



dr n. med. Justyna Sicińska

Klinika Dermatologii CSK MSW w Warszawie
Kierownik Kliniki: dr n. med. Irena Walecka, MBA

Łuszczyca jako psychodermatoza

Prawdziwie całościowe spojrzenie na osobę, która zwraca się po pomoc lekarską, zakłada szczegółową analizę nie tylko schorzenia organicznego, lecz również badanie stanu psychicznego pacjenta. Wśród chorób, które są powodem szukania pomocy lekarza dermatologa, można wyróżnić szereg schorzeń, łączących symptomatologię skórą z zaburzeniami sfery psychicznej. Tę grupę zaburzeń nazwano psychodermatozami.

Przez chorobę psychodermatologiczną powinno rozumieć się wszystkie zaburzenia, w których można wyróżnić komponentę dermatologiczną oraz psychologiczną lub psychiatryczną. Zaburzenia psychodermatologiczne dzieli się na kilka kategorii. Pierwszą ważną grupą chorób są klasyczne dermatozy, w których zdecydowanie można wykazać uwarunkowania immunologiczne czy etiologię zapalną, jednak w których czynniki psychologiczne mają duży wpływ na przebieg choroby. Należą do tej grupy takie choroby jak łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, pokrzywka przewlekła, nadmierna potliwość czy łysienie plackowate. Inna grupa obejmuje psychodermatozy, które, mimo dominującej symptomatologii skórnej, są w swej istocie zaburzeniami psychicznymi. Do tej grupy chorób zalicza się omamy i urojenia związane ze skórą, w tym obłąd pasożytniczy, trichotilomanię i schorzenia pochodne, dermatozy wywołane oraz sa-

mouszkodzenia o podłożu nerwicowym. Wśród psychodermatoz można wyróżnić także wtórne zaburzenia psychiczne, wynikające z radzenia sobie z chorobą, zaburzenia psychiczne współistniejące z chorobami skóry, choroby skóry spowodowane lub nasilane przez leki psychotropowe oraz psychiatryczne skutki leczenia dermatologicznego.

Poniższy artykuł jest omówieniem zagadnień związanych z istnieniem w przebiegu łuszczycy interakcji pomiędzy aspektami dermatologicznymi, a psychologicznymi.

Łuszczyca jako klasyczny przykład psychodermatozy – wpływ czynników psychologicznych na przebieg łuszczycy

Łuszczycę wymienia się jako jedną z chorób, w których potwierdzono udział układu nerwowego na przebiegu schorzenia dermatologicznego. W większości tych chorób można

wyraźnie wyróżnić w etiopatogenezie mechanizmy immunologiczne, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów psychoneuroimmunologicznych, mediowanych przez czynniki immunologiczne, neuropeptydy lub naczynioaktywny peptyd jelitowy^[1]. Łuszczycę zalicza się do grupy chorób o udowodnionym wpływie stresu na jej przebieg, którą to w języku angielskim nazywa się *high stress reactors*^[2].

Podnosi się znaczenie czynników psychologicznych, w tym określonych struktur osobowości, które mogą wpływać na ujawnienie się choroby oraz modulować jej przebieg. Badania typów osobowości sugerują wpływ odporności na stres i umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych na wyzwalanie epizodów lub zaostrzeń łuszczycy oraz na jej przebieg. Wskazuje się, że do takich sytuacji mogą należeć stany depriacji zaspokojenia potrzeb, lęk przed oceną społeczną czy niezaspokojona potrzeba akceptacji^[3,4,5]. Badania osób z łuszczycą wskazują także na istnienie korelacji pomiędzy długością utrzymywania się choroby, a wysokim poziomem lęku^[6]. Znamienny jest fakt utrzymywania się podwyższonego poziomu lęku nie tylko w okresach nawrotów objawów łuszczycy, lecz również w okresach nieobecności skórnych objawów choroby.

Od dawna znana jest opinia, że stres psychologiczny, pojawiający się u osób ze skłonnością do występowania łuszczycy szczególnie pod wpływem obciążających sytuacji życiowych, sprzyja występowaniu zaostrzeń choroby. Badania ostatnich lat wskazują, że nie fakt samej sytuacji stresowej ma największe znaczenie, ale sposób, w jaki pacjent radzi sobie z taką sytuacją. Znajduje to potwierdzenie w badaniach, które wykazują, że część pacjentów absolutnie deklaruje brak związku pomiędzy występowaniem zaostrzeń łuszczycy, a stresem^[7].

Łuszczycza jako stresor

W poprzedniej części artykułu przedstawiono dane, wskazujące na udział czynników

psychologicznych w etiopatogenezie łuszczycy, jednak układ ten działa dwukierunkowo – wystąpienie i utrzymywanie się zmian łuszczycowych stanowi istotne źródło stresu. Na to zjawisko składa się szereg elementów. Badania wskazują bezpośrednio na rolę doznań subiektywnych, takich jak ból, świąd, pieczenie i nadwrażliwość skóry u osób z łuszczycą^[8,9,10]. Poziom świądu koreluje ze zmniejszonym poziomem jakości życia, starszym wiekiem, nasileniem zmian łuszczycowych, a także charakterystycznym wzorcem psychologicznych reakcji na sytuacje stresowe^[11]. Podkreśla się także znaczenie świądu okolic płciowych u pacjentek z łuszczycą^[12]. Zaznaczyć należy fakt, że aż blisko 2/5 kobiet z łuszczycą cierpi na dyskomfort (świąd, uczucie palenia lub oba) okolicy sromu. Zjawisko to wiąże się z występowaniem zmian łuszczycowych w okolicy płciowej, natomiast nie koreluje z ogólnym nasileniem zmian łuszczycowych, przez co bywa niezauważane przez lekarzy dermatologów.

Badania grupy polskich autorów wskazują na korelację pomiędzy wiekiem chorego, a występowaniem lęku i depresji^[13]. Warto podkreślić, że poziom lęku wykazywał związek z nasileniem zmian skórnych, nasileniem świądu oraz długością trwania choroby. Wykazywano również, że jest on redukowany w przypadku istnienia wsparcia społecznego.

Innym niezmiernie ważnym elementem jest stres związany z antycypacją postrzegania zmian skórnych przez innych ludzi, będący czynnikiem predykcijnym wycofywania się chorych^[14].

Obecnie w praktyce lekarskiej stosuje się kilka metod oceny jakości życia, opartych na badaniach ankietowych. Wskaźnik wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia (*Dermatology Life Quality Index, DLQI*), opracowany przez Finleya i Khana, jest przeznaczony do pomiaru wpływu różnych chorób skóry na jakość życia w rutynowej i szybkiej ocenie w codziennej praktyce klinicznej^[15]. *Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI)*, stworzo-

ny przez Gupta i wsp., umożliwia wyselekcjonowanie osób, u których stres psychologiczny związany z faktem choroby jest szczególnie nasilony^[6]. W badaniu Zalewskiej i wsp. stwierdzono zależność między dłuższym czasem utrzymywania się choroby, a podawanym obniżeniem jakości życia. Wyższe poziomy wskaźnika DLQI obserwowano u kobiet^[7].

U pacjentów z łuszczycą prowadzono także badania nad częstością występowania zaburzeń afektywnych i nerwicowych. W polskim badaniu pilotażowym, przeprowadzonym z udziałem autorki, stwierdzono częstsze występowanie zaburzeń psychicznych u osób z łuszczycą w porównaniu z grupą kontrolną, którą stanowiły osoby z innymi przewlekłymi chorobami skóry. Częstość występowania zaburzeń psychicznych była wyraźnie wyższa w grupie chorych na łuszczycę (62,5%) w porównaniu z grupą kontrolną (15,6%). U wszystkich badanych osób z łuszczycą zaobserwowano zaburzenia afektywne. Umiarkowane zaburzenia lękowe stwierdzono dodatkowo u 31% pacjentów z łuszczycą oraz u 6% pacjentów z grupy kontrolnej. U badanych pacjentów stwierdzano również podwyższony poziom depresji, mierzony przy użyciu Skali Depresji Becka oraz Skali Depresji Hamiltona. Także objawy nerwicowe, oceniane Kwestionariu-

szem Objawowym S-II Aleksandrowicza, były znacznie bardziej nasilone w grupie u osób z łuszczycą niż u osób z grupy kontrolnej^[8].

Od wielu lat podnosi się także temat zwiększonej tendencji do nadmiernego spożywania alkoholu przez pacjentów z łuszczycą. Problemem codziennej praktyki każdego dermatologa jest fakt zatajania nadużywania alkoholu czy nałogu alkoholowego przez pacjentów. W związku z tym trwają prace nad sposobami wykrywania tego zagrożenia medycznego, nie tylko w związku z zagrożeniem uzależnieniem samym w sobie czy gorszą współpracą pacjenta z lekarzem, ale również z uwagi na związane ze spożywaniem alkoholu możliwe konsekwencje farmakologiczne, w tym zmienioną reakcją na stosowaną terapię^[9].

Interwencje psychologiczne w leczeniu osób z łuszczycą

Biorąc pod uwagę wpływ łuszczycy na funkcjonowanie w sferze psychologicznej oraz zaostrzanie się zmian łuszczycowych w sytuacjach stresu, od lat poszukuje się różnorodnych sposobów poprawy funkcjonowania w sferze psychologicznej chorych. Wielu autorów podkreśla rolę psychoterapii jako wspomagającej formy leczenia. Do najczęściej proponowanych form pomocy zali-

cza się indywidualną bądź grupową psychoterapię, trening biofeedback i autogenny, a także metody relaksacyjne i redukcji stresu. Niezastąpioną formą pomocy psychologicznej są grupy wsparcia, często tworzone przez samych pacjentów. W Polsce pierwsze stowarzyszenie samopomocowe powstało w roku 1990 w Lublinie. Na całym świecie istnieją także internetowe grupy wsparcia. Sprawą jasną jest jednak konieczność zachowania czujności na problemy psychologiczne czy stany psychiatryczne, które należałoby uznać za wskazanie do konsultacji z lekarzem psychiatrą. Ważna jest tu rola środowiska lekarskiego, zarówno na poziomie lekarza dermatologa, lekarza pierwszego kontaktu, lekarzy innych specjalności, środowiska pielęgniarskiego, jak również innych osób, będących w otoczeniu chorego.

Warto jeszcze krótko wspomnieć o konieczności edukacji społecznej, która, szerząc wiedzę na temat niezakaźnego charakteru choroby, obala mit, często leżący u podstaw niechęci do osób z łuszczycą. Dostępność tych informacji dla bliskich i rodzin chorych pozwala tworzyć przyjazne środowisko, które w sposób wielokierunkowy może wspierać pacjenta, co jest szczególnie ważne z uwagi na przewlekły charakter choroby. Propagowanie wiedzy dotyczącej wagi problemu, w tym empatycznego podejścia do pacjentów z tą dermatozą, pozwala kreować warunki, w których osoby z łuszczycą mogłyby lepiej funkcjonować we wszystkich dziedzinach życia.

Piśmiennictwo:

- Gerkowicz A, Pietrzak A, Szepietowski JC, Radej S, Chodorowska G.: Biochemical markers of psoriasis as a metabolic disease. *Folia Histochem Cytobiol.* 2012 Jul 5;50(2):155-70.
- Koo J.Y.M., Pham Ch.T.: Psychodermatology, practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch. Dermatol* 1992,128,381-388.
- Grupta M.A.: Suspect psychosomatic aspect of psoriasis. *Adv. Dermatol* 1990,5,21-25.
- Harvima T., Viinamaki H.: Association of cutaneous mast cells and sensory nerves with psychic stress in psoriasis. *Psychother. Psychosom.*, 1993,60, 168-175.
- Mazzetti M.,Mozzetti A.: Psoriasis stress and psychiatry: psychodynamic characteristic of stressors. *Acta. Derm. Venerol.* 1994,suppl. 186,62- 70.
- Van der Schaar W.W.: Psychometric investigation in 48 Dutch patients suffering from psoriasis. *Psychother.Psychosom.*,1976,27,159-165.
- 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., Kirkby S., Weiner H.K., Mace T.M., Schork N.J., Johnson E.H., Ellis C.N., Voorhees J.J.: Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol.* 1988 Jul;124(7):1052-7.
- Reich A., Hrehorów E., Szepietowski J.C.: Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol.* 2010 May;90(3):257-63.
- Szepietowski J.C., Reich A., Wiśnicka B.: Itching in patients suffering from psoriasis. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2002 Dec;10(4):221-6.
- Janowski K., Stueden S., Bogaczewicz J. Clinical and psychological characteristics of patients with psoriasis reporting various frequencies of pruritus. *Int J Dermatol.* 2014 Jul;53(7):820-9.
- Zamirska A., Reich A., Berny-Moreno J., Salomon J., Szepietowski J.C.: Vulvar pruritus and burning sensation in women with psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2008;88(2):132-5.
- Hawro T., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Sysa-Jedrzejowska A., Zalewska A.: Anxiety, depression and social support in patients with psoriasis. *Przegl Lek.* 2007;64(9):568-71.
- Fortune D.G., Main C.J., O'Sullivan T.M., Griffiths C.E.: Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the Psoriasis Life Stress Inventory. *J Psychosom Res.* 1997 May;42(5):467-75.
- Finlay A.Y., Khan G.K.: Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994 May;19(3): 210-6.
- 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.
- Ograczyk A., Miniszewska J., Kępska A., Zalewska-Janowska A.: Itch, disease coping strategies and quality of life in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol.* 2014 Oct;31(5):299-304.
- Parafianowicz K., Sicińska J., Moran A., Szumański J., Staniszewski K., Rudnicka L., Kokoszka A.: Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienie wstępne [Psychiatric comorbidities of psoriasis: pilot study]. *Psychiatr Pol.* 2010 Jan-Feb;44(1):119-26.
- Pietrzak A., Jastrzębska I., Chodorowska G., Maciejewski R., Mosiewicz J., Krupski W., Prystupa A., Szubstarski F., Szepietowski J.C., Hercogova J.: Psoriasis and unreported excessive alcohol intake - a simple screening approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011 Nov;25(11):1261-8.