

NAJCZĘŚCIEJ SPOTYKANE PSYCHODERMATOZY: OBŁĘD PASOŻYTNICZY, BROMOZA, DYSMORFIA CIELESNA, TRICHOTILLOMANIA

Damian D. Brela

www.damianbrela.com

www.psychoandrologia.com

Tak, jak zostało to opisane w poprzednim artykule, psychodermatologia to nowa dziedzina na pograniczu medycyny i psychologii, a w dokładniejszym rozumieniu dziedzina łącząca problemy skórne z psychopatologią. Rozumienie zaburzeń w psychodermatologii dzielimy na *pierwotne zaburzenia psychiczne z manifestacją skórą* oraz *wtórne zaburzenia psychiczne u osób z chorobami skóry*. Rozumienie to dotyczy dwóch podstawowych podejść “stan psychiczny -> choroba skóry” oraz “choroba skóry -> problem psychiczny”.

W niniejszym artykule zostaną opisane najczęściej spotykane psychodermatozy we współczesnej praktyce klinicznej, czyli dosyć częste problemy powodujące, że

pacjenci szukają pomocy u dermatologa, psychiatry i psychoterapeuty w związku z ich doświadczeniem.

OBŁĘD PASOŻYTNICZY

Zaburzenie psychotyczne polegające na doświadczeniu urojeń, których treścią jest przekonanie o obecności różnego rodzaju pasożytów, robaków, owadów w skórze, pod skórą lub na skórze pacjenta. Przekonania utrzymują się mimo wykluczenia obecności jakichkolwiek pasożytów w badaniach medycznych. Nierzadko urojenia udzielają się również najbliższym w otoczeniu pacjenta uważając, że w domu, w pościeli, w ubraniach czy szafach występują niezidentyfikowane robaki.

Pacjent dotknięty tego rodzaju psychozą doświadcza różnych wrażeń dotykowych, świądu, parestezji, odczucia pełzania na skórze lub pod skórą czegoś, co identyfikuje jako robaki, owady czy innego rodzaju pasożyty. Najczęściej urojenia dotyczą takich części ciała jak: owłosiona skóra głowy, klatka piersiowa, górna część pleców, ramiona, przedramiona, dłonie, uda, okolice krocza, ale i też nos, usta, uszy, odbył.

Chorzy przyczyn występowania pasożytów upatrują w zarażeniu się od innych osób, w kontakcie ze zwierzętami lub roślinami. Charakterystyczny jest tzw. objaw próbki. Pacjenci przynoszą lekarzom w różnych próbkach, pojemniczkach rzekomo złapane pasożyty. Najczęściej są to kawałki naskórka, strupy, włosy, okruszki, różne włókna, kurz, fragmenty skóry itd.

Pacjenci często próbują na własną rękę usuwać rzekome pasożyty ze skóry powodując różnego rodzaju zmiany fizyczne typu: zadrapania, nadżerki, owrzodzenia, stany zapalne, przeczasy. Również charakterystyczny jest tzw. “efekt ręki”, czyli zmiany powstają tam, gdzie pacjentowi łatwiej jest drapać, jest to też uzależnione od tego, czy pacjent jest prawo- czy leworęczny. Do pozbywania się pasożytów pacjenci wykorzystują różnego rodzaju środki chemiczne, takie jak woda utleniona, środki czystości, benzyna, spirytus powodując kolejne zmiany skórne.

Omawiane zaburzenie różnie było określane w historii psychiatrii, np. jako dermatofobia, entomofobia czy akarofobia (lęk przed owadami). Jednak fobia dotyczy realnego obiektu i unikania go, a w przypadku omawianego zaburzenia obiekt (pasożyty) nie istnieją realnie, a są jedynie treścią urojenia. Dlatego w dostępnych klasyfikacjach urojeniowa choroba pasożytnicza występuje pod jednostkami: uporczywe zaburzenie urojeniowe (ICD-10) oraz zaburzenia urojeniowe (DSM-5).

Rozróżnia się pierwotny i wtórny obłąd pasożytniczy. Pierwotny dotyczy sytuacji, kiedy urojenie o obecności pasożytów występuje samodzielnie jako zaburzenie, natomiast w przypadku wtórnego - urojenia pasożytnicze są następstwem np. chorób somatycznych, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, powikłaniem przyjmowanych leków. Badacze donoszą, że tego typu zaburzenie obserwowano również u osób przyjmujących kokainę, amfetaminę, kanabinole, a także w przypadku przebiegu chorób: niedoboru wit. B12, płasawicy Huntingtona, choroby Alzheimera, otępienia naczyniowego, kiły, gruźlicy, AIDS, pelagry.

W leczeniu obłądu pasożytniczego stosuje się strategie farmakologiczne takie same jak w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych, czyli zastosowanie mają leki neuroleptyczne (przeciwpsychotyczne).

CHOROBA MORGELLONA

Jest to zaburzenie psychiatryczne, podobne do wyżej opisanego, a przez wielu specjalistów określane jako rodzaj obłądu pasożytniczego polegające na doświadczaniu wrażeń gryzienia, żądlenia, pieczenia i innych zaburzeń czucia skóry z przekonaniem, że dzieje się to z powodu posiadanych w skórze, na skórze różnego rodzaju włókien, nitek, substancji itd. Pacjenci są w stanie przynosić różnego rodzaju "dowody". Również w leczeniu tego zaburzenia zastosowanie mają leki przeciwpsychotyczne.

BROMOZA

Zaburzenie również psychiatryczne polegające na doświadczaniu urojeń, których treścią jest przekonanie o wydzielaniu silnego fetoru, przez co inni ludzie mają unikać pacjenta. Stosowane jest leczenie przeciwpsychotyczne.

W przypadku tych trzech zaburzeń urojeniowych w różnicowaniu ważne jest badanie szerszego kontekstu objawów, tak by wykluczyć lub potwierdzić istnienie np. schizofrenii lub np. wykluczenie podłoża medycznego / organicznego lub innego np. W przypadku, gdy objawy są wynikiem stosowania narkotyków - bez ich odstawienia może być leczenie niemożliwe.

DYSMORFICZNE ZABURZENIE CIAŁA

Zaburzenie, które w skróconej formie brzmi “dysmorfofobia”. Zaburzenie to polega na przeżywaniu własnego ciała jako nieatrakcyjnego, wadliwego, nieprawidłowej budowy. Pacjent widzi w swoim ciele jakąś wadę (lub wady) uznając je za defekt ciała. Przekonania takie mogą mieć charakter obsesji - ciągłego, natrętnego myślenia o wadzie lub charakter urojenia. Wada jaką pacjent spostrzega może nie istnieć wcale lub może być przeżywana tylko przez pacjenta jako wada, a w rzeczywistości inni ludzie mogą jej nie dostrzegać lub może być tak niewielka, że w odbiorze przez innych nie budzi żadnych szczególnych wrażeń. Zaburzenie polega na takim zaabsorbowaniu wadą, że znaczenie takiej wady / defektu ciała jest wyolbrzymiane i pacjent przypisuje mu nieadekwatnie duże znaczenie, co przekłada się na pogorszone funkcjonowanie psychiczne pacjenta. Pacjenci wstydzą się siebie, swojej wady, przeżywają nieustanny wstręt do siebie w związku z wadą; nie są w stanie skupić się na swoich zadaniach, obowiązkach - szczególnie wtedy, kiedy są związane z kontaktem z innymi ludźmi. Pacjenci nie mogą przestać myśleć o swojej wadzie i przez to mogą zaniedbywać pracę, szkołę i inne sprawy wymagające kontaktu społecznego.

Najczęściej wady dotyczą twarzy, skóry twarzy, nosa, ust, uszu, zmian trądzikowych, koloru skóry (np. rumienienie się), mogą dotyczyć też owłosienia czy innych okolic ciała np. narządów płciowych bądź bardzo często w przypadku mężczyzn - tkanki mięśniowej jako wciąż niewystarczającej; innymi wadami może być spostrzeżenie asymetrii ciała, budowa rąk, stóp, brzucha, brody, zębów, żuchwy itd. Pacjenci bardzo często przejawiają zachowania kompulsywne w celu ukrycia, zamaskowania danej wady. Stosując przy tym różnego rodzaju zabiegi kosmetyczne lub inne działania, których

nadmiar często przynosi odwrotny skutek i to, co pierwotnie przez innych było niezauważalne może stać się dostrzegalne na skutek przesadnego np. makijażu czy innych strategii.

Pojęcie *dysmorfofobii* zostało wprowadzone przez Morselli w 1886 roku i zostało określone jako “subiektywne poczucie własnej brzydoty, fizycznej wady lub szpecących zmian skórnych”. I mimo, że niewiele się zmieniło rozumienie tego zaburzenia, to jednak współczesna klasyfikacja amerykańska DSM określa to zjawisko jako *Cielesne zaburzenie dysmorficzne*. Skojarzenie z fobią - tak jak w przypadku wyżej - może niepotrzebnie wprowadzać w błąd.

Leczenie. Zazwyczaj pacjenci z dysmorią szukają pomocy u dermatologów, kosmetyczek czy też chirurgów plastycznych. O ile działania zmniejszające lub niwelujące defekt mogą być pomocne w jakiejś mierze, to o tyle nie rozwiązują problemu, gdyż często oczekiwania tego typu pacjentów są po prostu nierealne np. od chirurga. A nierzadko zadowolenie z zabiegu plastycznego jest chwilowe i pozorne, przez co pacjent następnie próbuje “naprawiać” skutki zabiegów lub znajduje kolejny defekt w swoim ciele. Gdyż w tym zaburzeniu to nie defekt / wada jest źródłem problemu, tylko zaburzony obraz własnego ciała u pacjenta. Dlatego próby leczenia za pomocą zabiegów plastycznych mogą mieć ciąg nieskończony. Przypadki roszczeń prawnych czy gróźb wobec lekarzy za “źle” przeprowadzone zabiegi chirurgiczne są również dosyć powszechne w tej grupie pacjentów.

W leczeniu dysmorficznego zaburzenia cielesnego nieodzowna wydaje się być psychoterapia, gdyż to tutaj pacjent ma szansę zmierzyć się ze swoimi niezdrowymi wyobrażeniami na temat siebie, swojego ciała, zniekształceń w obrazie siebie – w

warunkach bezpiecznych jakie daje psychologiczna przestrzeń terapeutyczna w relacji z psychoterapeutą.

Skuteczność leczenia ma również farmakoterapia psychiatryczna, czyli zastosowanie leków przeciwdepresyjnych z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). W przypadku niektórych pacjentów zdarza się, że jest potrzebna potencjalizacja leczenia lekami SSRI poprzez dołączenie leku przeciwpsychotycznego II generacji. Badania pokazują niską skuteczność leczenia dysmorfii w monoterapii samymi lekami neuroleptycznymi (przeciwpsychotycznymi).

Innymi rodzajami Dysmorficznego zaburzenia cielesnego są: *dysmorfia mięśniowa* ang. *muscle dysmorphia* - wspomniana wyżej - poczucie, że wciąż tkanka mięśniowa jest za słaba, a obwód mięśni za mały, inaczej nazywana jest *anoreksją odwróconą* ang. *reverse anorexia* bądź *bigoreksja* ang. *bigorexia*.

We wspomnianym zaburzeniu pacjent jest cały czas niezadowolony z budowy ciała i żywi silne przekonania, że jeszcze nie doszedł do prawidłowej budowy czy wystarczającego umięśnienia. W obserwacji przebiegu takiego można dostrzec, że nie ma takiego pułapu, który zadowalałby pacjenta. Najczęściej zaburzenie dotyczy mężczyzn, którzy spędzają ogromne ilości godzin na siłowniach, stosują specjalne diety - często restrykcyjne - może współwystępować zaburzenie pod nazwą *ortoreksja*; przejawiają obsesyjne skupienie na wartościach takich jak obwód mięśni, masa ciała, zawartość tkanki tłuszczowej w ustroju itd. Tego typu pacjenci przez to, że są ciągle niezadowoleni ze swojego wyglądu mają duże trudności w korzystaniu z miejsc publicznych, gdzie można być rozebrany np. w saunie, na basenie, na plaży itd.

Większość mężczyzn dotkniętych dysmorfią mięśniową stosuje substancje androgenno-anaboliczne (SAA); są to silne leki na bazie różnych hormonów - przede wszystkim testosteronu i hormonu wzrostu. Leki te są stosowane w bardzo trudnych zaburzeniach metabolicznych u chorych z olbrzymią otyłością, a w przypadku osób z dysmorfią mięśniową służą do “wypalania” tkanki tłuszczowej, której zazwyczaj nie mają lub w przypadku stosowania testosteronu - najczęściej poza względami medycznymi na drodze nielegalnego zdobycia – w celu szybkiego wzrostu masy mięśniowej. Hormony “siłowniane” przyjmowane są w ogromnych dawkach – dalekich od tych stosowanych przy względach medycznych – i powodują one zaburzenia gospodarki hormonalnej z dużą ilością negatywnych skutków, jak np. bezpłodność, trądzik, płaczliwość, zmiana osobowości, zaburzenia hormonalne, zablokowanie przysadki mózgowej, retencja wody w ustroju, obrzęki kończyn, wysoki poziom estrogenów itd.

Tanoreksja jest kolejną formą dysmorficznego zaburzenia wartą uwagi. Polega na kompulsyjnym - przymusowym - dążeniu do bycia ciągle opalonym. Na poziomie myśli pojawiają się obsesje, że jest się cały czas niewystarczająco opalonym, zbyt bladym, a jeśli opalenizna jest, to jest wciąż za słaba. Pacjenci z tanoreksją urządzą sobie życie wokół opalania – w czasie letnim mogą organizować się w taki sposób, by godzinami leżeć na słońcu, jeździć do “ciepłych” krajów, a porą zimową korzystają nieustannie z solariów. W przypadku osób, które nie mogą sobie pozwolić na opalanie się na słońcu czy zagraniczne wycieczki np. w związku z pracą, obowiązkami domowymi czy innymi - również całorocznie bardzo często odwiedzają solaria. Korzystanie z solariów może przebiegać nawet po kilka razy dziennie. Osoby z tanoreksją są “odporne” na różnego rodzaju argumenty zniechęcające do korzystania z solariów, jak np. oparzenia, wyraźne

objawy przyspieszonego starzenia się skóry, zmiany chorobowe z nowotworowymi włącznie.

TRICHOTILLOMANIA

Zaburzenie psychiczne definiowane jako uporczywe i niekontrolowane wrywanie sobie włosów. Nierzadko obszar dotyczący wrywanych włosów może być w rezultacie całkowicie wydepilowany. Wrywanie włosów najczęściej dotyczy skóry głowy, ale również brwi, rzęs, przedramion, krocza, a nawet odbytu.

Kryteria diagnostyczne tego zaburzenia mówią o wrywaniu włosów skutkującym zauważalną utratą ich – jest to dosyć problematyczne kryterium z dwóch powodów: pacjenci rzadko kiedy wprost przyznają się do wrywania włosów, czasami są nawet nieświadome tej czynności. Mówi się o typie automatycznym trichotillomani, kiedy kompulsja przebiega w sposób tak bezwiedny, że sam pacjent tego nie zauważa. Drugi problem dotyczący zauważalnej utraty włosów polega na tym, że nie zawsze ta utrata jest zauważalna, a już na pewno gołym okiem. W niektórych miejscach włosy wolno odrastają np. brwi czy rzęsy i tutaj można dostrzec ich braki. Natomiast na skórze głowy włosy rosną dosyć szybko, dlatego nie zawsze można zauważyć braki. Pomocne może być badanie dermoskopowe, w którym można zauważyć ślady wrywania, wydzierania czy przerywania włosów, które postrzępione przypominają “szczotkę”.

U niektórych pacjentów zauważa się narastające napięcie przed wrywaniem sobie włosów i uczucie ulgi tuż po wrywaniu. W literaturze określa się tę postać jako

trichotillomanię skupioną. W przeciwieństwie do postaci automatycznej, w której pacjenci nie przeżywają napięcia i następnie ulgi.

Ważnym rozróżnieniem klinicznym jest diagnoza różnicowa. Trichotillomania nie wynika z urojeń, halucynacji czy innych zaburzeń. Jeśli wrywanie jest następstwem psychozy, to nie powinno się podejmować diagnozy trichotillomani a odpowiedniego do całościowego kontekstu objawów zaburzenia np. schizofrenię.

Podobnie w różnicowaniu dermatologicznym – zazwyczaj trichotillomania nie powoduje stanów zapalnych czy innych poza samą utratą włosów lub uszkodzeniem mieszków. Natomiast przy różnicowaniu należy wziąć pod uwagę takie zaburzenia dermatologiczne, jak: łysienie plackowate, toczeń rumieniowaty, łysienie rozlane.

Ważnym z punktu medycznego jest również zauważenie czy u pacjenta z trichotillomanią występuje tzw. trichobezoar oraz zespół Rapunzela (Rapunzel syndrom). Wiąże się to z tzw. trichofagią, czyli przymusem zjadania włosów (połykania). Takie zjedzone włosy sklejają się w kulki powodując dolegliwości żołądkowe, jelitowe, niedrożność jelit, perforacji żołądka / jelit, zaburzeń wchłaniania, żółtaczkę zastoinową, zapalenia trzustki itd.

Mimo, że w obecnych badaniach donosi się, że zaburzenie wrywania włosów głównie dotyczy kobiet, to pierwszym opisanym pacjentem z tą przypadłością był młody mężczyzna, jego przypadek, jak i samo pojęcie, opisał francuski dermatolog Hallopeau w 1889 roku.

Innymi zaburzeniami dotyczącymi włosów są:

trichotemnomania polegająca na kompulsywnym obcinaniu lub goleniu włosów;

trichodaganomania, czyli kompulsywne odgryzanie sobie włosów z różnych dostępnych miejsc np. przedramion;

trichoteiromania – kompulsywne pocieranie skóry owłosionej ciała, jak również drapaniem jej, prowadząc do utraty / uszkodzenia włosów.

Literatura

American Psychiatric Association: Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wciórka J. (red.) Wydawnictwo: Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.

Pużyński S., Wciórka J. (red. przekł.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne “Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Wrocław, 1998.

Pużyński S., Wciórka J. (red. przekł.). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersytecie Wydawnictwo Medyczne “Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Wrocław, 1997.

Rzepa T., Szepietowski J., Żaba R. Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław, 2011.

Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.) Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2011.

Szepietowski J., Pacan P., Reich A., Grzesiak M. Psychodermatologia.
Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław,
2015.