

Psihodermatologija

MIRNA ŠITUM, MAJA KOLIĆ I MARIJA BULJAN

Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Zagreb, Hrvatska

Psihodermatologija je interdisciplinarno područje koje pokriva sve aspekte međudnosa psihološkog statusa i kože u pogledu uzroka, početka, razvoja, dijagnostike i liječenja različitih kožnih bolesti. Kožne bolesti povezane su s depresijom, anksioznošću, poremećajem doživljaja tjelesnog izgleda (dizmorfofobija), seksualnim poremećajima, sniženim samopoštovanjem i kvalitetom života. Smatra se da 40 % do 80 % bolesnika koji traže pomoć dermatovenerologa imaju određene psihičke probleme. Psihodermatološki poremećaji se dijele na psihosomatske, primarno psihijatrijske ili psihogene i sekundarno psihijatrijske. Psihosomatski poremećaji su dermatološke bolesti na čije pogoršanje i težinu utječe emocionalni stres. Stres ne uzrokuje bolest već ju potiče i pogoršava. Primarni psihijatrijski poremećaji s kožnim manifestacijama znatno su rjeđi od psihosomatskih poremećaja, a radi se o anksioznom, obuzeto-prisilnom, depresivnom ili psihotičnom psihijatrijskom poremećaju sa sekundarnim induciranjem kožnih promjena. Sekundarni psihijatrijski poremećaji javljaju se kod kroničnih nagrdjućih kožnih bolesti poput alopecije, akne konglobata, multiplih neurofibroma, psorijaze, vitiliga, ihtioze, gigantskih kongenitalnih nevusa, sindroma displastičnih nevusa i rinofime. Kožne bolesti rijetko su životno ugrožavajuće, ali zbog njihove izloženosti tuđim pogledima uvelike utječu na kvalitetu života. Pristup psihodermatološkom bolesniku mora biti individualan, interdisciplinaran i holistički. Interdisciplinarni pristup liječenju podrazumijeva standardno dermatološko liječenje uz psihoterapiju i po potrebi, psihofarmakoterapiju.

KLJUČNE RIJEČI: psihodermatologija, depresija, anksioznost, psihofarmakoterapija

ADRESA ZA DOPISIVANJE: Prof. dr. sc. Mirna Šitum, dr. med.
Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice
Vinogradska 29
10 000 Zagreb, Hrvatska

UVOD

Psihodermatologija je interdisciplinarno područje koje pokriva sve aspekte međudnosa psihološkog statusa i kože u pogledu uzroka, početka, razvoja, dijagnostike i liječenja različitih kožnih bolesti. Rezultati novijih istraživanja ukazuju na povezanost bolesti kože s depresijom, anksioznošću, poremećajem doživljaja tjelesnog izgleda (dizmorfofobija), seksualnim poremećajima, sniženim samopoštovanjem i kvalitetom života (1,2). Povezanost psihičkih i dermatoloških poremećaja je neosporna, iako je u povijesti bila podcijenjena. Etiopatogeneza psihodermatoloških poremećaja je kompleksna i ne može se protumačiti samo činjenicom da mozak, kao sjedište psihičkih funkcija, i koža, kao osjetni organ, imaju zajedničko ektodermalno podrijetlo (1,3-5). U nastanku psihodermatoloških poreme-

ćaja glavnu ulogu ima međudjelovanje neurološkog, endokrinog i imunološkog sustava. Znanstvena disciplina koja se bavi proučavanjem ove interakcije je psihoneuroendokrinoimunologija. Smatra se da 40 % do 80 % bolesnika koji traže pomoć dermatovenerologa imaju određene psihičke probleme (6,7).

DIJAGNOSTIKA I KLASIFIKACIJA PSIHODERMATOLOŠKIH POREMEĆAJA

Klasifikacijski sustav psihodermatoloških bolesti postavila je Koblenzer 1983. godine (8) i kao takav obuhvaća tri kategorije psihodermatoloških bolesti:

1. Stanja koja su isključivo izvorno psihološko-psihijatrijska (npr. artefaktni dermatitis, trihotilomanija, sumanutost parazitoze)

2. Stanja na koja psihogeni čimbenici imaju snažan utjecaj (npr. urtikarija)
3. Stanja koja ovise o genetskim predispozicijskim i okolišnim čimbenicima, ali u kojima je tijekom bolesti značajno pod utjecajem stresa (npr. vitiligo, ekcem).

Koblenzer je 1992. godine dopunila taksonomiju u svrhu razumijevanja utjecaja imunoloških čimbenika u razvoju psihodermatoloških bolesti (9). Prema toj klasifikaciji podjela psihodermatoloških bolesti je sljedeća:

1. Očitovanje psihijatrijskih bolesti na koži,
2. Učinak psihosocijalnog stresa na latentne i manifestne kožne bolesti,
3. Somatopsihički učinak.

Danas se, zbog praktičnosti, psihodermatološki poremećaji najčešće dijele na psihosomatske, primarno psihijatrijske ili psihogene i sekundarno psihijatrijske (10).

Tablica 1. Podjela psihodermatoloških poremećaja (11)

PSIHODERMATOLOŠKI POREMEĆAJI	KLINIČKE DIJAGNOZE
Psihosomatski poremećaji	Akne Alopecija areata Atopijski dermatitis Psorijaza Psihogeni purpura Rozacea Seboroični dermatitis Urtikarija
Primarni psihijatrijski poremećaji	Artefaktni dermatitis Bromosiderofobija Sumanutosti parazitoza Dizmorfofobija Neurotske ekskoriacije Trihotilomanija Onihotilomanija Atipični bolni sindromi
Sekundarni psihijatrijski poremećaji	Alopecija areata Cistični oblik akne vulgaris Hemangiomi Ihtioza Kapošijev sarkom Psorijaza Vitiligo Kongenitalni gigantski nevusi Rinofima

PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI

Psihosomatski poremećaji su dermatološke bolesti na čije pogoršanje i težinu utječe emocionalni stres. Važno je naglasiti da stres ne uzrokuje bolest već ju potiče i pogoršava (11). Liječenje kroničnih dermatozata često je

dugotrajno i frustrirajuće i za pacijenta i liječnika ako stres nije prepoznat kao provocirajući faktor. U bolesnika sa promjenama na koži kao što su urtikarija, psorijaza, akne, seboroični dermatitis, atopijski dermatitis, alopecija areata, psihogena purpura, rozacea, ekcem, hiperhidroza i atipični bolni sindromi, utjecaj stresa je značajan (7). S obzirom na reakciju pojedinog bolesnika na stres, razlikujemo «respondere» i «nonrespondere», tj. bolesnike kod kojih postoji snažan utjecaj stresa na pogoršanje njihove bolesti kože i one bolesnike kod kojih je utjecaj stresa manje izražen (1,4,5). Neuroimunomodulacija je snažno povezana sa stresom i psihosocijalnim uzročnim čimbenicima te može utjecati na tijek bolesti kao što su maligni melanom, psorijaza, atopijski dermatitis, kronična idiopatska urtikarija, alopecija areata, akne i dr. Bolesti kože često se pogoršavaju zbog psihosocijalnog stresa i učestalog komorbiditeta s teškim psihijatrijskim bolestima kao što je depresija. Kod bolesnika sa psihosomatskom kožnom bolesti važno je utvrditi udio psihogenog uzročnog čimbenika, tj. je li bolest više psihosomatska ili somatopsihička.

PRIMARNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI S KOŽNIM MANIFESTACIJAMA

Primarni psihijatrijski poremećaji s manifestacijama na koži znatno su rjeđi od psihosomatskih poremećaja. Riječ je o anksioznom, obuzeto-prisilnom, depresivnom ili psihotičnom psihijatrijskom poremećaju sa sekundarnim induciranjem promjena na koži. Također, različiti psihički poremećaji, poremećaji ličnosti te zlorab uporaba sredstava ovisnosti mogu uzrokovati poremećaj ponašanja s neposrednim ili posrednim utjecajem na kožu (12,13) (npr. trihotilomanija, artefaktni dermatitis, neurotske ekskoriacije, sumanutost (iluzija), parazitoze i dismorfofobija).

Unatrag nekoliko godina definiran je pojam „*self-inflicted skin lesions*“ (SILS) (promjene na koži nastale samoozlijeđivanjem). SILS su one kožne lezije koje su nastale samoozlijeđivanjem kože ili sluznice, a koje se ne mogu pripisati drugom psihičkom poremećaju (14). Epidemiološki podatci ukazuju da su SILS relativno česte s prevalencijom od 0,03 % do 9,4 % (15).

SEKUNDARNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI

Sekundarni psihijatrijski poremećaji javljaju se kod kroničnih nagrdjujućih bolesti kože poput alopecije, akne konglobata, multiplih neurofibroma, psorijaze, vitiliga, ihtioze, gigantskih kongenitalnih nevusa, sindroma displastičnih nevusa i rinofime. Te bolesti uzro-

kuju invaliditet i psihološke patnje zbog nagrdivanja fizičkog izgleda što pak rezultira razvojem anksioznosti, depresivnosti, gubitka samopouzdanja, povlačenja i socijalne fobije (16,17). Bolesti kože rijetko su životno ugrožavajuće, ali zbog njihove izloženosti tuđim pogledima uvelike utječu na kvalitetu života. Bolesnici s nagrdjućim promjenama na koži često su psihološki i socijalno ugroženi.

KOMORBIDITET PSIHIJATRIJSKIH I DERMATOLOŠKIH POREMEĆAJA

Komorbidne psihijatrijske i dermatološke bolesti su dva zasebna klinička entiteta koji istodobno postoje i značajno su uzročno-posljedično povezani, kao npr. svrbež u komorbiditetu s depresijom. Značajan psihijatrijski i psihosocijalni komorbiditet postoji u najmanje 30 % dermatoloških bolesnika, a neliječeni komorbidni psihijatrijski poremećaji nepovoljno utječu na učinkovitost standardne dermatološke terapije, prognozu duševne i tjelesne bolesti te uzrokuju opću nesposobnost (18). Psihijatrijska predispozicija je najznačajnija za primarne psihijatrijske poremećaje sa simptomima na koži ili promjenama na koži kao što su stanja sumanutosti i artefakti dermatitis, kao i za druge dermatološke poremećaje s psihijatrijskim komorbiditetom. Bilo koji dermatološki poremećaj koji nagrđuje vanjski izgled, u psihički osjetljivijih i nesigurnih osoba može uzrokovati značajan psihijatrijski komorbiditet (1).

LIJEČENJE

Pristup psihodermatološkom bolesniku mora biti individualan, interdisciplinarni i holistički. Interdisciplinarni pristup liječenju podrazumijeva standardno dermatološko liječenje uz psihoterapiju i po potrebi, psihofarmakoterapiju (19). U liječenju psihodermatoloških poremećaja provode se razni psihoterapijski pristupi, od psihoanalize do kognitivno-bihevioralne terapije, «*biofeedbacka*», uvjetovanja ponašanja i psihoterapije usmjerene na stvaranje uvida (20). Psihofarmakoterapija danas ima sve veće značenje u liječenju psihodermatoloških poremećaja. Izbor lijeka ovisi o podležecem duševnom poremećaju, kao što su anksiozni, depresivni, psihotički te poremećaj ličnosti, poremećaji pažnje i hiperaktivni poremećaji (21-23). Kada govorimo o interdisciplinarnom pristupu, važno je naglasiti da uz dermatologa, psihijatra i psihologa, bitno mjesto u timu zauzima liječnik obiteljske medicine.

ZAKLJUČAK

Psihodermatološki poremećaji su stanja koja nastaju interakcijom psihe i kože, a dijelimo ih u tri skupine:

psihosomatski poremećaji, primarni psihijatrijski poremećaji i sekundarni psihijatrijski poremećaji. Psihološko-psihijatrijski aspekt bolesti kože ima značajan utjecaj na kvalitetu života. Liječenje psihodermatoloških poremećaja nije moguće bez holističkog, interdisciplinarnog pristupa psihijatra, psihologa i dermatologa. Važna je edukacija dermatologa i liječnika obiteljske medicine u dijagnostici i liječenju psihodermatoloških bolesti jer su upravo oni prvi u kontaktu s bolesnikom i prvi u poziciji da posumnjaju na emocionalni teret koji određena dermatoza nosi i obrnuto.

LITERATURA

1. Buljan D, Šitum M, Buljan M. Psihodermatologija. U: Buljan D, ur. Konzultativno-suradna psihijatrija. Zagreb: Naklada Slap, 2016, 93-116.
2. Papadopoulos L, Bor RF. Psychological approaches to Dermatology. Leicester, UK: BPSD Books, 1999.
3. Koo J, Lebowitz A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 11: 1873-8.
4. Koo J. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. *Curr Prob Dermatol* 1995; 6: 204-32.
5. Nakano K. Operant self-control procedure in modifying Type A behaviour. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1990; 21: 249-55.
6. Cotterill JA. Psychiatry and the skin. *Br J Hosp Med* 1989; 42: 401-4.
7. Buljan D, Buljan M, Šitum M. Psychodermatology: a brief review for clinicians. *Psychiatr Danub* 2005; 17: 76-83.
8. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol* 1983; 119: 501-12.
9. Koblenzer CS. Cutaneous manifestations of psychiatric diseases that commonly present to the dermatologist – diagnosis and treatment. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22:47-63.
10. Stoudemire A, McDaniel JS. History classification, and current trends in psychosomatic medicine. U: Sadock BJ, Sadock VA, ur. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Vol. 2. Baltimore: Lippincot Williams & Wilkins, 2000, 1765.
11. Buljan D, Šitum M, Buljan M. Dijagnostika i klasifikacija psihodermatoloških poremećaja. U: Buljan D, Šitum M, Buljan M, Vurnek Živković M, ur. Psihodermatologija. Zagreb: Naklada Slap, 2008, 77-93.
12. World Health Organisation. Classification of Mental and Behavioral Disorders. 10th ed Geneva: WHO and Longman Group Limited, 1994.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
14. Gieler LJ, Consoli SG, Tomas-Arãgones L i sur. Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification – a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 4-12.

15. Kocalevent RD, Fliege H, Rose M, Walter M, Danzer G, Klapp BF. Autodestructive syndromes. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 202-11.
16. Rassner G. *Dermatologie, Lehrbuch und Atlas, prijevod 6. njemačkog aktualiziranog izdanja*. Zagreb: Naklada Slap, 2004.
17. Rassner G. *Dermatologie, Lehrbuch und Atlas. 6. aktualisierte Auflag*. Urban und Fischer Verlag GmbH und Co.KG, 2000.
18. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Melchi CF, Paquini P. Treatment outcome and incidence of psychiatric disorders in dermatologic out-patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 155-9.
19. Jowet S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact on skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 425-9.
20. Ortonne JP. *Vitiligo and Other Hypomelanoses of Hair and Skin*. New York: Plenum Publishing, 1983.
21. Buljan D. Psihofarmakologija. U: Buljan D, Šitum M, Buljan M, Vurnek Živković M, ur. *Psihodermatologija*. Zagreb: Naklada Slap, 2008, 111-29.
22. Van Moffaert M. *Psychodermatology: an overview*. *Psychother Psychosom* 1992; 58: 125-36.
23. Kaplan HI, Sadock BI. *Pocket handbook of clinical psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.

SUMMARY

PSYCHODERMATOLOGY

M. ŠITUM, M. KOLIĆ and M. BULJAN

Clinical Hospital Center Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatia

Psychodermatologic disorders are conditions involving an interaction between the mind and the skin. Correlation between psychiatric and dermatological disorders is a highly complex relation considering etiology, diagnostic procedures and treatment. There are three major groups of psychodermatological disorders: psychosomatic (psychophysiological) disorders, primary psychiatric disorders and secondary psychiatric disorders. Psychosomatic disorders are dermatological diseases which can be exacerbated or worsened by emotional stress, but are not caused directly by stress. Emotional stress can exacerbate many chronic dermatoses like urticaria, eczema, psoriasis, acne, seborrheic dermatitis, atopic dermatitis, alopecia areata, psychogenic purpura, rosacea, atypical pain syndromes and hyperhidrosis. The treatment of patients with the resistant chronic dermatosis can be difficult when stress is not recognized as a provoking factor. Primary psychiatric disorders are psychiatric conditions which induce development of various skin changes, e.g trichotillomania, factitial dermatitis, neurotic excoriations, delusions of parasitosis and dysmorphophobia. They include psychiatric disorders with anxiety, compulsive-opsessive and depressive symptoms and pathologic delusional ideas or hallucinations regarding the skin. Secondary psychiatric disorders appear as a result of a certain disfiguring skin disease that induces psychologic suffering such as loss of self-confidence, anxiety and social phobia. This category includes diseases like psoriasis, chronic eczema, various ichthyosiform syndromes, rhinophyma, multiple neurofibromas, severe acne, and other cosmetically disfiguring cutaneous lesions. The therapeutic approach of psychodermatological disorders should be multidisciplinary including primary care physicians, dermatologist, psychiatrist and psychologist. It is very important to educate dermatologists in the diagnostic procedures and therapy of psychiatric disorders which sometimes coexist with the skin disease. Majority of psychodermatological disorders can be treated with cognitive-behavioral psychotherapy, psychotherapeutic stress-and-anxiety-management techniques and psychotropic drugs. Psychopharmacologic treatment includes anxiolytics, antidepressants, antipsychotics and mood stabilizer.

KEY WORDS: psychodermatology, anxiety, depression, psychopharmacology