

Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym

*Aldona Pietrzak¹, Konrad Janowski², Irena Lechowska-Mazur¹, Dorota Krasowska¹

¹ z Katedry i Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej AM w Lublinie

Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Grażyna Chodorowska, prof. nadzw.

² z Zakładu Psychologii Klinicznej Dorosłych KUL w Lublinie

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. hum. Stanisława Steuden

PSORIASIS AS A SKIN DISEASE IN PSYCHOLOGICAL CONTEXT

Summary

Psoriasis is a skin disease whose course is highly unpredictable. The necessity of living with psoriasis forces the patient to develop new adaptational mechanisms on the emotional level, in psychosocial functioning and in everyday living activities. Therefore, the psychological context seems to be of significance and should be taken into account when analysing psoriasis. The article reviews the most important psychological aspects of psoriasis as a chronic disease. The relationships between stress and onset and exacerbations of psoriasis have been presented as well as the nature of stress caused by psoriasis itself. Psychological consequences of psoriasis have also been analysed, including decrements in quality of life and depression. The principles of the holistic approach in treatment of psoriasis have been postulated with emphasis on the role of psychological factors in the course of this disease.

Key words: psoriasis, psychological aspects, a chronic disease, stress, depression

WPROWADZENIE

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej doniesień dotyczących istnienia zależności pomiędzy stanem skóry w różnych jednostkach chorobowych a stanem psychicznym pacjentów. Istnienie takich związków stwierdzono dotychczas w różnych jednostkach chorobowych, w tym także w łuszczycy. Według licznych autorów (1, 33, 39) łuszczyca należy do chorób skóry, w których występują zaburzenia psychofizjologiczne, to znaczy obserwowana jest zależność pomiędzy wystąpieniem lub zaawansowaniem zmian skórnych a stanem psychicznym pacjenta. Stan psychiczny pacjenta, w szczególności doświadczany przez niego stres, przeżywane konflikty czy wewnętrzne napięcia, prowadzą do uruchomienia niekorzystnych zmian fizjologicznych w organizmie, w tym także do zmian patologicznych w obrębie skóry. Do schorzeń tych oprócz łuszczycy, zaliczane są również takie choroby dermatologiczne, jak pokrzywka przewlekła, wyprysk, trądzik, łysienie plackowate, atopowe zapalenie skóry i liszaj płaski Wilsona.

UDZIAŁ STRESU W GENEZIE ŁUSZCZYCY

Najczęściej w literaturze porusza się zagadnienie zależności między pojawieniem się i nasileniem łuszczycy a stresem. Najogólniej, stres rozumiany jest jako każde przeciążenie organizmu, które przekracza dotychczasowe zasoby adaptacyjne jednostki i wymaga uruchomienia nowych mechanizmów przystosowaw-

czych w celu odzyskania stanu równowagi. W badaniach nad stresem wyodrębnia się najczęściej trzy jego główne kategorie: stres środowiskowy, fizjologiczny i psychologiczny. W przypadku osób, które mają genetyczną predyspozycję do łuszczycy, aktywizacja każdego z nich może spowodować wystąpienie po raz pierwszy lub zaostrzenie łuszczycy (40).

Stresogennymi czynnikami środowiskowymi mogą być hałas, zanieczyszczenie powietrza, niewłaściwa dieta, palenie papierosów itp. Wiele kategorii stresu środowiskowego w różnym stopniu przyczyniać się może do rozwoju zmian łuszczycowych (36). Stresorami fizjologicznymi mogącymi prowokować wysiewy łuszczycy są choroby i urazy. Przykładem może być często obserwowane zjawisko pojawiania się zmian łuszczycowych po przebytych infekcjach (19) czy po mechanicznych uszkodzeniach naskórka (tzw. efekt Koebnera) (49). Stresorami psychologicznymi wywierającymi wpływ na pojawienie się i przebieg łuszczycy mogą być: depresja, zaburzone relacje społeczne, konflikty rodzinne czy problemy zawodowe (46).

Z fizjologicznego punktu widzenia oddziaływanie stresu psychologicznego na rozwój łuszczycy jest uzasadnione. W ostatnich latach przedmiotem intensywnych poszukiwań badawczych stały się fizjologiczne "ścieżki" prowadzące od mózgu, który stanowi biologiczny substrat wszelkich procesów poznawczych i emocjonalnych przebiegających w stresie, do skóry jako organu "końcowego", w którym skutki stresu mogą się ujawnić.

Do najważniejszych dróg wpływu stresu na patologiczne zmiany w obrębie skóry należą: (1) indukowana stresem dysregulacja osi podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy, (2) immunomodulacja wywołana przez stres oraz (3) aktywowane na drodze nerwowej zaburzenie równowagi neuropeptydów skórnych (31).

W piśmiennictwie istnieje bardzo duża liczba publikacji potwierdzających istnienie zależności pomiędzy stresem psychologicznym a pojawieniem się wysiewu zmian łuszczykowych. Devrimci-Ozguven i wsp. (10) podają, że stres psychologiczny był związany z wystąpieniem zmian chorobowych u 40-80% chorych na łuszczykę. Nyfors i Lemholt (38) ocenili, że w 45% przypadków łuszczyca nasila się w wyniku stresu psychicznego i infekcji. Znaczenie tych czynników zwiększa się gwałtownie w przypadku dzieci, które są bardziej podatne na działanie bodźców środowiskowych. Wśród 245 przebadanych przez nich dzieci chorych na łuszczykę, stres zaostrzał przebieg choroby u 90%. Farber i wsp. (11) zbadali w Stanach Zjednoczonych 2144 pacjentów, z których 40% stwierdziło, że łuszczyca pojawiała się w okresie, gdy przeżywali zmartwienia, a 37% donosiło, że choroba pogarszała się w takich okresach. W innym badaniu epidemiologicznym 5600 chorych na łuszczykę Farber i wsp. (12) stwierdzili, że 30% pacjentów wyrażało przekonanie, iż zmartwienia prowokowały u nich wysiewy zmian skórnych.

Ostatnie badania wskazują, że zależność między stresem a powstawaniem zmian łuszczykowych jest nieco bardziej złożona niż wcześniej sądzono. Badania nad częstością występowania wydarzeń stresowych nie potwierdzają, aby występowały one częściej w grupie chorych na łuszczykę niż w innych grupach. Harrison i wsp. (29) wykazali, że 47 badanych przez nich pacjentów z łuszczyką nie doświadczyło istotnie więcej stresowych wydarzeń życiowych niż grupa 51 pacjentów z innymi chorobami skóry. Badania Arnetza i wsp. (2, 3) wykazują, że chorzy na łuszczykę eksperymentalną sytuację stresową oceniają jako bardziej stresującą niż grupa kontrolna osób zdrowych lub chorych z atopowym zapaleniem skóry. Wydaje się zatem, że samo wystąpienie wydarzeń stresowych nie musi być specyficznie związane z powstawaniem zmian łuszczykowych.

Wyniki badań Harrisona i wsp. (29) wskazują, że mimo, iż chorzy na łuszczykę nie doświadczali więcej wydarzeń stresowych, to jednak ujawnili tendencję do spostrzegania tych wydarzeń jako bardziej stresujących niż grupa kontrolna i cechowali się istotnie mniejszymi umiejętnościami radzenia sobie ze stresem. Dane te świadczą, że nie samo wystąpienie i liczba negatywnych wydarzeń życiowych, lecz sposób ich percepcji i radzenia sobie ze stresem może mieć związek z wysiewami łuszczyki, co wydaje się zgodne z twierdzeniami współczesnych psychologicznych koncepcji stresu.

Dodatkowym czynnikiem komplikującym relacje między stresem a łuszczyką jest fakt, że chociaż w znaczącej grupie chorych stres poprzedza wysiewy łuszczyki, to jednak istnieje również część chorych,

którzy nie spostrzegają takiego związku. W tym kontekście interesujące wydają się badania Gupty i wsp. (26), w których wykazano, że chorzy na łuszczykę nie stanowią grupy jednorodnej w sposobie reagowania na stres. Pacjenci, którzy deklarowali, że stres zaostrza u nich objawy łuszczyki (52%) znacznie silniej ujawniali cechy, które mogą utrudniać im skuteczne radzenie sobie ze stresem (podatność na aprobatę społeczną, ukrywanie gniewu) niż pacjenci, którzy deklarowali brak związku między stresem a przebiegiem łuszczyki (48%). Ponadto chorzy odczuwali codzienny stres związany z łuszczyką jako silniejszy niż druga grupa, co może sugerować występowanie u nich ogólnej tendencji do percepcji różnych sytuacji jako bardziej stresujących. Pacjenci z grupy, która silnie reaguje na stres różnili się również od chorych z drugiej grupy klinicznymi parametrami choroby: istotnie większą ogólną ciężkością choroby, częstszymi wysiewami zmian łuszczykowych, występowaniem zmian w widocznych obszarach ciała (twarz, ręce, szyja, głowa) oraz większym nasileniem świądu.

Wydaje się, że w dalszych badaniach nad zależnościami między stresem a łuszczyką należy uwzględnić różnice indywidualne między chorymi w sposobie reagowania na stres. Być może pozwoli to na uchwycenie faktycznych zależności, które mogą ulegać zafałszowaniu wówczas, gdy grupę chorych na łuszczykę traktuje się jako grupę jednorodną.

ŁUSZCZYCA JAKO ŹRÓDŁO STRESU

W poprzednim paragrafie przedstawiono wyniki badań wskazujące na udział czynników psychologicznych, w szczególności stresu, w etiologii łuszczyki. Wielu autorów zaznacza jednak, że samo pojawienie się i konieczność życia z tą przewlekłą chorobą stanowi dla pacjenta istotne źródło stresu, a zależności między łuszczyką a stresem mają dwukierunkowy charakter (5, 20). Liczne doniesienia wskazują, iż nie tylko stres wpływa na powstawanie łuszczyki, ale także życie z łuszczyką stanowi silne źródło specyficznego stresu (*psoriasisrelated stress*).

Skóra jest narządem najbardziej eksponowanym wobec świata zewnętrznego, przez który jednostka jest spostrzegana przez otoczenie społeczne. W kontekście społecznym skóra spełnia liczne funkcje psychologiczne (9). Łuszczyca musi być więc traktowana jako choroba, która zaburza skórę nie tylko na poziomie fizjologicznym i morfologicznym, lecz jednocześnie narusza jej funkcje psychologiczne, utrudniając bądź uniemożliwiając osobie chorej realizację wielu istotnych potrzeb. Stres związany z łuszczyką wiąże się więc z zakłóceniem możliwości prawidłowej realizacji psychologicznych funkcji skóry. W zakresie odbioru bodźców łuszczyca staje się źródłem wielu przykrych doznań, takich jak świąd, ból, pieczenie czy nadwrażliwość skóry (50). Narusza także funkcję komunikacyjną skóry sprawiając, że inni ludzie mogą unikać kontaktu fizycznego z osobą chorą lub też sam chory unika takiego kontaktu z obawy przed negatywnymi reakcjami innych ludzi, co może wywierać znaczący wpływ na stan psychiczny

chorego. Zaburzenie funkcji estetycznej, którą pełni skóra, przyczynia się u chorych na łuszczycę do nasilonego lęku przed negatywną oceną ze strony innych (35), poczucia odrzucenia i stygmatyzacji (18) oraz niekorzystnego obrazu siebie, zwłaszcza jeśli wykwyty łuszczycowe występują na obszarach ciała ważnych dla samooceny, takich jak twarz czy okolice genitalne. Łuszczycyca zaburzać może także funkcje seksualne, w które zaangażowana jest skóra. W badaniach Gupty i wsp. (25) 40,8% pacjentów z łuszczycą deklarowało, że choroba wpłynęła na zmniejszenie ich aktywności seksualnej.

Niektórzy autorzy podkreślają, że spowodowane chorobą zaburzenia w realizowaniu psychologicznych funkcji skóry można i należy ujmować w kategoriach niesprawności lub niepełnosprawności (*disability* lub *handicap*) (13). Ryan (45) proponuje wprowadzenie jeszcze jednego terminu: niewydolność skóry (*skin failure*). Nie istnieje w powszechnym dermatologicznym użyciu odpowiednik takich terminów jak niewydolność serca czy nerek. Najpowszechniejszą w dermatologii niewydolnością funkcji skóry jest zaburzenie jej wyglądu, z czego wynika utrudnienie komunikacji z innymi, a często odrzucenie. Skóra jest łatwo dostępna i jej choroby są często dostrzegane. Sytuacja jest zupełnie inna w przypadku organów wewnętrznych, których choroby nie są bezpośrednio widoczne (45). Tymczasem niewydolność funkcji skóry, winna być oceniana na równi z niewydolnością innych narządów i brana pod uwagę w planowaniu terapii. Wyniki badań porównawczych wskazują, że jakość życia osób chorych na łuszczycę jest nie tylko istotnie niższa niż w populacji ogólnej (48), lecz również, że jej obniżenie jest porównywalne bądź większe niż obniżenie obserwowane w innych poważnych chorobach, takich jak niewydolność mięśnia sercowego, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba reumatyczna czy depresja (42).

Przewlekły przebieg łuszczycy sprawia, że stres związany z chorobą jest obecny na co dzień w życiu chorych w postaci dolegliwości fizycznych, negatywnych emocji, przykrych doświadczeń w sytuacjach społecznych, utrudnień w pracy zawodowej, poczucia osobistej dewaluacji, problemów w kontaktach interpersonalnych i pożyciu intymnym oraz licznych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Ocenie i opisowi różnych aspektów stresu związanego z łuszczycą poświęcono wiele badań (np. 14, 18).

W związku z tym, iż trudności i problemy wiążące się z łuszczycą uwidaczniają się najwyraźniej w kontekście społecznym, wielu autorów określa stres związany z łuszczycą jako stres psychospołeczny (17). Gupta i wsp. (21) opisują stres związany z łuszczycą jako długotrwały, nawrotowy stres o niskim natężeniu, powstający na skutek konieczności życia z przewlekłą, zniekształcającą kosmetycznie chorobą. Stanowi on znaczący składnik codziennego stresu osoby chorej i wynika przede wszystkim: 1) ze zniekształcenia wyglądu i wiążącego się z tym poczucia naznaczenia (stygmatyzacji) oraz 2) z fizycznych uciążliwości choroby i jej leczenia. Autorzy ci podkreślają, że stres związany z łuszczycą nie tylko istotnie obniża jakość

życia chorych, ale może mieć również istotne znaczenie dla przebiegu choroby. Większość badań wiązało genezę łuszczycy z ważnymi stresującymi wydarzeniami życiowymi, jednakże konieczność codziennego życia z łuszczycą, oznacza nieustanne funkcjonowanie w sytuacji psychospołecznego stresu, co może mieć większe znaczenie dla przebiegu choroby niż jednorazowy, silny, lecz krótkotrwały stres, który mógł ją zainicjować.

WPŁYW ŁUSZCZYCY NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Dane publikowane w najnowszych pracach pogłębiają wiedzę na temat obniżenia jakości życia u chorych z łuszczycą (43).

Wiadomym jest fakt, że znaczna część chorych na łuszczycę zgłasza uczucie świądu, ból fizyczny, stres emocjonalny, obciążenie ekonomiczne, większość pacjentów zmuszonych jest także do wielokrotnych zabiegów leczniczych i natłuszczenia skóry, co powoduje stratę czasu. Powszechnie wiadomo, że wielu chorych jest społecznie odrzucanych, ukrywa swoją chorobę bądź też ma okresowe przerwy w pracy zawodowej. Ginsburg i wsp. (18) opisują wśród uczuć wymienianych przez chorych cechy poczucia stygmatyzacji, takie jak wrażliwość na opinię innych, antycypację odrzucenia przez innych, poczucie bycia wybrakowanym, poczucie winy i wstydu, przekonanie o konieczności utrzymywania choroby w tajemnicy przed innymi oraz doświadczanie od innych pewnych niepożądanych uczuć pozytywnych (np. litość, współczucie). Chorzy na łuszczycę "pokutują" za archaiczne przekonania, gdzie łuszczycyca była uważana za postać trądu. Niezbyt znany jest fakt, że niezróżnicowanie diagnostyczne między trądem i łuszczycą utrzymywało się aż do XIX wieku. Dopiero w 1841 r. z rozważań nad łuszczycą wyłączono trąd (44).

Łuszczycyca stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny na całym świecie, dokładnie szacowany w USA, gdzie wiadomo jest, że koszty leczenia wynoszą w ciągu roku 2-3 miliardów dolarów (32). Nie jest wiadome, jakie są koszty leczenia łuszczycy w Polsce.

Coraz częściej stosuje się obecnie skale do oceny wpływu łuszczycy na jakość życia pacjentów. Należą do nich między innymi Dermatology Life Quality Index (DLQI) (4), Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI) (15,21) czy Skindex (8,47). Skale jakości życia obejmują swoim zakresem wpływ łuszczycy na fizyczne, społeczne, psychologiczne i zawodowe funkcjonowanie pacjenta. Pojawiają się także liczne prace naukowe dotyczące nowych obszarów w badaniach chorych na łuszczycę, w tym jakości życia w sytuacji choroby (23, 24). Stosowane są również inne skale, takie jak Skala Satysfakcji Życiowej (Life Satisfaction Scale - LSS), Skala Kontroli Emocji (Cortauld Emotional Control Scale - CECS) czy Skala Satysfakcji z Wizerunku Ciała (Body Image Satisfaction Scale - BIS) (10).

DEPRESJA W ŁUSZCZYCY

W związku z tym, że łuszczycyca znacząco negatywnie wpływa na jakość życia pacjentów, wielu autorów zwraca uwagę, że prowadzi to do podwyższenia

wskaźników depresji w tej grupie chorych. Związek depresji z łuszczycą wydaje się mieć charakter dwukierunkowy. Depresja może być pierwotna lub wtórna w stosunku do łuszczycy, ponadto obydwa schorzenia mogą wzajemnie modulować swój przebieg: poprzedzać wystąpienie pierwszych objawów, indukować kolejne nawroty i zaostrzenia. Znana jest również rola stresujących doświadczeń życiowych jako jednego z czynników wywołujących wiele schorzeń, w tym depresję i łuszczycę.

Wyniki różnych badań wskazują na częstsze w porównaniu do populacji ogólnej i do pacjentów ze schorzeniami somatycznymi, występowanie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów dermatologicznych (17, 40). Devrimci-Ozguven i wsp. (10) w badaniu obejmującym 50 pacjentów z łuszczycą i 50-osobową grupę kontrolną stwierdzili znacznie wyższy stopień nasilenia depresji u pacjentów łuszczycowych niż w grupie kontrolnej. Uzyskane wyniki w Inwentarzu Depresji Becka korelowały dodatnio z natężeniem objawów łuszczycy, natomiast ujemnie z czasem trwania choroby, co być może jest rezultatem w dużej mierze związanym z przystosowaniem się i nauczeniem się radzenia sobie z psychospołecznymi skutkami choroby. Zaobserwowano również, że ryzyko zachorowania na łuszczycę znacznie wzrasta u pacjentów z umiarkowaną lub nasiloną depresją.

W badaniach polskich (30) średni wynik w Inwentarzu Depresji Becka w grupie 32 ambulatoryjnych pacjentów z łuszczycą wyniósł 12,6, a wyniki mieszczące się w obszarze diagnostycznym dla depresji (powyżej 11 punktów) stwierdzono u 41 % badanych. Również w badaniach polskich podobny wynik uzyskali Łoza i wsp. (37). Stwierdzili oni, że w momencie rozpoczęcia leczenia średni wynik Inwentarza Depresji Becka w grupie 40 hospitalizowanych pacjentów z łuszczycą wyniósł 12,1.

Depresja oraz wyższa ocena stopnia nasilenia łuszczycy przez samego pacjenta mogą skutkować pojawieniem się myśli i tendencji samobójczych. W badaniu Gupty i wsp. (22) oceniającym częstość występowania depresji i myśli samobójczych w grupie 217 pacjentów z łuszczycą, 9,7% pacjentów przyznało się do pragnienia śmierci, a 5,5% do aktywnych myśli samobójczych w czasie trwania badania. Badania wykazują ponadto, że stopień nasilenia depresji jest proporcjonalny do natężenia świadku, a zmniejszenie świadku wiąże się ze zmniejszeniem natężenia depresji. Wyniki te wskazują, że próg odczuwania świadku pozostaje w ścisłej korelacji z objawami depresji, czyli że obecność depresji może obniżać próg dla świadku (27).

Jednym z najbardziej uderzających wyników w badaniu Rappa i wsp. (41) obejmującym 317 pacjentów było stwierdzenie dużej częstości występowania myśli samobójczych wśród pacjentów z łuszczycą. Jedna czwarta wszystkich badanych, jeden raz w swoim życiu przeżywała pragnienie śmierci z powodu choroby, 8% nadal myślało, że nie warto żyć z powodu łuszczycy, a dla 1,6% łuszczyca była powodem próby okaleczenia, bądź targnięcia się na życie. Co ważne, Gupta i wsp. (28) wykazali, że z większym nasileniem objawów depresyjnych u chorych na łuszczycę wiąże się poczucie deprywacji dotyku społecznego.

CAŁOŚCIOWA TERAPIA ŁUSZCZYCY

Skuteczne leczenie łuszczycy jest nie spełnionym marzeniem wszystkich lekarzy zajmujących się tą grupą chorych. Jednakże, w leczeniu chorych na łuszczycę, niezwykle ważne jest, by nie ograniczać się jedynie do farmakoterapii. Problemy psychologiczne wielu chorych na łuszczycę, ich poczucie wyobcowania i odrzucenia zwróciły uwagę lekarzy na celowość psychoterapii jako dodatkowej wspomagającej formy leczenia. Za zasadne uważa się w przypadkach gdzie zdiagnozowano stres jako czynnik wyzwalający - "trigger factor", jego usuwanie bądź ograniczanie. Istotne są także wysiłki zmierzające do niwelowania stresu spowodowanego wystąpieniem procesu chorobowego. Często doświadczeni lekarze kojarzą leczenie farmakologiczne ze wsparciem psychologicznym. Czasami hospitalizacja eliminując stresor prowokujący chorobę jest już wystarczająca do osiągnięcia poprawy w stanie skóry (34).

W łuszczycy znalazły zastosowanie różne techniki psychoterapeutyczne: psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, trening biofeedback, medytacja, metody relaksacyjne, trening autogenny, hipnoza, wizualizacja (16, 40). Często chorzy na łuszczycę zakładają rodziny z innymi chorymi na łuszczycę, ponieważ znajdują w nich więcej wsparcia aniżeli u partnerów ze zdrową skórą. Szukają także pomocy u innych chorych z doświadczeniami w leczeniu, w związku z tym zakładają stowarzyszenia chorych. Pierwsze grupy samopomocy zaczęły powstawać w Stanach Zjednoczonych (40). Podobne stowarzyszenie powstało jako pierwsze w Polsce w Lublinie w 1990 roku.

Borzęcki i wsp. (6) podkreślają fakt konieczności bliższych kontaktów psychologicznych pomiędzy pacjentami a lekarzami i pielęgniarkami aniżeli w innych chorobach skóry. Chorzy na łuszczycę wydają się należeć do pacjentów "szczególnej troski" wśród chorych dermatologicznych.

Z pewnością w całościowej terapii łuszczycy celowe jest szerzenie oświaty i tolerancji dla chorych na łuszczycę wśród społeczeństwa, studentów i innych chorych. Łuszczyca nie jest chorobą zakaźną. Braun-Falco (7) wspomina w rozdziale dotyczącym leczenia łuszczycy o leczeniu za pomocą zwykłego uścisku dłonią czy też dotknięciu skóry pacjenta. Dotykanie skóry pacjenta ma znaczenie wychowawcze dla studentów, innych pacjentów czy też członków rodzin. Oznacza ono akceptację pacjenta, jego osobowości, jego skóry, oznacza, że łuszczycą się nie zakaża, czynność ta ma niezwykle znaczenie wychowawcze. Grupy wsparcia są pomocne także dla dzieci chorych na łuszczycę i ich rodziców, aczkolwiek należy pamiętać o możliwości dziedziczenia choroby przez następne pokolenia, o czym powinno się poinformować rodziców. Istotne jest uczenie ich tolerancji, nauczenie technik służących redukcji doświadczanego stresu (40).

Lekarze dermatolodzy powinni zwracać szczególną uwagę na niską samoocenę i niską samoakceptację chorych i być szczególnie wyczuleni na "cieplejszy kontakt" aniżeli z innymi grupami chorych. Chorych

należy z wyczuciem i umiejętnie informować o przebiegu, leczeniu, rokowaniu i profilaktyce w łuszczycy; wydaje się, że należy unikać przesadnego akcentowania szczególnej przewlekłości czy niemożności osiągnięcia trwałej poprawy stanu klinicznego, a raczej w umiejętny sposób podtrzymywać chorych na duchu pamiętając także o leczeniu klimatycznym i balneologicznym. Czasami dokładne zebranie wywiadu okazuje się być pomocne w poprawieniu skuteczności leczenia. W niektórych przypadkach zasadne jest skierowanie pacjenta do psychologa lub psychiatry.

Piśmiennictwo

- Al'Abadie M.S., Kent G.G., Gawkrödger D.J.: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology* 1994, 130:199-203.
- Arnetz B.B., Fjellner B., Eneroth P., Kallner A.: Stress and psoriasis: Psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. *Psychosomatic Medicine* 1985, 47:528-541.
- Arnetz B.B., Fjellner B., Eneroth P., Kallner A.: Endocrine and dermatological concomitants of mental stress. *Acta Dermato-Venereologica* (Stockholm) 1991, 156 (Suppl), 9-12.
- Badia X., Mascaró J.M., Lozano R.: Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. *British Journal of Dermatology* 1999, 141: 698-702.
- Barankin B., DeKoven J.: Psychosocial effect of common skin diseases. *Canadian Family Physician* 2002,48: 712-716.
- Borzęcki A., Cielica B.: Psychologiczne aspekty w łuszczycy. *Nowa Medycyna* 2002, 3:40-42.
- Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.C.: *Dermatologia*, Wydawnictwo Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2000, 557-583.
- Chren M.-M., Lasek R.J., Flocke S.A., Zyzanski S.J.: Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Archives of Dermatology* 1997, 133: 1433-1440.
- Czubalski K.: Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty chorób skóry a postępowanie lekarza dermatologa. W: M. Jarosz (red.) *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL 1988, 453-459.
- Devrimci- Ozguven H., Kundakci N., Kumbasar H., Boyvat A.: The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J EADV* 2000, 14:267-271.
- Farber E.M., Bright R.D., Nall L.M.: Psoriasis: A questionnaire survey of 2144 patients. *Archives of Dermatology* 1968, 98:248-259.
- Farber E.M., Nall L.M.: The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica* 1974, 148:1-18.
- Finlay A.Y.: Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *British Journal of Dermatology* 1997,136:305-314.
- Finlay A.Y., Coles E.C.: The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology* 1995, 132:236-244.
- Fortune D.G., Main C.J., O'Sullivan T.M., Griffiths CEM.: Assessing illness-related stress in psoriasis: The psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *Journal of Psychosomatic Research* 1997,42:467-475.
- Fried R.G.: Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatologic Clinics* 2002, 20: 177-185.
- Fried R.G., Friedman S., Paradis C., Hatch M., Lynfield Y., Duncanson C., Shalita A.: Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *International Journal of Dermatology* 1995, 34; 101- 105.
- Ginsburg I.H., Link B. G.: Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology* 1993,32:587-591.
- Gliński W.: Drobnogrudkowa łuszczycy wysiewna: rola superantygenów bakteryjnych. *Przegląd Dermatologiczny* 2000, 87:55-58.
- Griffiths CEM., Richards H.L. Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology* 2001, 26: 338-342.
- Gupta M.A., Gupta M.K.: The Psoriasis Life Stress Inventory: A preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Dermato-Venereologica* (Stockholm) 1995, 75:240-243.
- Gupta M.A., Gupta A.K.: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology* 1998: 139, 846-850.
- Gupta M.A., Gupta A.K.: Quality of life of psoriasis patients. *J EADV* 2000,14:241-242.
- Gupta M. A., Gupta A. K.: Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J EADV* 2004, 18:560-565.
- Gupta M.A., Gupta A.K.: Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *International Journal of Dermatology* 1997,36:259-262.
- Gupta M.A., Gupta A.K., Kirkby S., Schork N.J., Gorr S.K., Ellis C.N., Voorhees J.J.: A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. A study of 127 patients. *General Hospital Psychiatry* 1989,11:166-173.
- Gupta M.A., Gupta A.K., Schork N.J., Ellis C.N.: Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine* 1994, 56: 36-40.
- Gupta M.A., Gupta A.K., Watteel G.N.: Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychological morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis* 1998, 61 :339-342.
- Harrison P.V., Moore-Fitzgerald L.: Psoriasis, stressful life events and coping skills. *British Journal of Dermatology* 1994, 130:798.
- Janowski K.: Ocena jakości życia u osób chorych na łuszczycę. Lublin, KUL. Niepublikowana praca magisterska. 2000.
- Janowski K.: Stres a patofizjologia procesów łuszczycowych. *Przegląd Dermatologiczny* 2005,93:84-92.
- Kaszuba A., Seneczko F., Trznadel-Budźko E.: Czynniki wywołujące w łuszczycy. *Nowa Klinika* 1998, 5: 703-705.
- Koo J.Y.M., Pham C.T.: Psychodermatology: practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992, 128:381-388.
- Kurwa H.A., Finlay A.Y.: Dermatology in-patient management greatly improves life quality. *British Journal of Dermatology* 1995, 133:575-578.
- Leary M.R., Rapp S.R., Herbst K.C., Exum M.L., Feldman S.R.: Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: Effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychology* 1998, 17:530-536.
- Lut y Frąckiewicz A.: Czynniki środowiskowe wpływające na ujawnienie i przebieg łuszczycy. *Przegląd Dermatologiczny* 2000, 87:169-172.
- Łoza K., Borzęcki A., Cielica B., Łoza B.: Zaburzenia psychosomatyczne w przebiegu łuszczycy. *Nowa Medycyna* 2003, 120:34-37.
- Nylors A., Lemholt K.: Psoriasis in children. A short review and a survey of 245 cases. *British Journal of Dermatology* 1975, 92:437-442.
- O'Sullivan R.L., Lipper G., Lerner E.A.: The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: Relationship of mind and skin. *Archives of Dermatology* 1998, 134:1431-1435.
- Pacan P., Szepietowski J., Kiejna J.: Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy. *Przegląd Dermatologiczny* 2002,89: 401-408.
- Rapp S. R., Exum M. L., Reboussin D. M., Feldman S.R., Fleischer A., Clark A.: The physical, psychological and social impact of psoriasis. *Journal of Health Psychology*. 1997,2: 525-537.
- Rapp S. R., Feldman S. R., Exum M. L., Fleischer A. B., Reboussin D. M.: Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *Journal of American Academy of Dermatology* 1999, 41, 3, part 1 :401-407.
- Rapp S.R., Cottrell C.A., Leary M.R.: Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology* 2001,145: 610-616.
- Roenigk H.H. Jr.: Skin manifestations of psoriasis and eczematous psoriasis: maturation [w:] *Psoriasis*. H.H. Roenigk, Jr.,

- Maibach HI (red.) Marcel Dekker, Inc., New York 1998, 3-11. 45. Ryan T.J.: Disability in dermatology. *British Journal of Hospital Medicine* 1991,46:33-36.46. SaezRodriguez M., Noda-Cabrera A., Alvarez-Tejera S., Guimera-Martin-Neda F., Dorta-Alom S., Escoda-Garcia M., Fagundo-Gonzalez R., Garcia-Montelongo R., Garcia-Bustinduy M.: The role of psychological factors in palmoplantar pustulosis. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology* 2002, 16:325-327.47. Steuden S., Janowski K.: Zastosowanie kwestionariusza Skindex do pomiaru jakości życia u pacjentów z łuszczycą. *Przegląd Dermatologiczny* 2001,88:41-48.48. Wahl A., Loge J.H., Wiklund 1., Hanestad B.R.: The burden of psoriasis: A study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *Journal of American Academy of Dermatology* 2000, 43:803-808. 49. Weiss G., Shemer A., Trau H.: The Koebner phenomenon: review of the literature. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology* 2002, 16:241-248. 50. Whitlock FA: The psychophysiology of skin disorders. [w:] D.G. Byrne, R.C. Glenn (red.) *Behavioral medicine. International perspectives. Vol. 1. Developments in clinical psychology*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation. 1992: 217-241.

otrzymano / received 13.09.2005

zaakceptowano / accepted 06.03.2006

• Aldona Pietrzak

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii

Dziecięcej AM w Lublinie

ul. Radziwiłłowska 13, 20-080 Lublin

tel. (81) 532-36-47

e-mail: bpietrzak@farmaneth.com.pl