

Δέρμα και Ψυχιατρική από την Οπτική Γωνία της Δερματολογίας

Δ. Ιωαννίδης

Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νοσημάτων Α.Π.Θ.

Περίληψη: Οι δερματικές παθήσεις συχνά παρουσιάζουν και ψυχιατρικές εκδηλώσεις. Πολλές φορές δε απαιτείται αντιμετώπιση και της ψυχιατρικής εκδήλωσης. Υπάρχουν όμως δερματοπάθειες των οποίων η πορεία μπορεί να επηρεασθεί από ψυχικές αντιδράσεις όπως η α-

τοπική δερματίτιδα, η ψωρίαση, η γυροειδής αλωπεκία, η ακμή, η λεύκη και παθήσεις των γεννητικών οργάνων. Σε αυτές τις περιπτώσεις συζητείται ο ρόλος της ψυχιατρικής παρέμβασης. *Ιπποκράτεια 1999, 3 (2): 82-85*

Οι ψυχοδερματικές νόσοι διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στις δερματικές εκδηλώσεις ψυχικών παθήσεων και στις ψυχικές εκδηλώσεις δερματικών παθήσεων. Η θεώρηση του δερματολόγου αφορά τη δεύτερη κατηγορία, τις παθήσεις, δηλαδή, εκείνες που χαρακτηρίζονται κύρια από διαταραχή των φυσιολογικών λειτουργιών του δέρματος, και επηρεάζονται, τουλάχιστον μερικά, από ψυχοσωματικούς παράγοντες.

Σε στατιστικές που προέρχονται από δερματολόγους καταγράφεται ότι 1 στους 3 ασθενείς αντιμετωπίζεται μόνο εάν χειρισθεί ο ιατρός και τη συνυπάρχουσα ψυχική συμμετοχή,^{1,2} ή και ότι η θεραπευτική ανταπόκριση του placebo μπορεί να είναι σε ορισμένες περιπτώσεις και μεγαλύτερη από 30%.^{3,4} Αυτές οι παρατηρήσεις ίσως καταδεικνύουν τις διαστάσεις που μπορεί να λάβει ο ψυχικός παράγοντας στην πρόκληση, τροποποίηση αλλά και τελική αποθεραπεία πολλών παθήσεων του δέρματος.

Πιν. 1: Μερικές από τις δερματοπάθειες που επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες

- Ατοπική δερματίτιδα	- Μυρμηκίες
- Ψωρίαση	- Ακμή
- Ομαλός λειχήνας	- Λεύκη
- Κνίδωση, κνησμός	- Παθήσεις των
- Αλωπεκίες	γεννητικών οργάνων
	- Πέμφιγα, κ.α.

Στον πίνακα 1 καταγράφονται μερικές από τις δερματοπάθειες που επηρεάζονται, περισσότερο από άλλες, από ψυχοσωματικούς παράγοντες. Οι πιο πολλές από αυτές σχετίζονται με ανοσολογικές διαταραχές. Νευροπεπτίδια και άλλοι ψυχο-νευροανοσολογικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζονται από την ψυχοπαθολογική κατάσταση

του ασθενούς μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξή τους^{5,6}.

Η *ατοπική δερματίτιδα* είναι αρκετά συχνή στα παιδιά, αφού τις περισσότερες φορές εμφανίζεται πριν από το πρώτο έτος της ζωής. Συνήθως υπάρχουν εκδηλώσεις ατοπίας σε κάποιο συγγενή, κατά κανόνα πρώτου βαθμού. Ο κνησμός είναι έντονος, καμιά φορά και χωρίς εξάνθημα ή με εξάνθημα που υποτροπιάζει, η κατανομή είναι χαρακτηριστική, στο πρόσωπο, στο λαιμό, στις καμπτικές επιφάνειες αγκώνων και γονάτων, ενώ πλήθος παραγόντων, περιβαλλοντολογικών, τροφικών, ανοσολογικών και ψυχολογικών προκαλούν ή επιδεινώνουν τη νόσο.

Στην ατοπική δερματίτιδα φαίνεται καθαρά πόσο μεγάλη είναι η επίδραση του τρόπου διαβίωσης των ασθενών στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της. Αγχогόνα γεγονότα προηγούνται της εμφάνισης της ατοπικής δερματίτιδας, κατά μέσο χρονικό διάστημα ενός μηνός, μέχρι και στο 70% των περιπτώσεων. Άγχος που παρατηρείται στο ίδιο το άτομο ή που πηγάζει από το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων⁷.

Οι ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα επιδεικνύουν αδυναμία χειρισμού του συναισθήματος της οργής σε σχέση με τους μάρτυρες, ενώ άλλοι ερευνητές προχωρούν σε περισσότερο ψυχοοργανικές συσχετίσεις ανάλογα με το επίπεδο της IgE στον ορό του ασθενούς. Έτσι, όταν αυτό ξεπερνά την τιμή των 100 IU/ml η διαφορά στην ψυχική αντιδραστικότητα και στην αντιμετώπιση του άγχους παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική⁷.

Η *ψωρίαση* είναι πολύ συχνή πάθηση και, σε μερικές χώρες, η συχνότητα εμφάνισής της πλησιάζει το 3% του γενικού πληθυσμού. Προσβάλ-

λει συχνότερα ορισμένες οικογένειες, ενώ η πιθανότητα να εμφανίσει ψωρίαση συγγενής ψωριασικού ασθενούς ανέρχεται σε 5%. Μη δημοσιευμένα επιδημιολογικά στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα καταγράφουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, περίπου⁸ στο 30% των ασθενών. Η ψωρίαση επιδεινώνεται από ορισμένα φάρμακα, όπως οι β-αναστολείς, τα ανθελονοσιακά και το λίθιο. Συχνότερα εμφανίζεται με πλάκες στους αγκώνες και στα γόνατα, μπορεί να είναι περιορισμένη ή εκτεταμένη, να εντοπίζεται μόνο στο τριχωτό της κεφαλής, οπότε συχνά περιγράφεται ως έντονη ξηροδερμία, στις παλάμες και στα πέλματα, μόνο στα νύχια και μπορεί να συνοδεύεται από αρθρίτιδα. Έχουν εφαρμοσθεί πολλές θεραπείες τοπικά, όπως αλοιφές κερατολυτικών ουσιών, στεροειδών, ανθραλίνης, καλσιποτριόλης, κ.α., αλλά και συστηματικά, κυρίως ρετινοειδή, μεθοτρεξάτη και κυκλοσπορίνη, δηλαδή φάρμακα που χρειάζονται παρακολούθηση και χορηγούνται διακοπόμενα για να ανακουφίζουν κατά διαστήματα τον ασθενή.

Οι ασθενείς με ψωρίαση επίσης αναφέρουν και συνδέουν οι ίδιοι αγγχογόνα γεγονότα με την εμφάνιση της πάθησής τους στα ίδια ποσοστά με την ατοπική δερματίτιδα⁹. Αδημοσίευτη μελέτη από τη Βόρεια Ελλάδα υπολογίζει το ποσοστό στο 50% των περιπτώσεων⁸. Και σε αυτούς ψυχικές παράμετροι μπορεί να αποτελούν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων¹⁰. Επίσης, πολλοί ερμηνεύουν δυσμενώς την εμφάνισή τους και την αντίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν διάφορες ψυχικές διαταραχές^{11,12}.

Η *γυροειδής αλωπεκία* είναι πιο συχνή σε άτομα ηλικίας 20 έως 50 ετών, ενώ η πρόγνωσή της επιβαρύνεται όταν ξεκινήσει στην παιδική ηλικία, όταν καταλαμβάνει περιφερικά την κεφαλή (οφύαση), όταν συνδυάζεται με ατοπία ή αυξημένη IgE του ορού και, βέβαια, όταν υποτροπιάζει συχνά. Μπορεί να προσβάλλει και άλλες περιοχές εκτός από τα μαλλιά, δηλαδή τα φρύδια, τις βλεφαρίδες, ή και να είναι καθολική. Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει διάφορες παθήσεις που προκαλούν ατροφία και ουλή στο τριχωτό, όπως τον ερυθηματώδη λύκο και τον θυλακικό λειχήνα, ή από άλλες παθήσεις του στελέχους των τριχών (περιελιγμένες τρίχες, ο μονιλέθριξ κ.α.). Οι παρατηρήσεις που αφορούν την ψυχική συμμετοχή στη γυροειδή αλωπεκία δεν είναι ανάλογες με

τις προηγούμενες παθήσεις. Τα δεδομένα που προσκομίζουν οι διάφορες μελέτες διαφέρουν μεταξύ τους. Οι παλαιότερες καταλήγουν ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς ανέφεραν συνθήκες διαβίωσης με ιδιαίτερο άγχος¹³, ενώ οι νεώτερες ότι μόνο 7% από 172 ασθενείς σχολίασαν κάποιο αγγχογόνο γεγονός τους τελευταίους 6 μήνες πριν από την εμφάνιση της αλωπεκίας, κανείς, όμως, δε το συνεδύασε με την ανάπτυξη της¹⁴. Κατά τα άλλα η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε άτομα που έχουν ήδη αναπτύξει γυροειδή αλωπεκία μοιάζει να είναι αρκετά υψηλή. Από 294 ασθενείς που εξετάστηκαν παρατηρήθηκε τουλάχιστον μία ψυχική νόσος στο 23%, με πρώτες στη σειρά διάφορες μορφές κατάθλιψης¹⁵.

Αντίθετα στην αλωπεκία ανδρογενετικού τύπου, παρά τα αντιθέτως υποστηριζόμενα, δε διαπιστώθηκαν ψυχικές δυσλειτουργίες σε περισσότερους από 100 και 200 ασθενείς αντίστοιχα σε δύο μελέτες.^{16,17} Βέβαια και στις δύο μελέτες συμπεριλήφθηκαν άτομα στα οποία η αλωπεκία είχε ήδη εγκατασταθεί.

Η *ακμή* είναι πολύ συχνή. Περίπου το 85% των ατόμων ηλικίας 12-25 ετών εμφανίζουν πολλές ή λίγες βλάβες ακμής, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της συχνότητας σε μεγαλύτερες ηλικίες, ιδιαίτερα στις γυναίκες, με τη χρήση πολλών καλλυντικών ή με τη λήψη ορμονικών σκευασμάτων ή με την ανάπτυξη ορμονικών διαταραχών, κυρίως υπερανδρογοναιμίας. Έτσι δημιουργείται μία μεγάλη ομάδα ανυπόμονων γυναικών σε περίοδο δραστηριότητας κοινωνικής και επαγγελματικής που δεν αντέχουν να εφαρμόσουν την αγωγή που, συνήθως, απαιτεί πολλούς μήνες χρήσης φαρμάκων τοπικά και συστηματικά. Με την αντίδραση αυτή επιδεινώνεται ο βαθμός συμμόρφωσης και επιβαρύνεται η πρόγνωση της νόσου. Είναι οπωσδήποτε απαραίτητη η πολύ καλή επικοινωνία γιατρού και ασθενούς και η εξάντληση των περιθωρίων αποτελεσματικότητας της αγωγής σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι τροφές δε φαίνεται να παίζουν ρόλο στις περισσότερες περιπτώσεις, γι' αυτό η σύσταση είναι, εάν οι ίδιοι οι ασθενείς αντιληφθούν ότι κάποια τροφή τους ενοχλεί, είναι καλύτερα να την περιορίσουν το διάστημα εφαρμογής της θεραπείας. Τα προβλήματα που προκαλεί η ακμή στη συμπεριφορά είναι καθημερινά με την άρνηση συμμετοχής των ασθενών σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε αθλήματα, στην επαφή με το άλλο φύλο¹⁸, μία μάλιστα μελέτη κατέγραψε και αυξημένα ποσοστά ανεργίας¹⁹.

Η λεύκη είναι συχνή πάθηση και παρουσιάζεται πιο συχνά σε νέα άτομα, δηλαδή το 50% των περιπτώσεων παρατηρείται σε άτομα μικρότερα των 20 ετών. Η πρόγνωση είναι χειρότερη όταν εμφανίζεται στο πρόσωπο, στα χέρια, στα πόδια και στα γεννητικά όργανα. Η λεύκη, είναι βέβαιο ότι επιδεινώνεται ή ότι προκαλείται μετά από έντονες περιόδους άγχους, ενώ η απομόνωση από κοινωνικές εκδηλώσεις μάλλον δε συμμετέχει θετικά στο θεραπευτικό αποτέλεσμα²⁰.

Από τις παθήσεις των γεννητικών οργάνων πιο δύσκολες στο χειρισμό τους είναι αυτές του αιδοίου (Πίνακας 2) με ασθενείς, οι οποίες έχουν ταλαιπωρηθεί, έχουν χρησιμοποιήσει, συνήθως, πολλές μεθόδους εναλλακτικής ιατρικής και δεν είναι ευχαριστημένες από τους γιατρούς τους. Περίπου το 25% των 61 ασθενών αυτής της μελέ-

Πιν. 2: Παθήσεις του αιδοίου που επηρεάζονται από ψυχικούς παράγοντες

- Ομαλός λειχήνας
- Σκληροατροφικός λειχήνας
- Δερματίτιδα
- Ψωρίαση
- Βουλβωδυνία
- Κνύζα του αιδοίου
- Ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία κ.α.

της ανέπτυξαν, τελικά, κάποιο ψυχικό νόσημα.²¹ Η ειδική αντιμετώπιση, είτε σε ανάλογες κλινικές, είτε από ομάδα ιατρών βελτίωσε σημαντικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τις ψυχικές αντιδράσεις των ασθενών.

Από τις σύντομες αυτές παρατηρήσεις διαπιστώνεται η σαφής επίδραση ψυχικών αντιδράσεων στην πρόκληση και πορεία πολλών παθήσεων του δέρματος και, επομένως, ενισχύεται ο ρόλος της ψυχιατρικής παρέμβασης στην αντιμετώπισή τους.

ABSTRACT

Ioannides D. Skin and Psychiatry from the point of view of a dermatologist. Hippokratia 1999, 3(2): 82-85

Dermatologic diseases often present with psychiatric manifestations, which sometimes must be treated.

Diseases of the skin, often associated with psychological manifestations are atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata, acne, vitiligo and vulvor disease. The role of psychiatric interven-

tion is discussed in these cases.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Koblenzer C. Psychosomatic concepts in dermatology. Arch Dermatol 1983, 119:501-512
2. Panconesi E. Psychosomatic dermatology. Clin Dermatol 1984,2:94-179
3. Christian G, Krueger GG. Clindamycin vs placebo as adjunctive therapy in moderately severe acne. Arch Dermatol 1975, 111:997-1000
4. Gupta M, Gupta AK, Haberman HF. Psychosomatic drugs in dermatology. J Am Acad Dermatol 1986, 14:633-645
5. Gianetti A, Girolomoni G. Skin reactivity to neuropeptides in atopic dermatitis. Br J Dermatol 1989, 121:681-688
6. Anand P, Springall DR, Blank MA, et al. Neuropeptides in skin disease: increased VIP in eczema and psoriasis but not axillary hyperhidrosis. Br J Dermatol 1991, 124:547-549
7. White A, Home DJ, Varigos GA. Psychological profile of the atopic eczema patient. Austral J Dermatol 1990, 31:13-16
8. Chaidemenos G, Chrysomallis F, Mourellou O, et al. Psoriasis in Northern Greece. An epidemiologic study (Abstr). 7th International Psoriasis Symposium, Milan, 1998:106
9. Seville R. Psoriasis and stress. Br J Dermatol 1977, 97:297-302
10. Polenghi M, Molinari E, Gala C. et al. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. Acta Derm Venereol 1994, 186:65-66
11. Ramsay B, O'Reagan M. A survey of the social and the psychological effects of psoriasis. Br J Dermatol 1988, 118:195-201
12. Ginsburg I, Link BG. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol 1989, 20:53-63
13. Reinhold M. Relationship of stress to the development of symptoms in alopecia arcata and chronic urticaria. Br Med J 1960, 1:846-849
14. Van Der Steen P, Boezeman J, Duller P, et al. Can alopecia areata be triggered by emotional stress? an uncontrolled evaluation of 172 patients with extensive hair loss. Acta Derm Venereol 1992, 72:279-280
15. Koo JYM, Shellow WVR, Hallman CP et al. Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. Int J Dermatol 1994, 33:849-850
16. Storer J, Brzuskiwics J, Floyd H et al. Review: topical minoxidil for male pattern baldness. Am J Med Sci 1986, 291:328-333
17. J. van der Donk Ma, Passchier J, Dutree-Meulenberg et al. Int J Dermatol 1991, 30:22-30
18. Motley RJ, Finlay AY. How much disability is caused by acne? Clin Exp Dermatol 1989, 14:194-198
19. Cunliffe WJ. Acne and unemployment. Br J Dermatol 1986, 115:379-383
20. Kent G, Al'Abadie M. Psychologic effects of vitiligo: A crit-

- ical incident analysis. J Am Acad Dermatol 1996, 35:895-898
21. Wojnaroska F, Mayou R, Simkin S, Day A. Psychological characteristics and outcome of patients attending a clinic for vulvar diseases. J Eur Acad Dermatol 1997, 8:121

Αλληλογραφία

Δ. Ιωαννίδης,
Παλαιών Πατρών Γερμανού 3,
Θεσσαλονίκη 54622

Corresponding author:

Ioannides D,
3, Palaion Patron Germanou str,
54622, Thessaloniki - Greece