



Primarni psihijatrijski poremećaji sa kožnim simptomima i znakovima u kliničkoj praksi nešto se rjeđe susreću nego psihosomatski poremećaji. Psihijatrijske bolesti koje se javljaju sa patološkim idejama, iluzijama ili halucinacijama koje se odnose na kožu su sumanuti poremećaji, shizofrenija, psihotični poremećaji uzrokovani zloupotrebom sredstava zavisnosti ili promijenjenim zdravstvenim stanjem. Dermatolog je često suočen sa zadatkom da dijagnosticira psihički poremećaj i objasni pacijentu psihološku etiologiju kožne bolesti.

□

- ***Psihotični poremećaji***

Sumanuti poremećaji (F22.)

U tu grupu spadaju različiti psihotični poremećaji, najčešće su sumanute ideje o parazitima u koži, neugodnom tjelesnom mirisu, uvjerenje da postoji strano tijelo ispod kože i dizmorforobija. Ti poremećaji pripadaju grupi «monosimptomatskih hipohondrijski psihoza».

Rjeđe se javljaju bromoze, sumanute patološke ideje da koža daje «neugodan miris» i dismorfofobija kada je pacijent uvjeren da postoji promjena oblika, strukture ili funkcije kože. Kod nekih pacijenata se javljaju senzacije poput žarenja jezika, usta ili genitalija, za što se ne može pronaći organska osnova.

Pacijenti sa sumanutim idejama zbog vlastite kože razlikuju se od shizofrenih kod kojih je, uz sumanute ideje, prisutan višestruki funkcionalni deficit zbog halucinacija, slabih socijalnih i

radnih sposobnosti te zaravnjenog afekta.

Iluzija parazitoze

Najčešći oblik monosimptomatske hipohondrijske psihoze koju susrećemo kod dermatoloških pacijenata su sumanute ideje o postojanju parazita u koži. Takvi pacijenti čvrsto vjeruju da im je tijelo inficirano nekom vrstom parazita te iznose ideje o razmnožavanju «tih organizama», o njihovom kretanju i širenju ispod kože, a ponekad su čak uvjereni kako ti mikroorganizmi izlaze van kroz kožu. Pacijent također često donose «kutijicu sa uzorkom» u kojoj se nalazi komadić ekskorirane kože, insekt ili dio insekta koje donose kao «dokaz» njihove parazitoze.

Diferencijalna dijagnoza tog poremećaja odnosi se na shizofreniju, psihotičnu depresiju, akutnu maniju ili psihozu uzrokovanu sredstvima zavisnosti. Diferencijalno dijagnostički također treba uzeti u obzir i organske uzroke sličnih simptoma u koži kao npr. sindrom apstinencije od kokaina, amfetamina ili alkohola, zatim deficit vitamina B12, multiplu sklerozu, cerebrovaskularnu bolest te sifilis. Ako se bilo koja od navedenih dijagnoza potvrdi, malo je vjerovatno da je u pitanju iluzija parazitoze.

Dizmorfofobija

Dizmorfofobija je bolesna preokupacija izgledom tijela, prisutna u 14% ambulantnih dermatoloških pacijenata i 10% pacijenata kozmetičke hirurgije, podjednako učestala kod muškaraca i žena. Pacijent je preokupiran izgledom cijelog tijela ili usmjeren na pojedina područja, žene uglavnom na lice, a muškarci na vlasište i polne organe. Psihopatološki, dismorfofobija je nespecifični simptom hipohondrijaze i klasifikuje se kao sumanutu psihotični poremećaj.

NEUROTSKI (ANKSIOZNI) POREMEĆAJI I POREMEĆAJI LIČNOSTI

- Poremećaji ponašanja s neposrednim uticajem na kožu

Trihotilomnija

Dermatološka struka definiše trihotilomaniju kao stanje u kojem osoba čupa vlastitu kosu, dok psihijatri toj definiciji dodaju termin kompulzivno. Najčešća psihopatologija u podlozi ovog poremećaja jest opsesivno-kompulzivno ponašanje.

Ostali psihijatrijski poremećaji koji mogu biti u podlozi trihotilomanije su: poremećaj ponašanja, reakcija na stres, anksioznost, depresija, mentalna retardacija te sumanute ideje u kojima pacijent čupa kosu da bi «nešto iskopao van, kako bi kosa mogla normalno rasti» tj. trihofobija. Diferencijalna dijagnoza trihotilomanije odnosi se na pseudopelade, alopeciju areatu, sifilis te tineu capitis.

Trihotilomanija jedno je od rijetkih stanja u kojem pregled vlasišta može biti dijagnostički dostatan. Korijen vlasi u tom poremećaju podliježe jedinstvenoj promjeni nazvanoj trihomalacija, koja se javlja jedino kod pacijenata sa trihotilomanijom. Stoga, u slučaju kada pacijent ne želi da prizna da sam sebi čupa kosu, biopsija kože može pomoći u postavljanju dijagnoze.

Poremećaj ponašanja sa neposrednim uticajem na kožu nalazimo i kod onihotilomanije-nekontrolisane prisile čupanja noktiju, hroničnog lihen simpleksa - posljedice nekontrolisane prisile trenja ili grebanja kože i kod griženja usana.

Dermatitis artefakta

Termini «neurotske ekskrijacije» i «psihološke ekskrijacije» odnose se na stanja u kojima pacijent sam sebi nanosi ogrebotine vlastitim noktima i tipičan je za anksiozne i depresivne osobe. Faktički dermatitis (dermatitis artefakta) odnosi se na stanja u kojima pacijenti poremećene ličnosti koriste neko sredstvo pomoću kojeg oštećuju vlastitu kožu, kao npr. žar cigarete, hemikaliju, oštre instrumente i slično.

Rjeđe se događa da pacijent ošteti vlastitu kožu kao odgovor na sumanutu ideju, kada se radi o psihotičnom poremećaju. Pacijenti sa neurotskim ekskoricijama obično boluju od depresije ili anksioznog poremećaja, dok oni sa faktičijskim dermatitisom uglavnom boluju od borderline poremećaja ličnosti.

Faktičijski dermatitis javlja se kod samo 0.2 % pacijenata u ambulantnom liječenju. Obično se radi o mladim odraslim osobama koje nemaju razumno objašnjenje za svoje poremećeno ponašanje, ne priznaju samoozljeđivanje i simulaciju.

Dijagnozu je ponekad teško postaviti jer se temelji na somatskim, dermatološkim i psihološkim nalazima naročito kada se radi o pacijentima poremećene ličnosti i depresivnim pacijentima. U nedostatku dijagnostičkih dokaza hvatanje pacijenta «na djelu» i konfrontiranje s objektivnim činjenicama moglo bi izazvati suprotni učinak od željenog, tj. pogoršanje poremećaja ponašanja, depresije, pa čak i pokušaj suicida, zbog čega tu strategiju treba izbjegavati.

Von minhauzenov sindrom

Je psihijatrijski poremećaj gdje postoji psihopatsko ponašanje bez namjere simulacije zbog očiglednih dobiti, izuzev ljebarske i sestrinske pomoći, takozvani hiruški oblik faktičijskog poremećaja.

Simuliranje je poremećeno ponašanje gdje postoje namjerni postupci, izvana motivisani nekom dobiti, npr. stimulisanje bolesti zbog bolovanja. Većina tih pacijenata imaju poremećaj ličnosti borderline tipa.

POREMEĆAJ PONAŠANJA SA POSREDNIM UTICAJEM NA KOŽU

To su psihički poremećaji kod kojih su kožne lezije u indirektnoj povezanosti sa poremećajem

ponašanja.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj može biti u podlozi jednog oblika trihotilomanije, recidivirajućeg ekcema, pruritusa, suhe kože i toksičnog kontaktnog dermatitisa, kao posljedica ritualnog pranja i pretjeranog korištenja deterdženata. Prevalencija opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod ambulantnih dermatoloških pacijenata sa pruritičkim dermatitisom je 14 %.

Poremećaji hranjenja

Malnutricija je povezana sa nestajanjem masti, suhom kožom, purpustom, petehijama, dok ponavljajuće namjerno povraćanje uzrokuje erozije, gingivitis i purpuru lica. Zloupotreba laksativa, diuretika i emetika pojačava navedene učinke.

Zavisnost od alkohola i drugih sredstava zavisnosti

Alkoholizam je povezan sa eritemom lica, teleangiektazijama i rinofimom koje ponekad mogu otkriti prikriveno pijenje, tipično za žene. Pušenje je povezano sa prijevremenim starenjem, atrofijom i sivkastom nijansom boje kože. Zloupotreba teških droga predstavlja rizik za infekciju na mjestu uboda injekcije sa rezidualnim ožiljkom.

Funkcionalni poremećaji kože i sluznica

Kada se isključi somatska osnova, poremećaj se definiše kao funkcionalni. Najčešći funkcionalni poremećaj kože je pruritus, koji se javlja naglo i nestaje kada se pažnja usmjeri na nešto drugo. U njegovoj osnovi najčešće se nalazi depresivni, opsesivno-kompulzivni i anksiozni poremećaj. Tri od deset slučajeva pruritusa nemaju organski uzrok i povezani su sa depresijom ili opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Posebno se izdvajaju funkcionalni genitalni i analni pruritus.

Funkcionalni bolni sindromi, kao što su bolni sindromi sluznice (vulvodinija i glosodinija),

atipična facijalna bol, sindrom žarećih stopala odraz su psihološke boli sa različitom psihopatologijom u podlozi: depresija, anksioznost ili hipohondrijska preokupiranost.

SEKUNDARNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI

Poremećaji kože rijetko su životno-ugrožavajuća stanja, ali zbog njihove ekspaniranosti mogu uveliko narušavati kvalitet života. Pacijenti sa nagrdjućim promjenama kože često su psihološki i socijalno ugroženi. Pa nije rijetkost da takve osobe ne mogu dobiti posao u kojem izgled ima određenu važnost. Važno je naglasiti da okolina često takve osobe smatra zaraznim. Objašnjenja za visoku stopu komorbiditeta kožnih i psihičkih poremećaja su:

- hronična kožna bolest uslovljava mnogobrojna životna prilagođavanja, utiče na društveni život i otežava liječenje,
- uočljivost kožnih bolesti izlaže pacijenta negativnim reakcijama okoline i stigmatizaciji zbog naruženosti i time smanjuje pacijentovo samopoštovanje,
- lični činioci, kao što je jako izražena anksioznost, emocionalna nestabilnost i gubitak samopouzdanja smanjuju opšte životne i radne sposobnosti.

Mnoge osobe se uspješno nose s kožnom bolesti. Ako porodični ljekar primijeti da je pacijent ipak pod značajnim stresom ili se javlja depresija, socijalna fobija ili druga sekundarna psihopatologija, treba ga uputiti na dermatološki i psihijatrijski pregled i liječenje.

PSIHIČKE NUSPOJAVE DERMATOLOŠKOG LIJEČENJA

Sistemska terapija

- Steroidi

Steroidi se često koriste u dermatološkom liječenju, ponekad i u visokim dozama. Prvih deset dana liječenja steroidima, kod 5% pacijenata, javljaju se psihijatrijske nuspojave: depresija, hipomanija, manija i akutna sumanutost. Rizični faktori su ženski pol, doze veće od 40 mg/dan i lupus eritematosus.

Liječenje psihičkih nuspojava provodi se smanjenjem doze ili isključenjem steroida uz upotrebu anksiolitika, antidepresiva ili antipsihotika po potrebi. Smetnje se povlače u 50 % slučajeva za dvije sedmice, a u 90 % slučajeva za šest sedmica.

- Izotretion

Postoji povezanost između primjene izotretiona, koji je djelotvoran u liječenju rezistentnih akni, i razvoja depresije, suicidalnih ideja i pokušaja suicida. Prije početka liječenja, psihijatar i dermatolog trebaju timski odrediti moguću korist i štetu od lijeka, a tokom liječenja treba pratiti pacijentovo raspoloženje.

Lokalna terapija

Lokalno dermatološko liječenje može biti skupo i dugotrajno te stvarati socijalno-ekonomske i emocionalne poteškoće.

DERMATOLOŠKE KOMPLIKACIJE □ NAKON LIJEČENJA

Dermatološke komplikacije psihofarmakoterapije mogu se manifestovati u vidu različitih oblika toksičnog dermatitisa.

- Litijum

Komplikacije uz terapijsku dozu litijuma javljaju se kod 3 od 34 % pacijenata. Najčešće se radi o pogoršanju psorijaze, akni, pruritusa, osipa i rijetko Lyell-ovog sindroma (toksična epidermalna nekroliza).

- Antipsihotici

Klorpromazin izaziva nuspojave u oko 5% slučajeva, najčešće urtikariju u prvom mjesecu liječenja, zatim fotosenzitivnost, koja je zavisna u dozi i trajanju terapije i mnogo rjeđe lupus.

- Benzodiazepini

Nuspojave su veoma rijetke, a moguća je fotosenzitivnost.

- Antidepresivi

Vrlo rijetko javlja se ispadanje kose i fotosenzitivnost te suhoća očiju i usta zbog antiholinergičnog učinka (triciklici).

Dermatološka oboljenja uzrokovana psihijatrijskim bolestima

Napisao Prof. dr Bogdan Zrnić, spec. dermatovenerolog; Dr med Kristina Zrnic-Vranjes dermatovenerolog
