

– Należy sobie uświadomić, że receptory układu nerwowego znajdują się na całym ciele człowieka i jeśli bariera naskórkowa ulegnie uszkodzeniu, to łatwiej dochodzi do zapalenia neurogennego – mówi **prof. dr hab. Anna Zalewska-Janowska**, kierownik Zakładu Psychodermatologii Międzywydziałowej Katedry Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. – W zależności od tego, w jakim stanie psychicznym znajduje się pacjent lub w jakiej fazie choroby, widać to w obrazie jego dolegliwości skórnych.

Ciało i dusza to naczynia połączone

Wiadomo, że choroby skóry mają ogromny wpływ na stan psychiczny, a jaki wpływ ma stan psychiczny na skórę?

Schorzenia neurogenne znajdują swoje odzwierciedlenie na skórze. Często konsultuję pacjentów na oddziałach psychiatrycznych i widzę, jak ogromny wpływ na zmiany skórne u tych pacjentów ma ich stan psychiczny. W zależności od tego, w jakim stanie psychicznym znajduje się pacjent lub w jakiej fazie choroby, widać to w obrazie jego dolegliwości skórnych. Taką chorobą jest na przykład łuszczyca. Dużo łatwiej jest dotrzeć do pacjenta, który rozumie te wzajemne relacje między ciałem i duszą.

Co bardziej cierpi u pacjenta leczonego dermatologicznie – skóra czy dusza?

Choroby skóry wiążą się ze stygmatyzacją społeczną. Ludzie nie rozumieją, że większością przewlekłych chorób dermatologicznych nie można się zarazić i dlatego odsuwają się od osób cierpiących na dermatozy. To powoduje, że chorzy tacy wycofują się z kontaktów społecznych. Trudno powiedzieć, co bardziej cierpi, skóra czy dusza. Wielokrotnie jest tak, że jeśli pacjent cierpi na przykład na łuszczycę, to ujawnia się u niego psychoza lękowo-depresyjna. W ten sposób impuls ze skóry przesyłany jest do układu nerwowego i tam patologicznie przetwarzany.

Od kiedy właściwie możemy powiedzieć, że istnieje psychodermatologia jako dziedzina nauki i co to właściwie jest psychodermatologia?

Psychodermatologię możemy wywodzić już od Sokratesa, który mówił o holistycznym podejściu do zdrowia człowieka, czyli uwzględnieniu biologii choroby, stresorów środowiskowych i kontekstu społecznego. W przypadku dermatologii ma to kolosalne znaczenie, ponieważ dermatozy, które wyglądają bardzo nieestetycznie, są zwykle widoczne i trudno je ukryć. Należy sobie uświadomić, że receptory układu nerwowego znajdują się na całym ciele człowieka i jeśli bariera naskórkowa ulegnie uszkodzeniu, to łatwiej dochodzi do zapalenia neurogennego, w pewien sposób podobnie jak to się dzieje w przypadku alergii.

Tak więc psychodermatologia jako podejście całościowe jest bardzo stara, natomiast jako nowe spojrzenie na pacjenta pojawiła się niedawno?

Na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, gdzie mam przyjemność pracować, w 2008 r. powstał pierwszy akademicki ośrodek psychodermatologii w kraju, a w sumie jeśli chodzi o osadzenie na uczelni, to jest to pierwszy taki ośrodek na świecie. Warto podkreślić, że w ramach Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego istnieje sekcja psychodermatologii, której szefem jest prof. Jacek Szepietowski.



A jak to wygląda na świecie?

Na świecie istnieją rozmaite sekcje i podsekcje psychodermatologii przy różnych ośrodkach zarówno klinicznych, jak i badawczych. W Instytucie Karolinska w Sztokholmie funkcjonuje ośrodek kierowany przez prof. Klasa Nordlinda, który prowadzi badania nad neurobiologią skóry. Co roku też odbywa się kongres Europejskiego Towarzystwa Dermatologii Doświadczalnej (*European Society for Dermatological Research, ESDR*), na którym organizujemy corocznie sesje z zakresu neurobiologii skóry (nazwa psychodermatologii od strony laboratoryjnej), gdzie światowej sławy naukowcy prezentują swoje odkrycia z zakresu psychodermatologii. W Stanach Zjednoczonych działa Towarzystwo Medycyny Psychosomatycznej, z kolei w Europie istnieje Towarzystwo Dermatologii i Psychiatrii.

Czy psychodermatologia różni się w swoim podejściu do leczenia małego i dorosłego pacjenta?

W sumie i tak, i nie. Różni się o tyle, że przy leczeniu małego pacjenta lekarz musi zejść do jego poziomu i być przez niego zrozumianym, a także zdobyć jego zaufanie w nieco inny sposób niż ma to miejsce w przypadku dorosłego pacjenta. Wielokrotnie okazuje się, że „nie pamięta wół, jak cielęciem był”. Leczenie małego pacjenta bywa jednak nieraz łatwiejsze niż dorosłego – otoczonego

dotąd licznymi doradcami rodzinnymi, którzy mają bardzo ugruntowaną filozofię postępowania i są dogłębnie nasiąknięci czarnym PR-em fachu lekarskiego, czerpanym z różnorodnych mediów. Z drugiej strony mały pacjent sam niewiele robi, jeśli nie będzie miał wsparcia ze strony rodziców i opiekunów. W każdym jednak przypadku podstawą jest zdobycie zaufania pacjenta i ścisła z nim współpraca.

Z jakimi zaburzeniami psychodermatologicznymi mamy najczęściej do czynienia?

Do psychodermatologa najczęściej trafiają pacjenci z trądzikiem, wypryskiem, łuszczycą, pokrzywką, bielactwem, łysieniem, samouszkodzeniami i atopowym zapaleniem skóry.

Czy można wyodrębnić zespół chorobowy, który mógłby być nazwany psychodermatozą?

Psychodermatologia to swoisty parasol dla wszystkich schorzeń, które powstają przy udziale stresorów środowiskowych. Stres to wszelkie bodźce, które wytrącają organizm z równowagi. Schorzenia alergologiczne i dermatologiczne powstają przy udziale stresorów środowiskowych. Dlatego byłoby dobrze, gdyby medycyna pojmowana była nie tylko w sensie biologicznym, ale szerzej – psychobiologicznym i społecznym.

Dlaczego nie uczy się tego studentów medycyny?

Medycyna nadal zbyt głęboko tkwi w kartezjańskim podejściu do człowieka, które zakłada oddzielenie *soma*, czyli części biologicznej człowieka, od *psyche*, a także w mechanistycznym podejściu do leczenia *Homo sapiens*. Na szczęście od kilku lat obserwuje się powrót holistycznego, hipokratesowskiego bio-psycho-społecznego modelu opieki. Na wielu polskich uniwersytetach medycznych zaczęto już uczyć takiego podejścia do pacjenta, np. na uniwersytetach medycznych w Łodzi, Warszawie, Poznaniu prowadzone są fakultety z komunikacji z pacjentem oraz ze sposobów aktywizowania pacjentów do współpracy z lekarzem.

A gdzie Pani się tego uczyła?

Studiowałam w Wielkiej Brytanii na Uniwersytecie w Leeds koło Manchesteru i jednym z moich coachów i nauczycieli dermatologii oraz psychodermatologii był dr John A. Cotterill, który należy do założycieli Europejskiego Towarzystwa Dermatologii i Psychiatrii. Towarzystwo to zwraca uwagę na podejście humanistyczne do pacjenta, a nie tylko postrzega pacjenta przez pryzmat zupełnie odizolowanej, pojedynczej jednostki chorobowej.

Dlaczego tak trudno jest wdrożyć to holistyczne podejście do pacjenta?

Sądzę, że powoli już mamy z tym do czynienia. W wielu szpitalach tworzone są interdyscyplinarne zespoły medyczne, które pozwalają szerzej spojrzeć na pacjentów niż tylko przez pryzmat poszczególnych chorób.

Kto właściwie powinien leczyć psychodermatozy?

Psychodermatologia to dziedzina z pogranicza dermatologii, psychologii, psychiatrii, kosmetyki i medycyny estetycznej. W moim zespole na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi znajduje się psycholog i psychiatra. Jeśli chodzi o dermatozy, to pierwszym konsultantem pacjenta prawie zawsze powinien być lekarz dermatolog, który ściśle współpracuje z lekarzem psychiatrą i psychologiem. Najważniejsze jest interdyscyplinarne – profesjonalne, empatyczne zaopiekowanie się pacjentem i motywowanie go do pełnej współpracy. To takie proste, a jednocześnie często bardzo trudne, ale zawsze bardzo satysfakcjonujące dla całego zespołu medycznego i bardzo pomocne w zapobieganiu rozwojowi zespołu wypalenia zawodowego.

Rozmawiała Alicja Kostecka