

DIAGNOSTICUL ÎN PSIHODERMATOLOGIE

Ana VEIŁEA¹, Virgil FEIER², Paula MARE³

¹Secția Dermatovenerologie, Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu, România

²Clinica Dermatovenerologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara,

³Universitatea de Vest "Vasile Goldiș" Arad

Rezumat

Pielea este cel mai mare organ al omului și funcționează ca o interfață socială, psihologică și metabolică între individ și mediu. Studiile recente au demonstrat că pielea joacă un rol important în comunicarea multidirecțională dintre sistemul endocrin, cel imunitar și sistemul nervos central. Bolile pacienților dermatologilor se află uneori direct în fața ochilor lumii, iar impactul psihologic al înfățișării diferite poate crea nevoia unui tratament nu doar la nivelul pielii. Conexiunea piele – creier poate fi fundamentul observării faptului că o gamă largă de boli inflamatorii ale pielii sunt exacerbate de stresul psihologic. Din punct de vedere clinic, importanța factorilor psihosomatici în tulburările dermatologice este bine cunoscută. Mai mult, răspunsul placebo în anumite tulburări dermatologice este mai mare de 30%, fapt care accentuează importanța mecanismelor psihosomatice.

Summary

The skin is the largest organ of the body and functions as a social, psychological and metabolic interface between the individual and environment. Recent studies have demonstrated that the skin plays an important role in the multidirectional communication between the endocrine, immune, and central nervous system. Dermatologists' patients' diseases are sitting right there for the world to see and the psychological impact of looking different can create a need for treatment of more than just a patient's skin. The skin-brain connection may be the basis for the observation that a wide range of inflammatory skin conditions are exacerbated by psychological stress. Clinically, the importance of psychosomatic factors in dermatological disorders is well recognized. Furthermore, the placebo response in certain dermatological disorders is greater than 30%, which emphasizes the importance of psychosomatic mechanisms.

Toți medicii se confruntă cu provocarea de a-i face pe pacienți să se simtă mai bine și sufletește. Dar dermatologii se confruntă cu o provocare suplimentară – deseori bolile pacienților lor se află direct în fața ochilor lumii. Impactul psihologic al înfățișării diferite poate crea nevoia unui tratament nu doar la nivelul pielii. Pielea este cel mai mare organ al omului și funcționează ca o interfață socială, psihologică și metabolică între individ și mediu. Studiile recente au demonstrat că pielea joacă un rol important în comunicarea multidirecțională dintre sistemul endocrin, cel imunitar și sistemul nervos central (Arck et al. 2006). Boli ca acneea chistică, psoriazisul, vitiligo și dermatitele atopice pot fi ascunse cu dificultate de către pacienți. Și acest lucru se întâmplă nu doar atunci când fața pacientului este afectată. "Dacă boala este pe o suprafață de piele acoperită, pacientul nu se va simți confortabil mergând pe plajă sau la gimnastică sau oriunde unde nu o poate acoperi. Este limitativ din punct de vedere social și interferează cu intimitatea" (Cohen et al. 2004). E de înțeles că acești pacienți sunt anxioși, au un nivel scăzut al stimei de sine și sunt deprimați. Unora dintre pacienți li se pun întrebări jenante despre boală și aceștia nu știu cum să răspundă sau să devieze atenția de la persoana lor. Deși aceste provocări pot fi

semnificative, pot fi abordate în cabinet de către dermatolog dacă acesta alocă puțin mai mult timp pacientului. A găsi acest timp este o provocare dar, "dermatologul este capabil să îl ajute pe pacient să facă față acestui stress pentru că îi poate explica boala și îl poate ajuta să se descurce cu ea" (Cohen et al. 2004).

Dermatologii pot suspecta existența unei tulburări psihologice, observând: aspectul general și comportamentul pacientului, dacă pacientul evită să privească doctorul în ochi, dacă este încordat și stă așezat pe marginea scaunului, are un aspect abătut – umerii lăsați, capul și corpul înclinate, se grăbește să vorbească și explicarea simptomelor se transformă într-o serie de plângeri, uneori enunțate de pe o listă realizată anterior iar la examenul obiectiv nu se găsește nici o leziune în zonele indicate de pacient (Koo & Lee 2003).

A face față bolii

Doar începând tratamentul, pentru o boală care a invadat pacientul, poate fi de ajutor pentru a-i îmbunătăți înfățișarea și reduce depresia acestuia (Dannaker 2007). Odată ce tratamentul este început, următoarele elemente pot fi utile evoluției: reasigurarea pacientului de faptul boala lui este tratată; responsabilizarea acestuia cu fiecare din etapele de care este responsabil (de exemplu

îngrijirea pielii, regimuri sau adeziunea la tratamente) și posibilitatea clinicianului de a ține cont de obiceiurile pacientului – dacă acesta pare că devine mai stresat, mai deprimat sau mai anxios, dermatologul poate lua măsuri pentru a interveni și a-l ajuta.

Pentru pacienții cu boli incurabile, este important ca aceștia să înțeleagă clar evoluția bolii și ceea ce pot aștepta atât de la boală cât și de la orice tip de tratament. Dacă pacienții înțeleg evoluția bolii și știu la ce să se aștepte, fac față mai ușor, chiar dacă nu se pot vindeca (Mayes et al. 2003).

Implicarea

Când avem de-a face cu pacienți a căror boală le afectează stima de sine, devine din ce mai decisiv să petrecem mai mult timp cu ei și să îi cunoaștem mai bine. Majoritatea pacienților vor să știe că medicul este acolo să îi ajute și că nu sunt singuri (Street et al. 2004). Street spune că face un efort pentru a cunoaște bolnavul în întregime - cum este familia lui, care sunt hobby-urile sale - pentru ca să poată discuta cu el și despre altceva decât boala sa de piele. Astfel medicul se poate focaliza asupra a ceva pozitiv, de exemplu adolescentul cu acne chistică desfigurantă, poate fi fericit cu performanțele sale la fotbal. Acest lucru ajută și la creșterea progreselor dermatologului. Dacă un pacient renunță la un hobby favorit, poate fi un semn de înrăutățire a stării sale mentale. Pe de altă parte, dacă devine mai entuziasmat de lucruri cum ar fi progresul tratamentului, acesta poate fi un lucru bun.

Pe măsură ce tratamentul progresează, se văd îmbunătățiri, dar deseori, pacienții nu pot vedea cu cât arată mai bine sau cu cât sunt mai sănătoși. Dermatologii pot fotografia pacienții la intervale regulate pentru a le arăta acestora îmbunătățirile atunci când aceștia nu se pot focaliza cu ușurință pe aspectele pozitive.

Soluții practice

Deseori, pacienții doresc pur și simplu strategii pe care să le poată utiliza în viața cotidiană pentru a-i ajuta să se descurce cu situațiile jenante. Ei pot fi consiliați cum să folosească machiajul pentru a acoperi tot ce doresc să ascundă (Street et al. 2004). Chiar dacă cosmeticele intense nu sunt practice pentru uzul cotidian, acestea pot ajuta pacientul care trebuie să participe la un eveniment special sau dorește să aibă parte de un grad special de confort în situații sociale (Mayes et al. 2003). Unele cabinete dermatologice fac legătura dintre pacienți și artiști cosmeticieni profesioniști care îi pot învăța pe aceștia deprinderile corecte și produsele adecvate bolii lor.

Pacienții cu vitiligo se găsesc uneori expuși atunci când cineva le pune o întrebare directă, chiar nepoliticoasă asupra felului în care arată pielea lor. În acest caz, dermatologii pot furniza un serviciu simplu dar de neprețuit pacienților lor, ajutându-i să elaboreze câteva propoziții bune pe care le pot repeta și folosi atunci când li se pun întrebări (Mayes et al. 2003). Unii pacienți consideră că simplu fapt de a fi pregătiți să răspundă la asemenea întrebări reduce mult din anxietatea generată de anticiparea lor.

Alte soluții practice includ trimiterea pacienților la terapie fizică pentru problemele funcționale care astfel pot fi astfel îmbunătățite, recomandându-le proceduri adecvate cum ar fi terapia laser pentru reducerea cicatricilor și stabilind cu pacienții modalitățile de prevenire efectuării e diverse manevre de autotratere.

Desigur, un mic procent dintre pacienți va avea nevoie de mai mult ajutor psihologic decât poate furniza un dermatolog. În general dermatologul își poate da seama după ce a lucrat cu ei toate strategiile de a face față, dar totuși ei nu se simt mai bine (Street et al. 2004). Mulți dintre acești pacienți pot avea probleme psihologice de bază care iau amploare sub stresul bolii lor (Dannaker 2007). Marea majoritate a problemelor psihologice - chiar și în cazul pacienților cu boli desfigurative - pot primi ajutor și în cabinetul dermatologului dacă acesta se adresează întregii persoane (Cohen et al. 2005).

Concluzii

Având în minte câteva strategii simple, dermatologii pot oferi pacientului soluții pentru a face față discomfortului psihologic pricinuit de boala lor prin:

- A arăta față de pacient un interes care merge dincolo de boala sa;
- A evidenția progresul și a-și aminti că simpla discutare a tratamentelor adjuvante poate ajuta pacientul să se simtă mai confortabil și mai încrezător;
- A oferi strategii pentru a face față – a exersa răspunsuri la întrebări ciudate pentru a reduce anxietatea;
- A nu uita recomandarea de soluții cosmetice și terapie fizică atunci când este cazul;

Dacă starea pacientului nu se îmbunătățește, trebuie trimis la un specialist în sănătate mentală.

Conexiunea piele – creier poate fi fundamentul observării faptului că o gamă largă de boli inflamatorii ale pielii cum ar fi dermatitele atopice și psoriazisul sunt exacerbate de stresul psihologic. Din punct de vedere clinic, importanța factorilor psihosomatici în tulburările

dermatologice este bine cunoscută (Slominski & Wortzman 2000) Mai mult, răspunsul placebo în anumite tulburări dermatologice este mai mare de 30%, fapt care accentuează importanța mecanismelor psihosomatice.

Bibliografie

- Arck, PC. , Slominski, A. , Theoharides, TC. 2006 Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol.* 126: 1697-1704.
- Cohen, J., Remafedi, T., Carlson, A.,1996 Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York Academic Press 12: 328-340
- Cohen, J., Harry, D., Barry, M., 2004 Emotional adjustment to a chronic illness *J Am Acad Dermatol* 51(22), 97-101
- Cohen, J., Geller, W., Damian, P. 2005 Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to alter the interaction between patients and practitioners *Int J Dermatol* 36(12):928-939
- Dannaker, C. 2007 Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care *Int J Dermatol* 28 (6):415-418
- Epstein RM, Franks P. 2005 Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 61. 1516-28.
- Koo. J , Lee. C S, 2003 Psychocutaneous Medicine Pp: 345-358 Marcel Dekker New York
- Mayes, MD., Steen, V., Merkel, P. 2003 The assessment of the patient with systemic sclerosis *Clin Exp Rheumatol* 21: 29-31
- Panconesi, E., 1984 Stress and skin diseases: psychosomatic dermatology *Clin Dermatol* 2 (4): 1-282
- Skelton, JR., Matthews, PM., 2001 Teaching sexual history taking to health professionals in primary care. *Medical Education* 35: 603-8.
- Slominski, A. , Wortzman, J. 2000 Neuroendocrinology of the skin. *Endocr Rev.* 21:457-487
- Street, M., Collier, A., Edwards, W., 2004 Teaching and learning communication skills in medicine. *Doc Approach* 11: 115-122
- Tan, J., 2004 Psychological impact of acne vulgaris evaluationg the evience. *Skin Therapy Lett* 9 1-3