

Aktualne koncepcje w psychodermatologii

Joseph A. Locala, MD

Corresponding author
Joseph A. Locala, MD
Department of Psychiatry,
Case Western Reserve
University
School of Medicine,
University Hospitals Case
Medical Center,
W.O. Walker Building,
Suite 13-122, 10524
Euclid Avenue,
Cleveland, OH 44106,
USA.

e-mail: joseph.locala@
uhospitals.org

Current Psychiatry
Reports 2009,11:211–218

Dermatologia po Dyplomie
2010;1(2):60-68

Dermatologia jest dziedziną, w której aspekty psychosomatyczne są kluczowe dla zrozumienia etiologii i rozwoju chorób skóry oraz stworzenia właściwych protokołów leczniczych. Czynniki emocjonalne wydają się istotnie wpływać na większość chorób skóry, a związek między stresowymi wydarzeniami życiowymi i nawrotami chorób jest w dermatologii dobrze poznany. W artykule zwrócono uwagę na najnowsze badania nad głównymi chorobami skóry, jak również na zaburzenia psychiczne objawiające się jako choroby skórne. Omówiono znaczenie rozwoju psychoneuroimmunologii w aspekcie chorób dermatologicznych. Autor przedstawia również zalecenia dotyczące optymalnej oceny i postępowania w kwestiach psychospołecznych w populacji pacjentów dermatologicznych.

Wprowadzenie

Badania pogranicza psychiatrii i medycyny ostatnio znacznie się rozwinęły za sprawą częstszej obserwacji wpływu czynników psychospołecznych na wyniki medyczne, integracji klinicystów różnych specjalizacji w ośrodkach nakierowanych na konkretną jednostkę chorobową oraz uznania medycyny psychosomatycznej za certyfikowaną podspecjalizację psychiatrii. Dermatologia jest dziedziną, w której kwestie psychosomatyczne wydają się kluczowe do zrozumienia etiologii i rozwoju chorób skóry oraz określenia właściwych protokołów leczniczych.

Zaburzenia psychodermatologiczne mogą być sklasyfikowane w kilku kategoriach: czynniki psychospołeczne wpływające na pierwotne zaburzenia skórne, pierwotne zaburzenia psychiczne z objawami i dolegliwościami ze strony skóry, wtórne zaburzenia psychiczne jako reakcja na chorobę skóry, współistnienie zaburzeń psychicznych z zaburzeniami skórnymi oraz zaburzenia związane ze stosowaniem leków. W tabeli 1 przedstawiono szczegółową listę rozpoznań.

Zamierzeniem autora nie było kompletne omówienie całej psychodermatologii, ale przegląd najistotniejszych stanów chorobowych i możliwości ich leczenia oraz podsumowanie ważnych aktualnych problemów poruszanych w piśmiennictwie psychodermatologicznym.

Czynniki psychospołeczne wpływające na zaburzenia skórne

Czynniki emocjonalne wydają się istotnie wpływać na większość chorób skóry, a związek między stresującymi wydarzeniami życiowymi a nawrotami chorób jest w dermatologii dobrze poznany. Ma to sens, gdy przyjmie się, że skóra jest kluczowym narządem dla komunikacji ze światem zewnętrznym, działa jak mechanizm sprzężenia zwrotnego w przypadku urazów i obrażeń zewnętrznych, a ponadto jest barierą ochronną całego ciała. Gęste połączenia części aferentnej i eferentnej układu nerwowego są ważne dla funkcjonowania układów czuciowych skóry, jak również dla jej znaczenia w utrzymaniu homeostazy. Skóra jest narządem docelowym dla hormonów stresu i modulatorów układu immunologicznego, wpływa także na uwalnianie tych mediatorów. Model NICE (neuro-immuno-cutaneous-endocrine) wyjaśnia współdziałanie układów, neuroprzekazników, hormonów i cytokin, a także różnych pętli sprzężeń zwrotnych.¹ Nie dziwi, że wpływ umysłu na ciało jest często obserwowany w przebiegu chorób skóry. Hipotetycznie, zaburzenia funkcjonowania skóry mogą również wpływać na umysł na drodze sprzężenia zwrotnego. Ponadto możliwe, że współistnienie zaburzeń psychicznych ze skórnymi jest

spowodowane wspólną ścieżką etiologiczną wiodącą przez cytokiny prozapalne. Coraz więcej dowodów wskazuje na taki model wzajemnych oddziaływań.

Psychoneuroimmunologia, badanie związków między układem nerwowym, endokrynologicznym i immunologicznym, jest podlegającym ciągłemu rozwojowi obszarem nauki o początkach w latach 70. XX wieku. Zrozumienie psychoneuroimmunologii jest kluczowe dla psychodermatologii. Tausk i wsp.^{2**} przedstawili w zarysie działania przewlekłego stresu na układ immunologiczny, ze szczególnym uwzględnieniem chorób skóry. Układ nerwowy utrzymuje delikatną równowagę między odpowiedzią komórkową (limfocyty T pomocnicze typu 1) a humoralną (limfocyty T pomocnicze typu 2). Podwzgórze poddane stresowi odpowiada za wydzielanie hormonów: uwalniającego kortykotropinę, adrenokortykotropowego, noradrenaliny, a w końcu kortyzolu, które wspólnie nasilają odpowiedź humoralną. Swoiste zestawy cytokin pobudzają odpowiedź typu komórkowego, podczas gdy inne cytokiny stymulują odpowiedź typu humoralnego. Cytokiny często podlegają regulacji kaskadowej, wcześniej wytworzone cytokiny pobudzają wytwarzanie późniejszych. Cytokiny prozapalne, takie jak IL-1, IL-6 oraz czynnik martwicy nowotworów (TNF) pobudzają odpowiedź immunologiczną, aby przyspieszyć eliminację patogenów i wywołać stan zapalny, natomiast cytokiny przeciwzapalne, takie jak IL-4, IL-10 oraz IL-13, tłumią odpowiedź immunologiczną.³ Stres ma wpływ na regulację cytokin i może prowadzić do ich nadekspresji. Kilka chorób dermatologicznych powiązано z potencjalną nadekspresją cytokin. Co ciekawe, niektóre badania wiążą nadaktywność osi podwzgórze-przysadka-nadnercza oraz równoległy wzrost cytokin prozapalnych z dużą depresją.⁴ Objawy choroby często związane z zakażeniem, takie jak wzmożony sen, zmniejszony apetyt oraz zmniejszony popęd seksualny, mogą również być przypisywane skutkom działania cytokin.³ Współistniejąca depresja oraz zaburzenia zachowania, które są często obserwowane w zaburzeniach dermatologicznych, mogą być związane zarówno z cytokinami prozapalnymi, jak i czynnikami psychospołecznymi. Badania dotyczące konkretnych zaburzeń skórnych omówiono poniżej.

ŁUSZCZYCA

Łuszczyca jest przewlekłą, nawrotową chorobą skóry dotyczącą około 2% populacji amerykańskiej. Związek między stresem a zaostrzeniami łuszczycy jest dobrze poznany, a stopień nasilenia stresu związanego z antycypacją postrzegania zmian skórnych przez innych ludzi jest właściwie największym czynnikiem predykcyjnym wycofania się chorych.⁵ Badanie oceniające 1580 chorych na łuszczycę, leczonych w 39 włoskich ośrodkach dermatologicznych, wykazało łagodny dystres u 46% chorych, a u 11% nasilony dystres kwalifikujący się do kręgu

Tabela 1. Kategorie zaburzeń psychodermatologicznych

Czynniki psychospołeczne dotyczące pierwotnych zaburzeń skórnych

Łuszczyca
Atopowe zapalenie skóry
Trądzik zwyczajny
Trądzik różowaty
Pokrzywka
Łysienie plackowate
Nadmierna potliwość
Opryszczka
Wyprysk

Pierwotne zaburzenia psychiczne z dolegliwościami lub objawami skórnymi

Urojenia pasożytnicze
Trichotilomania
Dysmorfofobia
Zaburzenia pozorowane
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i związane z nimi zapalenie skóry
Uzależnienie od opalania
Samouszkodzenia
Hipochondria lub fobie

Wtórne zaburzenia psychiczne wynikające z radzenia sobie z chorobą skóry

Zaburzenia depresyjne
Zaburzenia lękowe
Fobia społeczna
Osobowość unikająca
Niska samoocena
Zaburzenie stresowe pourazowe

Zaburzenia psychiczne współistniejące z chorobami skóry

Ogólny wpływ choroby na jakość życia, nastrój i poziom funkcjonowania pogorszony przez współistnienie zaburzeń dermatologicznych i psychicznych

Choroby skóry spowodowane lub nasilone przez leki psychotropowe

Skutki psychiatryczne leczenia dermatologicznego

psychopatologii.⁶ Oba typy zaburzeń były częstsze u kobiet, nie obserwowano związku między ciężkością łuszczycy a tymi zaburzeniami. Co interesujące, dermatolodzy stosowali leczenie ukierunkowane na problem i nie modyfikowali go o interwencje psychospołeczne u chorych z rozpoznany i nasilonym dystresem.

Pietrzak i wsp.^{7**} przedstawili wyczerpujący przegląd znaczenia nadekspresji cytokin prozapalnych, szczególnie TNF, interleukin i interferonu- γ u chorych na łuszczycę oraz użyteczności cytokin/antycytokin w jej lecze-

niu. Antagoniści TNF są wymieniani jako leki najczęściej stosowane. Badania wykazały, że u chorych na łuszczycę – szczególnie tych, u których choroba wydaje się związana ze stresem – odpowiedź osi podwzgórze-przysadka-nadnercza na ostry stres społeczny jest zmieniona, co przejawia się zmniejszoną odpowiedzią kortyzolu. Jedna grupa badaczy wysunęła hipotezę, że podobieństwa między depresją a łuszczycą, takie jak zwiększone stężenie cytokin prozapalnych oraz białek ostrej fazy, są tak istotne, że obie choroby mogą być rozważane jako stany zapalne pośrednio wywoływane immunologicznie. Ostatnie badania dotyczące osi podwzgórze-przysadka-nadnercza w łuszczycy nie wykazały istotnego związku z parametrami neurohormonalnymi, psychicznymi oraz immunologicznymi w złożonym badaniu skierowanym na kilka markerów hormonalnych i immunologicznych.^{9**} Dalsze analizy dotyczące psychoneuroimmunologii łuszczycy są ważnym obszarem przyszłych badań.

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY

Atopowe zapalenie skóry jest chorobą dotyczącą 2-3% dorosłej populacji, wywołującą świąd i stan zapalny, często powikłaną nadmiernym drapaniem. W badaniach kontrolowanych wykazano u chorych na atopowe zapalenie skóry zwiększony poziom lęku i depresji.¹⁰ Depresja może pogarszać odczuwanie dyskomfortu spowodowane świądem. W leczeniu tego zaburzenia najbardziej przydatne są takie terapie alternatywne, jak techniki relaksacyjne oraz terapia poznawczo-behawioralna w połączeniu z miejscowymi lekami przeciwhistaminowymi oraz przeciwdepresyjnymi/przeciwłękowymi (jeśli są wskazane).

Ostatnie badania wykazały, że u chorych na atopowe zapalenie skóry nasilane przez stres, zajęte obszary skóry zawierają mniej włókien nerwowych w naskórku i zwiększoną naskórkową frakcję receptora 5-HT_{1A} oraz wzmożoną immunoreaktywność transportera serotoniny.¹¹ Doprowadziło to do wniosku, że w przebiegu atopowego zapalenia skóry i przewlekłego stresu dochodzi do zmiany unerwienia i modulacji układu serotonergicznego, a przyszłe terapie nacelowane na receptory dla serotoniny i transportery serotoniny mogą się okazać skuteczne.

TRĄDZIK

Psychologiczny wpływ trądziku jest istotny, a jego pojawianie się przypada na okresy życia (dojrzewanie i wczesna dorosłość), w których samoocena, wygląd ciała i funkcje społeczne są na etapie przełomowym w rozwoju. Ze względu na przypadki kliniczne sugerujące związek przyczynowy między leczeniem izotretynoiną a depresją i samobójstwami, badano występowanie tych ostatnich wśród chorych na trądzik. Hull i D'Arcy¹² dokonali przeglądu wielu badań i stwierdzili, że depresja

i lęk występują częściej u nieleczonych chorych na trądzik. W artykule szczegółowo przeanalizowano badania kohortowe dotyczące leczenia oraz duże badania populacyjne i wynioskowano, że niewielka liczba przypadków depresji nie sugeruje bezpośredniego wpływu izotretynoiny. Autorzy zalecają jednak ostrzeżenie chorych ze względu na dowody pochodzące z opisów kazuistycznych oraz możliwe okazjonalne występowanie depresji, z drugiej strony postulując, że jej powodem są inne czynniki predysponujące (np. zmniejszenie liczby neuronów hipokampa).¹²

Wydaje się, że trądzik wiąże się ze zwiększonym ryzykiem myśli samobójczych, chociaż dane są sprzeczne. Gupta i Gupta¹³ wymieniają 5,6% częstość występowania myśli samobójczych, co stanowi około dwukrotnie więcej niż w populacji ogólnej. W porównaniu z innymi zaburzeniami skóry, tylko u chorych na ciężką łuszczycę wskaźniki myśli samobójczych i depresji były większe. W innym badaniu, przeprowadzonym z udziałem poborowych, u badanych z trądzikiem nie stwierdzono bardziej nasilonych objawów depresji ani częstszych myśli samobójczych w porównaniu z grupą kontrolną złożoną z badanych z problemami ze strony stawów kolanowych.¹⁴ Depresja i myśli samobójcze u chorych na trądzik wymagają dodatkowej oceny i badań w innych grupach populacyjnych.

ŚWIĄD I PRZEWLEKŁA POKRZYWKĄ

Idiopatyczna pokrzywka przewlekła jest definiowana jako krótko utrzymujące się, swędzące bąble pokrzywkowe i zmiany obrzękowe trwające przynajmniej 6 tygodni, dla których nie ustalono żadnych jasnych fizycznych czynników wywołujących ani innej przyczyny. Idiopatyczna pokrzywka przewlekła jest związana z wysokim poziomem lęku i depresji. Wykazano, że lęk i depresja w większym stopniu niż zmiany skórne wpływają na jakość życia chorych.¹⁵ Dokładna analiza badania wykazała, że jakość życia chorego z idiopatyczną pokrzywką przewlekłą bez współistniejących zaburzeń psychicznych z osi I i II była porównywalna z grupą kontrolną.¹⁶ Żadne współistniejące zaburzenie psychiczne nie powodowało w tej populacji istotnie gorszej jakości życia. Te spostrzeżenia ukazują istotność właściwej opieki psychiatrycznej dla długoterminowych wyników leczenia i ogólnego dobrostanu pacjentów.

Idiopatyczny świąd określany jest jako swędzenie występujące bez pierwotnych wykwitów skórnych i podłoża medycznego. Obecność świądu związana jest z psychospołecznymi czynnikami stresowymi, różnymi zaburzeniami psychiatrycznymi i cechami psychologicznymi, takimi jak niedojrzałość emocjonalna, lęk i wysoce subiektywna reakcja na stres.¹⁷ Badanie chorych hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych wykazało bardzo częste występowanie świądu idiopatycznego

u 100 chorych (ogółem 42%, 34% mężczyzn, 58% kobiet), duże nasilenie świądu stwierdzono u osób bez odpowiedniego wsparcia społecznego i stałego zatrudnienia.¹⁷ Ogółem u 76% osób stale stosujących opioidy występował świąd. U chorych leczonych trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi stwierdzano istotnie mniejszy wskaźnik świądu w porównaniu z leczonymi innymi lekami przeciwdepresyjnymi (14 vs 48%). Psychiatrizy powinni wykazywać czujność w obserwacji świądu, ponieważ może być on ukrytym czynnikiem, istotnie decydującym o dyskomforcie chorego oraz mogącym powodować następstwa emocjonalne.

Pierwotne zaburzenia psychiczne z objawami i dolegliwościami ze strony skóry

UROJENIA PASOŻYTNICZE

Pacjenci z urojeniami pasożytniczymi, które są jednym z typów urojeń somatycznych, zazwyczaj zgłaszają się do dermatologów z powodu dolegliwości skórnych, które są jedynym objawem psychozy. Charakterystyczne utrwalone błędne wierzenie dotyczy zarażenia organizmami, a pacjenci gromadzą materiał, który według nich jest dowodem takiego zarażenia. Przedstawianie kolekcji nitek, strupów i cząstek brudu przez pacjentów jest bardzo częste. Ze względu na częste używanie małych pojemników do transportu tego materiału, nazwano to objawem pudełka od zapalek.

Choroba Morgellonów została po raz pierwszy opisana przez lekarza sir Thomasa Browne'a w pośmiertnie opublikowanej, w 1690 roku, pracy. Choroba znana była pod wieloma nazwami, a jej istnienie jako jednostki chorobowej przez lata budziło kontrowersje. Pacjenci zgłaszają się coraz częściej z rozpoznaniem choroby Morgellonów postawionym przez siebie samych, prawdopodobnie dzięki większej świadomości społecznej i założeniu Fundacji Badań nad chorobą Morgellonów. Objawy choroby Morgellonów dokładnie pasują do urojeń pasożytniczych, ale z większym naciskiem na wyciąganie włóknistego materiału ze skóry niż organizmów. Przedmiotem dyskusji dermatologów było to, czy choroba Morgellonów i urojenia pasożytnicze to ta sama choroba. Murase i wsp.¹⁸ podkreślali, że stosowanie terminów łątwo akceptowanych przez pacjentów, może ułatwiać relacje i zaufanie między lekarzem a pacjentem. Wciąż występują kontrowersje dotyczące etiologii tego zaburzenia. Savely i wsp.¹⁹ zwrócili uwagę na możliwy związek choroby Morgellonów z chorobą z Lyme i jej odpowiedzią na antybiotykoterapię, podejrzewając nierozpoznany proces zakaźny. Ten artykuł był częściowo sponsorowany przez Morgellons Research Foundation, która zdecydowanie rozdziela chorobę Morgellonów od urojeń pas-

żytnicznych. Amerykańskie Centers for Disease Control and Prevention określiło tę jednostkę jako dermatopatię o niejasnej przyczynie i otworzyło badania epidemiologiczne w połączeniu z Kaiser Permanente Northern California.²⁰ Pozostaje mieć nadzieję, że dodatkowe badania doprowadzą tę debatę do końca.

Postępowanie z urojeniami pasożytniczymi musi odbywać się we współpracy z chorymi, którzy zazwyczaj nie dopuszczają do siebie myśli, że ich problem ma pochodzenie psychiczne i mocno bronią swojego przekonania o zakaźnej etiologii choroby. Wielu chorych odmawia konsultacji psychiatrycznej lub często po pierwszej wizycie nie przestrzega zaleceń lekarza dotyczących leczenia i kontroli. Przydatnym podejściem jest nastawienie się na poprawę objawów i jakości życia jako leczenie początkowe, bez próby bezpośredniej konfrontacji kwestii pasożytów. Pimozyd, lek przeciwpsychotyczny pierwszej generacji, jest lekiem z wyboru w urojeniach pasożytniczych, potencjalnie z uwagi na jego silne działanie przeciwswiądowe, które, jak się uważa, jest wynikiem oddziaływania na szlaki opioidowe. W małych badaniach lub opisach kazuistycznych dotyczących leczenia urojeń pasożytniczych wykazano skuteczność risperidonu, olanzapiny, aripiprazolu oraz kwetiapiny.^{21••}

DYSMORFOFOBIA

Dysmorfobia (body dysmorphic disorder, BDD) polega na zaabsorbowaniu pacjenta wyimaginowanym defektem własnego wyglądu, może również dotyczyć sytuacji, w której nieprawidłowość jest rzeczywista, ale zainteresowanie nią pacjenta jest nadmierne. Chociaż BDD jest klasyfikowana jako zaburzenie somatoformiczne, to ma cechy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Około jedna trzecia chorych wyciska skórę w celu poprawy jej wyglądu, czasami stosując niebezpieczne narzędzia.²² Autor leczył chorego, który skonstruował i ostrzył chirurgiczne narzędzia domowej produkcji i spędzał dużo czasu wykonując złożone zabiegi wycinania niewielkich narośli na twarzy. Opisał bardzo szczegółowo anatomię struktur usuwanych ze skóry twarzy, które przypominały elementy układu limfatycznego, naczyń krwionośnych i włókien nerwowych. Słabe gojenie się ran i zakażenia wynikające z tych zabiegów prowadziły do przedłużających się hospitalizacji i operacji plastycznej.

Malick i wsp.²³ przedstawili wyczerpujący przegląd zwracający uwagę na badania przesiewowe w kierunku zaburzeń psychicznych u osób poddawanych zabiegom chirurgii plastycznej. Zalecają oni badania przesiewowe w kierunku dysmorfofobii, osobowości narcystycznej i histrionicznej, które obserwuje się częściej wśród pacjentów chirurgów plastycznych, proponując także zestawy diagnostycznych pytań przesiewowych do zastosowania klinicznego. Co ciekawe, u pacjentów dermatologów

kosmetycznych nie wykazano częstszego stosowania leków psychotropowych w porównaniu ze zwykłymi pacjentami dermatologicznymi (18 vs 17%), chociaż obie grupy częściej stosowały te leki w porównaniu z populacją ogólną i dopasowaną grupą pacjentów leczonych przez chirurgów ogólnych.²⁴ Zwiększone współwystępowanie zaburzeń psychicznych u pacjentów z chorobami skóry prawdopodobnie tłumaczy częste stosowanie leków psychotropowych w klinikach dermatologicznych.

W badaniu skoncentrowanym na postępowaniu w przypadku dysmorfofobii w klinikach dermatologicznych, więcej niż 50% spośród 118 dermatologów z Polski obserwowało w swojej praktyce przynajmniej jednego chorego z dysmorfofobią, a 5% obserwowało więcej niż 10 w ciągu ostatnich 5 lat. Warto zauważyć, że zwykle dermatolodzy z tego badania nie konsultowali pacjentów z psychiatrą (40,7% zawsze, 28,8% często) i rzadko włączali leczenie na własną rękę (15,3%).²⁵ Jeśli te dane można ekstrapolować na dermatologów z innych rejonów, wydaje się konieczne dodatkowe szkolenie dotyczące rozpoznawania dysmorfofobii i właściwego leczenia.

UZALEŻNIENIE OD OPALANIA

Dermatolodzy od dawna borykają się z grupą pacjentów, którzy kontynuują nadmierne opalanie się, mimo wiedzy o jego negatywnych skutkach (np. przedwczesne starzenie się skóry i ryzyko raka skóry). W erze zwiększonej świadomości społecznej dotyczącej ryzyka ekspozycji na promieniowanie UV, opalanie w solariach wśród młodych dorosłych zwiększyło się z 1 do 27% od 1988 do 2007 roku.²⁶ Częstość opalania w solariach jest większa wśród młodych kobiet rasy białej z największymi wskaźnikami obserwowanymi między 18 a 29 r.ż.²⁷ Osoby regularnie korzystające z solarium odróżniały oświetlenie lampą UV i nie-UV w badaniu z podwójnie ślepą próbą i wybierały dodatkowe promieniowanie UV przez 95% czasu.²⁸ Uważa się, że światło UV stymuluje wytwarzanie β -endorfin i działa jako bodziec wzmacniający do powtarzania opalania.²⁸ Przedstawiono koncepcję, że opalanie może należeć do zaburzeń związanym z używaniem substancji, co poparto tym, że osoby opalające się regularnie mają problemy z kontrolą korzystania z solarium, kontynuują opalanie mimo negatywnych jego skutków, doświadczają tolerancji i wycofania się oraz wykazują zależność psychiczną.²⁹ Postrzeganie takich praktyk jako uzależnienia może pomagać dermatologom w odzwyczajaniu chorych od nawykowego opalania. Autor stawia również pytanie, czy pacjenci z uzależnieniem od opalania mogą „leczyć się samodzielnie” z powodu zaburzeń depresyjnych lub sezonowej choroby afektywnej, korzystając z solarium jako formy światłolecznictwa. Przyszłe badania będą szerzej analizować tę hipotezę.

Wtórne i współistniejące zaburzenia psychiczne w połączeniu z chorobami skóry

Występowanie zaburzeń psychicznych u pacjentów dermatologicznych jest znacznie częstsze niż w populacji ogólnej. Całkowity wpływ choroby na jakość życia jest większy w przypadku połączenia zaburzeń skórnych i psychicznych. Wśród pacjentów z chorobami skóry leczonych ambulatoryjnie Picardi i wsp.³⁰ stwierdzili chorobę psychiczną u 25% z bielactwem, 26% z łuszczycą, 32% z trądzikiem, 34% z pokrzywką i 35% z łysieniem. Do współistniejących chorób psychicznych, często obserwowanych w praktyce dermatologicznej, zalicza się zaburzenia: depresyjne, lękowe, stresowe pourazowe, ostry stres, fobie społeczne i zachowania unikające.

Aleksytmia jest cechą osobowości predysponującą do problemów z odróżnianiem i opisywaniem uczuć. W ostatnim przeglądzie publikacji dotyczących aleksytymii w dermatologii wywnioskowano, że może ona mieć związek z łysieniem plackowatym, atopowym zapaleniem skóry, łuszczycą, bielactwem i przewlekłą pokrzywką.³¹ Aleksytmie wiąże się ze zmianami w czynności układu współczulnego, odpornościowego i czynności mózgu. Autorzy w praktyce dermatologicznej zalecają badania przesiewowe w kierunku aleksytymii. W badaniu chorych na łuszczycę za pomocą Toronto Alexithymia Scale-20 wykazano aleksytmie u 33% badanych, co odpowiada częstości jej występowania w innych ciężkich przewlekłych stanach chorobowych. Te wyniki mogą sugerować, że nie jest to ostra reakcja na epizod choroby, ale stała cecha charakteru.³² Badanie oceniało 75 pacjentów z przewlekłą chorobą skóry, z których większość była hospitalizowana na uniwersyteckich oddziałach dermatologicznych, pod kątem depresji, aleksytymii oraz nasilenia zmian skórnych. Istotne korelacje stwierdzono między Toronto Alexithymia Scale i skalą depresji Hamiltona a nasileniem zmian skórnych.³³ W przyszłości występowanie aleksytymii może być celem psychoterapii w leczeniu wielu chorób dermatologicznych, ale musi być wyjaśniona pełna istota tej cechy.

U pacjentów dermatologicznych częściej występują lęk uogólniony oraz zaburzenia lękowe. Zaburzenie stresowe pourazowe, następstwo ciężkiego czynnika stresowego, może być związane z zaostrzeniem łuszczycy, atopowego zapalenia skóry, łysienia plackowatego oraz pokrzywki.³⁴ Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne występują częściej w klinikach dermatologicznych. Ciekawa seria przypadków klinicznych przedstawiona przez Vythilingum i Stein³⁵ pokazuje jak zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne współwystępuje z pięcioma różnymi chorobami dermatologicznymi. Spośród 166 pacjentów, którzy zgłosili się do kliniki dermatologicznej, 24,7% spełniło kryteria DSM-IV dla zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Tabela 2. Kwestie związane z leczeniem w psychodermatologii

Choroby skóry spowodowane lub nasilane przez leki psychotropowe
Leki przeciwdrgawkowe: wysypka, łysienie, świąd, przebarwienia, rumień wielopostaciowy, zespół Stevensa-Johnsona, złuszczone zapalenie skóry, nadmierna potliwość, łuszczyca, wykwity trądzikowe
Lit: łuszczyca, trądzik, łysienie, zapalenie mieszków włosowych, pokrzywka, wysypka
Leki przeciwpowietrzne: nadwrażliwość na światło (szczególnie pochodne fenotiazyny) oraz zmiany w pigmentacji (szczególnie tiorydazyna i chlorpromazyna), miejscowe reakcje po wstrzyknięciach leków w postaci depot
Leki przeciwddepresyjne: nadpotliwość, krwawienie, nadwrażliwość na światło/ przebarwienia (trópiersceniowe leki przeciwddepresyjne)
Inne leczenie psychotropowe: ryzyko reakcji alergicznej oraz wysypka
Psychiatryczne działania niepożądane leków/leczenia dermatologicznego:
Izotretinoina: depresja
Interferon- α : depresja, myśli samobójcze, psychozy, zaburzenia poznawcze
Leczenie promieniowaniem UV: zmiany nastroju, hipomania
Metotreksat: zaburzenia nastroju
Dapson: psychoza
Leki przeciwhistaminowe: majaczenie, depresja ośrodkowego układu nerwowego
Glikokortykosteroidy: posteroïdowe zaburzenia nastroju lub psychoza

pulsyjnych. Tylko u 14,6% z nich wcześniej rozpoznano takie zaburzenia.³⁶

Aspekty związane z leczeniem

CHOROBY SKÓRY SPOWODOWANE LUB NASILANE PRZEZ LEKI PSYCHOTROPOWE

Każdy lek psychotropowy może wywołać reakcję alergiczną, a następnie wysypkę. Ogromna liczba zaburzeń może być wywołana lub nasilona przez leki psychotropowe wymienione w tabeli 2. Leki normotymiczne, w tym lit i leki przeciwdrgawkowe, są najczęstszymi przyczynami zaburzeń dermatologicznych w grupie leków psychotropowych. Najwięcej uwagi poświęcono lamotryginie, z ostrzeżeniami dotyczącymi dawkowania ważnymi w zapobieganiu zmianom skórnym, a także z uwagi na potencjalną możliwość wystąpienia zagrażającego życiu zespołu Stevensa-Johnsona. Warto jednak zauważyć, że ciężkie reakcje skórne mogą wystąpić również po innych lekach przeciwdrgawkowych. Warnock i Morris³⁷ przedstawili wyczerpującą analizę niepożądanych reakcji skórnych po lekach normotymicznych i przestrzegają, że te leki powodują najwięcej ciężkich zaburzeń dermatologicznych ze wszystkich leków psychotropowych. Lit powoduje różne problemy skórne, włączając zaostrzenie łuszczycy. Łuszczyca spowodowana litem występuje typowo w pierwszych kilku latach leczenia, nie poddaje się typowemu leczeniu i ustępuje po jego odstawieniu.³⁸ Dla

pacjentów z ustalonym leczeniem litem i dobrą kontrolą nastroju, zmiana leku psychotropowego nie zawsze jest dobrym rozwiązaniem. W jednym z artykułów opisano skuteczne leczenie chorego na oporną na leczenie łuszczycę, wymagającego stosowania litu ze względu na kontrolę skłonności samobójczych. Był on leczony ogólnie etanerceptem, w dawce 50 mg podskórnie dwa razy w tygodniu i uzyskał niemal całkowitą remisję zmian łuszczykowych po 12 tygodniach leczenia.³⁹

ZABURZENIA PSYCHICZNE WTÓRNE DO LECZENIA DERMATOLOGICZNEGO

Opisano, że leki stosowane w zaburzeniach skórnych mogą wywoływać lub nasilać zaburzenia nastroju (depresja i mania). Ponadto, rzadko, mogą wywołać psychozę lub splątanie (majaczenie). Wybrane leczenie i jego działania niepożądane są wymienione w tabeli 2. Steroidy, szczególnie podawane w dawce dobowej większej niż odpowiednik 40 mg prednizonu doustnie, mogą wywoływać lęk, manię, psychozę, majaczenie oraz depresję. Związek między interferonem- α a ciężką depresją jest dobrze udokumentowany w piśmiennictwie, obserwowano również przypadki kliniczne manii. Podobnie większe dawki stosowane w leczeniu czerniaka wydają się szczególnie predysponować do wywoływania psychicznych działań niepożądanych. Ich szybkie rozpoznanie jest kluczowe dla leczenia, a edukacja pacjentów pod kątem możliwych psychicznych działań niepożądanych przygotowuje ich do szybkiego zgłaszania objawów.

LEKI PSYCHOTROPOWE STOSOWANE JAKO LECZENIE PIERWOTNE CHOROÓB SKÓRY

Pewne leki przeciwdepresyjne są stosowane w leczeniu zaburzeń skórnych mimo braku objawów psychiatrycznych. Doksepina cechuje się większym powinowactwem do receptorów histaminowych niż klasyczne leki przeciwhistaminowe. Często stosowana jest w leczeniu ostrego świądu i przewlekłej pokrzywki, kiedy inne leki przeciwhistaminowe okazują się nieskuteczne. Długi okres półtrwania doksepiny zapewnia dłuższą ulgę w porównaniu z takimi lekami, jak difenhydramina czy hydroksyzyna.^{40••} Wielkość dawki zapewniająca działanie lecznicze jest bardzo zmienna i powinna być dobiegana indywidualnie.

Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne są często stosowane w leczeniu chorób skóry związanych z ostrym lub przewlekłym bólem. Neuralgia popółpaścowa jest bolesnym przewlekłym stanem, którego częstość wzrasta wraz z wiekiem i objawia się piekącym, kłującym i przeszywającym bólem. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, na czele z amitrypyliną jako najlepiej udokumentowanym lekiem stosowanym w przeciętnych dawkach dobowych od 25 do 75 mg, są lekami pierwszego wyboru.⁴¹ Gabapentyna, lek przeciwdrgawkowy, jest również przydatna w leczeniu bólu popółpaścowego. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne mogą mieć również znaczenie w innych chorobach skóry związanych z uczuciem kłucia, palenia i pieczenia.^{40••} U pacjentów, którzy nie tolerują ich działań niepożądanych, należałoby rozważyć nowsze inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, takie jak wenlafaksyna czy duloksetyna.

Podsumowanie

Częścią optymalnej opieki nad pacjentem dermatologicznym jest uważny skryning w kierunku zaburzeń psychicznych oraz współpraca z osobami zajmującymi się zdrowiem psychicznym w klinice lub poza nią. Obszerny przegląd istotnych elementów oceny psychiatrycznej pacjentów dermatologicznych, opisany początkowo przez dermatologów, został przedstawiony przez Gupta i wsp.⁴² Najlepszy model opieki to klinika interdyscyplinarna, w której pacjent spotyka specjalistów z różnych dziedzin, stanowiących zespół leczący, co zmniejsza uczucie stygmatyzacji pacjenta związanej z problemami emocjonalnymi.

Wspólna opieka nad pacjentami dermatologicznymi stała się istotną kwestią. W University Hospitals Case Medical Center założyliśmy pierwszą interdyscyplinarną klinikę łuszczycową w kraju (Murdough Family Center for Psoriasis). Klinika zapewnia całościową opiekę dzięki zespołowi złożonemu z dermatologów, psychiatrów, reumatologów, dietetyków i pielęgniarek. Nasze obserwacje

w wielospecjalistycznej klinice leczenia łuszczycy wskazują, że pacjenci, którzy wcześniej niechętnie odnosili się do konsultacji psychiatrycznej, łatwiej zgadzają się na obecność psychiatry towarzyszącemu dermatologowi w pokoju badań. Nasze doświadczenia przypominają te z kliniki dermatologicznej opisane przez Woodruffa i wsp.⁴³ My również wykazaliśmy, że zaburzeniami najczęściej leczonymi są lęk i depresja. Przed wizytą pacjenci wypełniają obszerny kwestionariusz, który zawiera podstawowe pytania dotyczące radzenia sobie z emocjami, objawów psychiatrycznych i zdrowia psychicznego. W porównaniu z pytaniami dotyczącymi ogólnego wywiadu medycznego, objawów dermatologicznych i historii leczenia, wywiad psychiatryczny jest zbierany w taki sposób, aby pacjent nie czuł się zagrożony. Ta praktyka umożliwia zespołowi dyskusję nad odpowiedziami na pytania i otwarcie tematu do konkretnej dyskusji. Zespół leczący wchodzi do pokoju badań razem ze wszystkimi lekarzami uczestniczącymi w zbieraniu wywiadu. Często pacjentom towarzyszą członkowie ich rodzin, którzy uczestniczą w rozmowie. Przedstawiany jest zarys spotkania z każdym specjalistą, a pacjenci z pozytywnymi odpowiedziami na pytania psychiatryczne otrzymują propozycje konsultacji psychiatrycznej jako części całościowej oceny. Celowana lub ogólna ocena psychiatryczna jest przedstawiana w pokoju badań, a leczenie wprowadzane jako część planu leczenia zespołowego.

Mnożą się dowody wspierające istotność współdziałania chorób psychiatrycznych i dermatologicznych. Ma to największe znaczenie dla klinicystów zaangażowanych w leczenie chorób skóry, aby spojrzeć całościowo na chorego i rozpoznać leżące u podłoża potrzeby psychospołeczne i zaburzenia psychiatryczne w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników.

Nie zgłoszono potencjalnych konfliktów interesów istotnych dla artykułu.

Translated and reprinted with permission from Current Medicine Group LLC and Springer Science+Business Media. © Current Medicine Group LLC 2009. Neither of these parts assume any responsibility for the accuracy of the translation from English or endorse or recommend any commercial products, services, or equipment. All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in an information retrieval system, or transmitted in an electronic or other form without prior written permission.

Przetłumaczono i przedrukowano za zgodą Current Medicine Group LLC and Springer Science+Business Media. © Current Medicine Group LLC 2009. Żadna ze stron nie ponosi odpowiedzialności za dokładność tłumaczenia ani nie popiera, ani nie poleca jakichkolwiek produktów, usług lub urządzeń. Wszystkie prawa zastrzeżone. Żadna część niniejszej publikacji nie może być powielana, przechowywana lub przekazywana elektronicznie lub w innej formie bez pisemnej zgody.

Piśmiennictwo

- szczególnie interesujące
- wyjątkowo interesujące

1. O'Sullivan RL, Lipper G, Lerner EA: The neuro-immunocutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin. Arch Dermatol 1998; 134:1431-1435.

2. Tausk F, Elenkov I, Moynihan J: Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther* 2008;21:22–31.
- Ogólny przegląd przedstawionego mechanizmu aktywacji układów prozapalnych, relacji między odpowiedzią humoralną a komórkową oraz ich związku z objawami psychiatrycznymi.
3. Kronfol Z, Remick D: Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *Am J Psychiatry* 2000;158:683–694.
4. Maes M, Meltzer H, Bosmans E, et al.: Increased plasma concentrations of interleukin-6, soluble interleukin-6 receptor soluble interleukin-2 receptor and transferrin receptor in major depression. *J Affect Disord* 1995; 34:301–309.
5. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, et al.: Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the psoriasis life stress inventory. *J Psychosom Res* 1997;42:467–475.
6. Finzi A, Colombo D, Andeasi L, et al.: Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:1161–1169.
7. Pietrzak AT, Zalewska A, Chodrowska G, et al.: Cytokines and anticytokines in psoriasis. *Clin Chim Acta* 2008;394:7–21.
- Wyczerpujący przegląd aktualnego piśmiennictwa dotyczącego cytokin oraz zastosowania cytokin i antycytokin w leczeniu łuszczycy. Przedstawiono perspektywy dermatologiczne bez szczegółowych danych psychiatrycznych, mimo to jest to niezbędny przewodnik do zrozumienia tematu.
8. Filakovic P, Biljan D, Petek A: Depression in dermatology: an integrative perspective. *Psychiatry Danubina* 2008;20:419–425.
9. Karanikas E, Harsoulis F, Giouzevas I, et al.: Neuroendocrine stimulatory tests of hypothalamuspituitary- adrenal axis in psoriasis and correlative implications with psychopathological and immune parameters. *J Dermatol* 2009;36:35–44.
- Najnowsze badanie dotyczące osi podwzgórze-przysadka-nadnercza i jej związku z łuszczycą. Przedstawiono odkrycia przeciwstawne do wcześniej uznanych danych, wykazano, że oś podwzgórze-przysadka-nadnercza jest w normie niezależnie od łuszczycy i stanu emocjonalnego.
10. Hashiro M, Okumura M: Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity. *J Dermatol Sci* 1997; 14:63–67.
11. Lonne-Rahm SB, Rickberg H, El Nour H, et al.: Neuroimmune mechanism in patients with atopic dermatitis during chronic stress. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:11–18.
12. Hull PR, D'Arcy CD: Acne, depression and suicide. *Dermatol Clin* 2005, 23:665–674.
13. Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis, and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846–850.
14. Rehn LM, Meririnne E, Hook-Nikanne J, et al.: Depressive symptoms, suicidal ideation and acne: a study of male Finnish conscripts. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:561–567.
15. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, et al.: The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;22:36–40.
16. Uguz F, Engin B, Yilmaz E: Quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria: the impact of Axis I and Axis II psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:453–457.
17. Kretzmer GE, Gekopf M, Kretzmer G, et al.: Idiopathic pruritus in psychiatric inpatients: an explorative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:344–348.
18. Murase JE, Wu JJ, Koo J: Morgellons disease: a rapportenhancing term for delusions of parasitosis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:913–914.
19. Savely VR, Leitao MM, Stricker RB: The mystery of Morgellons disease: infection or delusion? *Am J Clin Dermatol* 2006;7:1–5.
20. US Centers for Disease Control and Prevention: Unexplained dermopathy (aka „Morgellons”). Available at <http://www.cdc.gov/unexplaineddermopathy/investigation.html>. Accessed March 2009.
21. Sandoz A, LoPiccolo M, Kusnir D, et al.: A clinical paradigm of delusions of parasitosis. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:698–764.
- Aktualny przegląd danych demograficznych dotyczących urojeń pasywnych, przedstawienie dwóch badań przypadków klinicznych, omówienie optymalnej opieki nad pacjentami z uwzględnieniem oceny laboratoryjnej i psychofarmakologii. Autorzy dokonują przeglądu danych dotyczących skuteczności atypowych leków przeciwpsychotycznych.
22. Thomas I, Patterson WM, Szepletowski JC, et al.: Body dysmorphic disorder: more than meets the eye. *Acta Dermatovenerol Croat* 2005; 13:50–53.
23. Malick F, Howard J, Koo J: Understanding the psychology of the cosmetic disorder. *Dermatol Ther* 2008;21:47–53.
24. Orringer JS, Helfrich YR, Hamilton T, et al.: Prevalence of psychotropic medication use among cosmetic and medical dermatology patients a comparative study. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:416–419.
25. Szepletowski JC, Salomon J, Pacan P, et al.: Body dysmorphic disorder and dermatologists. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;22:795–799.
26. Robinson JK, Kim J, Rosenbaum S, et al.: Indoor tanning knowledge, attitudes and behavior among young adults from 1988 to 2007. *Arch Dermatol* 2008;144:484–488.
27. Heckman CJ, Coups EJ, Manne SL: Prevalence and correlates of indoor tanning among US adults. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:769–780.
28. Feldman SR, Liguori A, Kucenic M, et al.: Ultraviolet exposure is a reinforcing stimulus in frequent indoor tanners. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51:45–51.
29. Nolan BV, Feldman SR: Ultraviolet tanning addiction. *Dermatol Clin* 2009; 27:109–112.
- W artykule przedstawiono problem częstego opalania się jako zaburzenia z grupy uzależnień, opartego na charakterystyce przypominającej zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych i wynikające z niego główne zagrożenia dla zdrowia i niebezpieczeństwa.
30. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, et al.: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000;143:983–991.
31. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderkinden J: Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008;47:903–910.
32. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, et al.: Alexithymia in patients with psoriasis. Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale 20. *J Psychosom Res* 2005;58:89–96.
33. Asri F, Akhdari R, Chagh R, et al.: Alexithymia and depression in chronic dermatosis. *Eur Psychiatry* 2008;23:S242.
34. Gupta MA, Lanius RA, Van der Kol BA: Psychologic trauma, posttraumatic stress disorder and dermatology. *Dermatol Clin* 2005;23:649–656.
35. Vythilingum B, Stein D: Obsessive-compulsive disorders and dermatologic disease. *Dermatol Clin* 2005;23:675–680.
36. Demet MM, Devecci A, Taskin O, et al.: Obsessive compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27: 426–430.
37. Warnock JK, Morris D: Adverse cutaneous reactions to mood stabilizers. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:21–30.
38. Krahn LE, Goldberg RL: Psychotropic medications and the skin. In *Psychotropic Drug Use in the Medically Ill*. Edited by Silver PA. Basel, Switzerland: Karger; 1994:90–106.
39. Wachter T, Murach WM, Brocker EB, et al.: Recalcitrant lithium-induced psoriasis in a suicidal patient alleviated by tumour necrosis factor-alpha inhibition. *Br J Dermatol* 2007;157:627–629.
40. Lee CS, Accordino R, Howard J, et al.: Psychopharmacology in dermatology. *Dermatol Ther* 2008;21:69–82.
- Przegląd głównych leków psychotropowych i ich zastosowania we współistniejących chorobach psychicznych w dermatologii. Opracowanie dotyczy również leków przeciwdepresyjnych, anksjolityków i leków przeciwpsychotycznych w urojeniach pasywnych.
41. Koo JY, Ng TC: Psychotropic and neurotropic agents in dermatology: unapproved uses, dosages or indications. *Clin Dermatol* 2002; 20:582–594.
42. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS: Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatol Clin* 2005;23:591–599.
43. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier AW, et al.: Psychiatric illness inpatients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29–35.

K O M E N T A R Z



Prof. dr hab. n. med.

Jacek Szepietowski

Katedra i Klinika Dermatologii,
Wenerologii i Alergologii
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Instytut Immunologii i Terapii
Doświadczalnej PAN we Wrocławiu

Psychodermatologia: pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. Psychodermatologia jest stosunkowo nową dziedziną wiedzy opisującą związki symptomatologii dermatologicznej z symptomatologią psychiatryczną i psychologiczną. Prezentowany na łamach *Dermatologii po Dyplomie* artykuł stanowi idealne, całościowe wprowadzenie czytelnika do zagadnienia psychodermatologii. Przedstawia skrótowo, ale i wyczerpująco, całość złożonych procesów określanych mianem psychodermatologii. Jest dobrym wstępem do przyszłego cyklu zamieszczanych prac z zakresu psychodermatologii. W ramach psychodermatologii najczęściej rozróżnia się pierwotne zaburzenia psychiczne, które objawiają się w postaci zmian skórnych (np. trichotillomania, onychotillomania, obłęd pasożytniczy), zwane potocznie psychodermatozami, oraz wtórne zaburzenia psychiczne rozwijające się najczęściej na podłożu przewlekłej, widocznej dla otoczenia, dermatozy (np. reakcje lekowe czy depresja). Do psychodermatologii należy zaliczyć również dermatozy, które zaostrzane są przez zdarzenia stresowe, dermatozy przebiegające z nieprzyjemnymi odczuciami (przede wszystkim z uporczywym świądem skóry), zagadnienia związane z szeroko pojętą jakością życia czy stygmatyzacją oraz złożony proces stosowania leków psychotropowych w schorzeniach dermatologicznych. To wszystko powinniście Państwo odnaleźć przedstawione w tzw. pigułce w zamieszczonym artykule.

Odnosząc się do treści artykułu chciałbym zwrócić uwagę, że ta nowa praca przeglądowa ujmuje i opiera się na pracach publikowanych również i przez polskich dermatologów. Z przyjemnością odnajduję cytowane wielośrodkowe opracowanie dotyczące profilu cytokin w łuszczycy przygotowane pod kierunkiem Pa-

ni dr hab. Aldony Pietrzak z Lublina, jak i wspólną pracę naszego ośrodka z ośrodkiem łódzkim o dysmorfofobii. Przemawia to za tym, że „polska psychodermatologia” liczy się na arenie międzynarodowej, a my jesteśmy w stanie dodawać nowe elementy do skomplikowanej układanki psychodermatologicznej.

Trudno przeanalizować wszystkie aspekty prezentowanej pracy przy mnogości omawianych zagadnień. Z pewnymi stwierdzeniami też trudno jest mi w pełni się zgodzić. I tak autor sugeruje, że pimozyd jest lekiem z wyboru u chorych na obłęd pasożytniczy, przy czym ostatnio publikowana metaanaliza przemawia raczej za neuroleptykami nowej generacji, takimi jak risperidon czy olanzepina. Również i korzystne doświadczenia naszego ośrodka przemawiałyby za przewlekłym stosowaniem risperidonu u chorych na obłęd pasożytniczy, co ma duże znaczenie przy braku rejestracji pimozydu na polskim rynku farmaceutycznym. Nieco inaczej też rozumiem pojęcie świądu występującego w chorobach psychicznych. Dla mnie, zgodnie z nową kliniczną klasyfikacją świądu zaproponowaną przez International Forum for the Study of Itch, jest to typowy świąd psychogeny. Określenie „świąd idiopatyczny” raczej powinno być zarezerwowane dla świądu o całkowicie nieznannej etiologii.

W pełni natomiast zgadzam się z autorem, że zrozumienie zagadnień psychodermatologii przyczynia się do holistycznego podejścia do chorego i w sposób bezpośredni czy pośredni wpływa na końcowy efekt terapeutyczny. Mam nadzieję, że niedawno zorganizowane I Sympozjum Psychodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologiczne w Piechowicach k. Szklarskiej Poręby (18-20 luty 2010) przyczyniło się do propagowania zagadnień psychodermatologii wśród polskich dermatologów i wraz z obecnie komentowanym artykułem stanowi zachętę do bardziej szczegółowego zgłębienia tego zagadnienia. Serdecznie zapraszam wszystkich Państwa do udziału w pracach Sekcji Psychodermatologii PTD. Formularze aplikacyjne znajdą Państwo na stronie internetowej Towarzystwa www.ptderm.pl w zakładce „Sekcje – Sekcja Psychodermatologii”. Im więcej nas będzie wspólnie działać tym większa będzie siła naszego oddziaływania. Zapraszam serdecznie!