

Tomasz HAWRO<sup>1</sup>  
 Joanna MINISZEWSKA<sup>2</sup>  
 Jan CHODKIEWICZ<sup>2</sup>  
 Anna SYSA-JĘDRZEJOWSKA<sup>1</sup>  
 Anna ZALEWSKA<sup>1</sup>

## Lęk i depresja, a wsparcie społeczne u chorych na łuszczycę

Anxiety, depression and social support in patients with psoriasis

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
 Kierownik:  
 Prof. dr hab. Anna Syssa-Jędrzejowska

<sup>2</sup>Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego  
 Kierownik: Prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik

### Dodatkowe słowa kluczowe:

łuszczycyca  
 lęk  
 depresja  
 wsparcie społeczne  
 zaburzenia nastroju  
 psychodermatologia

### Additional key words:

psoriasis  
 anxiety  
 depression  
 social support  
 mood disorder  
 psychodermatology

Praca finansowana z funduszu prac własnych (nr 502-11-353) oraz statutowych (503-1019-1) UM w Łodzi

Pacjenci dermatologiczni prezentują istotnie wyższy odsetek różnorodnego rodzaju zaburzeń sfery psychicznej w stosunku do populacji ogólnej. Celem pracy była analiza związków pomiędzy poziomem lęku, depresji oraz wsparciem społecznym u chorych na łuszczycę. Badania przeprowadzono w grupie 32 pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi z powodu łuszczycy zwyczajnej. W pracy zastosowano kwestionariusz do oceny lęku i depresji (HADS – the Hospital Anxiety and Depression Scale) oraz kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego (SOZU – Soziale Unterstützung). Ocenę ciężkości procesu chorobowego w łuszczycy przeprowadzono w oparciu o skalę PASI. Stwierdzono istotnie bardziej nasilony poziom lęku i depresji u osób starszych. Ponadto mniejsze nasilenie depresji obserwowano u osób z dodatnim łuszczycowym wywiadem rodzinnym. Poziom lęku korelował dodatnio z nasileniem zmian skórnych, poziomem świądu a także dłuższym czasem trwania choroby. Wykazano również ujemną korelację pomiędzy zarówno poziomem lęku, jak i depresji a wsparciem społecznym. W oparciu o uzyskane wyniki można wnioskować, że grupy wsparcia powinny być zwłaszcza organizowane dla chorych na łuszczycę w wieku podeszłym z ujemnym łuszczycowym wywiadem rodzinnym.

Dermatological patients present significantly more psychological disturbances of various types than the general population. The aim of the present study was to analyze anxiety and depression in relation to social support in psoriasis patients. The study was performed on a group of 32 psoriasis vulgaris in-patients of the Department of Dermatology, Medical University of Łódź. The following questionnaires were employed: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Social Support Questionnaire (SOZU – Soziale Unterstützung). Psoriasis severity was evaluated by Psoriasis Area and Severity Index (PASI). Elderly psoriatic patients presented significantly higher levels of both anxiety and depression. Moreover, lower depression levels were observed in patients with positive psoriatic family history. Furthermore, there was a positive correlation between anxiety level and cutaneous lesions severity, pruritus severity and longer disease duration. Additionally, there was a negative correlation between both anxiety and depression levels and social support. In conclusion, support groups should primarily be organized for elderly psoriatic patients with negative psoriatic family history.

### Wstęp

Łuszczycyca jest przewlekłą chorobą skóry, dotykającą około 2% populacji europejskiej, z tą samą zapadalnością dla obu płci. Choć istnieją różnice jej rozpowszechnienia w różnych populacjach na świecie, zauważono, że zmiana modelu życia na tzw. zachodni wiąże się ze wzrostem zachorowań. Pacjenci skarżą się na wiele dolegliwości, które mają niewątpliwy wpływ na jakość ich życia. Najczęstszą skargą jest świąd, którego występowanie u pacjentów z łuszczycą według jednego z ostatnich badań jest szacowane na około 64% [29]. Wyniki wielu innych prac potwierdzają, że świąd jest dominującą skargą u pacjentów z łuszczycą [31]. Znaczącą rolę w rozwoju łuszczycy

odgrywa podłoże genetyczne. Jednocześnie coraz więcej wiadomo o mechanizmach immunologicznych, leżących u podłoża tej choroby. Wiedza ta przekłada się na opracowanie nowych substancji leczniczych, tak zwanych terapii biologicznych, niestety niedostępnych do tej pory szerszej grupie pacjentów, ze względu na wysoki koszt kuracji. Podkreśla się rolę czynników infekcyjnych (wirusy HPV) w wyzwalaniu zmian chorobowych. Ostatnio badacze coraz większą uwagę zwracają także na rolę układu nerwowego w patogenezie łuszczycy. Już dawno zauważono, że stres psychologiczny nasila i zaostrza przebieg wielu dermatoz. W łuszczycy ten wpływ szacowano na 40-80% przypadków [2,13,14]. Poszukując

Adres do korespondencji:  
 Dr n. med. Anna Zalewska  
 Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
 94-017 Łódź, ul. Krzemieniecka 5  
 Tel.: 042 6867981; Fax: 042 6884565  
 e-mail: zalewska@csk.umed.lodz.pl

wyjaśnienia tego zjawiska bada się rolę neuropeptydów w wywoływaniu zmian skórnych. Jednocześnie należy oczekiwać, że choroba o tak przewlekłym przebiegu, słabo poddająca się leczeniu i dotycząca tak ważnego dla społecznego funkcjonowania człowieka narządu, jakim jest skóra będzie miała niebagatelny wpływ na stan psychiczny osób nią dotkniętych. Wiele badań zgodnie wskazuje na istotnie wyższe rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych i lękowych w grupie pacjentów z łuszczycą, w porównaniu zarówno do populacji ogólnej, jak i do innych pacjentów dermatologicznych, dotycząc odpowiednio 24-44% i 35-58% chorych na łuszczycę [15,18,32].

Wsparcie społeczne okazuje się być ważnym czynnikiem ochronnym w sytuacjach stresowych [7]. Tymczasem wskazuje się na negatywny wpływ łuszczycy na relacje społeczne chorych [20,26] i obserwuje obniżony poziom wsparcia społecznego u pacjentów z łuszczycą jak również nieprawidłowe mechanizmy poszukiwania wsparcia [23].

Celem pracy było określenie zależności pomiędzy wsparciem społecznym, nasileniem zmian łuszczycowych, świadem oraz występowaniem choroby w rodzinie, a poziomem odczuwanego przez pacjenta lęku i depresyjnych zaburzeń nastroju.

#### Material i metody

Badaniami objęto 32 osoby z rozpoznaniem łuszczycy zwyczajnej, leczone w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w wieku od 32 do 48 lat (średnia  $\pm$  SD: 36,81 $\pm$ 9,24). Pacjenci zostali poddani badaniu w chwili zgłoszenia się do Kliniki, przed rozpoczęciem leczenia. Średni czas trwania choroby wahał się od 1 do 32 lat (średnia  $\pm$  SD: 13 $\pm$ 9,61). 12 osób nie posiadało stałego partnera (37,50%), 20 posiadało (62,50%). Nasilenie choroby, wyrażone wskaźnikiem PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) wynosiło średnio 8,55 (min. 2,5; max 21,60; SD= 5,41).

Subiektywne odczucie świadku, szacowane w skali od 0-10 wyniosło średnio 4,75 (min. 0, max. 10, SD= 2,97).

Charakterystykę pacjentów podano w tabeli I.

**PASI (Fredriksson i Pettersson 1978)** jest skalą ciężkości łuszczycy, opartą na ilościowej ocenie trzech charakterystycznych składowych zmian łuszczycowych: rumienia, nacieczenia (zgrubienia i szwardnienia), złuszczenia w skali od 0-4 oraz powierzchni zajętej przez zmiany chorobowe w skali 0-6 [10]. Wyniki mieszczą się w zakresie od 0 do 72. Mimo że bywa krytykowana, pozostaje najbardziej rozpowszechnioną miarą nasilenia łuszczycy.

**HADS – The Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond i Snaith, 1983)** została opracowana jako narzędzie do rozpoznania i ilościowej oceny dwu najczęściej występujących wśród pacjentów cierpiących na schorzenia somatyczne, zaburzeń psychicznych: lęku i depresji [35]. Autorzy ograniczyli się zaledwie do 14 punktów, co czyni skalę łatwą do zastosowania, a jednocześnie akceptowalną nawet przez poważnie chorego pacjenta. Z drugiej strony pominięto pewne aspekty skarg somatycznych, mogących wynikać z choroby podstawowej, unikając fałszywie dodatnich wyników w tej specyficznej grupie. Od czasu opublikowania stosowano ją w kilkuset badaniach klinicznych na całym świecie, potwierdzając jej dobre właściwości psychometryczne [3,16]. Na każde z pytań można udzielić jednej z czterech odpowiedzi. Jako punkt odliczenia zarówno dla lękowych jak i depresyjnych zaburzeń nastroju przyjęto 10. Stany określane jako graniczne mieściły się w przedziale od 8 do 10 punktów. Polska wersja skali została opracowana przez Majkowicza i wsp [21].

**Tabela I**  
Charakterystyka badanej grupy.  
Characteristics of the examined group.

| n=32                      | n  | %     |
|---------------------------|----|-------|
| Płeć                      |    |       |
| Kobiety                   | 16 | 50    |
| Mężczyźni                 | 16 | 50    |
| Wykształcenie             |    |       |
| Podstawowe                | 10 | 31,5  |
| Zawodowe                  | 18 | 56,25 |
| Średnie                   | 14 | 12,50 |
| Stan cywilny              |    |       |
| Wolny                     | 12 | 37,50 |
| Zamężna/zamężny           | 14 | 43,75 |
| Związek pozamałżeński     | 2  | 6,25  |
| Rozwodnik/rozwódka        | 4  | 12,50 |
| Liczba posiadanych dzieci |    |       |
| Brak                      | 16 | 50    |
| 1                         | 12 | 37,50 |
| 2                         | 2  | 6,25  |
| 3                         | 2  | 6,25  |

**Kwestionariusz wsparcia społecznego (SOZU – Soziale Unterstützung; Sommer i Fydrich, 1991)** jest to narzędzie, używane w badaniach klinicznych w Niemczech [12]. W Polsce stosowana jest adaptacja opracowana przez Juczynskiego (*Juczynski, Ogińska-Bulik, 2005*). Jest narzędziem do oceny otrzymywanego i spodziewanego wsparcia społecznego w trzech kategoriach: wsparcia emocjonalnego, rozumianego jako ocena odczuwanej akceptacji ze strony innych, empatii i okazywania współczucia; wsparcia praktycznego w postaci pomocy w codziennych problemach i wreszcie integracji społecznej definiowanej jako posiadanie kręgu przyjaciół, znajomość osób podzielających podobne zainteresowania, współpraca z innymi. Podstawę teoretyczną kwestionariusza stanowią koncepcje: Barrera – zgodnie, z którą wsparcie społeczne to spostrzeganie lub antycypowane wsparcie ze strony innych ludzi oraz kognitywne koncepcje *Cobba* – wsparcie społeczne ujmowane jako wynik interakcji zachodzącej między jednostką, a otoczeniem. Kwestionariusz w wersji skróconej zawiera łącznie 22 stwierdzenia. Osoba badana ma określić, na pięciopunktowej skali, w jakim stopniu się z nimi identyfikuje. Suma wszystkich punktów jest miarą ogólnego poziomu wsparcia społecznego [19].

**Subiektywne odczucie świadku: Visual analog scale (VAS)** szacowany przez pacjenta średni poziom świadku w okresie ostatnich 4 tygodni na skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak świadku, a 10 maksymalny, jaki pacjent sobie może wyobrazić. Pacjent zaznacza poziom świadku na skali analogowej, gdzie wartości 1 odpowiada długość 1 cm. Wynik jest oceniany przez pomiar linią [4].

#### Analiza statystyczna

Do obliczeń statystycznych wykorzystano program Statistica 6.0. W celu określenia istotnych różnic między zmiennymi zastosowano test *t-Studenta*. Do ustalenia współzależności między zmiennymi zastosowano współczynniki korelacji. Celem wyznaczenia predyktorów lęku i depresji zastosowano analizę regresji wielokrotnej.

#### Wyniki

Rozpowszechnienie depresyjnych i lękowych zaburzeń nastroju w badanej populacji.

Zarówno depresyjne jak i lękowe zaburzenia nastroju w badanej grupie stwierdzono u 28,12% pacjentów (tabela II i III).

**Tabela II**  
Depresyjne zaburzenia nastroju.  
Depressive mood disorder.

|                       | Liczba osób | % badanych |
|-----------------------|-------------|------------|
| Bez odchyień          | 14          | 43,76      |
| Stany graniczne       | 9           | 28,12      |
| Zaburzenia depresyjne | 9           | 28,12      |

**Tabela III**

Lęk.  
Anxiety.

|                   | Liczba osób | % badanych |
|-------------------|-------------|------------|
| Bez odchyień      | 12          | 37,50      |
| Stany graniczne   | 11          | 34,37      |
| Zaburzenia lękowe | 9           | 28,12      |

**Tabela IV**

Zależności między wiekiem, a lękiem i depresyjnymi zaburzeniami nastroju.

Correlation between age, anxiety, and depressive mood disorder.

|                                | Wiek  |
|--------------------------------|-------|
| Lęk                            | 0,36* |
| Depresyjne zaburzenia nastroju | 0,51* |

\*p<0,05

#### Zmienne socjodemograficzne

W badanej grupie, takie zmienne jak: płeć, wykształcenie, posiadanie dzieci, stan cywilny czy posiadanie stałego partnera nie mają związku z nasileniem lęku i depresji. Natomiast wraz z wiekiem nasila się zarówno lęk jak i depresja (tabela IV).

#### Występowanie łuszczycy w rodzinie, nasilenie choroby, czas trwania i świadku

W badaniach własnych wykazano, że osoby, u których w rodzinie występowała łuszczycza charakteryzują się istotnie mniejszym nasileniem depresji ( $p = 0,03$ ). Różnica dotycząca lęku jest na granicy istotności statystycznej, również w kierunku niższego natężenia lęku u osób z łuszczycą w rodzinie, (tabela V).

W obecnym badaniu stwierdzono, że im bardziej nasilone zmiany chorobowe, większy świadku i dłuższy czas od momentu pojawienia się pierwszych zmian chorobowych tym silniejszy subiektywnie odczuwany lęk. Również objawy depresyjne istotnie dodatkowo korelują z nasileniem zmian łuszczycowych i świadkiem, (tabela VI).

#### Wsparcie społeczne

W badaniach własnych wykazano ponadto, że im większe wsparcie społeczne (zarówno ogólne, jak i poszczególne jego rodzaje, czyli akceptacja ze strony innych ludzi, dzielenie się uczuciami, odciążanie z obowiązków, posiadanie kręgu przyjaciół, podejmowanie wspólnych przedsięwzięć oraz znajomość osób o podobnych zainteresowaniach) tym mniejsze nasilenie subiektywnie odczuwanych objawów depresyjnych u badanych chorych. Z kolei integracja społeczna i ogólne wsparcie społeczne w badanej grupie korelują ujemnie z odczuwanym lękiem – im większe tym mniejszy lęk (tabela VII).

Tabela V

Średnie wyniki lęku i depresji u osób, u których w rodzinie występowała (A) i nie występowała (B) łuszczyca.  
Table V Mean results of anxiety and depression in patients with positive (A) and negative (B) family history of psoriasis.

|                                | A    |      | B     |      | test-T | poziom istotności |
|--------------------------------|------|------|-------|------|--------|-------------------|
|                                | M    | SD   | M     | SD   |        |                   |
| Lęk                            | 8,28 | 3,70 | 11,44 | 5,18 | 1,92   | 0,06              |
| Depresyjne zaburzenia nastroju | 5,86 | 4,24 | 8,88  | 3,30 | 2,20   | 0,03              |

Tabela VI

Współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem łuszczycy (PASI), świadkiem i czasem trwania choroby.

Correlation coefficients between psoriasis severity (PASI), pruritus and disease duration.

|                                | PASI  | Świadek | Czas trwania |
|--------------------------------|-------|---------|--------------|
| Lęk                            | 0,46* | 0,37*   | 0,39*        |
| Depresyjne zaburzenia nastroju | 0,40* | 0,47*   | 0,24         |

p<0,05

Tabela VII

Współczynniki korelacji między wsparciem społecznym, a lękiem i depresyjnymi zaburzeniami nastroju.

Correlation coefficients between social support, depressive mood disorder and anxiety.

|                                | Wsparcie emocjonalne | Wsparcie praktyczne | Integracja społeczna | Wsparcie ogólne |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-----------------|
| Lęk                            | -0,35                | -0,35               | -0,42*               | -0,44*          |
| Depresyjne zaburzenia nastroju | -0,40*               | -0,49*              | -0,56*               | -0,57*          |

p<0,05

Tabela VIII

Wyznaczniki depresji.

Depression determinants.

|                    | R2   | B     | SE B  | Beta  | T      | Ist. T |
|--------------------|------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Wsparcie społeczne | 0,32 | -0,14 | 0,042 | -0,50 | -0,347 | 0,00   |
| Świadek            | 0,46 | 0,82  | 0,28  | 0,59  | 2,90   | 0,00   |
| Wyraz wolny        |      | 13,10 | 4,84  |       | 2,70   | 0,01   |

R2 - współczynnik determinacji wielokrotnej; B - współczynnik Beta; SEB - błąd

Beta - wskaźnik Beta; T - wartość statystyki T

### Wyznaczniki lęku i depresji

Stwierdzono ponadto, że żadna z badanych zmiennych nie wyznacza statystycznie istotnie poziomu lęku w badanej grupie. Odnośnie depresji, dwie zmienne są predyktorami jej natężenia: ogólne wsparcie społeczne i świadek – łącznie wyjaśniają 46% zmienności wyników (tabela VIII).

### Omówienie

W badaniu własnym 28,12% pacjentów wykazywało depresyjne zaburzenia nastroju i dodatkowo w takiego samego odsetka wystąpiły zaburzenia lękowe. Wyniki te są zbliżone z uzyskiwanymi w innych badaniach u pacjentów z łuszczycą, zarówno dla zaburzeń depresyjnych, jak i lękowych [15, 17, 18, 32]. Jednocześnie należy zauważyć, że rozpowszechnienie zarówno lęku, jak i depresyjnych zaburzeń nastroju było w badanej grupie znacznie wyższe niż oceniane w innych pracach dla ogólnej populacji pacjentów dermatologicznych (odpowiednio 11,9 i 9,7%) [1].

Wyższy poziom lęku i depresyjnych zaburzeń nastroju był stwierdzany u pacjentów z większym nasileniem choroby. W innych badaniach nie wykazano podobnej korelacji ani dla lęku, ani dla depresji [18, 33], bądź też wykazywano ją tylko w odniesieniu do depresji [8, 11, 27, 30].

Stwierdzono większe nasilenie lęku i depresji u osób starszych, co jest zgodne z

obserwacjami *Sampogna* i wsp. dla populacji włoskiej, którzy wskazywali na wzrost częstości występowania problemów psychologicznych wraz z wiekiem u pacjentów z łuszczycą [28].

Zastanawiać może z kolei zaobserwowane zjawisko nasilania się, zarówno objawów depresyjnych, jak i lękowych, wraz z czasem trwania choroby, co jest w sprzeczności z tendencją obserwowaną w innych pracach, publikowanych w piśmiennictwie zagranicznym [8, 17]. Jednocześnie brak jest danych dla populacji polskiej. Uzyskane wyniki dla dużych próbek populacji brytyjskiej i tureckiej, świadczące o zmniejszaniu się objawów depresyjnych, czy lękowych w przebiegu choroby, autorzy interpretowali, jako skutek adaptacji i wykształcania przez pacjentów mechanizmów dostosowawczych. Zanim podejmie się próby interpretacji tego zjawiska w populacji polskiej należy zwrócić uwagę na fakt, że w pracy własnej przebadana została nieduża próba, a jednocześnie brak innych danych dla populacji polskiej.

Z kolei fakt, że odnotowano mniejsze nasilenie zaburzeń nastroju wśród pacjentów, u których w rodzinie występowała łuszczyca wydaje się potwierdzać rolę czynnika poznawczego w radzeniu sobie z problemem choroby na płaszczyźnie psychologicznej. Być może również ten czynnik ma znaczenie w procesie adaptacji do choroby w

populacjach tureckiej i brytyjskiej. Można by spekulować, że za brak adaptacji do choroby wraz z czasem jej trwania w badanej populacji polskiej, może odpowiadać niedostateczna informacja na temat łuszczycy, jaką pacjent uzyskuje w procesie leczenia.

Wsparcie społeczne i świadek okazują się być dobrymi predyktorami wystąpienia depresyjnych zaburzeń nastroju, łącznie wyjaśniając 46% zmienności wyników. Zaobserwowano, że pacjenci, którzy otrzymywali silniejsze wsparcie społeczne, cechowali się niższym poziomem lęku oraz rzadziej wykazywali obniżony nastrój, co jest zgodne z wynikami wcześniejszych badań, zarówno dla łuszczycy [9, 23, 30], jak i innych chorób skóry [24, 25]. Pojęcie wsparcia społecznego zostało stworzone dla potrzeb wyjaśnienia, zrozumienia i opisanie obserwowanego zjawiska, że ludzie otoczeni życzliwym kręgiem przyjaciół, rodziny, czy współpracowników łatwiej radzą sobie w sytuacjach stresowych, w tym w chorobie. Wsparcie społeczne pełni ważną rolę protekcyjną w obliczu sytuacji stresowych i pośrednio ma ochronny wpływ na stan naszego zdrowia [7], podczas gdy izolacja społeczna jest uważana za istotny czynnik wiążący się ze zwiększoną zapadalnością na choroby i śmiertelnością [6]. Wsparcie społeczne jest pewnego rodzaju buforem, chroniącym przed traumatycznymi zdarzeniami i jego wpływ ujawnia się w momencie zaistnienia sytuacji kryzysowej. Uważa się, że sposób poszukiwania wsparcia społecznego i w efekcie poziom otrzymywanego wsparcia jest pochodną stylu przywiązania, według teorii *Bowlby/ego*, kształtującą się jeszcze na etapie wczesnych relacji dziecka z matką [5, 22]. Z drugiej strony otrzymywane wsparcie społeczne jest nie tylko uzależnione od jego odbiorcy, ale i od cech osób udzielających go. Rodzi się ono jako efekt pewnego rodzaju interakcji. Tak, więc otrzymywane wsparcie społeczne nie jest prostą funkcją liczby znajomych i przyjaciół, czyli wielkości sieci społecznej danej osoby, ale zależy też od jakości tych relacji oraz od zdolności samego podmiotu do poszukiwania i przyswajania go.

Uzyskane wyniki własne i dane z piśmiennictwa wskazują na celowość tworzenia grup wsparcia dla pacjentów z łuszczycą, co może przyczynić się do obniżenia odczuwanego lęku i depresji [34].

*Picardi* i wsp. sugerują, że interwencje psychologiczne nakierowane na zwiększenie świadomości emocjonalnej pacjentów z łuszczycą, zwiększające poczucie bezpieczeństwa w relacjach interpersonalnych i prowadzące do wzrostu poziomu wsparcia społecznego mogłyby mieć pozytywny wpływ na przebieg samej łuszczycy [23].

Również elementy terapii poznawczej mogą mieć wpływ na poziom depresji u pacjentów chorujących na łuszczycę. Należy też pamiętać, choćby w codziennej praktyce lekarskiej, że pacjent jest aktywnym odbiorcą informacji o swoim stanie zdrowia i na bazie tej informacji buduje model swojej choroby, co dopiero pozwala mu wypracowywać właściwe strategie radzenia sobie z chorobą. Informacje, na których pacjent buduje ów model, czerpie przede wszystkim od prowadzącego go lekarza, ale i od człon-

ków rodziny, przyjaciół, zwłaszcza, jeśli również cierpią na łuszczycę, jak również z mediów.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na potrzebę szczególnej obserwacji oraz ewentualnego objęcia opieką psychologiczną i psychiatryczną osób, u których nakładają się czynniki ryzyka rozwoju depresji i zaburzeń lękowych w przebiegu łuszczycy, do których należą: zaawansowany wiek, obecność intensywnego światła i brak przypadków choroby w rodzinie.

### Wnioski

Tworzenie grup wsparcia dla pacjentów z łuszczycą może przyczynić się do obniżenia odczuwanego przez nich lęku oraz depresyjnych zaburzeń nastroju, stosunkowo częstszych w tej grupie.

Opieką należy objąć szczególnie osoby starsze, odczuwające silny świat, u których w rodzinie nie było przypadków łuszczycy.

### Piśmiennictwo

- Aktan S., Ozmen E., Sanli B.:** Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998, 197, 230.
- 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. *Br. J. Dermatol.* 1994, 30, 199.
- Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D.:** The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J. Psychosom. Res.* 2002, 52, 69.
- Bond A., Lader M.:** The use of analog scales in rating subjective feelings. *Br. J. Med. Psychol.* 1974, 47, 211.
- Bowlby J.:** Attachment and loss. Vol. I. Attachment. New York: Basic Books. 1969; Attachment and loss. Vol. II. Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books. 1973, Attachment and loss. Vol. III. Loss. New York: Basic Books. 1980.
- Cacioppo J.T., Hawkley L.C.:** Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect Biol. Med.* 2003, 46, (Suppl. 3), 39.
- Cobb S.:** Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* 1976, 38, 300.
- 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.
- Evers A.W.M., Lu Y., Duller P., van der Valk P.G.M. et al.:** Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *Brit. J. Dermatol.* 2005, 152, 1257.
- Fredriksson T., Pettersson U.:** Severe psoriasis: oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978, 157, 238.
- Fried R.G., Friedman S., Paradis C. et al.:** Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *Int. J. Dermatol.* 1995, 34, 101.
- Fydrich T., Geyer M., Hessel A. et al.:** Fragebogen zur Sozialen Unterstützung: Normierung an einer repräsentativen Stichprobe [Social Support Questionnaire (SozU): Norms of a representative sample]. *Diagnostica*, 1999, 45, 212.
- Griffiths C.E.M., Richards H.L.:** Psychological influences in psoriasis. *Clinical and experimental dermatology*. 2001, 26, 338.
- Gupta M.A., Gupta A.K., Kirkby S., et al.:** A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1989, 11, 166.
- Hardy G.E., Cotterill J.A.:** A study of depression and obsessiveness in dysmorphic and psoriatic patients. *Br J Psychiatry* 1982, 140, 19.
- Herrmann Ch.:** International experiences with the hospital anxiety and depression scale - a review of validation data and clinical results. *J. Psychosom. Res.* 1997, 42, 17.
- Hill L., Kennedy P.:** The role of coping strategies in mediating subjective disability in people who have psoriasis. *Psychology, Health and Medicine*. 2002, 7, 261.
- Jowett S., Ryan T.:** Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc. Sci. Med.* 1985, 20, 425.
- Juczyński Z.:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2001
- Leary M.R., Rapp S.R., Herbst K.C. et al.:** Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychol* 1998, 17, 530.
- Majkowicz M.:** Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej - wybrane techniki badawcze. [W:] de Walden-Galuszko K, Majkowicz M (red.). Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna Gdańsk, Zakład Medycyny Paliatywnej. Gdańsk 2000, 21-42.
- Moreira J.M., de Fatima Silva M., Moleiro C. et al.:** Perceived social support as an offshoot of attachment style. *Pers. Individ. Dif.* 2003, 34, 485.
- Picardi A., Mazotti E., Gaetano P. et al.:** Stress, social support, emotional regulation and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005, 46, 556.
- Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S. et al.:** Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003, 44, 374.
- Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S. et al.:** Stressful life events, social support, attachment security, and alexythymia in vitiligo: a case-control study. *Psychother. Psychosom.* 2003, 72, 150.
- Root S., Kent G., Al-Abadie M.S.K.:** The relationship between disease severity, disability and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology* 1994, 189, 234.
- Russo P.A.J., Ilchel R., Cooper A.J.:** Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *Australasian J. Dermatol.* 2004, 45, 155.
- Sampogna F., Chren M.M., Melchi C.F. et al.:** Age, tender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Brit. J. Dermatol.* 2006, 154, 325.
- Sampogna F., Gisondi P., Melchi C.F. et al.:** Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *British Journal of Dermatology* 2004, 151, 594.
- Scharloo M., Kaptein A.A., Weinman J. et al.:** Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Brit. J. Dermatol.* 2000, 142, 899.
- Van de Kerkhof P.C., De Hoop D., de Korte J. et al.:** Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands. *Dermatology* 2000, 200, 292.
- Woodruff P.W.R., Higgins E.M., du Vivier A.W.P., Wessely S.:** Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1997, 19, 29.
- Yang Y., Koh D., Khoo L. et al.:** The psoriasis disability index in Chinese patients: contribution of clinical and psychological variables. *Int. J. Derm.* 2005, 44, 925.
- Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J.:** Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *J. EADV* 2007, 21, 235.
- Zigmond A.S., Snaith R.P.:** The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983, 67, 361.