

# Psychodermatozy w leczeniu ambulatoryjnym

## Psychodermatoses in outpatient care

lek. Piotr Kapica<sup>1</sup>, lek. Agnieszka Honisz<sup>2</sup>, lek. Katarzyna Adamczyk-Sitko<sup>3,4</sup>,  
lek. Aleksandra Frątczak<sup>3,4</sup>, prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Oddział Dermatologiczny, Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie

Ordynator Oddziału: lek. Barbara Kucharczyk

<sup>2</sup> Oddział Wewnętrzny II, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

Ordynator Oddziału: lek. Joanna Pyszczyk

<sup>3</sup> Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Lekarz kierujący Oddziałem: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

<sup>4</sup> Katedra i Klinika Dermatologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

■ **Słowa kluczowe:** psychodermatozy, obłęd pasożytniczy, dysmorfofobia, trichotillomania, zadrapania neurotyczne.

■ **Keywords:** psychodermatoses, delusional parasitosis, dysmorphophobia, trichotillomania, neurotic scratching.

■ **Abstract:** There are strong correlations between numerous dermatoses and various mental disorders. These interrelationships are described and researched by the relatively newly distinguished field of medicine called psychodermatology. The secondary effect of skin diseases involve embarrassment, feeling of rejection and considerably lowered quality of life. The co-existing stress intensifies disease symptoms, contributing to winding up of the vicious circle mechanism. Even the several dozen percent of patients with psoriasis and atopic dermatitis suffer from depressive co-morbidities. Such a large group of patients also constitutes a real challenge for state authorities, as far as sickness absenteeism is concerned, and, unfortunately, increased number of suicides, too. There are also cases where bad mental and emotional condition may directly cause symptoms of dermatoses or exacerbate a formerly diagnosed disease. Mutual cooperation among medical doctors - specialists is of crucial importance in the holistic care over such patients, because it considerably increases the chances of successful therapy

### ■ Wstęp

Od setek lat obserwowano liczne związki pomiędzy czynnikami psychicznymi a różnymi chorobami dermatologicznymi. Już dzieła starożytnych uczonych opisywały wpływ ludzkich emocji na wygląd skóry, ale pojęcie i rozwój **psychodermatologii** jako odrębnej dziedziny wiedzy nastąpił znacznie później. W XIX w. podjęto pierwsze próby klasyfikacji psycho-

dermatoz, jednak prawdziwy rozkwit tej nauki przypada głównie na koniec XX w., kiedy rozpoczęto wprowadzanie wytycznych terapeutycznych dla poszczególnych jednostek chorobowych. Choroby skóry w negatywny sposób wpływają na codzienne funkcjonowanie, obniżając jakość życia i poczucie własnej wartości, a w obecnych czasach kultu pięknego ciała prowadzą do stygmatyzacji i trudności w funkcjonowaniu społecznym. Chorzy narażeni są

na negatywny odbiór otoczenia, często unikają aktywności ruchowej, rezygnują ze spotkań towarzyskich, zmieniają swój styl ubierania i układania fryzury oraz zmuszeni są do regularnego stosowania leczenia miejscowego o nierzadko tłustej konsystencji i nieprzyjemnym zapachu. Szacunkowe dane podają, że nawet 60% pacjentów leczonych z powodu przewlekłych chorób skóry cierpi na różne problemy psychiczne, szczególnie zaburzenia depresyjne i lękowe [1,2,3].

Powiązania dermatologii oraz psychiatrii są bardziej złożone i rozpoczynają się już w życiu płodowym, ponieważ zarówno skóra, jak i układ nerwowy powstają z ektodermy. Związki przyczynowo-skutkowe psychodermatoz mogą przebiegać w obu kierunkach. Istnieją schorzenia psychiczne będące bezpośrednimi przyczynami wykwitów skórnych, które nierzadko przez długi czas były błędnie diagnozowane i leczone jako najrozmaitsze choroby dermatologiczne. Z drugiej strony przebieg wielu dermatoz jest w różny sposób modyfikowany przez czynniki psychiczne u chorych (stres, emocje), co prowadzi do mechanizmu błędnego koła u pacjentów leczonych przewlekle na choroby skóry (schorzenia dermatologiczne mają negatywny wpływ na psychikę chorych, a z drugiej strony silny stres, obniżony nastrój i poczucie lęku znacznie nasilają przebieg dermatoz) [4,5,6].

Istnieje kilka klasyfikacji zaburzeń z kręgu psychodermatoz, jednak najczęściej wymieniany jest podział na trzy główne kategorie [7]:

1. Zaburzenia psychofizjologiczne, np. wyprysk, łuszczyca, łysienie, trądzik, pokrzywka, świąd, liszaj płaski, atopowe zapalenie skóry.
2. Zaburzenia psychiczne wtórne do chorób dermatologicznych, np.: depresja, zaburzenia lękowe.
3. Pierwotne zaburzenia psychiczne z manifestacją skórą, np.: obłęd pasożytniczy, dysmorfofobia, trichotillomania, zadrapania neurotyczne, dermatozy wywołane.

## ■ Zaburzenia psychofizjologiczne

Zalicza się do nich choroby skóry, w przebiegu których objawy chorobowe mogą pojawić się albo wyraźnie nasilić z powodu przeżywanego stresu. W badaniach tych skomplikowanych zależności znaczną rolę odgrywa model nerwowo-immunologiczno-skórno-endokrynologiczny. Wpływy mózg-skóra są dwukierunkowe i właściwym stwierdzeniem jest pogląd, że nasz wygląd zewnętrzny to pewnego rodzaju odbicie skomplikowanych interakcji neurotransmiterów, hormonów i cytokin. Główne znaczenie mają dwa szlaki: oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa oraz mechanizm wyzwalania neuropeptydów z zakończeń nerwowych skóry w trakcie stresu [4,8].

Robert Griesemer, lekarz zajmujący się zarówno dermatologią, jak i psychiatrią, za pomocą dokładnych badań ankietowych przeprowadził analizę wpływu emocji dnia poprzedzającego na wysiew zmian skórnych. Stworzony przez niego indeks Griesemera określa wpływ stresu na pojawianie się różnych dermatoz [9]. W tab. 1 (s. 15) przedstawiono przykładowe częstości problemów dermatologicznych wywołanych przez emocje [10].

Z racji niepodważanego wpływu emocji i stresu na występowanie oraz przebieg dermatoz będących zaburzeniami psychofizjologicznymi, oprócz podstawowego leczenia dermatologicznego ważne jest właściwe rozszerzenie kuracji. Istotną rolę odgrywają różne techniki antystresowe, jak metody relaksacyjne, terapia poznawczo-behawioralna, czy hipnoza. **W wielu przypadkach konieczne jest zastosowanie leków przeciwłękowych i przeciwdepresyjnych.** W dermatozach przebiegających z intensywnym świądem bardzo ważne jest zmniejszenie jego nasilenia i przerwanie błędnego koła świąd-drapanie, co doprowadzi do zmniejszenia stanu zapalnego oraz towarzyszących nadkażeń bakteryjnych.

Szczególnie silne działanie przeciwświądowe w połączeniu z działaniem przeciwłękowym

**Tabela 1.** Indeks Griesemera. Częstość problemów skórnych wywołanych przez emocje [10]

Diagnoza	Procentowy udział przypadków będących następstwem emocji	Inkubacja biologiczna. Okres między stresem i wystąpieniem objawu
Obfite pocenie się	100	sekundy
Nasilone drapanie się	98	sekundy
Miejscowe swędzenie	98	od kilku dni do 2 tygodni
Brodawki	95	kilka dni
Trądzik różowaty	94	2 dni
Świąd	86	sekundy
Liszaj płaski	82	kilka dni do 2 tygodni
Wyprysk atopowy	70	sekundy do swędzenia
Samouszkodzenia	69	sekundy
Pokrzywka	68	minuty
Łuszczyca	62	od kilku dni do 2 tygodni
Trądzik	55	od 2 dni do powstania zmian
Wypadanie włosów	55	2-3 tygodnie
Łojotokowe zapalenie skóry	41	od kilku dni do 2 tygodni
Opryszczka, półpasiec	36	kilka dni
Bielactwo nabyte	33	2-3 tygodnie
Grzybica	9	od kilku dni do 2 tygodni
Rogowacenie, znamiona	0	-

i uspokajającym ma **hydroksyzyna**. Najsilniejsze działanie antyhistaminowe wśród leków przeciwdepresyjnych ma **doksepina** (zaliczana do trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych), jednak preparat ten nie znajduje częstego zastosowania z powodu działań niepożądanych tej grupy substancji (szczególnie kardiotoksyczności) [4,11,12].

### ■ Zaburzenia psychiczne wtórne do chorób dermatologicznych

Do wtórnych zaburzeń psychicznych zaliczamy jednostki chorobowe pojawiające się w następstwie choroby dermatologicznej. Obecność wykwitów skórnych, szczególnie w okolicach ciała widocznych dla otoczenia, może nieść za sobą ciąg niekorzystnych zdarzeń emocjonalnych. Chorym doskwiera stałe poczucie wstydu, obniżenie własnej samooceny, poczucie odrzucenia, problemy w relacjach społecznych. Do-

stępne dane szacują, że nawet 60% odsetek chorych z powodu przewlekłych dermatoz doświadcza objawów depresyjno-lękowych [4].

**Trądzik pospolity** występujący głównie w okresie adolescencji jest często bagatelizowany przez najbliższe otoczenie, jak i samych lekarzy, jednak w bardzo znacznym stopniu zmienia postrzeganie siebie, będąc jedną z najczęstszych przyczyn fobii społecznej u młodych ludzi [13]. Nawracające zaburzenia depresyjne są trwale wpisane w przebieg przewlekłych dermatoz, takich jak **łuszczyca** czy **atopowe zapalenie skóry**. Ryzyko wystąpienia depresji wzrasta wraz ze stopniem nasilenia zmian skórnych oraz czasem trwania schorzenia.

Niekiedy wtórne zaburzenia psychiczne nie są wyłącznie emocjonalnymi reakcjami na dermatozę, ale mogą wynikać z dysfunkcji mózgu powstałej poprzez chorobę somatyczną, czy stosowane leki (w szczególności steroidotera-

pię). Przykładem takiej jednostki, o szerokim oddziaływaniu na skórę oraz ośrodkowy układ nerwowy jest **układowy toczeń rumieniowaty**.

Wagę problemu dobrze podsumowuje fakt, że u chorych na przewlekłe choroby skóry znacznie częściej obserwowane są zwiększone tendencje samobójcze w porównaniu do populacji ogólnej [6,14,15].

**W postępowaniu terapeutycznym kluczową rolę odgrywa wnikliwa ocena stanu psychicznego.** Nieodzowne znaczenie ma tutaj profesjonalna konsultacja psychologiczna, a często także psychiatryczna. W leczeniu ambulatoryjnym w celu wykrywania zaburzeń psychicznych często stosuje się badania ankietowe, gdzie istotnym czynnikiem jest właściwe dobranie odpowiedniego kwestionariusza. Najczęściej wykorzystywanymi w praktyce są: Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory), Skala Depresji Hamiltona (HAM-D), Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), a dla lęku Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7). Bez badania psychiatrycznego same badania kwestionariuszowe nie są wystarczające do rozpoznania lub wykluczenia zaburzeń depresyjno-lękowych, ale stanowią pomoc w ocenie stopnia jej nasilenia i monitorowania przebiegu leczenia [16,17].

**Podstawą terapii tych zaburzeń psychicznych oprócz leczenia podstawowych schorzeń dermatologicznych są leki przeciwdepresyjne.** Powinny być one dobierane właściwie do objawów występujących u danego chorego z uwzględnieniem działań niepożądanych, współistniejących schorzeń somatycznych oraz pozostałych leków przyjmowanych przez pacjenta. Z racji dość licznych działań niepożądanych o charakterze cholinolitycznym (zaparcia, zaburzenia mikcji, suchość w ustach, zaburzenia widzenia) oraz niekorzystnym wpływie na układ krążenia, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD)

są znacznie rzadziej stosowane niż najpopularniejsza obecnie grupa leków używanych w psychodermatologii, jakimi są selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI). Ich lepsza tolerancja, praktycznie pozbawienie działania cholinolitycznego oraz brak kardiotoxyczości znacznie zwiększają bezpieczeństwo tej grupy leków. Najczęstszymi działaniami niepożądanymi podczas zażywania SSRI są bezsenność i niepokój, jednak obserwuje się także bóle głowy, nudności, wymioty, wzmożoną potliwość, przyrost lub spadek masy ciała, zaburzenia funkcji seksualnych (erekcji i ejakulacji). Pierwszy efekt terapeutyczny może być odczuwany dopiero po 2-4 tygodniach farmakoterapii. Podkreśla się istotną rolę psychoterapii w procesie terapeutycznym, jako uzupełnienie leczenia farmakologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem samoakceptacji [16,18,19].

### ■ Pierwotne zaburzenia psychiczne z manifestacją skórą

Obejmują zaburzenia psychiczne, w których najważniejszymi z objawów manifestującej się choroby są zmiany skórne. To grupa schorzeń znacznie rzadziej opisywanych niż poprzednie, jednak obecnie nie stanowią rzadkości w codziennej praktyce klinicznej. Do najczęściej spotykanych należą: obłęd pasożytniczy, trichotillomania, dysmorfofobia, zadrapania neurotyczne. Niezależnie od schorzenia, chorzy po pomoc znacznie częściej zgłaszają się do gabinetów lekarzy rodzinnych i dermatologów, niż do specjalistów psychiatrów [6].

### Obłęd pasożytniczy (zespół Ekboma)

Obłęd pasożytniczy należy do zaburzeń psychotycznych (halucynoz), dla którego charakterystyczne są urojeniowe przekonania chorych o infestacji pasożytniczej, przy braku medycznych dowodów na obecność pasożytów w ich skórze. To dość rzadkie zaburzenie pojawia się zazwyczaj w starszym wieku na pod-

łożu organicznych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym oraz nadużywaniu substancji psychoaktywnych u młodszych osób, jednak u niektórych pacjentów czynnikiem wywołującym bywa również przebyte świerzbu. Częściej chorują kobiety w średnim i starszym wieku, a w wywiadzie pojawia się współistniejący jadłowstręt psychiczny.

**Obłęd pasożytniczy może przebiegać bez jakichkolwiek wykwitów, jednak najczęściej występują uszkodzenia skóry w postaci przeczosów i zadrapań, które spowodowane są próbami usunięcia lub zniszczenia wyimaginowanych pasożytów.** Ich lokalizacja dotyczy łatwo dostępnych miejsc ciała, jak twarz, ramiona, uda, okolica klatki piersiowej. Najczęściej używane są do tego własne paznokcie, ale także szereg rozmaitych narzędzi, np. pęsety, nożyczki, maszynki do golenia itp. Zdarzają się również próby usuwania pasożytów poprzez częste kąpiele, smarowanie skóry różnymi środkami chemicznymi, stosowanie wody utlenionej itp., co często prowadzi do kontaktowego zapalenia skóry oraz nadkażeń bakteryjnych. Chorzy zwykle próbują schwytać domniemane pasożyty jako potwierdzenie parazytozy. Objawem patognomicznym urojeń pasożytniczych jest tzw. objaw pudełka zapalek, czyli przynoszenie przez chorych rozmaitych przedmiotów, w których mają znajdować się domniemane pasożyty. Zwykle są to fragmenty naskórka, strupy pokrywające rany, okruszki, drobinki kurzu itp. [20,21].

Największym wyzwaniem terapeutycznym jest przekonanie chorego o potrzebie konsultacji psychiatrycznej oraz rozpoczęcia farmakoterapii. Z racji zaburzeń przekąźnictwa dopaminergicznego najlepszy efekt uzyskiwany jest dzięki zastosowaniu **atypowych leków przeciwpsychotycznych**, gdzie głównie stosowane są rysperydon, aripiprazol oraz olanzapina. W leczeniu skuteczne pozostają także **klasyczne leki przeciwpsychotyczne** (pierw-

szej generacji), szczególnie haloperydol i zyklopentyksol, jednak wywołują znacznie częściej objawy uboczne ze strony układu pozapiramidowego. U starszych pacjentów leczenie najlepiej rozpoczynać od niższych dawek leków II generacji (np. 0,5-1 mg/dobę risperidonu czy 2,5-5 mg olanzapiny), stopniowo podnosząc dawkę do uzyskania efektu leczniczego, a korzystne działanie wywierane jest zazwyczaj przy znacznie niższych dawkach niż podczas leczenia schizofrenii i innych zaburzeń urojeniowych [6,22].

### Dysmorfofobia

Dysmorfofobia jest zaburzeniem psychicznym, dla którego charakterystyczne są obsesyjne myśli i przekonania o obecności rzekomych wad oraz nieprawidłowości skutkujących nieatrakcyjnością własnego ciała.

Początek choroby przypada zazwyczaj na okres późnego dojrzewania (16.-18. r.ż.), z niewielką przewagą kobiet. Wyobrażane wady często wcale nie istnieją albo są niewielkie i zazwyczaj nie są zauważalne przez otoczenie. Chorzy regularnie analizują swoje ciało, a skargi dotyczą najczęściej wyglądu twarzy (zmarszczki, wygląd nosa i oczu, kształt ust, zmian trądzikowych, blizn, stanu owłosienia), ale przedmiotem rozważań bywają także brzuch, piersi, dłonie, stopy i narządy płciowe [6,23].

**Dysmorfofobia zaliczana jest do zaburzeń hipochondrycznych**, którym często towarzyszą inne zaburzenia psychiczne, takie jak fobia społeczna, depresja, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz nadużywanie alkoholu. Postaci psychotycznej dysmorfofobii towarzyszą także objawy urojeniowe. Niektóre badania wskazują, że nawet kilkunastoprocentową grupę osób korzystających z gabinetów medycyny estetycznej oraz chirurgii plastycznej mogą stanowić pacjenci z różnie nasiloną dysmorfofobią i w znacznym stopniu nie są oni zadowoleni z efektu estetycznego [24].

**Tanoreksja to szczególna forma dysmorfofobii**, w której chorzy mają poczucie niedostatecznej opalenizny. Z powodu domniemanej bladości skóry godzinami przebywają na słońcu i korzystają regularnie z usług solarów. Ma to wpływ na znaczne przyspieszenie procesu starzenia skóry oraz wzrost zachorowalności na nowotwory, w tym najgroźniejsze z nich – czerniaka [25].

Lekami pierwszego wyboru są **leki z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny**, zazwyczaj w dawkach stosowanych w leczeniu depresji. Poprawy podczas terapii należy spodziewać się po około 12-14 tygodniach, tzn. wyraźnie dłużej niż w trakcie leczenia zaburzeń depresyjnych. W przypadku braku poprawy, ale przy dobrej tolerancji leku, sugerowane jest ostrożne podwyższenie dawki SSRI powyżej dawek maksymalnych. Przy braku efektu terapeutycznego zalecana jest zmiana leku SSRI na inny preparat z tej samej grupy. Przy towarzyszących objawach urojeniowych, można dołączyć **leki przeciwpsychotyczne II generacji**. Istotną rolę w terapii odgrywa także **psychotherapia**, szczególnie terapia poznawczo-behawioralna [19,26].

### Trichotillomania

Trichotillomania to schorzenie zaliczane do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, które polega na uporczywym, nawykowym i niekontrolowanym przymusie wrywania sobie włosów. Objawy po raz pierwszy występują zazwyczaj w dzieciństwie oraz w okresie dojrzewania, jednak w postaci przewlekłej i nawracającej zaburzenie może występować w wieku dorosłym. U małych dzieci choroba przebiega zazwyczaj łagodnie i mogą jej towarzyszyć takie objawy, jak bruksizm, koszmary senne, moczenie nocne. Trichotillomania występuje szacunkowo kilkukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn i uważa się, że późniejszy początek choroby ma związek z jej cięższym przebiegiem. Zaburzenie często występuje jako po-

stać izolowana, ale może też współtowarzyszyć depresji, schizofrenii, zaburzeniom osobowości, zaburzeniom ze spektrum autyzmu, uzależnieniu od narkotyków i alkoholu [27,28].

**Trichotillomania prowadzi do różnie nasilonej depilacji obszarów skóry owłosionej**. Chorzy wrywają włosy najczęściej w obrębie głowy (na ogół w okolicy czołowo-skroniowej), rzęs, brwi, przedramion, okolicy wzgórka łonowego oraz okołodbytnicznej. Powstające ogniska mają geometryczne kształty niewystępujące w naturalnych procesach łysienia. W obrębie pola wyłysienia mogą występować długie włosy, jak i zupełnie ułamane. Nie stwierdza się cech bliznowacenia.

Trichotillomania dzieli się na dwie główne postacie: **automatyczną** (w której usuwanie włosów odbywa się w nieświadomy sposób) oraz postać **skupioną na wrywaniu włosów** (kiedy czynność poprzedza uczucie niepokoju lub napięcia, a po usunięciu owłosienia następuje chwilowe odprężenie). U około kilkunastu procent chorych wrywaniu włosów towarzyszy ich zjadanie, czyli **trichofagia**. Może ona prowadzić do wytwarzania kamienia włosowego w przewodzie pokarmowym, co może wywołać dysfagię, bóle brzucha, wymioty i zaparcia [27,28]. W ostatnich latach opisano kilka innych postaci zaburzeń powiązanych z niszczeniem włosów, które nie zostały dotychczas ujęte w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. [4,27]. Wymieniane są:

- Trichotemnomania – charakteryzuje się gołeniem i obcinaniem włosów na szczycie głowy lub w okolicy potylicy.
- Trichodaganomania – polega na gryzieniu i odgryzaniu własnych włosów.
- Trichoteiromania – cechuje się pocieraniem włosów i drapaniu skóry owłosionej, co prowadzi do utraty lub widocznego uszkodzenia włosów.
- Trichokryptomania (trichorreksomania) – włosy uszkodzane są poprzez łamanie ich paznokciami.

Ze względu na znaczne podobieństwo trichotillomanii do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, w terapii stosowane są głównie **leki hamujące zwrotny wychwyt serotoniny z grupy SSRI**, a także będąca od wielu lat w użyciu klomipramina w maksymalnej dawce 300 mg/dobę [19].

### Zadrapania neurotyczne

Zadrapania neurotyczne polegają na zamierzonym uszkodzeniu własnej skóry bez intencji samobójczych. Mają charakter kompulsji, którym chorzy nie potrafią się przeciwstawić, jednak sami zaprzeczają manipulacji przy skórze. Charakterystyczne jest nagłe pojawienie się w pełni rozwiniętych zmian dermatologicznych bez objawów prodromalnych. Częstość występowania szacuje się na około 4% populacji ogólnej z przewagą kobiet, w grupie nastolatków i młodych dorosłych objawy mogą występować nawet u ponad 30% osób.

Zadrapania neurotyczne dość często wiążą się z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi czy epizodami depresyjnymi. Początek może wywołać konkretny bodziec lub przewlekły stres [29].

Brak jednego uniwersalnego obrazu klinicznego tej jednostki chorobowej. **Wykwity powstałe przez notoryczne uszkodzenie skóry paznokciami zwykle mają różną morfologię**, z dominującym występowaniem przeczosów, nadżerek i częstymi powikłaniami w postaci wtórnych zakażeń bakteryjnych, przetok oraz blizn. Zmiany zwykle zlokalizowane są w miejscach dostępnych manipulacji manualnej, dlatego też okolica międzyopatkowa jest zazwyczaj wolna od zmian, a nasilenie wykwitów jest bardziej nasilone po stronie przeciwnej do strony dominującej.

W terapii stosowane są **leki przeciwdepresyjne hamujące wychwyt serotoniny**, a w wielu przypadkach pomocna jest **psychoterapia**. Podstawę leczenia dermatologicznego stanowią **opatrunki okluzyjne** uniemoż-

liwiające manipulację w zajęтым rejonie ciała, a w przypadku wtórnych infekcji miejscowa/ogólna **antybiotykoterapia** [6,30].

### Wnioski

Współczesna medycyna dostrzega szeroki wpływ zdrowia psychicznego na wygląd ludzkiej skóry. Różne dermatozy same w sobie mają negatywny wpływ na samopoczucie, co skutkuje znacznym pogorszeniem stanu dermatologicznego, jednak należy pamiętać, że niektóre wykwity skórne mogą pojawić się w następstwie pierwotnych zaburzeń psychicznych. Z tego powodu wszelkie zmiany dermatologiczne wymagają wnikliwej analizy lekarskiej i tylko holistyczne podejście pozwoli na szybką diagnostykę oraz właściwe leczenie.



Autor korespondujący:  
lek. Piotr Kapica  
piotrekapica@wp.pl  
Nadesłano: 17-02-2020

### Piśmiennictwo:

1. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. Acta Derm Venereol. 2016 Aug 23;96(217):35-7.
2. Azambuja RD. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. An Bras Dermatol. 2017 Jan-Feb;92(1):63-71.
3. Franca K, Savas J, Ledon J i wsp. Psychodermatology: a trip through history. An. Bras. Dermatol. 2013;88:842-843.
4. Szepietowski J, Pacan P, Reich A. Psychodermatologia. Wyd. Akad. Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 2012.
5. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and Psychological Comorbidity in Patients with Dermatologic Disorders: Epidemiology and management. Am J Clin Dermatol. 2003;4(12):833-42.
6. Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Dermatologia Braun-Falco. Czelej. Lublin 2017; 1181-1190.
7. Makowska I, Gmitrowicz A. Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2014.14(2):100-105.
8. Koo Lebwohl. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. American Family Physician. 2001;64 (11).
9. Shenefelt PD. Psychodermatological disorders: recognition and treatment. Int. J. Dermatol. 2011;50:1309-1322.
10. Tuszyńska-Bogucka W. Funkcjonowanie systemu rodziny z dzieckiem przewlekle chorym dermatologicznie. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
11. Harth W, Gieler U, Kusnir D i wsp. Clinical Management in Psychodermatology. Springer, Berlin 2009.
12. Gordon-Elliott JS, Muskin PR. Managing the patient with psychiatric issues in dermatologic practice. Clin. Dermatol. 2013;31:3-10.
13. Behnam B, Taheri R, Ghorbani R i wsp. Psychological impairments in the patients with acne. Indian J. Dermatol. 2013;58:26-29.
14. Dehen L, Taieb C, Myon E, Dubertret L. Dermatitis and depressive symptoms. Ann Dermatol Venereol. 2006;133(2):125-129.

15. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 Feb 14;17(1):70.
16. Jarema M i wsp. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016.
17. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*. 1977;11:417-425.
18. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T, Strzelecki D. Przewodnik psychofarmakoterapii. Działania niepożądane i powikłania. *Via Medica, Gdańsk* 2010.
19. Shukla R, Sasseville D. Psychopharmacology in psychodermatology. *J Cutan Med Surg*. 2008;12:255-67.
20. Pacan P, Szepietowski J. Oblęd pasożytniczy. *Post Psych Neurol*. 2005 (14 suppl.);1:118-119.
21. Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax, J (December 1998). Psychogenic Parasitosis. *Psychosomatics*. 1998;39(6): 491-500.
22. Freudenmann RW, Lepping P. Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: outcome and efficacy. *J Clin Psychopharmacol*. 2008 Oct;28(5):500-8.
23. Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosis and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2002 Apr;4(2):108-13.
24. Hollander E, Cohen LJ, Simon D. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr. Ann*. 1993;23:359-364.
25. Kiełtyka K. Tanoreksja – nowe zagrożenie zdrowotne. *Derm Estet*. 2008;3:174-182.
26. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
27. Brzezińska-Wcisło L. Choroby włosów i skóry owłosionej. *Wyd I Termedia*, 2015.
28. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry*. 2016 Sep 1;173(9):868-74.
29. Mutasim DF, Adams BB. The psychiatric profile of patients with psychogenic excoriation. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61:611-3.
30. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology, and approaches to treatment. *CNS Drugs*. 2001;15:351-359.



## OFERTA DLA PRACOWNIKÓW RYNKU MEDYCZNEGO I FARMACEUTYCZNEGO

**FCA Poland S.A.** oferuje **specjalne rabaty** na modele **FIAT, ALFA ROMEO, JEEP** dla wszystkich osób związanych z zawodami medycznymi, takimi jak: lekarz, pielęgniarka, weterynarz, farmaceuta, stomatolog.

Oferta skierowana jest do osób zarówno prowadzących działalność gospodarczą, jak i dla pracowników etatowych. Przedstawiciele zawodów medycznych mogą ubiegać się także o atrakcyjne formy finansowania zakupu: preferencyjny kredyt lub leasing. W przypadku lekarzy i farmaceutów konieczna jest weryfikacja prawa wykonywania zawodu (PWZ), w tym celu wystarczy załączyć *print screen* pozwolenia ze strony: <https://crf.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl> - weryfikacja farmaceutów <http://rejestr.nil.org.pl> – weryfikacja lekarzy W przypadku firm i osób prowadzących dzia-

łalność gospodarczą potrzebny jest wypis z rejestru KRS lub PKD potwierdzający prowadzenie przez kupującego działalności gospodarczej związanej z zawodami medycznymi. Dla osób prowadzących działalność gospodarczą i firm prawa handlowego dostępny jest kredyt gotówkowy lub leasing, a dla osób fizycznych (etatowców) nieprowadzących działalności gospodarczej kredyt gotówkowy. Wymagane jest minimum formalności.

Każda z naszych marek oferuje swoje modele na specjalnych rabatach.

Szczegółowe informacje dostępne są w autoryzowanych salonach marek Alfa Romeo, Fiat i Jeep oraz na stronach internetowych:

[www.alfaromeo.pl](http://www.alfaromeo.pl)

[www.fiat.pl](http://www.fiat.pl)

[www.jeep.pl](http://www.jeep.pl)

Informacja prasowa