

**STRES A CHOROBY SKÓRY –  
MOŻLIWOŚCI OSTEOPATII**

**PRACA DYPLOMOWA  
POSTĘPOWANIA OSTEOPATYCZNEGO**

**Ireneusz Mierzejewski**

## **PLAN PRACY:**

1. WPROWADZENIE
2. CEL PRACY
3. STRES
4. SKÓRA
5. DERMATOLOGIA
6. PSYCHODERMATOLOGIA
7. PSYCHODERMATOZY
8. METODY TERAPII PSYCHODERMATOZ
9. POSTĘPOWANIE OSTEOPATYCZNE W DERMATOLOGII
10. ZAKOŃCZENIE
11. PODSUMOWANIE
12. BIBLIOGRAFIA

## WPROWADZENIE

Osteopatia, medycyna osteopatyczna, leczenie bez lekarstw – to kilka określeń sposobu pracy terapeutycznej z chorym, zdefiniowanej przez Andrew Taylor'a Still'a (1828-1917) w Stanach Zjednoczonych. Słowo „osteopatia” pierwotnie powstało z połączenia dwóch słów *osteo* – kość i *patia* – patologia, cierpienie a współcześnie rozumiane jest jako *osteo* – tkanka i *patia* – empatia (współodczuwanie) [źródło int. nr 2]. U podstaw tworzenia osteopatii legła chęć dotarcia do przyczyn powstawania schorzeń, co A.T. Still konsekwentnie realizował zapoznając się, ze współczesną jemu, wiedzą dotyczącą funkcjonowania człowieka oraz stale doskonaląc znajomość anatomii. Doprowadziło to do sformułowania przez Niego czterech podstawowych praw osteopatii:

1. Ciało człowieka jest jednością.
2. Struktura i funkcja narządów jest ze sobą wzajemnie powiązana.
3. Organizm posiada mechanizmy samoleczenia i autoregulacji.
4. Prawo tętnic jest nadrzędne.

Prawa te stały się podstawą do takich stwierdzeń autorstwa Still'a jak:

- każdy może znaleźć chorobę, ale chodzi o to, aby odnaleźć zdrowie w człowieku
- o chorobie: „Przyczyną jest częściowa lub całkowita niezdolność nerwów do prawidłowego kierowania płynami życia”
- ciało ludzkie jest Bożą apteką
- zasada tętnic jest uniwersalna.

Ostatecznie Still zdefiniował osteopatię jako:

„Naukę, która składa się z dokładnej, wyczerpującej i dającej się potwierdzić wiedzy o strukturze i funkcjach mechanizmu ludzkiego ciała, funkcjach anatomicznych, fizjologicznych i psychologicznych, jak i również wiedzy na temat chemii i fizyki znanych jej elementów, która doprowadziła do odkrycia praw organicznych i środków zaradczych, zachodzących wewnątrz ciała, którymi natura wraz z naukowo opracowaną terapią charakterystyczną dla praktyk osteopatycznych, bez stosowania powszechnych metod ubocznych, sztucznych czy wykorzystujących stymulację lekami, lecz w harmonicznej zgodzie z własnymi zasadami mechaniki, aktywnością molekularną i procesami metabolicznymi, może prowadzić do odzyskania zdrowia po przemieszczeniach, dezorganizacji, zaburzeniach wynikających z nich chorób i pozwala odzyskać normalną równowagę formy i funkcji zdrowia i siły” [46]

Definicja ta doskonale odzwierciedla zakres i możliwości oddziaływania osteopatii w odniesieniu do człowieka i jego dolegliwości, których początek zazwyczaj jest bardzo

złożony i na który, najczęściej, składa się wiele zdarzeń. Ufność w potęgę siły samozdrowienia człowieka oddaje chyba najbardziej znane zdanie wypowiedziane przez Still'a: *Find it, fix it and leave it alone (Znajdź, napraw i zostaw w spokoju)*. Co warte również podkreślenia to fakt iż A.T. Still jako jeden z pierwszych zwracał uwagę na konieczność działań prewencyjnych, co wyrażało się w stwierdzeniu, że do właściwego funkcjonowania człowieka potrzebne są: ruch, czucie i pożywienie.

Osteopatia na początku swojej egzystencji zajmowała się głównie chorymi na różnego rodzaju infekcje (poziom higieny pozostawiał w XIX w. wiele do życzenia) oraz chorobami skóry. Obecnie w gabinetach osteopatów często pojawiają się chorzy z widocznymi zmianami na skórze, np. w postaci łuszczycy, bielactwa itp., które powinny być brane pod uwagę w osteopatycznym procesie terapeutycznym. Koncepcja całościowego traktowania organizmu człowieka pozwala oczekiwać zmian w tej kwestii poprzez pośrednie wspieranie procesów prowadzących organizm do maksymalnie możliwego, samodzielnego przywracania stanu fizjologicznego [1].

## CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest wykazanie, na podstawie dostępnej literatury, możliwości oddziaływania osteopatycznego w sytuacjach, w których, oprócz dolegliwości bólowych towarzyszących różnego rodzaju zaburzeniom w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu, występują zmiany skórne, których podłożem są czynniki emocjonalne wynikające ze zmienionej reakcji organizmu na stres.

W bibliotece Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przeszukano bazę Polska Bibliografia Lekarska celem dotarcia do artykułów polskojęzycznych wpisując słowa stres, dermatologia, psychodermatologia, psychodermatozy. Żaden z wyszukanych nie odnosił się do osteopatii w dermatologii w związku z czym do wyszukiwarki google wpisano słowa „osteopathy and dermatology”.

Z wyświetlonych odnośników wybrano adres internetowy [www.aocd.org](http://www.aocd.org), który odnosi się do *American Osteopathic College of Dermatology (AOCD)*. Po kliknięciu w odnośnik „Publications”, „JA OCD” i „JA OCD Archive” wyświetliły się roczniki z archiwalnymi wydaniem *Journal of the American Osteopathic College*. Dokonano przeglądu dostępnych i zwracano uwagę na te artykuły, które odnosiły się do postępowania osteopatycznego w dermatologii bez stosowania środków farmakologicznych. Wybrano artykuł *Osteopathic Medicine and Dermatology: The Role of the D.O. in the prevention and treatment of skin disease*. z wydania kwietniowego 2004r. W publikacji AOCD pt. *Journal of Resident Dermatology* znaleziono artykuł pt. *Osteopathic Manipulation in Dermatology*.

Jako drugi odnośnik wyświetlił się artykuł *Dermatology: A Speciality That Exemplifies the Osteopathic Medical Profession* znajdujący się na stronie [www.jaoa.org](http://www.jaoa.org) czasopisma *Journal of the American Osteopathic Association*. W celu wyszukania kolejnych artykułów w tej witrynie internetowej do wyszukiwania zaawansowanego wpisano słowa osteopathy and dermatology – uzyskano 13 rekordów w tym wyżej wymieniony tytuł.

Na stronie [www.jcadonline.com](http://www.jcadonline.com) czasopisma *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology* wpisano słowa „osteopathy and dermatology” i znaleziono jeden rekord odnoszący się do artykułu *Osteopathic Manipulative Treatment. Novel Application to Dermatological Disease*.

## STRES

Znaczenie wpływu stresu na stan zdrowia człowieka podkreśla fakt, iż Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła stres jako „chorobę stulecia”. Stres i sposób reakcji na różnego rodzaju stresory wpływa na ogólne funkcjonowanie i samopoczucie oraz, co ważne, na stan skóry człowieka.

Stres – jest nierozzerwalnie związany ze zjawiskiem homeostazy, zjawiska niezwykle istotnego dla osteopatii. Pobudza organizm do podjęcia działań mobilizujących wiele układów celem utrzymania równowagi – homeostazy – ich funkcjonowania jako podstawowego warunku zdrowia człowieka.

Pojęcie homeostazy, jako rozszerzenie koncepcji Claude'a Bernard'a (1813-1878), zaproponowane zostało przez Walter'a Bradford'a Cannon'a (1871-1945) a reakcja organizmu na sytuację stresową określona została jako „*reakcja walcz albo uciekaj (fight or flight response)*”. Celem tej reakcji jest przywrócenie równowagi organizmu do sytuacji z przed zadziałania stresora, którą W.B. Cannon nazwał adaptacją organizmu, czyli zdolnością przystosowania się go do powtarzających się sytuacji stresowych. W.B. Cannon jako pierwszy mówił o stresie w kontekście medycznym. Na podstawie tych koncepcji Hans Hugo Selye (1907-1982) postawił hipotezę, że stres jest źródłem wielu schorzeń somatycznych powstających z powodu braku możliwości radzenia sobie z nim przez organizm człowieka – zjawisko to określił jako niewydolność tzw. *uogólnionego syndromu adaptacyjnego (GAS)*, której etapy przedstawił jako ALARM → OPÓR → OSŁABIENIE [22, 38].

Klasycznie stres definiuje się jako naruszenie homeostazy, na które organizm reaguje obronnie za pomocą mechanizmów adaptacyjnych [15]. Stres można zdefiniować również jako odpowiedź organizmu na bodźce, tzw. stresory, która uruchamia wiele złożonych reakcji układu neuro-endokryno-immunologicznego, których zadaniem jest utrzymanie homeostazy i dostosowanie organizmu do aktualnych warunków. Do właściwej odpowiedzi organizmu na stres niezbędne jest dobre funkcjonowanie układu krążenia, co tylko potwierdza jedno z głównych praw osteopatii mówiące o tym, że prawo tętnic jest nadrzędne.

Stres towarzyszy człowiekowi od początków jego egzystencji na Ziemi. Jest atawizmem, który w bardzo odległych czasach umożliwiał gwałtowną mobilizację sił organizmu człowieka niezbędną do zwiększonego wysiłku w sytuacjach zagrożenia życia (mechanizmy ważne dla przetrwania jednostki i całego gatunku). Dawniej sytuacje stresowe wiązały się z koniecznością reakcji organizmu głównie na stresory natury

fizycznej (takie jak np. ucieczka przed dzikimi zwierzętami, żywioły, walka o przetrwanie), które wymuszały utrzymanie dobrej sprawności fizycznej, natomiast w czasach obecnych dominują stresory natury psychospołecznej, które głównie wpływają na stan emocjonalny człowieka i emocjonalny charakter reakcji na stres. Przejawia się to w dominującej obecnie transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkmana [22] mówiącej o tym, że czynnikiem inicjującym reakcję na stres jest, zależna od postrzegania otoczenia przez człowieka, tzw. ocena poznawcza.

Ze względu na siłę bodźca stresogennego stres możemy podzielić na:

- eustres – nie przekracza on możliwości obronnych organizmu, przez co jest stresem pozytywnym w tym znaczeniu, że działa motywująco i ułatwia realizowanie zadania przez czasowe aktywowanie osi układu limbiczno-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego
- dystres – jest przeciwieństwem eustresu, czyli przekracza możliwości obronne organizmu, nie motywuje do działania a powtarzany może doprowadzić do pojawienia się zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu wynikających z ograniczenia możliwości przywracania homeostazy [22]

Niezwykle istotnym czynnikiem, który ma ogromny wpływ na reaktywność organizmu na powtarzające się sytuacje stresowe jest mechanizm zakończenia reakcji stresowej po zaprzestaniu działania stresora. Mechanizm ten zachodzi na poziomie układu limbiczno-podwzgórzowego i polega na zwrotnym hamowaniu wydzielania kortykoliberyny (CRH) przez podwzgórze pod wpływem substancji wydzielanych w miejscu sinawym (*locus coeruleus*), z komórek wykazujących wrażliwość na poziom kortyzolu we krwi. Proces ten umożliwia powrót, aktywowanych pod wpływem stresora, układów do poziomu działania z przed zaistnienia sytuacji stresowej. Gdy zakończenie reakcji stresowej nie działa prawidłowo to eustres może przerodzić się w dystres. Powtarzający się stres, którego zakończenie jest niepełne poprzez zaburzenie reakcji zakończenia stresu, prowadzić może do tworzenia się „blizny” na poziomie układu limbiczno-podwzgórzowego. Zmniejsza to zdolność kontrolowania kolejnych reakcji zakończenia stresu, przez powtarzanie się błędu tego mechanizmu, czego wynikiem może być pojawienie się zmian w funkcjonowaniu organizmu np. pod postacią zaburzeń emocjonalnych, zaburzeń pracy układu somatycznego czy też pojawieniu się zmian skórnych. Jednym ze znanych przykładów ogólnej odpowiedzi organizmu na ten mechanizm jest spadek jego ogólnej odporności. Wspomnieć należy również o tworzeniu się mechanizmu nadmiernej reakcji na czynnik stresowy (stresor o niewielkim natężeniu wywołuje nadmierną reakcję – zjawisko sensytyzacji) co również może przełożyć się

bezpośrednio na zmianę eustresu w dystres. [15]

Reakcja na stres jest indywidualna i wynika z doświadczeń nabytych, zdolności intelektualnych, zdolności poznawczych oraz środowiska socjalnego w jakim człowiek żyje. Zależna jest też od płci, wieku i kondycji ogólnej. Uważa się, że odpowiedź na stres jest uwarunkowana genetycznie co tłumaczy różnorodność reakcji na stres – w tej sytuacji kodowanie białek jest niezmienione natomiast różna jest ekspresja genów. [15, 22]

Pod wpływem bodźca odbieranego np. przez receptory skóry impulsy czuciowe drogą aferentną docierają do zwojów tylnego korzenia nerwu rdzeniowego a następnie do rogów tylnych rdzenia kręgowego, skąd przekazywane są do wzgórza a następnie przez włókna wzgórzowo-korowe do ośrodków korowych. Impuls trafia również do struktur układu limbicznego i struktur z nim skojarzonych m.in. ciała migdałowatego i hipokampu. Struktury te, w ramach interpretacji poznawczej, analizują bodziec, który zapoczątkowuje pobudzenie i reakcję na stres. [22]

Odbywa się ona na trzech poziomach („osiach”), które różnią się od siebie przede wszystkim czasem reakcji oraz aktywacją struktur anatomicznych:

- w czasie 2-3 sekund następuje odpowiedź na stres z tzw. osi nerwowej. Powstają reakcje wegetatywne zależne od autonomicznego układu nerwowego (AUN), głównie w ośrodkach zlokalizowanych w podwzgórzu (przednia część kontroluje układ przywspółczulny a tylna układ współczulny) i rdzeniu przedłużonym. Wydzielane są neurohormony w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) – z zakończeń nerwów współczulnych wydzielana jest noradrenalina (NA) a z zakończeń nerwów przywspółczulnych wydzielana jest acetylocholina (ACh).
- w ciągu 20-30 sekund od zadziałania stresora aktywowana jest tzw. oś neurohormonalna. Reakcje zaczynają się w części grzbietowo-przyśrodkowej ciała migdałowatego, następnie podążają do podwzgórza, piersiowej części rdzenia kręgowego i ostatecznie trafiają do rdzenia nadnerczy. Z rdzenia nadnerczy uwalniane są adrenalina (A) i noradrenalina (NA), które wpływają na pracę narządów wewnętrznych w zależności od dysponowania przez nie typami receptorów  $\alpha$  adrenergicznych i  $\beta$  adrenergicznych, regulując poziom i możliwość przemieszczania się jonów wapnia
- ostateczną odpowiedzią na stres jest aktywacja osi endokrynnej. Należą do niej podwzgórze, przysadka, nadnercza (oś podwzgórze-przysadka-nadnercza) i tarczyca. Bodźce fizyczne bądź emocjonalne wywołują w podwzgórzu produkcję kortykoliberyny (CRH), somatokryniny (GHRH) oraz tyreoliberyny (TRH). Pod ich wpływem przednia (endokrynną, gruczołową) część przysadki wydziela



hormon adrenokortykotropinę (ACTH) kontrolujący pracę wydzielniczą kory nadnerczy (produkujące kortyzol), hormon wzrostu (GH) oraz hormon tyreotropowy (TRH) wpływający na wydzielanie trijodotyroniny i tyroksyny przez tarczycę. Funkcje wydzielnicze gruczołów osi endokrynologicznej regulowane są na zasadzie sprzężenia zwrotnego co oznacza, że wzrost stężenia jednej substancji we krwi działa hamująco na wydzielanie innej, która stymuluje jej wydzielanie. Gdy mamy do czynienia z zaburzeniem działania mechanizmu zakończenia reakcji stresowej sprzężenie zwrotne nie działa prawidłowo co prowadzi do nadmiernej produkcji CRH, tym samym nadmiernej ilości ACTH i w końcowym efekcie nieadekwatnej do potrzeb ilości kortyzolu we krwi. Sytuacja taka, podczas utrzymywania się stresu przewlekłego, prowadzi do immunosupresji. [22]

Z punktu widzenia osteopatycznego stres należałoby rozpatrywać jako funkcjonalną odpowiedź autonomicznego układu nerwowego (AUN) na zmianę warunków środowiska wewnętrznego i zewnętrznego człowieka. Współczulna część AUN aktywowana jest wtedy gdy stresorem jest np. ból, strach czy też wysiłek fizyczny co wywołuje pobudzenie do działania, natomiast przywspółczulna część AUN odpowiada za procesy prowadzące do przywrócenia stanu z przed zadziałania stresora efektem czego jest odpoczynek, regeneracja. Podstawą skoordynowanego funkcjonowania AUN, i tym samym kontrolowanych przez niego reakcji na stres, jest adekwatne do aktualnej potrzeby reagowanie poszczególnych jego części, które możliwe jest tylko przy zachowaniu właściwych uwarunkowań anatomicznych, konstytucjonalnych i emocjonalnych człowieka. Mają one bezpośredni wpływ na harmonijną, wzajemnie uzupełniającą się pracę układów współczulnego i przywspółczulnego, odpowiadającą za utrzymanie homeostazy.

W 1988 r. Sterling i Eyer wprowadzili do fizjologii pojęcie allostaza, które zdefiniowali jako „proces osiągnięcia stabilności lub homeostazy poprzez fizjologiczne albo behawioralne zmiany”. Rozumieć należy to tak, że do funkcjonowania człowieka w zmiennych warunkach otoczenia, pełnych różnorodnych stresorów, konieczna jest zdolność przystosowania się do nich organizmu poprzez wielopłaszczyznowe regulowanie poziomu działania fizjologicznych układów odpowiadających za chwilowe utrzymanie homeostazy. Możliwości adaptacyjne do zmiennych warunków i możliwości powrotu do stanu pierwotnego określili mianem cyklu allostatycznego i zaproponowali trzy jego rodzaje :

1. Pierwotna równowaga zostaje odbudowana na końcu działania stresu

2. Ciało jest w stagnacji w stadium hiperaktywnym
3. Ciało jest w stagnacji w stadium hipoaktywnym [41]

Każda z wyżej wymienionych wersji cyklu allostycznego do pełnego przebiegu wymaga nakładów energii endogennej. Jeśli cykle te powtarzają się często w krótkim czasie to w efekcie mogą wywołać zaburzenia w systemach allostycznych wymagających zwiększonych nakładów energetycznych. Mamy do czynienia wtedy z tzw. obciążeniem allostycznym, które McEwen w swojej książce z 1998 r. „*Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load*” określił jako „cenę jaką musi zapłacić organizm za utrzymanie powtarzających się cykli allostycznych”. Wyróżnił też trzy typy obciążenia allostycznego:

1. Częsta aktywacja systemu allostycznego
2. Defekt zakończenia aktywności allostycznej po zakończeniu działania stresu
3. Nieadekwatna odpowiedź systemów allostycznych prowadząca do zwiększonej aktywności innych – normalnie przeciwnie regulowanych systemów allostycznych – po zdarzeniu stresowym [25]

Wyciągnąć należy z nich wniosek, że utrzymujące się przez dłuższy czas obciążenie allostyczne lub jego nieprawidłowe przebiegi mogą doprowadzić do pojawienia się choroby, co zależne jest również od genetycznych, rozwojowych i funkcjonalnych predyspozycji reaktywności na stres.

O ile można ustalić jakąkolwiek hierarchię ważności struktur tworzących układ nerwowy (UN) to należy powiedzieć o jednej z najważniejszych jego części, o tworze siatkowatym (TS) zwanym inaczej układem siatkowatym (*formatio reticularis*). Struktura ta jest pojęciem czynnościowym, która nazwę swoją zawdzięcza lokalizacji w UN i pełnionej w nim funkcji. Neurony TS można odnaleźć na wszystkich poziomach UN – począwszy od rdzenia kręgowego, przez jądra podkorowe do kory mózgu – które komunikują się między sobą aksonami rozdzielającymi się na liczne wypustki podążające w różnych kierunkach. Stanowią swego rodzaju siatkę łączącą poszczególne struktury UN, co pozwala na przepływ impulsów nerwowych na wiele poziomów jednocześnie i umożliwia bardzo szybką wzajemną komunikację [49].

Aby dokładniej zrozumieć reakcję człowieka na stres należy przybliżyć pojęcia ergotropii i trofotropii. Opisują one rodzaje funkcji tworzywa siatkowatego, których podstawowym zadaniem jest równoważenie działalności AUN w celu możliwie najbardziej efektywnego utrzymywania allostazy. Gdy pojawia się stresor TS aktywuje współczulne struktury UN, co ukierunkowuje organizm na stan ergotropowy, podczas gdy, jeśli sytuacja stresowa ulegnie rozwiązaniu, TS aktywuje struktury przywspółczulne ułatwiające powrót

organizmu do stanu z przed zadziałania stresora – stan trofotropowy [17].

Ergotropię można opisać jako gotowość organizmu do radzenia sobie ze stresem poprzez możliwość zwiększenia przemian katabolicznych w celu natychmiastowej aktywacji mechanizmów organizmu odpowiedzialnych za utrzymywanie allostazy. Rozpatrując ergotropię pod kątem układu psycho-neuro-endokryno-immunologicznego charakterystycznymi składowymi tego stanu są m.in.:

- zauważalne pobudzenie i szybsze reagowanie na bodźce
- zwiększona potliwość skóry, podwyższony tonus mięśniowy
- wzrasta produkcja m.in. adrenaliny i kortyzolu
- aktywowana jest obwodowa część układu immunologicznego – śledziona, węzły chłonne, BALT, MALT, GALT.

Analizując trofotropię zauważa się, że przede wszystkim związana jest z mechanizmami anabolizmu, które warunkują prawidłowość procesów naprawy, regeneracji i odpoczynku. Obserwuje się:

- zmniejszoną wrażliwość na bodźce, słabsze odruchy
- tonus mięśniowy obniżony, relaksacja
- wzrost produkcji m.in. insuliny i GH
- aktywowana jest centralna część układu immunologicznego – grasica, szpik kostny.

Fazy syndromu ogólnej adaptacji odnoszą się zarówno do stanu ergotropowego jak i trofotropowego organizmu oraz wskazują na jeden z głównych czynników koniecznych do rozwinięcia się zaburzeń jakim jest czas. Naturalnie funkcjonujące mechanizmy, z powodu stopniowego zmniejszania się możliwości zaopatrywania w niezbędną energię, stają się niezdolne do uruchomienia procesów samonaprawy. W efekcie dochodzi do niewydolności uogólnionego syndromu adaptacji, który wg N. Marcer'a (Msc (Hons) Osteopathie, D.O.) [37] można zobrazować jako FIZJOLOGIA → PATOFIZJOLOGIA → PATOLOGIA. Fazy uogólnionego syndromu adaptacji to:

1. faza obciążenia allostacyjnego – ciało jest w stanie reagować na stresor pełnym cyklem allostacyjnym
2. faza subkliniczna – pojawiają się objawy kliniczne wskazujące na zmęczenie systemów allostacyjnych; prowadzi to do pojawienia się dolegliwości bólowych, z którymi organizm nie jest w stanie sobie poradzić, m.in. pojawiają się zaburzenia snu, spadek libido oraz stany depresyjne, lęki
3. faza biochemiczna – w badaniach laboratoryjnych krwi, śliny, płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdzane są odchylenia od prawidłowych poziomów np.

hormonów

4. faza strukturalna – występują zmiany w tkankach a także problemy immunologiczne [37]

Sposoby reakcji na stres są indywidualne i zależne od warunków w jakich funkcjonują systemy allostyczne. Wśród nich można wyróżnić reakcje:

1. Społeczna (*Social*) – reakcja na sytuację stresową, która pojawia się po raz pierwszy; stan ergo- i trofotropowy jest wyrównany
2. Zamrożenie (*Freez*) – reakcja na powtarzającą się sytuację stresową; przeważa stan ergotropowy – stresor wywołuje reakcje organizmu, które nie prowadzą do rozwiązania sytuacji stresowej, co w efekcie uniemożliwia zużycie nagromadzonej energii (stan jak przed startem biegu: „gotowi... do startu...”); reakcja charakterystyczna dla stanów przewlekłych, gdzie powrót do stanu z przed sytuacji stresowej jest niemożliwy; duże obciążenie allostyczne; prowadzi to do zaburzeń w produkcji CRH i ACTH; powtarzająca się tego typu reakcja może doprowadzić do tzw. „wypalenia”
3. Ucieczka (*Flight*) – ma miejsce podwyższony stan ergotropii; podobnie jak zamrożenie może doprowadzić do „wypalenia” gdy ten stan utrzymuje się zbyt długo
4. Walka (*Fight*) – jw.
5. Omdlenie (*Faint*) – silny stan trofotropii; długo utrzymujący się taki sposób reagowania na stres może prowadzić do otyłości i cukrzycy typu II (długo utrzymujący się wysoki poziom insuliny) lub uzależnień. [10, 16]

Podsumowując dotychczasowe rozważania, stres/stresor wywołuje w organizmie człowieka kaskadę gwałtownych reakcji w wielu układach, na wielu poziomach, które wymagają nakładów energii koniecznej do właściwego ich przebiegu. Z chwilą rozpoznania bodźca TS przekazuje sygnały do różnych ośrodków nerwowych znajdujących się na wielu poziomach UN, dzięki którym do krwi uwalniane są różnego rodzaju substancje. Te z kolei aktywują narządy wewnętrzne organizmu, które zmieniając swoją aktualną funkcję wpływają na reakcję ogólną organizmu. Jeśli organizm jest w stanie odnowić nakłady energii wydatkowane na prawidłowy przebieg wszystkich reakcji allostycznych i w końcowym efekcie zbilansować je do punktu wyjścia to świadczy to o właściwym funkcjonowaniu procesów odpowiedzialnych za zachowanie allostazy, czyli o zdrowiu organizmu. Jeśli reakcje związane z wydatkowaniem energii na kolejne procesy związane z dostosowaniem do obciążeń allostycznych nie są odnawiane do poziomu wyjściowego lub gdy energia wyzwolona na skutek bodźca stresowego nie zostanie

zużytkowana to mogą powstać w organizmie zmiany prowadzące do choroby.

## SKÓRA

**Skóra**, inaczej powłoka wspólna, pokrywa całe ciało człowieka i odgrywa znaczącą rolę w wielu, często decydujących o przetrwaniu, procesach fizjologicznych organizmu. Embriologicznie pochodzi z ektodermalnego listka zarodkowego. Ze względu na jej ciężar jest to jeden z najważniejszych narządów pozostający do dyspozycji organizmu ludzkiego a znajdujące się w niej liczne zakończenia nerwowe powodują, że skóra nazywana jest również największym organem zmysłu [6].

Składa się z trzech warstw: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej oraz narządów dodatkowych takich jak włosy, paznokcie i różnego rodzaju gruczoły – potowe, łojowe czy mleczne u kobiet.

Poszczególne warstwy skóry, oprócz zakończeń nerwowych i wysoko wyspecjalizowanych receptorów czucia (odpowiadających za odbieranie różnego rodzaju bodźców np. dotyk, ucisk, ciepło, zimno, ból, itp.), dysponują wieloma komórkami mającymi wpływ na funkcjonowanie złożonych mechanizmów układu neuro-endokryno-immunologicznego człowieka.

Istotnymi elementami dla funkcjonowania tego układu są komórki występujące w skórze, takie jak np.:

- keratynocyty – występują w naskórku; rozpoczynają pętlę immunologiczno-skórną odpowiadając za reakcję zapalną skóry na działanie potencjalnie szkodliwych czynników (promieniowanie UV, alergen, czynniki drażniące) poprzez wydzielanie substancji pro- lub przeciwzapalnych regulując tym samym jej przebieg oraz rodzaj odpowiedzi immunologicznej,
- komórki Langerhansa (komórki L) – występują w naskórku; element działania pętli immunologiczno-skórną, którą w skrócie można przedstawić jako migrację komórek L z naskórka do najbliższego węzła chłonnego celem prezentacji antygeny/alergenu limfocytom T, które po proliferacji podążają do miejsca w naskórku, z którego pochodzą komórki L – mechanizm odpowiedzi alergicznej,
- komórki tuczne (mastocyty) – zlokalizowane są w skórze właściwej i tkance podskórnej, zwykle wokół zakończeń nerwowych i naczyń krwionośnych (produkuja substancje wazoaktywne, które rozszerzają lub zwężają naczynia krwionośne); ważne przy infekcjach bakteryjnych i pasożytniczych; ich degranulacja wywołuje pokrzywkę i obrzęk naczynioruchowy, są odpowiedzialne za rozwój neurogenego procesu zapalnego,
- adipocyty – znajdują się głównie w tkance podskórnej, otoczone cienkimi

przegrodami stanowiącymi połączenie skóry z niżej leżącą powięzią mięśniową; są to komórki tłuszczowe, które chronią przed utratą ciepła i urazami mechanicznymi, mające wpływ na funkcje endokrynne i metaboliczne. [43]

Na złożoność reakcji immunologicznej, w której skóra odgrywa ogromną rolę, wpływ ma również fakt, iż podczas powstawania neurogennego procesu zapalnego ze skórnych zakończeń nerwowych uwalniane są neuropeptydy i neurotransmittery oraz substancje związane z endokrynną i neuroendokrynną aktywnością skóry. Mianowicie jednostka włosowo-łojowa skóry – syntetyzuje i metabolizuje m.in. hormony steroidowe (androgeny, estrogeny, pochodne witaminy D<sub>3</sub>), hormony uwalniające kortykotropinę (CRH), hormony uwalniające adrenokortykotropinę (ACTH), β-endorfinę, kortyzol, prolaktynę, melatoninę. Wiele z wymienionych wyżej substancji jest wydzielanych również przez centralny układ nerwowy (CUN) co stanowi podstawę właściwego funkcjonowania organizmu i bez wątpienia wskazuje na ścisłą współpracę CUN i skóry podczas, niezbędnej dla jego przetrwania, reakcji na stres [8, 20]. A. Lipczyński w swojej pracy pt. „Psychodermatologia. Stan psychiczny a schorzenia dermatologiczne” napisał „W piśmiennictwie pojawiały się stwierdzenia, że mózg, układ immunologiczny i skóra „mówią tym samym językiem biochemii”, którego częścią składową są neuropeptydy” [źródło int. nr 3].

Podstawową, wynikającą z lokalizacji, funkcją skóry jest jej funkcja ochronna, stanowiąca barierę pomiędzy wewnętrznym środowiskiem organizmu a otoczeniem. Pokryta jest cienką warstwą tłuszczową – „płaszczem” tłuszczowym – oraz chroni narządy wewnętrzne przed niekorzystnymi czynnikami pochodzącymi ze środowiska zewnętrznego. Wśród wielu funkcji skóry, wynikających z udziału w fizjologicznych procesach zachodzących w organizmie, wspomnieć należy o:

- wytwarzaniu melaniny, która odpowiada za barwę skóry i jednocześnie chroni ją przed szkodliwym działaniem promieni ultrafioletowych promieniowania słonecznego,
- mechanicznej osłonie przed urazami i amortyzacji narządów wewnętrznych – odpowiada za tę funkcję naskórek, włókna elastyczne i kolagenowe skóry, tkanka podskórna,
- odbieraniu bodźców mechanicznych – dzięki receptorom i włóknom nerwowym; dla potrzeb pracy bardzo ważny jest fakt, iż za odczuwanie świądu odpowiadają zakończenia nerwowe odbierające bodźce związane z bólem – gdy świąd utrzymuje się dłuższy czas może doprowadzić to do zmiany odbierania wrażeń związanych ze świądem na wrażenia bólowe,

- termoregulacji – dzięki działającym na drodze odruchowej mechanizmom zwężania (wazokonstrykcja) i rozszerzania się (wazodylatacja) krwionośnych naczyń włosowatych oraz wydzielaniu potu i jego odparowywaniu z powierzchni skóry (jednoczesny wpływ na gospodarkę wodno-mineralną organizmu),
- biochemicznym metabolizowaniu witaminy D<sub>3</sub> mającej olbrzymie znaczenie dla organizmu poprzez wpływanie na właściwe funkcjonowanie wielu układów:
  - kostnego (gospodarka wapniowo-fosforanowa),
  - nerwowo-mięśniowego (niedobór witaminy D<sub>3</sub> może prowadzić do miopatii),
  - immunologicznego (wpływ na hamowanie produkcji cytokin i korzystny wpływ na funkcjonowanie komórek szpiku kostnego),
  - krążenia (regulowanie funkcjonowania układu renina-angiotensyna-aldosteron),
  - rozrodczego (stymuluje spermatogenezę, hamuje rozrost endometrium),
  - pokarmowego (szczególnie wątroby – wspomaga jej regenerację),
  - endokrynnego – wytwarzanie hormonów (histaminy),
  - immunologicznego – wytwarzanie komórek tucznych
- biochemicznym metabolizowaniu androgenów,
- resorpcyjnej – kontrolowane wchłanianie specyficznych związków chemicznych [18]

Ważnym aspektem, który z osteopatycznego punktu widzenia jest niezwykle istotny, jest fakt wzajemnego zachodzenia na siebie wyżej wymienionych funkcji skóry co przekłada się na znaczącą rolę w utrzymywaniu allostazy organizmu. Homeostaza środowiska skóry i wszystkich jej składowych, zjawisko tak ważne dla osteopatii, decyduje o właściwym jej funkcjonowaniu. Należy również wspomnieć o swoistym mechanizmie sprzężenia zwrotnego mówiącego o tym, że to co dzieje się w skórze, dzięki sieci neuro-endokrynno-immunologicznej, wpływa na odległe obszary organizmu a procesy, które zachodzą poza skórą mają bezpośrednie przełożenie na jej funkcjonowanie.

Przedstawione wyżej mechanizmy wskazują na silny związek pomiędzy stresem, który wpływa na funkcjonowanie układu hormonalnego, a jego wpływem na właściwe funkcjonowanie skóry (występowanie w niej zmian – chorób). Mechanizmy te również wpływają na reaktywność skóry podczas terapii i przekładają się bezpośrednio na jej efektywność. W wielu przypadkach mechanizmy te prowadzą do powstania zmian skórnych, których pierwotnym podłożem są emocje.



## DERMATOLOGIA

**Dermatologia** – jest działem medycyny akademickiej, wydzielonym niejako z medycyny internistycznej, który koncentruje się na budowie i fizjologii skóry człowieka, chorobach skóry i jej przydatków. Z historycznego punktu widzenia schorzenia dermatologiczne (dermatozy) podzielić można ze względu na :

- objawy,
- struktury objęte zmianami – obraz patologiczno-anatomiczny,
- przyczyny. [32]

Obecnie, w związku z postępowaniem diagnostyki medycznej, zmieniło się ogólne spojrzenie na przedstawiony wyżej podział, przez co do dermatoz zalicza się również schorzenia o podłożu alergicznym, wirusowym, zawodowym oraz nowotwory skóry.

Zmiany skórne, widoczne dla otoczenia, od wieków mobilizowały zarówno chorych, jak i leczących, do podejmowania działań prowadzących do minimalizowania ich objawów, zwłaszcza tych widocznych. Społeczna rola skóry, czyli jej wygląd, warunkujący postrzeganie osoby przez innych, akceptację w środowisku pracy, rówieśników itp., ma olbrzymi wpływ na stany emocjonalne w przypadkach, gdy obraz skóry odbiega od przyjętych i akceptowalnych norm. Obecnie wskazuje się na wzajemnie zwrotne zależności pomiędzy występowaniem schorzeń skóry człowieka a jego stanami emocjonalnymi co byłoby zgodne z jednym z fundamentalnych praw osteopatii - „Ciało jest jednością”.

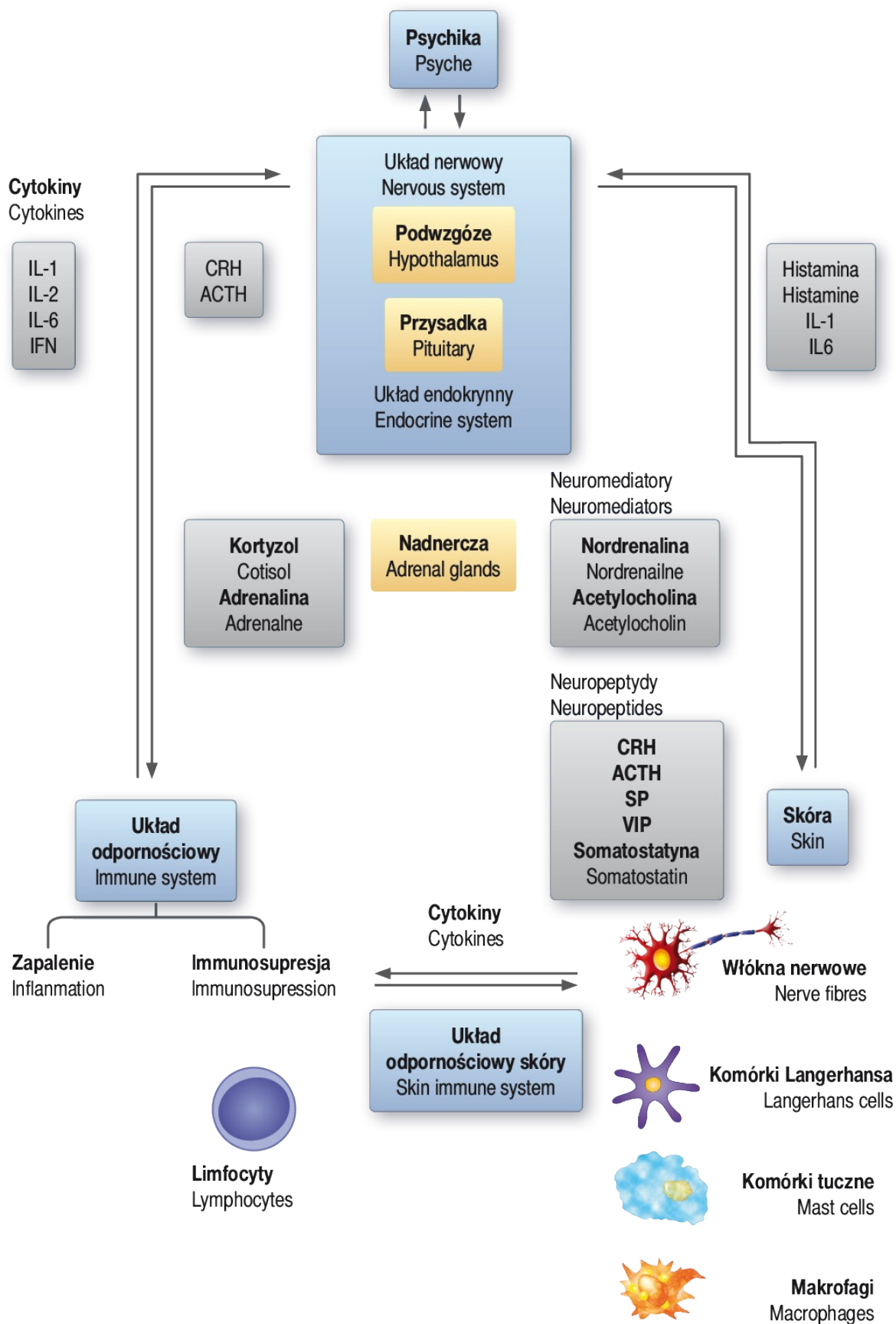
„W IV w.p.n.e. Platon napisał: *jak się nie trzeba brać do leczenia głowy bez względu na całe ciało, tak i ciała nie ma co próbować leczyć, zapominając o duszy. Właśnie dlatego lekarzom (...) wymyka się tak wiele chorób, że nie znają tej całości, o którą troskliwie dbać trzeba i która jeśli nie jest w porządku, to i część nie może się mieć dobrze.*” [26]. Jest to cenna wskazówka, która mówi o zasadności całościowego spojrzenia na chorego w procesie terapeutycznym, w myśl zasady, że „*psyche i soma to jedno*”.

Zmieniające się na przestrzeni wieków warunki środowiskowe życia człowieka doprowadziły do zmiany rodzaju stresorów jakim jest poddawany. Doprowadziło to do pojawienia się wielu nowych schorzeń, z którymi współczesna medycyna nie miała wcześniej styczności. Wynikające z tego nowe wyzwania dla medycyny doprowadziły do wyodrębnienia się nowych jej działów koniecznych do lepszego dostosowania się do aktualnych potrzeb pacjentów. Jednym z takich działów jest psychodermatologia.

## PSYCHODERMATOLOGIA

W 1980r. Robert Ader (1932-2011), amerykański psycholog, wprowadził do nauk medycznych pojęcie psychoneuroimmunologii. Wskazywał w nim na istnienie wyraźnych zależności i powiązań funkcjonalnych pomiędzy stanem emocjonalnym, układami neuroendokrynnym i immunologicznym a przebiegiem schorzeń dermatologicznych i stanem skóry człowieka. Wspólne, ektodermalne pochodzenie embriologiczne układu nerwowego i skóry warunkuje zależność ich funkcjonowania. Znajomość fizjologii poszczególnych komórek ww. układów wskazuje na ich tożsame funkcje wydzielnicze. Wśród wydzielanych substancji neuroaktywnych wymienić należy neuropeptydy, cytokiny i glikokortykosteroidy. Skóra jest również strukturą łączącą układ nerwowy z układem immunologicznym. Unerwione przez włókna nerwowe komórki skóry współpracują z komórkami układu immunologicznego znajdującymi się w skórze. Umożliwiło to sformułowanie pojęcia układu odpornościowego skóry (SIS – *skin immune system*), którego struktury zaliczane są do tzw. tkanki limfoidalnej związanej ze skórą (SALT – *skin-associated lymphoid tissue*). Układ ten odpowiada za szereg reakcji związanych z odpowiedzią odpornościową organizmu. [8]

Jednorodność substancji neuroaktywnych wydzielanych na poziomach układów nerwowego, endokrynnego i immunologicznego tłumaczy również, dającą się przedstawić w nieco bardziej zawężonym schemacie, współzależność pomiędzy pojedynczymi układami.

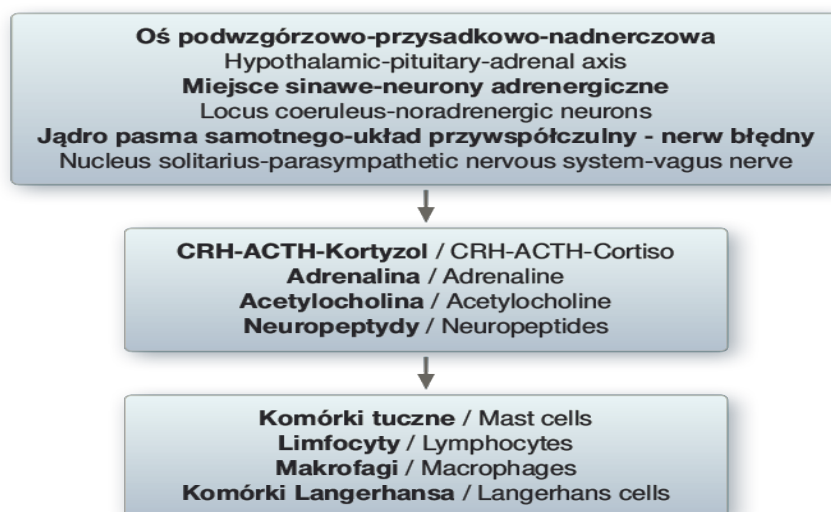


Ryc. 1. Model czynnościowej sieci scalającej funkcjonowanie układu neuroendokrynnego, odpornościowego, skóry i psychiki człowieka [8]

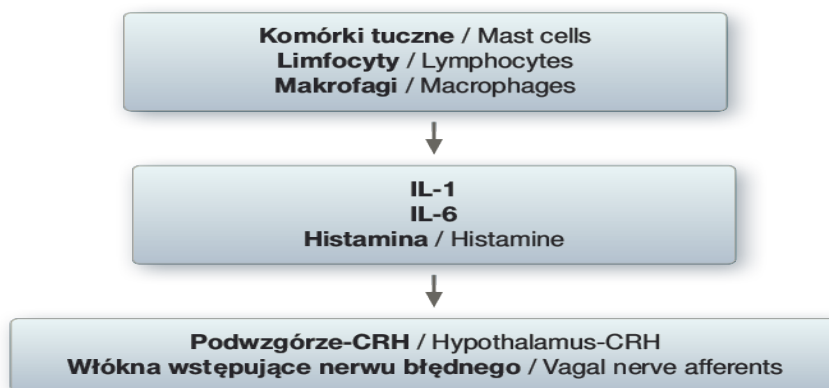
Fig. 1. The model of functional network of the neuroendocrine and immune systems, skin and human psyche

Powszechnie znanym jest fakt, że układ odpornościowy i neuroendokryny są bardzo ważnym ogniwem warunkującym reakcję organizmu na stres. Oś podwzgórze-przysadka-nadnercza i neurony miejsca sinawego powodują uwalnianie hormonów, które wywołują kaskadę reakcji ze strony m.in. układu immunologicznego. Aktywowany układ immunologiczny wywołuje produkcję cytokin zarówno w skórze jak i w mózgu. Cytokiny uwolnione z poziomu skóry (obwodowo) wywołują reakcję układu nerwowego skutkującą np. podniesieniem temperatury organizmu a uwalniane z komórek tucznych skóry substancje, np. histamina, aktywują oś podwzgórze-przysadka-nadnercza czego końcowym efektem jest uwolnienie glikokortykosteroidów, które mają działanie immunosupresyjne. W dużym uproszczeniu jest to model sprzężenia zwrotnego charakterystycznego dla współdziałania ww. układów. [8]

**Oddziaływanie układu neuroendokrynnego na układ odpornościowy**  
 Neuroendocrine regulation of immune system



**Oddziaływanie układu odpornościowego na układ neuroendekryny**  
 Immune regulation of neuroendocrine system



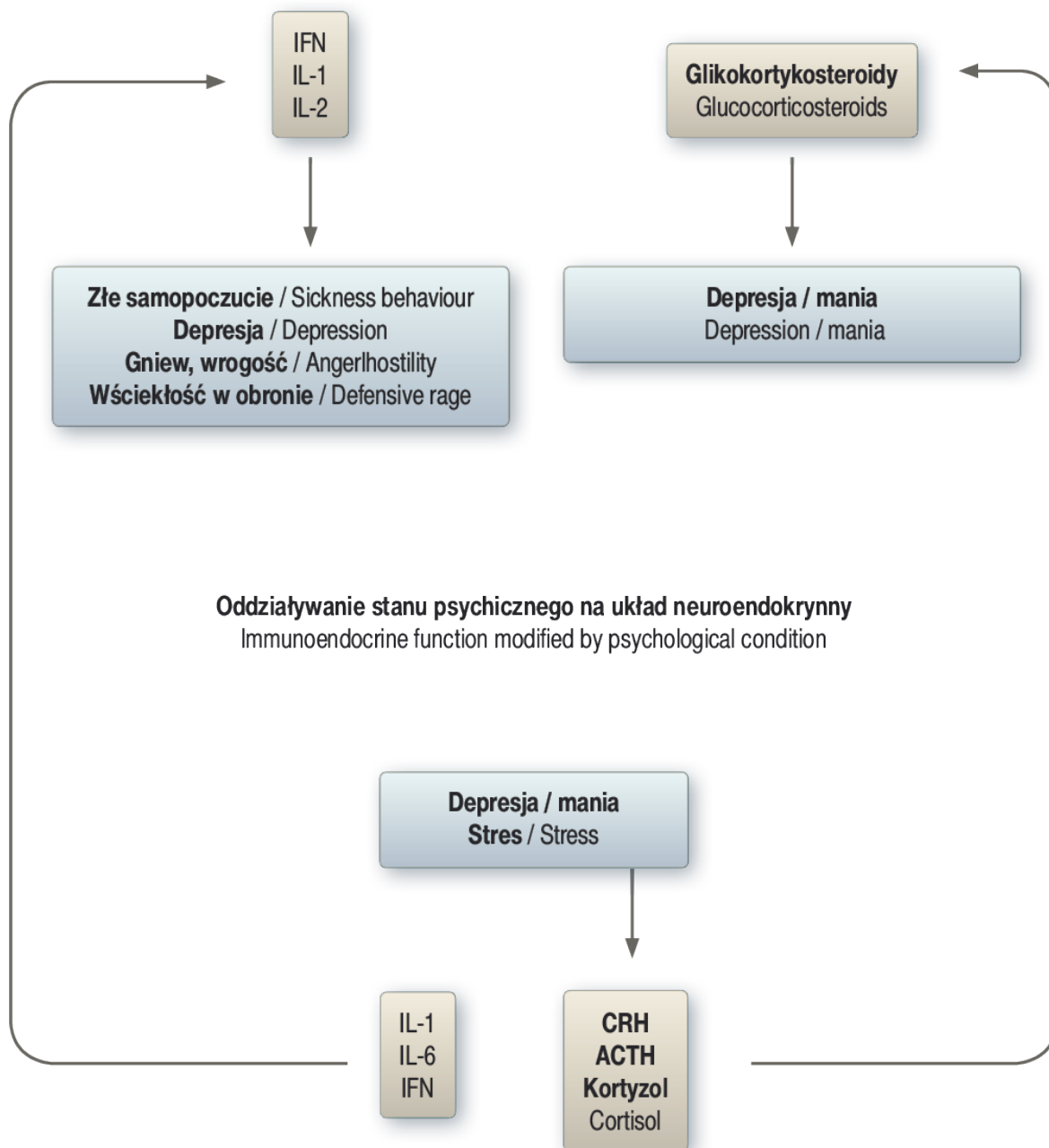
Ryc. 2 Model wzajemnego oddziaływania układu neuroendokrynnego i odpornościowego [8]

Fig. 2 The model of bidirectional interplay between neuroendocrine and immune systems

Oddziaływanie układu nerwowego na komórki skóry prowadzi do rozwinięcia się tzw. zapalenia neurogennego. Głównym ogniwem tego mechanizmu są komórki tuczne, które reagują na mediatory stresu – m.in. CRH, ACTH. Odpowiadają tym samym za reakcję tkanek na stres psychogeny. Położenie komórek tucznych w pobliżu nerwów i naczyń krwionośnych wpływa na bardzo szybką reakcję wywołaną pod wpływem uwolnienia z nich mediatorów stanu zapalnego, których głównym zadaniem jest rozszerzenie naczyń krwionośnych. Na tej podstawie można stwierdzić, że stres, jako uzupełniająca się wzajemnie reakcja składowych AUN, warunkuje właściwy wygląd skóry (np. jej „marmurkowy” wygląd wskazuje na zaburzenie równowagi w AUN) [8].

Innymi mechanizmami mającymi olbrzymi wpływ na poprawność reakcji na stres i tym samym na psychikę człowieka jest wpływ układu neuroendokrynoimmunologicznego w odniesieniu do poziomu cytokin, glikokortykosteroidów a zwłaszcza kortyzolu. Nadmierny ich poziom w odniesieniu do przyjętych norm wpływa m.in. na zachowania agresywne czy też występowanie stanów depresyjnych. [8]

**Oddziaływanie układu neuroendokrynnego na stan psychiczny**  
Psychological condition modified by immunoendocrine function



Ryc. 3 Model wzajemnego oddziaływania stanu psychicznego i układu endokrynnego [8]

Fig. 3 Bidirectional interplay between the psychological state and the neuroimmunoendocrine system

Zaproponowane teoretyczne podstawy psychoneuroimmunologii stały się punktem wyjścia do rozwoju nowej dziedziny medycyny – psychodermatologii, która, zgodnie z tezą mówiącą o jedności psychiki i ciała człowieka, zaczęła przywiązywać większą uwagę do związków, zwykle występujących jednocześnie, pomiędzy stanami emocjonalnymi a schorzeniami dermatologicznymi.

**Psychodermatologia** – termin, który funkcjonuje od kilkudziesięciu lat, łączący pojęcia z dziedzin dermatologii, psychiatrii i psychologii. Prekursorzy tej dziedziny medycyny starali się ustalić czy i jaki jest związek pomiędzy chorobami skóry, strukturą osobowości człowieka a sytuacjami wywołującymi konflikty emocjonalne wymuszające konieczność dostosowania się do sytuacji stresowych [3]. Podczas leczenia pacjenta dermatologicznego nie koncentrowano się tylko na stanie somatycznym schorzenia ale również na stanie emocjonalnym chorego, co w konsekwencji doprowadziło do bardziej holistycznego podejścia do pacjenta. Z biegiem czasu wskazano na zasadność takiego postępowania, ponieważ dermatologia koncentrowała się tylko na widocznej „części” schorzenia natomiast rozszerzenie terapii o „część” niewidoczną spowodowało podniesienie jej skuteczności. Obecnie, na podstawie poznanych mechanizmów funkcjonowania układów nerwowego i skóry (funkcjonują na bazie tych samych hormonów i neuroprzekaźników) oraz współzależności wspomnianych układów z układami hormonalnym i immunologicznym, wskazuje się na istnienie systemu neuro-immuno-skórnego (NICS – *neuro-immuno-cutaneous system*), którego niewłaściwe funkcjonowanie może prowadzić do powstawania zaburzeń psychodermatologicznych. [30]

W 2006 roku, dr Claude Benazeraf, kończąc swój wykład nt. psychodermatologii powiedział: *Skóra to czysta kartka, na której zapisują się przeżycia, emocje, troski, radości. Nowe, dużo szersze spojrzenie na problemy dermatologiczne propagowane przez psychodermatologię jest krokiem naprzód w terapii trudnych, przewlekłych schorzeń skóry*” [23]. Schorzenia dermatologiczne, którymi zajmuje się psychodermatologia sklasyfikowane zostały pod wspólnym określeniem jako psychodermatozy.

## PSYCHODERMATOZY

Skóra i jej wygląd pozwala w pewnym stopniu ocenić stan zdrowia somatycznego i jednocześnie określić stan toczących się procesów emocjonalnych człowieka. Przełom XIX i XX wieku jest początkiem prób wiązania chorób dermatologicznych z czynnikami emocjonalnymi. Późniejszy rozwój psychosomatyki jeszcze bardziej ukierunkował łączenie schorzeń dermatologicznych z emocjami, czego dowodzą liczne badania nad wpływem stresu na człowieka w ogóle i na związek z pojawianiem się i przebiegiem chorób dermatologicznych. Zasadność tego sposobu postrzegania potwierdziły wyniki badań dotyczące neurohormonów i neuromediatorów a zwłaszcza ich wspólnego występowania w skórze, układzie nerwowym i odpornościowym co dodatkowo wskazuje na ścisłe interakcje funkcjonalne pomiędzy osią przysadka-podwzgórze-nadnercza (układ neuroendokryny), układem odpornościowym i skórą człowieka. Na specyficzny mechanizm zależności pomiędzy stresem a schorzeniami dermatologicznymi, zwłaszcza o podłożu zapalnym, wskazuje funkcja wazomotoryczna kortyzolu. W końcu lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, Meding i Swanbeck wykazali w swoich badaniach, że 81% pacjentów dermatologicznych wykazuje zaburzenia na poziomie emocjonalnym. [21]

**Psychodermatozy** – schorzenia skóry, w których jednocześnie występuje składowa dermatologiczna i psychiczna [47, źródło int. nr 4], gdzie – w uproszczeniu – zmiany skórne wywołane są przez zaburzenia psychiczne (silne emocje lub stres prowadzą do powstania lub nasilenia istniejących zmian skórnych) lub choroba skóry wtórnie powoduje występowanie zaburzeń psychicznych (zmiany skórne powodują pojawienie się np. obniżenia poczucia własnej wartości, obniżenia samooceny itp.). Wśród pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi występowanie zaburzeń psychicznych szacuje się na 9-46% [3, 19, 26] lub 30-60% [23, 24, źródło int. nr 3]. Steuden S. i Janowski K. przytaczają dane o 30% występowania zaburzeń psychicznych u pacjentów leczonych ambulatoryjnie i o 60% u pacjentów leczonych szpitalnie [44].

W literaturze można znaleźć wiele klasyfikacji psychodermatoz:

wg Koblenzera (1983) [19]

- Zaburzenia psychiatryczne przejawiające się jako choroby skóry, na przykład parazytozy urojeniowe;
- Dermatozy ściśle związane z czynnikami psychologicznymi, np. pokrzywka;
- Dermatozy, na których przebieg wpływa stres, np. łuszczyca.

wg Bodemera [19]

- Choroby psychiczne z manifestacją skórą;



- Dermatozy z manifestacją psychiatryczną;
- Choroby dermatologiczne, na które wpływa stres psychologiczny;
- Objawy skórne uboczne u osób leczonych psychiatrycznie;
- Uboczne objawy psychiatryczne u osób poddanych terapii lekami stosowanymi w chorobach skóry.

wg Koo i Lebowohl [3, 21, 26]:

- Zaburzenia psychofizjologiczne (*psychophysiologic disorder*); np. łuszczyca, wyprysk – spowodowane są występowaniem chorób skóry, które wyzwalają różne stany emocjonalne (np. stres), ale nie są bezpośrednio związane z zaburzeniami umysłowymi.
- Pierwotne zaburzenia pierwotne (*primary psychiatric disorder*); skutkują zmianami skórnymi wywołanymi przez samego pacjenta (np. *tichotillomania* – wewnętrzny przymus do wyrywania sobie włosów, *dermatitis artefacta* – rozdrapywanie naskórka w urojeniach pasożytniczych).
- Wtórne zaburzenia psychiczne (*secondary psychiatric disorder*); spowodowane są oszpecającym wyglądem chorej skóry (rybia łuska, trądzik skupiony, bielactwo nabyte, mięsak Kapossi'ego) i mogą prowadzić do występowania stanów lękowych, depresji, myśli samobójczych.

Trzy główne kategorie [23]:

- Schorzenia dermatologiczne o etiologii psychogennej, do których możemy zaliczyć nadmierne pocenie, świąd psychogeny, przewlekłą pokrzywkę.
- Schorzenia dermatologiczne modyfikowane przez czynniki psychologiczne, inaczej zwane psychofizjologicznymi, do których możemy zaliczyć: trądzik, łysienie plackowate, łuszczyca, AZS
- Zaburzenia pierwotnie psychiatryczne tj: urojenia (np. pasożytniczej choroby skóry, wydzielania cuchnącego potu, obłąd indukowany), halucynacje (np. dotykowe), zaburzenia obrazu ciała (dysmorfofobia, anoreksja, bulimia), dermatozy sztucznie wywołane (dermatoza arteficyjalna, zespół Munchausena, samookaleczenia na podłożu nerwicowym, trądzik z zadrapania, przeczosowy, trichotillomania, onychophagia czyli obgryzanie paznokci).

wg Lipczyńskiego [źródło int. nr 4]

1. Pierwotne zaburzenia psychiczne ujawniające się schorzeniami skóry i jej uszkodzeniami.
2. Schorzenia dermatologiczne o psychogennej etiologii (stres, konflikty emocjonalne, frustracja, cechy osobowości).

3. Choroby skóry uwarunkowane czynnikami biologicznymi o przebiegu modyfikowanym przez szeroko rozumiane czynniki psychiczne.

Podział zaproponowany przez prof. dr hab. A. Zalewską-Janowską [52]:

- Choroby, w których zmiany skórne ujawniają się i/lub nasilają na skutek szeroko pojętego stresu (np. atopowe zapalenie skóry – AZS, łuszczyca, łysienie plackowate, nadmierna potliwość, pokrzywka, obrzęk naczyńioruchowy, egzema, trądzik pospolity i różowaty)
- Zaburzenia psychiczne, które rozwijają się w wyniku istnienia u pacjenta przewlekłej choroby skóry (np. lęk, depresja)
- Zaburzenia psychiczne, w przebiegu których widoczne dla pacjenta zmiany chorobowe na skórze są wynikiem urojeń (np. obłąd pasożytniczy)
- Zaburzenia psychiczne, w których brak zmian na skórze, ale dolegliwości czuciowe zgłaszane przez pacjenta wskazują na ich istnienie (np. dysmorfofobia)

wg Steudena i Janowskiego [45]

- Pierwotne zaburzenia psychiczne, których symptomy dotyczą skóry lub przejawiają się uszkodzeniami skóry i jej przydatków.
- Schorzenia dermatologiczne o psychogennej etiologii. Podstawową rolę w ich powstawaniu i przebiegu odgrywają czynniki psychologiczne, takie jak stres, konflikt, frustracja, cechy osobowości. Są to choroby psychosomatyczne w ścisłym sensie.
- Schorzenia dermatologiczne uwarunkowane biologicznie, na przebieg których w znaczącym stopniu wpływają czynniki psychologiczne, np. emocje.

Różnorodność klasyfikacji wynika z faktu, iż żadna z nich w pełni nie oddaje złożoności psychodermatoz, ich etiologii i przebiegu. Obserwowany brak wyraźnych granic w proponowanych podziałach schorzeń psychodermatologicznych wskazuje na konieczność współpracy w procesie terapeutycznym specjalistów z zakresu dermatologii, psychiatrii, psychologii [26] oraz osteopatów, co zostanie uzasadnione w dalszej części pracy.

Według przedstawionych wyżej klasyfikacji do psychodermatoz, na przebieg i etiologię których znaczny wpływ ma stres należą:

Łuszczyca (*psoriasis*) – dotyczy 1-2% - 1-3% ludności w krajach uprzemysłowionych; zaliczana do dermatoz uwarunkowanych genetycznie a biorąc pod uwagę klasyfikację psychodermatologiczną zaliczana zarówno do grupy schorzeń, którego pierwsze objawy mogą zostać wywołane np. poprzez stres i jednocześnie do grupy gdzie

istniejące objawy chorobowe mogą prowadzić do zmian emocjonalnych w związku z czym charakterystyczne są okresy zaostrzeń i remisji; do pojawienia się choroby mogą przyczyniać się m.in. nadużywanie alkoholu i palenie papierosów oraz pewne zaburzenia osobowości (np. niski poziom samoakceptacji, wypieranie konfliktów emocjonalnych); często występują objawy depresyjne; 7,2% chorych ma myśli samobójcze [24]. W przebiegu łuszczycy podkreśla się znaczenie funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Jest to szczególnie zauważalne ze względu na towarzyszący łuszczycy świąd. Po pierwsze występująca w skórze ze zmianami łuszczycowymi zwiększona ilość substancji P (SP), jako substancja uruchamiająca kaskadę reakcji neurogennego stanu zapalnego, wpływa na lokalny przebieg procesów prowadzących do odczuwania świądu. Po drugie długo utrzymujący się świąd może być odbierany przez układ nerwowy jako ból (bodźce są odbierane przez te same receptory). Zmiany dotyczące OUN pod wpływem wymienionych czynników mogą wyzwaląć u chorego chęć podjęcia radykalnych działań w celu zakończenia tego, często nierozumianego, błędnego koła. [3, 19, 24, 28, 45, źródło int. nr 3, źródło int. nr 4]

Atopowe zapalenie skóry (*dermatitis atopica*) – przewlekła choroba zapalna charakteryzująca się nadmierną reakcją immunologiczną na nieszkodliwe alergeny środowiskowe, wg klasyfikacji psychodermatoz zaliczana do schorzeń psychofizjologicznych; stres odgrywa tu szczególną rolę, ponieważ jego wpływ może zaznaczać się już w życiu płodowym dziecka – u niemowląt, których matki narażone były na stres w czasie ciąży, stwierdza się wzmożoną odpowiedź kortyzolu na stres oraz sensytyzację osi podwzgórze-przysadka-nadnercza co w konsekwencji zmienia ogólną odpowiedź na stres – sądzi się, że wczesny stres wywołuje nadmierne wydzielanie CRH; za czynnik wywołujący AZS uważa się m.in. niewłaściwe relacje między matką a dzieckiem, u noworodków może to być wczesne odstawienie od piersi; schorzenie charakteryzuje się widocznymi zmianami skóry i świądem. Podobnie jak w łuszczycy odpowiedź immunologiczna silnie związana jest z funkcjonowaniem OUN. Złożoność reaktywności układów immunologicznego, nerwowego, predyspozycji genetycznych, wpływu środowiska w AZS można schematycznie sprowadzić do mechanizmu błędnego sprzężenia zwrotnego pomiędzy emocjami a stanem somatycznym – stres powoduje uwolnienie hormonów stresu efektem czego jest pobudzenie układu immunologicznego co prowadzi do nagromadzenia nadmiernej ilości SP w skórze i w końcowym efekcie histaminy. Mechanizm ten odpowiada za powstanie świądu i intensywnych reakcji naczynioruchowych. Należy podkreślić, że AZS jest silnym stresorem dla rodziny a także fakt iż dokuczliwość zmian związanych ze schorzeniem wpływa na jakość odpoczynku

nocnego, co w konsekwencji może prowadzić do zaburzeń w prawidłowym rozwoju dziecka. [2, 3, 45, 52, źródło int. nr 4]

Nadmierna potliwość (*hyperhidrosis*) – psychodermatoza o podłożu emocjonalnym; występuje przy braku zaburzeń anatomicznych i fizjologicznych gruczołów potowych; wyróżnia się postaci pierwotne (związane bezpośrednio ze stresem) i wtórne (w przebiegu innych schorzeń); przyjmuje się, że schorzenie dotyczy zaburzenia równowagi w systemach kontrolujących pocenie się pod wpływem emocji; zwykle silne emocje (zdenerwowanie, gniew, lęk, strach, zawstydzenie) wywołują nadmierne w stosunku do potrzeb pocenie się dłoni, pach i stóp co może być powodem utrudnionego funkcjonowania w społeczeństwie i rodzinie. [45, 48, 52, źródło int. nr 4]

Nadmierne zaczerwienienie skóry (*erytrozis*) – psychodermatoza o podłożu emocjonalnym; silne emocje wywołują pojawienie się i długie utrzymywanie się rumienia na twarzy, którego intensywność jest nieadekwatna do siły bodźca; nie występują inne zmiany anatomiczne np. trądzik; schorzenie to może doprowadzić do alienacji i lęku przed zaczerwienianiem się (erytofobia). [48]

Pokrzywka przewlekła (*chronic urticaria*) – psychodermatoza o niejednoznacznej etiologii, ma miejsce gdy objawy utrzymują się powyżej 6 tyg.; najczęściej wskazuje się (do 79% pacjentów) na emocjonalne podłoże choroby, większość pacjentów wystąpienie objawów wiąże z wystąpieniem sytuacji stresowej; często towarzyszą zaburzenia funkcjonowania tarczycy; stres pod postacią napięć emocjonalnych, silnych wstrząsów psychicznych czy też problemy rodzinne i finansowe zaostrzają objawy schorzenia; zwraca się uwagę na specyficzne cechy osobowościowe chorych: bierna postawa w kontaktach interpersonalnych, lękliwość, nadmierna wrażliwość i wygórowana reaktywność na przeciwności losu, brak pewności siebie w podejmowanych działaniach. [3, 45, 52, źródło int. nr 4, źródło int. nr 5]

Świąd samoistny (*psychogeny*) – psychodermatoza o etiologii psychoreaktywnej; gdy nie mają miejsca zmiany systemowe lub metaboliczne; towarzyszy większości schorzeń dermatologicznych i zwykle jest bardzo uciążliwy; stres psychologiczny powoduje sensytyzację percepcji świądu, który szczególnie nasila się (jest wyrazem) gdy pojawiają się konflikty emocjonalne; osobowościowo chorzy ze świądem charakteryzują się skłonnościami do depresji, samozaprzeczania, przesadnym zmiłowaniem do porządku, tłumieniem agresji. [45, źródło int. nr 4]

Wyprysk skóry (*eczema*) – psychodermatoza, którą wywołują lub nasilają zaburzenia psychiczne; u 50% chorych jednocześnie występuje świąd; u 30% chorych zaburza codzienną aktywność z powodu występujących zaburzeń snu, zaburzeń nastrojów;

osobowościowo silnie manifestują się negatywne emocje takie jak: napięcia, wrogość, znużenie, przygnębienie, zakłopotanie. [52]

Łysienie plackowate (*alopecia areata*) – etiologia nie jest jednoznacznie określona, wskazuje się na podłoże emocjonalne, genetyczne, autoimmunologiczne i hormonalne; chorzy wskazują, że pojawienie się pierwszych objawów często poprzedzone jest traumatycznym doświadczeniem, choć niektórzy autorzy podkreślają, że nie ma bezpośredniej korelacji pomiędzy zaburzeniami emocjonalnymi a zaawansowaniem choroby, niemniej jednak występowanie schorzenia jest silnym stresem psychologicznym dla pacjenta co prowadzi zwykle do mechanizmu błędnego koła; charakterystyka osobowościowa wskazuje na zaburzenia lękowe, depresję, nieświadomy gniew. [3, 45-, 52, źródło int. nr 4]

Bielactwo nabyte (*vitiligo*) – występuje u 0,5-4% - 0,1-2% populacji na świecie; choroba charakteryzuje się zanikiem barwnika skóry – melaniny; zmiany najczęściej lokalizują się na twarzy, grzbiecie rąk i palcach, narządach płciowych, kolanach i łokciach; etiopatogenezę choroby uznaje się za idiopatyczną istnieje jednak wiele teorii wskazujące na czynniki mogące ją wywoływać, są to m.in. teorie: autoimmunologiczna, neurogenna, melanocytoragii (oderwania), o wpływie czynników stresopochodnych; mówi się też o teorii unifikacyjnej, która dopuszcza wywołanie choroby przez wiele czynników zaistniałych jednocześnie lub w niewielkich odstępach czasowych. [14, 31]

Wszystkie wymienione wyżej, spośród wielu, schorzenia dermatologiczne mają olbrzymi wpływ na jakość życia chorych. Zakłopotanie związane z widocznymi dla otoczenia zmianami skórnymi często prowadzi do kumulowania się obaw przed stygmatyzowaniem i wykluczeniem przez środowisko, w którym funkcjonuje chory. Prowadzić to może do wzmocnienia zaburzeń emocjonalnych, które z kolei mogą nasilać objawy psychodermatozy, nierzadko prowadząc do podejmowania prób samobójczych [24]. Powstaje w ten sposób błędne koło wzajemnie wpływających na siebie czynników, których efekt końcowy powoduje jedynie pogorszenie się stanu pacjenta. Konieczna staje się pomoc terapeutyczna, która powinna w sposób holistyczny zadziałać na te czynniki celem doprowadzenia do wyleczenia lub uzyskania maksymalnie możliwej poprawy jakości życia chorego.

## METODY TERAPII PSYCHODERMATOZ

Większość wymienianych w tej pracy autorów wskazuje na konieczność kompleksowego podejścia do terapii schorzeń psychodermatologicznych, które oprócz postępowania dermatologicznego (farmakologicznego) powinno być uzupełnione o postępowanie psychiatryczne lub psychologiczne [3, 19, 23, 28, 29, 30, 45, 51, 52, źródło int. nr 4]. O coraz większym docenianiu tego rodzaju podejścia terapeutycznego do chorych świadczą również coraz częściej odbywające się sympozja oraz warsztaty dla lekarzy [39, 40, 53]. Efekty standardowego postępowania farmakologicznego wiążą się zwykle ze zmniejszaniem objawów chorobowych lecz jednocześnie niosą ze sobą ryzyko pojawienia się skutków ubocznych, zwłaszcza przy długim stosowaniu. Broniarczyk-Dyła G. i Urysiak-Czubatka I. w swoim artykule pt. „Niepożądane objawy skórne po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych” napisały, że *„Należy pamiętać, że nie ma leków w pełni bezpiecznych, nawet te, które działają leczniczo, mogą szkodzić”* [11]. Znane są mechanizmy stosowania leków w dermatologii, które mogą wywoływać zaburzenia psychiczne a leki używane w psychiatrii mogą wywoływać zmiany skórne [44]. Podkreślić należy fakt, że również świąd, który towarzyszy wielu schorzeniom psychodermatologicznym, może być wywoływany przez leki [33]. Polipragmazja, czyli zjawisko przyjmowania przez chorego więcej niż kilku leków jednocześnie, tak częsta w dzisiejszych czasach, w sposób niezamierzony może doprowadzić wręcz do nasilenia zmian skórnych. Skóra, jako miejsce pozawątrobowego metabolizmu leków, jest szczególnie narażona na manifestowanie się obecności nadmiaru substancji chemicznych zawartych w lekach, które klinicznie przypominają reakcje alergiczne [11].

Dopełnieniem postępowania farmakologicznego u pacjentów z psychodermatozami powinno być, prowadzone równoległe, postępowanie psychoterapeutyczne. Celem tego typu postępowania jest uzyskanie lepszych efektów terapeutycznych i koncentrowanie się na wsparciu emocjonalnym chorych, zwłaszcza w psychodermatozach warunkowanych stresem. Widoczne objawy choroby, związane z tym zakłopotanie w kontaktach interpersonalnych, często wywołują u chorych lęk przed normalnym funkcjonowaniem. To z kolei implikuje wzrost reaktywności na stres co może wpływać na zaostrzenie istniejących objawów chorobowych. Psychoterapia powinna ułatwiać chorym codzienne funkcjonowanie, zmieniać nastawienie do własnej choroby a także ułatwiać konieczną jej akceptację. Najczęściej stosowanymi metodami psychoterapeutycznymi w psychodermatologii są psychoterapia poznawczo-behawioralna i techniki relaksacyjne [7, 9].

Terapia poznawcza i terapia behawioralna bazuje na doświadczeniach empirycznych wynikających z procesu poznawczego – z procesu uczenia się. W postępowaniu wykorzystuje się sposoby warunkowania klasycznego (np. odruch Pawłowa), warunkowania instrumentalnego (sprawczego) – wywoływanie spontanicznej reakcji ruchowej lub powstrzymywania się od niej oraz bazowania na wcześniejszych doświadczeniach osoby poddawanej terapii i modyfikowania sposobów jej reagowania (kształtowanie reakcji pozytywnych). Podstawowym celem terapii poznawczo-behawioralnej jest ukierunkowywanie reakcji z automatycznie negatywnych (gniew, lęk, depresja) na takie, które pozwolą pozytywnie wpłynąć na stan emocjonalny chorego. Techniki poznawcze zmieniają nastawienie chorego do siebie, choroby i jej konsekwencji natomiast techniki behawioralne pozwalają lepiej radzić sobie w sytuacjach stresowych. [7]

Techniki relaksacyjne, podobnie jak techniki behawioralne, są działaniami pozwalającymi lepiej radzić sobie ze skutkami jakie niesie dla organizmu konieczność reagowania na stres. Wzmoczona aktywność części współczulnej UN wywołująca m.in. przyspieszenie akcji serca, wzrost napięcia mięśni, przyspieszenie oddechu przy dłuższym utrzymywaniu się może wywoływać lub wzmacniać zmiany skórne lub stany emocjonalne (co omówiono wcześniej). Spośród wielu technik relaksacyjnych wymienić należy: trening autogenny Schultza, który koncentruje się na uczeniu pacjenta świadomego i jednocześnie biernego oddziaływania na reakcje własnego ciała; trening relaksacji progresywnej Jacobsona polegający na osiągnięciu możliwości kontrolowania myśli i emocji w sytuacji stresowej i tym samym na umiejętnym zmniejszaniu nadmiernego napięcia mięśni poprzecznie-prążkowanych; *biofeedback* (biologiczne sprzężenie zwrotne), który wykorzystując specjalną aparaturę wysyła do pacjenta informacje o aktualnym stanie organizmu i pozwala na świadome jego modyfikowanie (oddychanie, napięcie mięśni). [9]

Techniki psychoterapeutyczne powinny być uzupełnieniem standardowego postępowania dermatologicznego. Możliwość zastosowania przez chorego wyuczonych technik umożliwia niemal natychmiastowe wykorzystanie ich w warunkach domowych i przekonanie się o ich skuteczności na co dzień co bezpośrednio przyczynia się do poprawy jakości życia.

## POSTĘPOWANIE OSTEOPATYCZNE W DERMATOLOGII

Twórca osteopatii, A.T. Still, podkreślał znaczenie jedności ciała, umysłu i ducha w utrzymywaniu się zdrowia człowieka. O słuszności takiego rozumowania świadczyć może współczesna definicja zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): *Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)*. A więc zdrowie to dobrostan, który mogą zaburzyć zarówno czynniki fizyczne (np. bezpośredni uraz) jak i czynniki emocjonalne (np. silny stres).

Na podstawie dotychczasowych rozważań można zaryzykować tezę, że skóra człowieka jest widoczną strukturą anatomiczną, która łączy i wyraża fizyczność i duchowość człowieka. Norman R.D., D.O., stwierdza, że skóra jest zewnętrzną manifestacją stresu [27], Korabel H. i in. cytuje pojęcie „skórnego EGO”, jako czegoś co kształtuje się u rozwijającego się człowieka pod wpływem dotyku matki, czegoś co jest pierwszą wersją EGO [23], Partyka I. i wsp. podkreślają znaczenie roli dotyku jako ważnego czynnika terapeutycznego [30]. W.G. Sutherland D.O., twórca osteopatii czaszkowo-krzyżowej i uczeń Still'a, określił dotyk osteopaty jako „myślący, czujący, widzący i wiedzący” podkreślając tym samym jego niezwykłą rolę w postępowaniu osteopatycznym a samą osteopatię nazwał „wiedzą o możliwościach sięgających niebios” [źródło int. nr 1].

Osteopatia widzi osobę dotkniętą chorobą całościowo i nie koncentruje się tylko na skutkach schorzenia ale przede wszystkim na możliwych przyczynach dolegliwości, często odległych w czasie. Poprzez bezpośrednie oddziaływanie na tkanki człowieka wspomaga procesy odpowiadające za odzyskiwanie i utrzymanie zdrowia o czym mówi zasada osteopatii, że „Ciało ma zdolność do utrzymania homeostazy, samoleczenia i utrzymania zdrowia”. Sytuacją, której często doświadczamy, na płaszczyźnie dermatologicznej, zapewne nie zdając sobie sprawy z dynamiki procesów samoleczenia, jest ugryzienie przez owada – gdzie po pewnym czasie dochodzi do samoistnego rozwiązania problemu.

W literaturze amerykańskiej, dotyczącej osteopatii, widoczną część postępowania osteopatycznego określa się mianem osteopatyczna manipulacja terapeutyczna (OMT) [12, 13, 27]. Stosowanie OMT może odbywać się w sposób bezpośredni kiedy zaangażowane są płaszczyzny ograniczonego ruchu albo w sposób pośredni kiedy ciało pacjenta (tkanki) układane jest w pozycji rozluźnienia. Leczenie z wykorzystaniem OMT jest aktywne wtedy gdy osteopata prowadzi terapię z wykorzystaniem terapeutycznej korekcji siły natomiast jest bierne wtedy gdy terapia „jest prowadzona” przez pacjenta (tu w



rozumieniu: w zależności od reakcji tkankowych pacjenta).

OMT wyraża się za pomocą technik:

1. duża prędkość mała amplituda (HVLA) – technika aktywna, bezpośrednia, odnosząca się głównie do ograniczeń ruchomości w stawach, której celem jest przywrócenie maksymalnie możliwej pełnej swobody ruchu; przeciwwskazaniem do stosowania tych technik są m.in. RZS, schorzenia kręgowo-podstawne, procesy neoplastyczne kości;
2. energia mięśniowa (ME) – bezpośrednia, aktywna technika, której sama nazwa wskazuje, że głównym jej adresatem są mięśnie; w ściśle określonej pozycji ułożeniowej uzyskuje się skurcz izometryczny mięśnia lub grupy mięśni, który utrzymuje się przez 3-5 sekund a po nim następuje relaksacja, podczas której uzyskuje się zwiększenie zakresu ruchu, cały proces terapeutyczny powtarza się 2-4 razy; mechanizm ME odnosi się do hamowania zwrotnego mięśni agonistycznych/antagonistycznych i inhibicji ścięgnistych aparatów Golgiego; ME jest bezwzględnym przeciwwskazaniem w sytuacji złamań lub w niestabilności stawów;
3. counterstrain (przeciwnapięcie) – technika pośrednia, bierna opracowana przez L.H. Jonesa DO, pod koniec lat pięćdziesiątych; odnosi się do terapii tzw. punktów wrażliwych (których lokalizację można precyzyjnie określić) powstających w wyniku gwałtownego napięcia mięśni antagonistycznych co z kolei jest przyczyną wydłużenia odpowiedzi na skrócenie i bolesności mięśni agonistycznych; polega na odpowiednim ułożeniu pacjenta utrzymywanym przez 90 sek., kiedy to monitoruje się wcześniej ustalony punkt wrażliwy, w celu uzyskania redukcji wrażliwości konkretnych punktów i trwałego rozluźnienia; przeciwwskazaniami absolutnymi są złamania albo uszkodzenia ścięgien w opracowywanym obszarze
4. rozluźnianie mięśniowo-powięziowe (MFR) – technika, która może być stosowana w sposób bezpośredni lub pośredni; bazuje na tensegracyjnej koncepcji struktur tworzących system mięśniowo-powięziowy co pozwala terapeutce, na podstawie palpacyjnych odczuć, zastosować rozciąganie lub kompresję opracowywanych tkanek by w efekcie doprowadzić do ich rozluźnienia; rozluźnienie systemu mięśniowo-powięziowego przekłada się na swobodne funkcjonowanie całego ciała dzięki czemu organizm jest lepiej zrównoważony; przeciwwskazaniami są otwarte rany, złamania, zapalenie żył głębokich
5. terapia kraniosakralna – technika budząca najwięcej kontrowersji ze wszystkich technik wykorzystywanych w osteopatii; jej twórcą był W.G. Sutherland DO, który

zaobserwował rytmiczne, powtarzalne ruchy struktur kostnych czaszki i kości krzyżowej, mózgu, opon śródmózgowych i śródrzeniowych oraz rytmiczny przepływ płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF) – ruchy te nazwał pierwotnym rytmem oddechowym, który stanowi podstawę diagnostyki i terapii wg tej koncepcji, która jest możliwa dzięki dużej wrażliwości palpacyjnej terapeuty; celem tej terapii jest m.in. równoważenie napięć oponowych, normalizacja przepływu CSF, modyfikacja dużych strukturalnych wzorców ruchu; przeciwwskazaniami do tego rodzaju postępowania są świeże incydenty naczyniowe mózgu lub też niechęć pacjenta do leczenia w ten sposób

6. drenaż limfatyczny – technika jednocześnie pośrednia i bezpośrednia; polega na stymulowaniu naturalnych mechanizmów utrzymywania homeostazy/allostazy poprzez wspomaganie i wzmacnianie naturalnych ruchów płynów limfatycznych; wszystkie techniki limfatyczne powinny zaczynać się od opracowania trzech tzw. „punktów dławienia” - są to obszary ciała człowieka, które decydują o swobodnym krążeniu limfy – górnego otworu klatki piersiowej, przepony i dna miednicy; przeciwwskazaniami są stany nowotworowe, stany nadkrzepliwości. [13]

Przedstawione powyżej techniki OMT nie są wszystkimi możliwymi sposobami osteopatycznej pracy z pacjentem, nie mniej ukazują one wielopłaszczyznową możliwość oddziaływania terapeutycznego osteopaty.

Wydawałoby się, że zastosowanie osteopatii w dermatologii nie będzie znajdowało uzasadnienia lub będzie sprzeczne z jej zasadami. Tymczasem osteopatyczna praca z pacjentami dermatologicznymi (w szczególności ze schorzeniami psychodermatologicznymi) eksponuje w sposób wyraźny wzajemnie wpływające na siebie zależności w funkcjonowaniu organizmu człowieka oraz podkreśla pryncypia osteopatii.

Na czy zatem powinno polegać postępowanie osteopatyczne w schorzeniach psychodermatologicznych? Przede wszystkim na stosowaniu się do zasad osteopatii. Pozwala to na oddziaływanie nie tylko na symptomy schorzeń ale również na czynniki je wywołujące czy też zaostrzające. Przedstawione wcześniej zależności pomiędzy wieloma strukturami anatomicznymi i fizjologią człowieka, funkcjonowanie układu psycho-neuro-endokryno-immunologicznego i wynikające z tego konsekwencje dają ku temu solidne podstawy.

Znakomicie przedstawia to Campbell S.M. i in. w artykule *Dermatology: A Speciality That Exemplifies the Osteopathic Medical Profession* [12]. Wskazuje się w nim na jednakowe postrzeganie objawów klinicznych psychodermatoz przez allopatycznych lekarzy dermatologów i osteopatów.

Zasada osteopatii mówiąca o jedności ciała człowieka wskazuje na zależność pomiędzy wpływem choroby na emocje i zwrotnym wpływie emocji na chorobę. W przypadku psychodermatoz wpływ choroby skóry oddziałuje na psychikę (która przekłada się na jakość funkcjonowania chorego) a stan emocjonalny może indukować choroby skóry. W praktyce dermatologicznej, do oceny tych zależności, wykorzystuje się kwestionariusze takie jak „Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia (DLQI)” lub „Wskaźnik upośledzenia jakości życia przez łuszczycę (PDI)”. Główną rolę odgrywa w tej zasadzie system nerwowy, który odpowiada m.in. za emocje. Psychodermatozy obrazujące te zależności to m.in. trądzik pospolity, łuszczycyca, bielactwo nabyte, przebarwienia, trichotillomania, zaburzenia czucia, świąd.

Kolejna osteopatyczna zasada mówiąca o tym, że ciało ma zdolność do utrzymania homeostazy, samoleczenia i utrzymania zdrowia wskazuje na duże znaczenie układu immunologicznego w powstawaniu i trwaniu chorób skóry oraz podkreśla znaczenie profilaktyki. Potwierdzeniem tej osteopatycznej zasady w dermatologii jest podkreślanie znaczenia układu immunologicznego i jego terapii. Przykładami psychodermatoz, w których duże znaczenie na układ immunologiczny są takie schorzenia jak: łuszczycyca, AZS, bielactwo nabyte czy też łysienie plackowate. Natomiast potwierdzeniem istnienia mechanizmów samoleczenia organizmu są choroby skóry, które ulegają samoistnemu wyleczeniu bez koniecznej jakiegokolwiek interwencji z zewnątrz, np. wysypki wirusowe.

Wzajemne powiązanie struktury i funkcji to kolejna koncepcja A.T. Still'a mówiąca o tym, że zakłócenie funkcji, np. na poziomie mięśniowo-szkieletowym, może wywołać lub zaostrzyć chorobę. Schorzenia takie jak świąd ramienno-promieniowy (*brachioradialis pruritus*) czy też miejscowy świąd środkowej części pleców (*notalgia paresthetica*) mogą wynikać z zaburzenia właściwych relacji w obrębie kręgosłupa co wpływa na funkcje nerwów obwodowych. W obrębie samej skóry najbardziej czytelnym przykładem tej zasady może być zatkanie ujść gruczołów potowych i wywołanie przez to potówki.

Czwarta zasada osteopatyczna, czyli racjonalne leczenie oparte jest na zrozumieniu omówionych wcześniej zasad, wskazuje na konieczność całościowego oddziaływania na chorego, z uwzględnieniem wielu aspektów mogących mieć wpływ na podstawowe schorzenie. Podkreśla również możliwość manifestowania się chorobą skóry schorzeń internistycznych.

Wg autorów artykułu dermatologia jest ze swej natury osteopatyczna, ponieważ w procesie terapeutycznym uwzględnia wszystkie podstawowe filozoficzne zasady osteopatyczne, które wpływają na ostateczny efekt terapii. Pozwala to na stwierdzenie, że terapia osteopatyczna powinna być częścią standardowej terapii dermatologicznej,

szczególnie w schorzeniach psychodermatologicznych.

W artykule pt. *Osteopathic Manipulative Treatment – Novel Applications to Dermatological Disease* [13] przedstawione są schorzenia dermatologiczne i możliwe zastosowania konkretnych technik OMT. Patofizjologia niemal wszystkich dolegliwości, w mniejszym bądź w większym stopniu, zawiera komponentę neurogeną, co wskazywałoby na udział stresu w mechanizmie powstawania choroby.

W zespołach zaburzeń czucia (*dyssestesia syndromes*) przedstawiono:

- zespół piekących ust (*burning mouth syndrome* BMS) – charakteryzuje się chronicznym zespołem bólowym pod postacią palenia/pieczenia lub szczypania śluzówki ust; charakterystyczna jest „triada symptomów” dotycząca jamy ustnej - chroniczny i ciągły ból, zaburzenie smaku i suchość jamy ustnej; dolegliwości bólowe dotyczą również mięśni twarzy, szyi i barków, stawów skroniowo-żuchwowych oraz obszaru nadgnykowego; postępowanie farmakologiczne obejmuje stosowanie antydepresantów, leków psychotycznych, przeciwpadaczkowych i przeciwbólowych – sposób ten nie pozbawiony jest możliwych niepożądanych skutków ubocznych działania leków; jako przyczynę dolegliwości najczęściej podaje się zaburzenie autonomiczne układu czuciowego nerwu trójdzielnego; sugeruje się też, że w schorzeniu tym ma miejsce zmniejszona produkcja śliny. W związku z dolegliwościami wskazuje się na możliwe zastosowanie technik kranio-sakralnych, ME, MFR, counterstrain, HVLA; szczególną uwagę zwraca się na normalizację napięcia układu nerwowego przywspółczulnego (zwój skrzydłowo-podniebienny) celem zmniejszenia suchości w ustach oraz górnego odcinka piersiowego (Th) kręgosłupa
- świąd środkowej części pleców (*notalgia paresthetica* NP) – neuropatia grzbietowych nerwów rdzeniowych objawiająca zazwyczaj jednostronnym swędzeniem obszaru międzyłopatkowego, obserwowalne są zmiany na skórze w postaci plamek (sądzi się, że są to zmiany wtórne pojawiające się na skutek drapania), występują również ból, nadwrażliwość i parestezje tego obszaru; prawdopodobnie schorzenie to wynik uwięźnięcia nerwów rdzeniowych czego skutkiem jest ich uwrażliwienie, najczęściej dotyczy poziomów Th2-Th6; oprócz standardowego postępowania farmakologicznego zastosowanie OMT obejmuje: ME, MFR, HVLA, counterstrain – szczególnie zwraca się uwagę na rozluźnienie obszaru szczytowo-potylicznego (AO) co normalizuje parasympatyczną część układu autonomicznego (PNS)
- świąd ramienno-promieniowy (*brachioradialis pruritus* BP) – uporczywy świąd

zewewnętrznej powierzchni ramienia, łokcia i przedramienia z klinicznymi objawami nadmiernego rogowacenia skóry; możliwe przyczyny wiąże się z obecnością żeber szyjnych, uwięzieniem szyjnych korzeni nerwowych i chroniczną ekspozycją na słońce (BP uznaje się za dermatopię słoneczną wywołującą dysfunkcję kręgosłupową oraz świąd); w związku z prawdopodobieństwem tej samej etiologii schorzenia stosuje się te same techniki OMT jak w NP

- nerwoból nerwu trójdzielnego (*trigeminal neuralgia* TN) - „nagły i zazwyczaj jednostronny ostry, krótkotrwały, kłujący i nawracający ból w okolicach unerwianych przez jedną lub więcej gałęzi piątego nerwu czaszkowego” [13], ból często promieniuje do obszarów unerwianych przez gałązki V2 i/lub V3; wiodącą teorią etiologii TN jest demielinizacja włókien czuciowych w obrębie proksymalnej części nerwu trójdzielnego (TN występuje często u chorych na SM) inna zaś mówi o kompresji korzenia nerwu przez naczynia krwionośne w strefie jego wyjścia z czaszki; gdy występuje oporność na postępowanie farmakologiczne jako uzupełnienie terapii stosuje się OMT, które podobnie jak w przypadku BMS głównie koncentrują się na wykorzystaniu technik kranio-sakralnych (praca ze zwojem skrzydłowo-podniebiennym, z naturalnymi otworami wyjścia nerwu z czaszki) oraz pracy z funkcjonalnie związanymi obszarami głowy (górny odcinek piersiowy i szyjny kręgosłupa, okolica AO i górny otwór klatki piersiowej) z wykorzystaniem pozostałych technik OMT
- bóle sromu i pochwy (*vulvodynia*), dyzestezie moszny i odbytu (*scrotodynia* i *analdynia*) – dolegliwości, które występują bez zauważalnych zmian fizycznych; vulvodynia dotyczy aż 15% wszystkich kobiet; „etiologia nie jest znana ale wiąże się chorobę z nieprawidłowościami rozwojowymi, polimorfizmami DNA, procesami neuropatycznymi ośrodkowymi i obwodowymi, kompresją nerwów, hipertonicznością powięziowo-mięśniową oraz zwiększoną gęstością nocycyptywnych włókien dośrodkowych typu C w błonie śluzowej przedsionka pochwy” [13]; wielokierunkowość etiologii schorzenia wiąże się z wieloma opcjami terapeutycznymi i brakiem standardowego postępowania w związku z czym stosowanie OMT staje się szczególnie pomocne, które głównie ukierunkowane jest na redukcję tkliwości i napięć mięśni dna miednicy i zwiększania przestrzeni dla struktur nerwowych (szczeg. nerwu sromowego) poprzez wykorzystanie ME, MFR, counterstrain.

Schorzenia związane z zaburzeniem przepływu płynów:

- stwardnienie podskórnej tkanki tłuszczowej (*lipodermatosclerosis* LDS) – forma zapalenia tkanki podskórnej kończyn dolnych, które rozpoczyna się niewydolnością żylną, która unieruchamia krew w naczyniach włosowatych efektem czego jest niedokrwienie tkanki podskórnej prowadząca do nekrozy tłuszczu i zwłóknień – to prawdopodobny mechanizm prowadzący do wystąpienia tego schorzenia; charakterystyczne jest występowanie nadmiernej pigmentacji podudzia, owrzodzeń i stwardnień; podstawową techniką OMT uzupełniającą standardowe postępowanie jest drenaż limfatyczny, który uruchamia zastoje krwi żyłnej i reguluje mechanizmy wpływające na swobodny przepływ płynów
- słoniowaczna brodawkowata (*elephantiasis nostras verrucosa*) – powstaje w wyniku przewlekłych zastojów limfatycznych podudzia i stopy niezwiązanych ze stanem zapalnym wywołanym przez nitkowce; manifestacje skórne obejmują nadmierne rogowacenie oraz zmiany brodawkowe podudzi; OMT wykorzystuje drenaż limfatyczny, którego celem jest uruchomienie zastojów oraz regulacja mechanizmów wpływających na swobodny przepływ płynów
- zastoinowe zapalenie skóry (*stasis dermatitis* SD) – wywołane przez zastój żylny podudzi; objawami klinicznymi są nadmierna pigmentacja, rogowacenie, świąd i owrzodzenie podudzi; drenaż limfatyczny usuwa zablokowania w przepływie krwi żyłnej i reguluje mechanizmy wpływające na swobodny przepływ płynów

Nadmierna potliwość (*hyperhidrosis*) – schorzenie dotykające 0,6 – 1% ogółu populacji krajów uprzemysłowionych; dokładna patofizjologia jest nieznana ale brak nadmiernego pocenia się w nocy wskazuje na istotną komponentę emocjonalną i nadmierną aktywność części współczulnej AUN; w leczeniu wykorzystuje się postępowanie farmakologiczne a także chirurgiczne (sympatektomia zwojów łańcucha grzbietowego); możliwe do zastosowania techniki OMT obejmują terapię kranio-sakralną i MFR (szczeg. relaksacja okolicy AO i mobilizacje żeber – bezpośrednio sąsiedztwo głów żeber ze zwojami części współczulnej AUN) odnoszące się do obniżenia napięcia układu pobudzającego wydzielanie potu.

Jakkolwiek w odniesieniu do każdego schorzenia proponowane są konkretne techniki OMT to oczywistym w pracy osteopaty jest to, iż w zależności od chwilowej oceny sytuacji terapeutycznej wykorzystuje się również inne sposoby postępowania. Zastosowanie terapii osteopatycznej w, manifestujących się na wielu płaszczyznach

(skórne, naczyniowe, immunologiczne, neuronalne, psychologiczne), schorzeniach psychodermatologicznych może uchronić przed zbyt pochopnym podjęciem decyzji o radykalnych rozwiązaniach (zabiegi chirurgiczne) czy też zmniejszyć ilość stosowania koniecznej farmakoterapii. Wymaga to jednak potwierdzenia w badaniach klinicznych.

W kwietniu 2004 roku ukazał się artykuł pt. *Osteopathic Medicine and Dermatology* [27] autorstwa Roberta A. Normana D.O., MPH, wskazujący na możliwości i korzyści płynące z wykorzystania praktyki i zasad osteopatii w schorzeniach dermatologicznych, szczególnie w profilaktyce powstawania odleżyn i terapii ran.

Na początku artykułu autor zwraca uwagę na fakt, iż wiele schorzeń ogólnoustrojowych manifestuje się na skórze i przytacza przykład pierwszych objawów zakażenia HIV. Wg autora wiele dysfunkcji osteopatycznych również objawia się dolegliwościami zlokalizowanymi w skórze, np. długo utrzymujący się obrzęk wskazuje na zaburzenie swobody przepływu płynów i, co więcej, może wywoływać wiele dalszych konsekwencji. Nieprawidłowość utkania tkanek (*tissue texture abnormalities* TTA) skóry jest czymś na co zwraca się szczególną uwagę w pracy osteopatycznej, ponieważ na podstawie oceny wyglądu skóry można ustalić kierunek postępowania terapeutycznego. Przykład zastoinowego zapalenia skóry (SD) warunkuje zastosowanie technik osteopatycznych poprawiające krążenie krwi.

Przytaczany jest artykuł dr. SE Stanleya z 1938 pt. „*General considerations of cutaneous therapeutics: underlying causes should be studied to insure greater success in treating skin conditions*” [27], w którym dr Stanley stwierdza, że „manipulacje osteopatyczne są najbardziej wartościowym sposobem leczenia, ponieważ działają bezpośrednio na układ krążenia i układ nerwowy, które są powiązane z chorobami skóry”. Z kolei dr AE Scardino w artykule z 1942r. pt. „*Dermatology: discussion of common lesions: chemophysical therapy and manipulation efficacious for refractory skin diseases*” [27] zauważa, że „manipulacje osteopatyczne są zalecane w przypadku chorób skóry, ponieważ wiążą się one z zaopatrzeniem w nerwy ruchowe i czuciowe oraz trofika”.

W dalszej części artykułu omówione są, wspomniane wcześniej, schorzenia takie jak SD i przewlekła niewydolność żylna, w których terapii pomocne jest leczenie osteopatyczne. Podkreślona jest konieczność holistycznego podejścia do pracy z chorym dermatologicznym oraz fakt, że prawie wszystkie choroby skóry zaostrzają się pod wpływem stresu (co uzasadnia wykorzystanie technik osteopatycznych zmniejszających reaktywność na stres).

Część „Opatrywanie ran” omawia zasadność postępowania osteopatycznego w przypadku odleżyn i ran. Odleżyny przedstawione są jako zlokalizowane miejsca urazu

wynikające z braku zaopatrzenia w krew. Spośród wielu czynników wywołujących powstanie odleżyny podkreśla się znaczenie ucisku (wywołuje niedokrwienie), sił ścinających (powstają przy ślizganiu się warstw ciała co powoduje skręcanie i napinanie naczyń krwionośnych czego efektem jest niedokrwienie), tarcia (np. przesuwanie pacjenta i przez to zniszczenie ochronnej zrogowaciałej warstwy naskórka) i wilgotności. Odleżyny kwalifikuje się jako rany przewlekłe, do których zalicza się również: owrzodzenia cukrzycowe, owrzodzenia kończyn dolnych, owrzodzenia naczyniowe, otwarte rany pooperacyjne oraz przetoki jelitowo-skinne. Mogą one powstawać w wyniku cukrzycy, nowotworów, chorób wątroby, nerek lub przewodu pokarmowego a na proces gojenia ma wpływ, ogólnie rzecz ujmując higieniczny tryb życia. Autor przedstawia wyniki swoich badań nad chorymi z odleżynami w okolicach łędziowej i krzyżowej z wykorzystaniem palpacyjnych technik osteopatycznych, których istotą było poprawianie krążenia. Badanie obejmowało 12 pacjentów a efekty oddziaływania osteopatycznego oceniano po 6 i 12 miesiącach. W dwóch przypadkach doszło do całkowitego wyleczenia, w pozostałych zaobserwowano poprawę stanu wyjściowego. Jeden pacjent zmarł na skutek choroby nie związanej z odleżynami. Wyniki badania oraz argumenty przedstawione w artykule wskazują na kluczową rolę osteopatii w dermatologii.

W artykule z listopada 2006r. *Osteopathic Manipulation in Dermatology* [50] omówione są dwa przypadki, w których zastosowane postępowanie osteopatyczne odniosło pozytywny skutek.

Przypadek nr 1: 34. letnia pierwiastka, w 26. tygodniu ciąży zaczęła odczuwać ostre swędzenie jamy brzusznej czemu towarzyszyła czerwona wysypka. Zmiany i świąd rozpoczęły się od rozstępów i w ciągu kilku dni rozprzestrzeniły się po powierzchni brzucha. Zdiagnozowano u pacjentki swędzącą pokrzywkę ciężarnych z grudkami i plamami (*pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy PUPPP*). Z oczywistych względów odmawiała zastosowania jakichkolwiek leków doustnie i zewnętrznie zdecydowano więc o wprowadzeniu terapii osteopatycznej. W pozycji siedzącej (lekko odchylonej do tyłu z lekko ugiętymi kolanami) wykonano balans i otwarcie górnego otworu klatki piersiowej metodą pośrednią oraz przez inhibicję przykręgosłupową zmniejszono napięcie w układzie współczulnym. Po zakończeniu terapii pacjentka odczuła wyraźny spadek natężenia świądu i zaobserwowano zmniejszenie rumienia. Do końca ciąży kontrolowała nasilenie świądu przyjmując jedynie 1% hydrocortizon [50].

Przypadek nr 2: 56. letnia kobieta, 3 dni po operacyjnym usunięciu nowotworu płaskonabłonkowego ręki lewej z powiększającym się obrzękiem i uczuciem napięcia w miejscu pooperacyjnym. Odczuciom tym towarzyszyły nieznaczny rumień i czerwono



krwawy płyn w okolicy blizny. Po zabiegu wystąpił wtórny obrzęk limfatyczny. Aby nie niweczyć pracy chirurga plastyka zdecydowano się zastosować manipulację osteopatyczną. W pozycji leżenia na plecach za pomocą metody pośredniej wykonano otwarcie górnego otworu klatki piersiowej i wykonano mobilizację tkanek miękkich kończyny operowanej zaczynając pracę od blizny. W efekcie postępowania uzyskano zmniejszenie obrzęku i dolegliwości. Uniknięto tym samym ewentualnych niebezpieczeństw wynikających z ryzyka jakim byłoby ponowne otwarcie rany. [50]

W artykule podkreśla się pozytywny efekt OMT u pacjentów po zabiegach operacyjnych, zwłaszcza po zabiegach operacyjnych stosowanych w dermatologii. Wg autorów, jednym z najbardziej obiecujących kierunków badań efektywności OMT, jest ich zastosowanie w łagodzonych immunologicznie chorobach skóry. Osiąganie zmniejszenia intensywności procesów fizjologicznych poprzez drenaż limfatyczny, zmniejszanie napięcia struktur mięśniowo-powięziowych oraz zwiększanie przepływu krwi w skórze może poprawić efektywność postępowania terapeutycznego i co ważne może przyczynić się do zmniejszenia ilości koniecznych w terapii leków immunomodulacyjnych.

W tej części pracy uzasadniono możliwości zastosowania osteopatii w dermatologii, zwłaszcza w psychodermatologii, wykazano jej efektywność oraz wskazano na praktyczny aspekt postępowania osteopatycznego.

## ZAKOŃCZENIE

Książę profesor Włodzimierz Sedlak w swojej książce pt. „Mała monografia bioelektroniki” wskazuje na etapy rozwoju nauki o człowieku i przedstawia je jako „przybliżenia”: „I przybliżenie – najgrubsze – to poziom anatomii, funkcjonalnie odpowiada mu fizjologia; II przybliżenie – poziom komórkowy i odpowiadająca mu funkcjonalnie biochemia; III przybliżenie – to anatomia molekularna z funkcjonalnym odpowiednikiem konformacji; IV przybliżenie – najdokładniejsze – to poziom submolekularny z odpowiadającym mu behawiorem kwantowym w postaci ruchu elektronów, produkcji fotonów i fononów.” [36]

„Przybliżenia” te, w pewnym sensie, przedstawiają jak współczesna medycyna w sposób coraz bardziej szczegółowy, bazując na rozwoju nauki i techniki, wykorzystując coraz bardziej precyzyjne możliwości urządzeń diagnostycznych, dociera do najdrobniejszych zmian strukturalnych, zapominając, że oprócz ciała, składającego się z cząstek chemicznych funkcjonujących zgodnie z prawami fizyki, człowiek posiada jeszcze emocje, które nie są i nie mogą być bez znaczenia dla jego funkcjonowania w zdrowiu czy też w wielu schorzeniach, zwłaszcza w schorzeniach psychodermatologicznych. Stres i reakcje jakie wywołuje, poprzez związek anatomiczno-biochemiczny, nie są obojętne dla skóry człowieka, co na zasadzie sprzężenia zwrotnego ma olbrzymi wpływ na jego stan emocjonalny. Współzależności pomiędzy stresem a stanem skóry przedstawia tzw. Indeks Griesemera [26].

Tabela 1. Indeks Griesemera. Częstość problemów skórnych wywołanych przez emocje. [26]

<b>DIAGNOZA</b>	<b>Procentowy udział przypadków będących następstwem emocji</b>	<b>Inkubacja biologiczna. Okres między stresem i wystąpieniem objawu</b>
Obfite pocenie się	100	sekundy
Nasilone drapanie się	98	sekundy
Miejscowe swędzenie	98	kilka dni do 2 tygodni
Miejscowe wypadanie włosów	96	2 tygodnie
Brodawki	95	kilka dni
Trądzik różowaty	94	2 dni
Świąd	86	sekundy
Liszaj płaski	82	kilka dni do 2 tygodni
Egzema rąk (dyshidroza)	76	2 dni do wystąpienia pęcherzyków

Wyprysk atopowy	70	sekundy do wystąpienia swędzenia
Samouszkodzenia	69	sekundy
Pokrzywka	68	minuty
Łuszczyca	62	kilka dni do 2 tygodni
Wyprysk urazowy	56	sekundy
Wszystkie wypryski (z wyjątkiem kontaktowego)	56	kilka dni
Trądzik	55	2 dni do wystąpienia czerwonych grudek
Wypadanie włosów	55	2-3 tygodnie
Wyprysk pieniążkowy	52	kilka dni
Łojotokowe zapalenie skóry	41	kilka dni do 2 tygodni
Opryszczka ust, narządów płciowych, pólpaśiec	36	kilka dni
Bielactwo nabyte	33	2-3 tygodnie
Dystrofia paznokci	29	2-3 tygodnie
Ropne zapalenie skóry	29	kilka dni
Zakażenie bakteryjne	29	kilka dni
Cysty	27	2-3 dni
Wyprysk kontaktowy	15	2 dni
Grzybica	9	kilka dni do 2 tygodni
Rogowacenie	0	-
Rak komórek warstwy podstawnej	0	-
Znamiona	0	-

Wielokrotnie podkreślana koncepcja całościowego traktowania chorego w psychodermatologii, silny wpływ stresu jako czynnika modulującego wystąpienie i przebieg schorzeń psychodermatologicznych wskazują na konieczność ścisłej współpracy w procesie leczenia dermatologów, psychiatrów i psychologów. Zasady osteopatii oraz przedstawione w pracy, wg amerykańskiego nazewnictwa, OMT obrazują na czym polega widoczna praca osteopatyczna. Jednak możliwości osteopatii nie ograniczają się tylko do opracowywania struktur układu powięziowo-mięśniowo-kostno-stawowego lecz pośrednio, poprzez system powięziowy, osteopata oddziałuje również na układ krążenia, układ wisceralny oraz na układ nerwowy (np. mobilizacja żeber wpływa na zmianę bezpośredniego otoczenia zwojów części współczulnej AUN, zmniejszenie napięć powięziowych zwiększa przestrzeń tkankową wokół nerwów), który jest koordynatorem

pracy wszystkich innych układów organizmu. Ma to bezpośredni wpływ na pracę układów endokrynnego i immunologicznego, których efektywność jest uzależniona od prawidłowego krążenia.

Osteopatia, tak jak powszechnie znana fizjoterapia, podczas manualnej pracy z pacjentem uzyskuje zmiany prowadzące do poprawy swobody wykonywania ruchów, poprawy funkcjonowania. Jednak w odróżnieniu od fizjoterapii nie koncentruje się tylko na ruchu, który widać (np. swobodny ruch kończyny) ale także, a nawet przede wszystkim, na ruchu, którego nie widać. Nie widzimy ruchu krążącej w naszym organizmie krwi, nie widzimy elastyczności i ruchu struktur łącznotkankowych odpowiedzialnych za właściwą perystaltykę jelit, czy też nie widzimy ruchów zachodzących na poziomie komórek, tkanki, narządu. Ruch jest oznaką życia, ruch jest oznaką zdrowia a znaczenie ruchu i ruchomości narządów podkreśla Jean-Pierre Barral D.O., który w swojej książce pt. „*Urogenital manipulation*” [4] mówi o tym, że nie jest najistotniejsze położenie przestrzenne organu, ale jego swobodna ruchomość, która umożliwia mu funkcjonowanie zgodne z przeznaczeniem. O niezastąpionym znaczeniu ruchu mówił też Wojciech Oczko, XVI-wieczny lekarz, doktor medycyny i filozofii, który jest autorem powiedzenia, że „*Ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu*” [5].

Dzisiejsza medycyna akademicka opiera się na dowodach (*Evidence Based Medicin* EBM), które są wystandaryzowane, powtarzalne i tym samym dające się sprawdzić w różnych warunkach, bez względu na miejsce przeprowadzania badań. Należy podkreślić, że narzędziem pracy w osteopatii jest ręka i czucie za jej pomocą, które z natury jest subiektywne, a więc nie dające się odtworzyć w 100%. Dotyk i związane z nim odczuwanie jest niemierzalne, niepowtarzalne i indywidualnie zależne od wiedzy i przede wszystkim od jego intencji. Praca osteopatyczna nie odbywa się na podstawie z góry ustalonych schematów. Oczywiście nie można twierdzić, że każdy przypadek wymaga zupełnie innego postępowania lecz najbardziej istotnym powinno być odwoływanie się do jednostki, do każdego chorego indywidualnie. Szczególne znaczenie ma to w przypadku schorzeń psychodermatologicznych. Aktualny stan emocjonalny chorego może być często różny nawet w przypadkach tych samych rozpoznań dermatologicznych, co może prowadzić do różnych reakcji chorego na ten sam bodziec terapeutyczny. Ze względu na to niezwykle trudne będzie ustalenie jakichkolwiek sztywnych kryteriów badań dających się odtworzyć w każdych warunkach, zwłaszcza dla chorych z psychodermatozami. Niemniej należy prowadzić badania dokumentujące efektywność postępowania osteopatycznego, które subiektywnie oceniałby pacjent wg ustalonych protokołów przede wszystkim uwzględniających zmiany w jakości jego życia.

Osteopatyczna praca z pacjentem, której celem powinno być przywracanie utraconych naturalnych warunków ruchu, a także postępowanie prewencyjne obejmujące m.in. zalecenia dietetyczne [34], stwarza maksymalnie możliwe do osiągnięcia warunki właściwego funkcjonowania organizmu. Pozwala to na funkcjonowanie człowieka przy niewielkich nakładach energetycznych wg naturalnych automatyzmów. W takiej sytuacji energia może być bez przeszkód kierowana na procesy związane z prawidłowym przebiegiem cykli allostacyjnych odpowiedzialnych za końcowy efekt reakcji na stres.

Zasady postępowania allopatycznego i osteopatycznego są bardzo różne od siebie, zarówno z punktu widzenia terapeutycznego jak i filozoficznego ale odnoszą się do jednego celu – do poprawy jakości funkcjonowania człowieka. Do pełniejszego zrozumienia czym jest osteopatia i jakie niesie ze sobą możliwości potrzebne jest porozumiewanie się w czytelnym dla medycyny allopatycznej języku jakim jest język anatomii człowieka. Ostatnie słowa umierającego twórcy osteopatii, A.T. Still'a, są swego rodzaju testamentem dotyczącym tego jak powinna wyglądać osteopatia w przyszłości: *„Keep it pure, boys, keep it pure”* - *„Niech to pozostanie czyste, panowie, niech to pozostanie czyste”*.

## **PODSUMOWANIE:**

1. Stres nie jest obojętny dla kondycji skóry poprzez silny wpływ modulujący działanie systemu neuro-endokryno-immunologicznego. Skóra i układ nerwowy funkcjonują na bazie tych samych hormonów i neuroprzekaźników, ściśle współpracują z układami endokrynnym i immunologicznym co pozwala na wyodrębnienie funkcjonalnej jednostki układu neuro-immuno-skórnego. Nieprawidłowe funkcjonowanie tego systemu ma bezpośredni wpływ na powstawanie zaburzeń psychodermatologicznych.
2. Stres wpływający na organizm człowieka jest istotnym czynnikiem mogącym wywoływać lub zaostrzać choroby skóry zwane psychodermatozami. Powtarzający się stres, którego wynikiem jest nadmierne zapotrzebowanie na energię, prowadzi do zaburzenia procesów samonaprawy/zdrowienia organizmu czyli niewydolności uogólnionego syndromu adaptacji czego efektem jest choroba. Wspólne ektodermalne pochodzenie skóry i układu nerwowego uzasadnia silny związek pomiędzy stanami emocjonalnymi a zmianami skórnymi.
3. Wielopłaszczyznowe objawy schorzeń psychodermatologicznych wymagają wielopłaszczyznowego postępowania terapeutycznego (dermatologicznego, psychiatrycznego, psychologicznego). Osteopatia posiadająca olbrzymi potencjał terapeutyczny, bazująca na czterech podstawowych zasadach swojej filozofii i postępowania, powinna znajdować szerokie zastosowanie w schorzeniach psychodermatologicznych jako uzupełnienie standardowego postępowania medycznego. Znaczenie postępowania osteopatycznego w dermatologii podkreślano już w pierwszej połowie zeszłego stulecia. Niewątpliwie korzyści wynikające z postępowania osteopatycznego w dermatologii, zwłaszcza w psychodermatologii, wymagają potwierdzenia w badaniach klinicznych.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Abehsera A., Ciranna-Raab C., Delaunois P., Fossum C., Marcer N., Nagel M. *Historia, filozofia i naukowe podstawy osteopatii* W: Liem T., Dobler T.K. (red.) *Techniki osteopatyczne*, Tom 1, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, 5-67
2. Arndt J., Smith N. *Stres a atopowe zapalenie skóry* *Dermatologia Po Dyplomie* 2010, tom 1, nr 1, 9-15
3. Barańska-Rybak W., Nowicki R., Jakuszkowiak K., Cubała W.J. *Psychodermatologia - nowa dziedzina medycyny* *Przewodnik Lekarza* 2005, 1, 50-55
4. Barral J-P. Ruchomość i motoryka (MOTILITY) In: *Urogenital Manipulation* Eastland Press, Inc. SEATTLE 2006, 4-7
5. Bibliografia Literatury Polskiej – Nowy Korybut, t. 3 Piśmiennictwo Staropolskie, PIW, Warszawa 1965, 28-29
6. Bochenek A., Reicher M. *Anatomia człowieka* PZWL, 1990
7. Bogaczewicz A., Sobów T., Bogaczewicz J., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna w psychodermatologii* *Dermatologia Kliniczna* 2010, 12 (4): 268-271
8. Bogaczewicz J., Kuryłek A., Woźniacka A., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska-Janowska A. *Psychoneuroimmunologia a skóra* *Dermatologia Kliniczna* 2008, 10 (2); 108-111
9. Bogaczewicz J., Kuryłek A., Woźniacka A., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska-Janowska A. *Techniki relaksacyjne w psychodermatologii* *Dermatologia Kliniczna* 2008, 10 (4): 223-225
10. Bracha H.S. *Freez, Flight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum*. *CNS Spectrums*, September 2004, Vol. 9, Nr 9, 679-685
11. Broniarczyk-Dyła G., Urysiak-Czubatka I. *Niepożądane objawy skórne po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych* *Postępy Dermatologii i Alergologii* 2007; XXIV, 6: 274-281
12. Campbell S.M., Sammons D.L., Sarsama-Nixon R.M., Holsinger J.M., Stephenson S., Walkowski S. *Dermatology: A Speciality That Exemplifies the Osteopathic Medical Profession* *JAOA* May 2011; Vol. 111, No. 5 – 335-338
13. Campbell S.M., Winkelmann R.R., Walkowski S. *Osteopathic Manipulative Treatment – Novel Applications to Dermatological Disease* *The Journal of Clinical Aesthetic Dermatology* October 2012; Volume 5, Number 10: 24-32
14. Cebulski Grzegorz *Zaprojektowanie urządzenia do diagnostyki stanu skóry w*

*światle spolaryzowanym i zbadanie możliwości zastosowania w diagnostyce zaniku pigmentu* Politechnika Wroclawska Wydział Podstawowych Problemów Techniki Instytut Fizyki, Praca magisterska, Promotor: Prof. n. tech. dr hab. n. fiz. inż. lek. med. Halina Podbielska, Wrocław 2005

15. Dudek D. *Stres i depresja - próba integracji podejścia biologicznego i psychospolecznego* (praca pogładowa) *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2002, tom 2, nr 1
16. Flinn M.V., England B.G. *Social Economics of Childhood Glucocorticoid Stress Response and Health* *American Journal of Physical Anthropology*, 1997, 102: 33-53
17. Gellhorn E. *The emotions and the ergotropic and trophotropic systems* *Psychologische Forschung* 02/1970 ; 34(1): 48-94
18. Graham-Brown R., Bourke J. *Dermatologia podręcznik i atlas* redakcja wydania pierwszego polskiego Kaszuba A. Elsevier Urban & Partner 2007; 10-14
19. Jakuszkowiak K., Cudała W.J. *Psychodermatologia w codziennej praktyce lekarskiej* *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4 (3): 107-111
20. Juskiewicz-Borowiec M. *Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry* *Przegląd Dermatologiczny* 1999, 86,1, str. 61-65
21. Kieć-Świerczyńska M., Dudek B., Kręcisz B., Świerczyńska-Machura D., Dudek W., Garnczarek A., Turczyn K. *Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry* *Medycyna Pracy*, 2006; 57 (6): 551-555
22. Kmiec M.L., Broniarczyk-Dyła G. *Wpływ stresu na kondycję naszej skóry* *Dermatologia Kliniczna* 2008, 10 (2): 105-107
23. Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A. *Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii* *Przegląd Lekarski* 2008/65/5
24. Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A. *Tendencje samobójcze wśród pacjentów dermatologicznych* *Postępy Dermatologii i Alergologii* 2008; XXV, 2: 69-75
25. McEwen B.S. *Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load* *Annals of the New York Academy of Sciences*, May 1998, Volume 840: 33-44
26. Mojs E. *Choroby skóry w ujęciu psychosomatycznym* *Nowiny Lekarskie* 2010, 79, 6, 483-486
27. Norman R.A. *Osteopathic Medicine and Dermatology – The role of the D.O. in the prevention and treatment of skin disease* *Journal of the American Osteopathic*



College of Dermatology April 2004, Volume 1, Issue 2 – 6-7

28. Ogłodek E., Araszkiwicz A., Placek W. *Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę*. Zdr. Publ. 2009; 119 (3): 335-337
29. Pacan P., Szepietowski J. *Psychodermatozy – zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne?* Adv. Clin. Exp. Med. 2001, 10, 3, Suppl. 1, 29-33
30. Partyka I., Ziemecki P., Bartosińska J., Makara-Studzińska M. *Psychodermatologia - współistnienie chorób skóry i problemów psychicznych na przykładzie łuszczycy* Pol. Merk. Lek., 2013, XXXIV, 203, 302
31. Popko M., Kacalak-Rzepka A., Bielecka-Grzela St., Wesołowska J., Klimowicz A., Maleszka R. *Bielactwo nabyte jako problem estetyczny. Nieinwazyjne metody leczenia bielactwa*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2011, 57, 3, 23-27
32. Rassner *Wstęp w: Dermatologia Podręcznik i atlas* wydanie I polskie; Urban & Partner Wrocław 1994; 2
33. Reich A., Stander S., Szepietowski J.C. *Świąd indukowany lekami: przegląd piśmiennictwa* Dermatologia po Dyplomie 2009 Tom 0 Nr 1
34. Rosińska A., Niestrata Z., Cichy W. *Wpływ składników pokarmowych na stan fizykochemiczny skóry*. Przegląd Dermatologiczny 3/94/2006
35. Schulkin J. *Social allostasis: anticipatory regulation of the internal milieu* Frontiers in Evolutionary Neuroscience January 2011, Volume 2, Article 111
36. Sedlak Wł. *Elektryczne własności biomasy i zaktualizowany model organizmu w: Mała monografia bioelektroniki* CONTINUO Radom 2000; 27
37. Selye H. *Stress and the General Adaptation Syndrome* Br Med J. Jun. 17, 1950; 1(4667): 1383-1392.
38. Selye H. *Stres okiełznany* PIW, Warszawa 1977, str. 77
39. *Sprawozdanie Wiosenne Warsztaty Psychodermatologiczne, Warszawa, 5-6 kwietnia 2008r.* Dermatologia Kliniczna 2008, 10 (2): 118-119
40. *Sprawozdanie z IV Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej oraz I Sympozjum Psychodermatologii* Przegląd Dermatologiczny 2010/3
41. Sterling P., Eyer J. (1988) *Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology* In: Fisher S. and Reason J (Eds) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* New York, John Wiley and Sons 1988, 629-649
42. Sterling P. *Principles of allostasis: optimal design, predictive regulation, pathophysiology and rational therapeutics* W: Schulkin J. *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Adaptation* Cambridge University Press 2004: 17-64

43. Sterry W., Paus R., Burgdorf W., redakcja naukowa wydania polskiego Placek W. *Dermatologia Czelej*; Lublin 2009; 7-10
44. Steuden S, Janowski K. *Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne* Przegląd Dermatologiczny 3/2000
45. Steuden S., Janowski K. *Schorzenia psychodermatologiczne* Przegląd Dermatologiczny 3/89/2002
46. Still A.T., *Autobiography*. Published by the Author. Kirksville, Mo., 1897, za <http://www.cranialacademy.com/history.html>
47. Szepietowski J., Pacan P. *Psychodermatozy* Sesja plenarna II
48. Szepietowski J., Pacan P., Reich A., Grzesiak M. *Psychodermatologia* Akademia Medyczna im. Powstańców Śląskich; Wrocław 2012; 173-174
49. Traczyk W.Z. *Fizjologia człowieka w zarysie* PZWL Warszawa 1992; 142-143, 156
50. Verral S.C., Anderson R.B., Grekin S.K. *Osteopathic Manipulation in Dermatology* Journal of Resident Dermatology November 2006; Volume 7, Number 1 – 56-58
51. Wojas-Pelc A., Jaworek A.K. *Psychodermatologia – istotny element dermatologii estetycznej* Dermatologia Estetyczna vol.5/nr 3/2003
52. Zalewska-Janowska A. *Psychodermatologia w alergologii* Alergia Astma Immunologia 2010, 15 (3): 109-117
53. Zdrojowy M. *I Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej i I Sympozjum Psychodermatologii* Dermatologia Estetyczna 2010; Vol. 12; Nr 3

#### **Źródła internetowe:**

1. Godek P., D.O., *W.G. Sutherland – twórca osteopatii czaszkowej* <http://top.osteopatia.pl/pdf/Sutherland.pdf>
2. <http://british-institute-of-osteopathy.org/traditional/Default.aspx>
3. Lipczyński A. *Psychodermatologia. Stan psychiczny a schorzenia dermatologiczne.* <http://www.psychologia.net.pl>
4. Lipczyński A. *Rola czynników psychicznych w powstaniu i przebiegu schorzeń dermatologicznych* [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl)
5. Rogala B. *Pokrzywka przewlekła – trudny problem kliniczny* [www.alergia.com.pl](http://www.alergia.com.pl)