dłoniach, twarzy, owłosionej skórze głowy, genitaliach spotykają się z największym ostracyzmem ze strony innych (Kowalczyk- Zieleniec i in., 1999; Jankowiak, 2003).

Układ nerwowy i skóra charakteryzują liczne powiązania anatomiczne i funkcjonalne. Powstają z tego samego listka zarodkowego (ektoderma), są ze sobą powiązane embrionalnie i anatomicznie. W skórze, układzie nerwowym, immunologicznym znajdują się te same neuromediatory i neurohormony (Juszkiewicz-Borowiec, 1999). Również w czasie reakcji stresowej te wszystkie układy są aktywowane poprzez oś podwzgórze- przysadka- nadnercze. Skóra ma właściwości neurosekrecyjne, przejawia się to w zdolności do uwalniania neuropeptydów (Misery, 1997, za: Janowski, 2005). Są to substancje polipeptydowe, wytwarzane w komórkach nerwowych i transportowane wzdłuż aksonów do zakończeń włókien nerwowych znajdujących się również w skórze. Wpływają one na układ immunologiczny i procesy podziału komórek (Wallengren, Hakanson, 1983, za: Janowski, 2005). Neuropeptydy skórne biorą udział w patogenezie łuszczycy. Można, więc powiedzieć, że „mózg, układ immunologiczny i skóra rozmawiają ze sobą wspólnym językiem biochemicznym, którego ważną częścią składową są neuropeptydy” (Juszkiewicz- Borowiec, 1999)

Skóra poprzez układ wegetatywny wykazuje silne związki z procesami psychicznymi, to jest z emocjami, myślami, fantazjami (Miniszewska, Chodkiewicz, Zalewska, 2004). Sami możemy to zauważyć przeżywając strach. Wówczas na naszym ciele powstaje „gęsia skórka” i stajemy się bladzi. Gdy jesteśmy zakochani rumienimy się na widok sympatii, a cała skóra promienieje blaskiem.

Wśród przyczyn powstawania chorób psychosomatycznych wymienia się długotrwałe sytuacje konfliktowe, frustracje, problemy życiowe, konfigurację cech osobowości, słabość danego narządu, wadliwe przetwarzanie informacji w sytuacjach trudnych (Studen, Janowski, 2000; Aleksandrowicz, 2002).

Fakt bycia dotkniętym poniekąd oszpecającą, stygmatyzującą chorobą, jaką jest łuszczyca może być źródłem negatywnych emocji i stresu, który na zasadzie błędnego koła, może nasilać objawy chorobowe. Osoba dotknięta przewlekłą chorobą musi dokonać rewizji swoich planów życiowych. Może się okazać, że nie będzie w pełni realizować się zawodowo (Heszen- Niejodek, 2000). Wchodzenie w relacje interpersonalne może ulec utrudnieniu. Jak pokazały badania Kimball, Stevens, Jahreis, Kruger (2005), aż 78% spośród 837 osób zdrowych nie byłoby skłonnych wejść w intymny związek z osobą posiadającą widoczne zmiany łuszcycowe.

Niewiele jest badań w polskiej literaturze przedmiotu, które miałyby bezpośrednio implikacje dla pacjentów łuszcycowych. Chodzi tu o wieloaspektowe, holistyczne podejście do leczenia chorych. Zgodnie z tym podejściem na pojawienie się i przebieg chorób skórnych wpływają (Miniszewska, Chodkiewicz, Zalewska, 2004):

1. Procesy biologiczne (m.in. genetyczne predyspozycje, mechaniczne uszkodzenia skóry, infekcje)
2. Stan psychiczny pacjenta (stres, cechy osobowości, zasoby osobiste)
3. Sytuacja społeczna pacjenta (reakcje otoczenia na chorobę, poczucie stygmatyzacji)

Człowiek jest jednością psychofizyczną, stąd jednostronne podejście do leczenia nie sprzyja jego dobrostanowi. Okazuje się, że z powodzeniem w schorzeniach dermatologicznych stosowana jest terapia behawioralna, biofeedback oraz hipnoza (Kułak, Krajewska- Kułak, 1999). W krajach zachodnich popularyzowany jest trend, aby nie rozpatrywać tych metod terapii w kategorii alternatywy, lecz jako współistniejące z normalną terapią lekową (Panoconesi, Gallassi, Sarti, Bellini, 1998). Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii pokazały skuteczność terapii poznawczo- behawioralnej u chorych na łuszcycę. Już po trwającym sześć tygodni programie, chorzy uczestniczący w badaniu, w porównaniu z grupą kontrolną, charakteryzowali się mniejszym zaostreniem zmian chorobowych, a co za tym idzie lepszym samopoczuciem i mniejszym dystresem (Fortune, Richards, Kirby, Bowcock, Main, Griffiths, 2002).

Joanna Piś

Tekst jest fragmentem pracy magisterskiej „Nasilenie stresu i jego percepcja, a stan zdrowia chorych na łuszcycę”

Bibliografia

- Borzęcki, A., Cielica, W., (2002). Psychologiczne aspekty w łuszczycy. *Nowa Medycyna*, 116 (3), 40- 42.
- Choi, J., Koo, J., (2003). Quality of life issues in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 49, 57-61.
- Fortune, D., Richards, H., Kirby, B., Bowcock, S., Main, Griffiths, C., (2002). Psychodermatology. A cognitive-behavioural symptom management programme as adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*, 146, 458–465.
- Heszen- Niejodek, I.,(2000a). Psychologiczne problemy chorych somatycznie. [w]: J. Strelau (red.) *Podręcznik akademicki, tom- III* (513 -531). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. A
- Heszen- Niejodek, I.,(2000b). Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie.[w]: J. Strelau (red.) *Podręcznik akademicki, tom- III* (465- 492). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. B
- Jankowiak, B., Krajewska- Kułak, Kowalczyk., Bartoszewicz ,A., Łukaszuk, C., Niczyporuk, Kowalczyk., Borzęcki, Kowalczyk., (2003). Wybrane parametry oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą. *Dermatologia Kliniczna*, 5(1), 21-27.
- Janowski, K., (2005). Stres a patofizjologia procesów łuszczycowych. *Przegląd Dermatologiczny*, 92 (1), 63- 69.
- Juszkiewicz- Borowiec, M.(1999). Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry. *Przegląd Dermatologiczny*, 86(1), 61- 65.
- Kimball, A., Stevens, S., Jahreis, A., Krueger, G., (2005). How psoriasis affects self-esteem and relationship. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 3, 186.
- Kowalczyk- Zieleniec, E., Nowicki, R., Majkiewicz, M.,(1999). Jakość życia w dermatologii. Metody pomiaru. *Przegląd Dermatologiczny*, 86 (2), 61- 65.
- Kułak, W., Krajewska- Kułak, E., Niczyporuk, W., Sobaniec, W., Sobaniec, H., (1999). Wpływ sprawności układu nerwowego na rozwój chorób skóry. *Przegląd Dermatologiczny*, 86 (4), 407- 415.
- Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Zalewska, A. (2004). Psychodermatologia- nowe wyzwanie dla psychologii. *Nowiny psychologiczne*, 3, 21-29.
- Panoconesi, E., Gallassi, F., Sarti, M., Bellini, M. (1998) Biofeedback, Cognitive-Behavioral Methods, Hypnosis: “Alternative Psychotherapy?” *Clinics in Dermatology* Y, 16, 709–710
- Poot, F., Sampogna, F., Onnis. L., (2006). Basic knowledge in psychodermatology. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 1-8.
- Studen, S., Janowski, K. (2000). Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne. *Przegląd Dermatologiczny*, 87, 257-261.