

## Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry

### Location of lesions versus intensity of psychopathological symptoms in patients with skin diseases

Magdalena Kostyła<sup>1</sup>, Patryk Stecz<sup>2</sup>, Magdalena Wrzeńska<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup> Pracownia Metodologii Badań Psychologicznych i Statystyki,  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

#### Summary

**Aim.** The location of skin lesions may be a significant psychological factor in dermatological disease. The study assesses the correlation between the location of skin lesions and the intensity of psychopathological symptoms. The analysis considers various effects including the tendency for deliberate concealment of lesions and subjective feelings of being stigmatized.

**Method.** The study included 150 patients ( $M = 46.14$ ;  $SD = 17.28$ ) treated for various skin complaints. Patients were divided into 3 equal groups according to the location of skin lesions: all over body, on covered or exposed body parts. The intensity of psychopathological symptoms was measured with the SCL-90. Demographic data and disease-related characteristics were collected by means of a questionnaire developed for the present study.

**Results.** The relationship between the location of skin lesions and the severity of some psychopathological symptoms was observed, especially among patients treated only for skin diseases. Patients' mental condition can be indirectly influenced by their inclination to deliberately hide lesions, as well as by their subjective experience of hostility from their environment.

**Conclusions.** The most severe psychopathological symptoms were observed in the patients with skin lesions all over their bodies. The patients with lesions on visible body parts are characterized by a higher intensity of "interpersonal sensitivity" when compared to those with lesions on the covered body parts. The opposite trend was observed for the remaining SCL-90 variables. The obtained results can prompt further direction of research which takes into consideration the share of psychosocial factors in the functioning of dermatological patients.

**Słowa kluczowe:** choroby skóry, psychopatologia, stygmatyzacja

**Key words:** skin diseases, psychopathology, stigmatization

## Wstęp

Wiele chorób dermatologicznych, wraz ze swoim przebiegiem, symptomatologią, metodami leczenia, uznawanych jest za choroby w znacznym stopniu obniżające jakość życia pacjentów [1–4]. Wydaje się także, że nie bez znaczenia dla funkcjonowania psychospołecznego pacjentów pozostaje kwestia umiejscowienia oraz rozległości chorobowych zmian skórnych. Takie choroby jak: łuszczyca, wyprysk atopowy, atopowe zapalenie skóry czy trądzik (szczególnie jeśli zmiany pojawiają się w widocznych miejscach na skórze) wywołują zniekształcenie wyglądu ciała, obraz siebie ulega zaburzeniu, czego konsekwencją może być depresja, lęk, fobia społeczna [5–8]. Współwystępowanie objawów psychopatologicznych wśród pacjentów z dermatozami szacuje się na 30–60% [9, 10].

Inny czynnik, który może mieć związek z funkcjonowaniem psychospołecznym chorych dermatologicznie, to doświadczanie stygmatyzacji. Wpływ stygmatyzacji na jakość życia i stan psychiczny pacjentów dermatologicznych był przedmiotem analiz wielu badań [por. np. 11, 12], które stały się podstawą jednej z hipotez postawionych w niniejszej pracy. Subiektywnie odczuwana niechęć ze strony otoczenia przez osoby z chorobami dermatologicznymi często idzie w parze z pragnieniem maskowania zmian skórnych. Zjawisko to może w konsekwencji wywoływać u chorych negatywne reakcje emocjonalne (np. lęk, przygnębienie, gniew) i behawioralne (np. unikanie, ukrywanie), które z kolei mogą prowadzić do odrzucenia, wykluczenia bądź innych przejawów dyskryminacji [13, 14]. Thompson i Kent [15] wskazują, że dystres odczuwany w kontekście zniekształcenia ciała może wynikać nie z choroby samej w sobie, a raczej z napięcia związanego z próbami ukrywania/unikania.

Trafne rozpoznanie współwystępowania zaburzeń psychicznych i podjęcie odpowiedniego leczenia może zapobiec próbom samobójczym, których ryzyko jest znacznie wyższe w tej grupie pacjentów w porównaniu z populacją ogólną [6, 10, 16].

## Cel

Uwzględniając zatem obecność czynników psychologicznych w przebiegu chorób skóry, za podstawowy cel badania przyjęto próbę oceny nasilenia objawów psychopatologicznych u pacjentów o różnej lokalizacji zmian skórnych. W analizach uwzględniono także obecność/brak tendencji do celowego ukrywania zmian przez pacjentów oraz ich subiektywne uczucie stygmatyzacji ze strony otoczenia.

## Material i metoda

Badaniem objęto 150 osób (100 kobiet i 50 mężczyzn) w wieku od 18 do 80 lat ( $M = 46,14$ ;  $SD = 17,28$ ). Byli to pacjenci leczeni w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z powodu różnych chorób dermatologicznych o odmiennej lokalizacji zmian skórnych. Najwięcej badanych

osób miało zdiagnozowaną łuszczycę (38% pacjentów,  $N = 57$ ). Pośród rozpoznanych dermatologicznych pojawiały się także m.in.: łojotokowe zapalenie skóry, atopowe zapalenie skóry, trądzik zwykły, trądzik pospolity, łysienie, pokrzywka przewlekła. Przeciętny czas trwania choroby skóry w badanej grupie wynosił 9,7 lat ( $SD = 11,06$ ). Wśród badanych pacjentów blisko 60% ( $N = 88$ ) to osoby hospitalizowane. Pozostałe osoby ( $N = 62$ ) korzystały z opieki ambulatoryjnej. Do badania rekrutowane były osoby pełnoletnie, które wyraziły zgodę na udział w badaniu po uprzednim podpisaniu formularza zgody. Kryteria wykluczenia z badania to: wiek poniżej 18 r.ż., czas trwania choroby skóry krótszy niż 1 miesiąc, korzystanie z pomocy psychiatry/psychologa niezwiązane z chorobą skóry.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi (nr zgody: RNN/299/10/KB).

Badanych pacjentów podzielono na trzy podgrupy na podstawie kryterium umiejscowienia zmian skórnych (por. tab. 1): grupa 1 – zmiany skórne pojawiały się zarówno na odsłoniętych, jak i na zasłoniętych częściach ciała (najczęściej na powierzchni całego ciała), grupa 2 – zmiany skórne obejmowały te części ciała, które mogą zostać ukryte pod ubraniem, np. plecy, brzuch, uda itp. (w grupie tej nie znalazły się osoby ze zmianami na narządach płciowych), grupa 3 – zmiany skórne na odsłoniętych częściach ciała, tj. na głowie, twarzy, szyi, dłoniach.

Tabela 1. Socjodemograficzna charakterystyka grupy badanej

	Grupa 1 N = 50	Grupa 2 N = 50	Grupa 3 N = 50	Cała grupa N = 150
PŁEĆ				
Kobiety	27	35	38	100
Mężczyźni	23	15	12	50
WIEK				
M Średnia	46,96	52,22	39,24	46,14
SD	15,43	16,89	17,25	17,28
Min./Max.	18–75	19–80	18–78	18–80
WYKSZTAŁCENIE				
Podstawowe	3	1	0	4
Zawodowe	8	8	3	19
Średnie	29	25	25	79
Wyższe	10	16	22	48
MIEJSCE ZAMIESZKANIA				
Wieś	9	5	6	20
Małe miasto	14	13	5	32
Duże miasto	5	2	6	13
Aglomeracja miejska	22	30	33	85

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

STAN CYWILNY				
Kawaler/panna	9	8	20	37
Związek małżeński	29	29	19	77
Wdowiec/wdowa	4	6	3	13
Rozwiedziony/separacja	5	7	3	15
Związek nieformalny	3	0	5	8

Małe miasto: <100 tys. mieszkańców; duże miasto: 100–500 tys. mieszkańców, aglomeracja miejska: >500 tysięcy mieszkańców

Oceny stanu psychicznego badanych dokonywano na podstawie Skali Klinicznych Objawów Psychopatologicznych (SCL-90) autorstwa L.R. Derogatisa, R.S. Lipmana i L. Coviego [17], w polskim tłumaczeniu K. Jankowskiego [18]. Narzędzie składa się z 90 itemów obejmujących 9 podstawowych zespołów objawów psychopatologicznych – 9 skal: somatyzacja, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne, psychotyczność (tab. 2). Wyniki w poszczególnych skalach SCL-90 zawierają się między 0 a 4 (od 0 = wcale do 4 = bardzo silnie), zatem wysoki wynik świadczy o wysokim nasileniu symptomów psychopatologicznych.

Tabela 2. **Charakterystyka poszczególnych podskal Skali Klinicznych Objawów Psychopatologicznych SCL-90 [17]**

Nazwa skali	Co mierzy skala
Somatyzacja (SOM)	dyskomfort spowodowany dolegliwościami somatycznymi charakterystycznymi dla zaburzeń nerwicowych (pytania m.in. o objawy związane z mięśniem sercowym, układem oddechowym, żołądkiem, bóle mięśni);
Natręctwa (NATR)	obecność natrętnych myśli i czynności przymusowych, skala ta obejmuje także ogólniejsze zaburzenia poznawcze (np. pustka w głowie, wspomnienia problemów);
Nadwrażliwość interpersonalna (INT)	poczucie interpersonalnej nieadekwatności, niższości, tendencja do autodeprecjacji, dyskomfort odczuwany w sytuacjach społecznych (przewrażliwienie, negatywne oczekiwania dotyczące komunikacji interpersonalnej);
Depresja (DEP)	obniżony nastrój, dysforia, anhedonia, utrata zainteresowań, spadek energii życiowej i motywacji, poczucie bezradności i beznadziejności, obecność myśli samobójczych, skala obejmuje także poznawcze i somatyczne objawy depresji;
Lęk (LĘK)	niepokój, nerwowość, napięcie, także somatyczne objawy lęku jak kołatanie serca, pobudzenie, pytania o obecność ostrego lęku, jak i uogólnionego;
Wrogość (WROG)	rozdrażnienie, irytacja, skłonność do impulsywnego niszczenia przedmiotów oraz częstych i niekontrolowanych wybuchów złości;

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Fobie (FOB)	epizody ostrych stanów lękowych i agorafobii (lęk przed podróżowaniem, otwartymi przestrzeniami, tłumem, miejscami publicznymi);
Myślenie paranoidalne (MPAR)	podejrzliwość, wrogość, nieufność wobec otoczenia, myślenie projekcyjne;
Psychotyczność (PSYCH)	omamy słuchowe, nadawanie i nasylanie myśli, kontrolowanie myśli z zewnątrz, jak również wskaźniki schizoidalnego stylu życia (poczucie samotności, izolacja społeczna).

Test ma zadowalające wskaźniki rzetelności (współczynnik Alfa-Cronbacha dla poszczególnych skal w przedziale 0,77–0,90) i trafności zbieżnej [19]. W badaniu własnym współczynnik Alfa-Cronbacha przyjmował wartości od 0,77 (psychotyczność) do 0,89 (lęk).

Ankieta skonstruowana na potrzeby niniejszych badań obejmowała takie dane socjodemograficzne, jak płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny. Ponadto zawierała pytania o diagnozę choroby skóry („Na jaką chorobę skóry Pan/Pani cierpi?”), czas jej trwania oraz lokalizację zmian skórnych („Na jakich częściach ciała pojawiają się u Pana/Pani chorobowe zmiany skórne?” – na tej podstawie pacjenci byli klasyfikowani do jednej z trzech opisywanych wyżej podgrup). Uzyskane w ten sposób dane zostały następnie potwierdzone przez lekarza prowadzącego. Kwestionariusz ankiety umożliwił także ocenę tendencji do ukrywania zmian skórnych za pomocą pytania: „Czy stara się Pan/Pani ukryć (np. pod ubraniem, makijażem) chorobowe zmiany skórne?”. Subiektywne odczucie stygmatyzacji ze strony otoczenia oceniano poprzez pytanie: „Czy kiedykolwiek spotkał/a się Pan/Pani z odmiennym traktowaniem z powodu choroby skóry? (np. niechęć, unikanie kontaktu)”. Odpowiedzi do postawionych wyżej pytań określono na skali dychotomicznej (tak/nie). Zebrano również wywiad, w którym pytano o dodatkowe dolegliwości pozadermatologiczne.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS 20 oraz Open Source R 2.15.3. Porównań między grupami dokonano, w zależności od rodzaju danych i liczby grup, testem *t*-Studenta, *U* Manna–Whitneya, testem Kruskala–Wallisa lub za pomocą analizy wariancji (ANOVA). W celu dokładnego zbadania różnic pomiędzy grupami przeprowadzono analizy *post hoc*. W przeprowadzonych analizach za znaczący statystycznie przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

W badaniu porównano nasilenie objawów psychopatologicznych w trzech grupach pacjentów ze zmianami skóry o różnej lokalizacji. Wyniki 8 z 9 skal kwestionariusza SCL-90 układają się w następującą prawidłowość – najwyższe wartości uzyskiwali badani z grupy 1, dalej pacjenci z grupy 2, najniższe z grupy 3. Wyniki w skali „nadwrażliwość interpersonalna” przedstawiają się nieco inaczej: najwyższe dotyczą pacjentów z grupy 1, a najniższe z grupy 2. Istotne statystycznie okazały się jedynie różnice między grupami w zakresie „psychotyczności” (tab. 3).

Tabela 3. Nasilenie objawów psychopatologicznych u badanych pacjentów ze zmianami skórnymi o różnej lokalizacji

	Grupa 1 (N = 50)		Grupa 2 (N = 50)		Grupa 3 (N = 50)		F	df	p
	M	SD	M	SD	M	SD			
SOM	15,70	7,24	14,12	7,75	12,74	9,59	1,61	2	0,204
NATR	12,88	6,54	11,96	6,65	11,14	7,00	0,84	2	0,436
INT	11,80	6,14	9,48	6,64	10,52	7,65	1,44	2	0,239
DEP	16,60	9,11	15,14	8,69	14,26	9,08	0,87	2	0,421
LĘK	11,74	6,48	10,16	6,70	8,94	7,77	2,01	2	0,138
WROG	7,30	4,00	5,90	4,10	5,90	4,45	1,86	2	0,159
FOB	5,18	3,66	4,32	4,97	3,70	5,18	1,28	2	0,282
MPAR	8,46	3,85	7,18	4,20	6,66	4,61	2,40	2	0,095
PSYCH	<b>7,96*</b>	<b>5,27</b>	<b>5,96</b>	<b>4,64</b>	<b>5,10*</b>	<b>4,81</b>	<b>4,45</b>	<b>2</b>	<b>0,013</b>

\* różnica istotna statystycznie między grupami 1 i 3 (test *post hoc* Bonferroniego,  $p = 0,013$ )

SOM – somatyzacja, NATR – natręctwa, INT – nadwrażliwość interpersonalna, DEP – depresja, LĘK – lęk, WROG – wrogość, FOB – fobie, MPAR – myślenie paranoidalne, PSYCH – psychotyczność, grupa 1 – zmiany zarówno na odsłoniętych, jak i na zasłoniętych częściach ciała, 2 – zmiany na zasłoniętych częściach ciała, 3 – zmiany na odsłoniętych częściach ciała

W analizach wzięto także pod uwagę fakt, że w grupie badanych znajdują się osoby, które leczą się tylko z powodu chorób skóry ( $N = 83$ ) i takie, które mają też zdiagnozowane inne dolegliwości somatyczne ( $N = 67$ ). Dokonano zatem porównania 3 grup pacjentów o różnej lokalizacji zmian skórnych, cierpiących wyłącznie z powodu choroby dermatologicznej (tab. 4).

Tabela 4. Nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów ze zmianami skórnymi o różnej lokalizacji nieleczących się z powodu innych dolegliwości

	Grupa 1 (N = 21)	Grupa 2 (N = 28)	Grupa 3 (N = 34)	Test Kruskala-Wallis	df	p
	Średnia ranga	Średnia ranga	Średnia ranga			
SOM	<b>53,43*</b>	<b>42,09</b>	<b>34,85*</b>	7,75	2	0,021
NATR	48,33	40,04	39,71	1,95	2	0,377
INT	<b>53,12^</b>	<b>35,48^</b>	<b>40,50</b>	6,67	2	0,036
DEP	51,29	39,27	38,51	4,20	2	0,122
LĘK	<b>55,81*</b>	<b>40,45</b>	<b>34,75*</b>	10,12	2	0,006
WROG	<b>55,12*^</b>	<b>37,77^</b>	<b>37,38*</b>	8,41	2	0,015
FOB	<b>54,52*</b>	<b>39,75</b>	<b>36,12*</b>	8,11	2	0,017
MPAR	<b>54,64*</b>	<b>39,29</b>	<b>36,43*</b>	8,02	2	0,018
PSYCH	<b>54,76*</b>	<b>40,38</b>	<b>35,46*</b>	8,58	2	0,014

\* różnica istotna statystycznie między grupami 1–3, przy  $p \leq 0,05$  (analiza *post hoc*)

^ różnica istotna statystycznie między grupami 1 i 2, przy  $p \leq 0,05$  (analiza *post hoc*)

SOM – somatyzacja, NATR – natręctwa, INT – nadwrażliwość interpersonalna, DEP – depresja, LĘK – lęk, WROG – wrogość, FOB – fobie, MPAR – myślenie paranoidalne, PSYCH – psychotyczność, grupa 1 – zmiany zarówno na odsłoniętych, jak i na zasłoniętych częściach ciała, 2 – zmiany na zasłoniętych częściach ciała, 3 – zmiany na odsłoniętych częściach ciała

W grupie pacjentów wyłącznie dermatologicznych okazało się, że istnieją różnice w nasileniu objawów psychopatologicznych u osób z różną lokalizacją chorobowych zmian skórnych. Zależność ta okazała się istotna statystycznie w przypadku nasilenia „somatyzacji”, „nadwrażliwości interpersonalnej”, „lęku”, „wrogości”, „fobii”, „myślenia paranoidalnego” oraz „psychotyczności”. Ponownie (por. tab. 3) ogólna prawidłowość jest taka, że najwyższe wyniki w skalach SCL-90 uzyskali pacjenci z grupy 1, a najniższe pacjenci z grupy 3. Tylko w przypadku „nadwrażliwości interpersonalnej” okazało się, że najwyższe wyniki dotyczą grupy 1, a wyniki najniższe – grupy 2.

Z lokalizacją chorobowych zmian skórnych wiąże się również obecność lub brak u pacjentów tendencji do ich celowego ukrywania. W badaniu dokonano analizy tej postawy pacjentów i jej wpływu na ich stan psychiczny (tab. 5).

Tabela 5. Tendencja do ukrywania chorobowych zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów dermatologicznych

	UKRYWANIE ZMIAN SKÓRNYCH				t	P
	TAK (N=90)		NIE (N=60)			
	M	SD	M	SD		
SOM	14,99	7,81	12,98	8,90	1,46	0,147
NATR	12,86	6,63	10,70	6,72	1,94	0,054
INT	11,94	7,18	8,58	5,84	3,02	0,003
DEP	16,48	8,84	13,62	8,91	1,93	0,055
LĘK	11,27	6,78	8,80	7,26	2,12	0,035
WROG	7,06	4,09	5,33	4,22	2,49	0,014
FOB	4,60	4,31	4,10	5,17	0,64	0,522
MPAR	7,93	4,53	6,68	4,06	1,77	0,079
PSYCH	7,03	5,12	5,30	4,74	2,09	0,038

SOM – somatyzacja, NATR – natręctwa, INT – nadwrażliwość interpersonalna, DEP – depresja, LĘK – lęk, WROG – wrogość, FOB – fobie, MPAR – myślenie paranoidalne, PSYCH – psychotyczność

Istotnie wyższe nasilenie „nadwrażliwości interpersonalnej”, „lęku”, „wrogości” oraz „psychotyczności” mają pacjenci celowo ukrywający swoje zmiany skórne w porównaniu z pacjentami, którzy nie wykonują takich zabiegów. Pozostałe badane testem zmienne nie różnią się na poziomie istotnym statystycznie.

Badani dokonywali subiektywnej oceny, czy doświadczają odmiennego traktowania przez otoczenie z powodu choroby skóry. Blisko 35% pacjentów ( $N = 52$ ) stwierdziło, że spotkało się z takimi postawami otoczenia jak niechęć czy unikanie

kontaktu. Ponad 65% badanych ( $N = 98$ ) nie doświadczyło takich reakcji ze strony innych osób.

Nasilenie wszystkich badanych objawów psychopatologicznych jest istotnie wyższe wśród pacjentów potwierdzających doświadczenia stygmatyzacji (tab. 6).

Tabela 6. Nasilenie objawów psychopatologicznych a subiektywne odczucie stygmatyzacji chorego przez otoczenie

	STYGMATYZACJA				T	P
	TAK (N=52)		NIE (N=98)			
	M	SD	M	SD		
SOM	17,10	8,31	12,64	7,89	3,23	0,002
NATR	14,42	6,93	10,70	6,28	3,33	0,001
INT	14,06	7,37	8,77	5,82	4,49	0,000
DEP	18,85	9,87	13,47	7,86	3,40	0,001
LĘK	12,87	7,98	8,91	6,12	3,38	0,001
WROG	7,50	4,42	5,77	3,99	2,44	0,016
FOB	6,13	5,30	3,48	4,02	3,44	0,001
MPAR	8,88	4,53	6,66	3,94	3,12	0,002
PSYCH	8,77	5,49	5,05	4,26	4,59	0,000

SOM – somatyzacja, NATR – natręctwa, INT – nadwrażliwość interpersonalna, DEP – depresja, LĘK – lęk, WROG – wrogość, FOB – fobie, MPAR – myślenie paranoidalne, PSYCH – psychotyczność

### Omówienie wyników

Wyniki przeprowadzonego badania pozwalają stwierdzić, że funkcjonowanie psychospołeczne chorych dermatologicznie może mieć związek z lokalizacją zmian skórnych oraz ze związaną z nią tendencją do celowego ukrywania objawów. Wyniki naszych badań wskazują, że jeśli chory w sposób zamierzony dobiera strój lub makijaż po to, by zakryć zmiany chorobowe przed otoczeniem, jednocześnie odczuwa wyższe nasilenie niektórych objawów psychopatologicznych. Osoby z taką tendencją w porównaniu z osobami, które nie koncentrują się na zakrywaniu zmian, są bardziej wrażliwe w kontaktach społecznych, odczuwają więcej dyskomfortu, są bardziej lękliwe i napięte, ale także wybuchowe i częściej reagują gniewem, mogą także prezentować więcej zachowań będących przejawami schizoidalnego stylu życia. Wynik ten sugeruje zatem, że lokalizacja zmian skórnych może mieć znaczenie dla kondycji psychicznej pacjentów, aczkolwiek równie ważne jest to, czy chorym towarzyszy przekonanie o konieczności ukrywania tych zmian. Skoro stan psychiczny pacjentów niezakrywających celowo wykwitów skórnych jest lepszy, to w przypadku ewentualnego konstruowania programów pomocy psychologicznej dla pacjentów dermatologicznych warto wziąć pod uwagę aspekt ich przekonań i sposobu myślenia



związanego z ujawnianiem choroby przed otoczeniem. Prawdopodobnie istotny jest w tej kwestii także stopień zaabsorbowania pacjenta ukrywaniem zmian, gdyż istnieją doniesienia z badań świadczące o korzyściach emocjonalnych płynących ze stosowania profesjonalnego makijażu kamuflującego objawy skórne [20–22].

W badaniu z udziałem chorych na łuszczycę [23] prawie  $\frac{2}{3}$  pacjentów przyznało, że ich choroba w bardzo dużym stopniu wpływa na sposób i rodzaj ubioru. Okazało się, że pacjenci, którzy chcieli zamaskować strojem swoje zmiany skórne, mieli gorsze wskaźniki jakości życia oraz częściej ujawniali objawy depresyjne. W innym badaniu [24] 84% pacjentek z łuszczycą zmieniło styl ubierania się z powodu choroby skóry, a 90% badanych osób przyznało, że stan zdrowia wymuszał na nich częstą zmianę odzieży. Dobieranie stroju w chorobie skóry okazuje się więc istotnym czynnikiem wpływającym na codzienne funkcjonowanie pacjentów dermatologicznych.

W badaniu własnym w grupie pacjentów z chorobami skóry, którzy nie mają żadnych dodatkowych dolegliwości somatycznych, umiejscowienie zmian na ciele miało wpływ na nasilenie niektórych objawów psychopatologicznych. Została uchwycona bardzo ciekawa prawidłowość w przypadku nasilenia „nadwrażliwości interpersonalnej”. O ile w przypadku innych objawów psychopatologicznych najwyższe wyniki uzyskiwali pacjenci ze zmianami na całym ciele, a najniższe pacjenci ze zmianami na odkrytych częściach ciała, o tyle w przypadku „nadwrażliwości interpersonalnej” najwyższe wyniki ponownie uzyskiwała grupa ze zmianami na widocznych i niewidocznych częściach ciała, ale najniższe grupa ze zmianami zakrytymi. Wynik ten można interpretować w taki sposób, że jeśli zmiany obejmują widoczne dla otoczenia obszary ciała, nasilenie „nadwrażliwości interpersonalnej” rośnie. Ta grupa pacjentów może czuć się przewrażliwiona w kontaktach społecznych, mieć negatywne oczekiwania co do efektywności tych kontaktów, doświadczać poczucia niższości i nieadekwatności interpersonalnej. Nasze obserwacje są zgodne z innymi doniesieniami potwierdzającymi, że zmiany skórne na twarzy mogą mieć negatywny wpływ na status społeczny, związku partnerskie oraz pewność siebie [14]. W badaniu Schmid-Otta i wsp. [25] okazało się, że u osób cierpiących na bielactwo widoczność zmian (głowa, twarz, szyja, ramiona, dłonie) jest związana z wycofaniem, niższą samooceną, nastrojem lękowo-depresyjnym, poczuciem bezradności oraz lękiem społecznym. Z kolei w badaniu Gupty i Gupty [6] z udziałem osób zdrowych uchwycono zależność między satysfakcjonującym obrazem własnego ciała (korelacja ujemna) i wrażliwością w kontaktach międzyludzkich (korelacja dodatnia) a obecnością myśli samobójczych. Autorzy podkreślają, że skoro występuje taka zależność w grupie osób zdrowych, to klinicyści winni zachować tym większą czujność w ocenie ryzyka samobójstwa w przypadku pacjentów z choćby minimalnie zniekształcającymi wyglądem skóry chorobami dermatologicznymi.

Wracając do analizy wyników własnych, warto zastanowić się dlaczego w przypadku nasilenia pozostałych objawów („somatyzacji”, „lęku”, „wrogości”, „fobii”, „myślenia paranoidalnego”, „psychotyczności”) prawidłowość związana z lokalizacją jest inna. Być może ma to związek z innymi, niekontrolowanymi w badaniu zmiennymi – np. obecnością bólu/pieczenia/świądu, zakresem powierzchni ciała pokrytej zmianami czy np. stosowanego leczenia. Nie można także wykluczyć innych, pozader-

matologicznych wyjaśnień tej zależności. Brak precyzyjnej odpowiedzi na postawione wyżej pytanie stanowi inspirację do prowadzenia dalszych badań z udziałem pacjentów z chorobami skóry o różnej lokalizacji zmian.

W badaniu Janowskiego [26] stwierdzono, że istnieje zależność między oceną sytuacji własnej choroby a lokalizacją chorobowych zmian skórnych. Pacjenci mający zmiany na odsłoniętych częściach ciała uzyskiwali istotnie wyższe wyniki w podskalach: Zagrożenie oraz Przeszkoda/Strata niż osoby, które mogą ukryć swoje zmiany pod ubraniem.

Respondenci w badaniu Jankowiak i wsp. [24] twierdzili, że kontakty z innymi najczęściej utrudniają im zmiany zlokalizowane na: twarzy i dłoniach (62,4%), owłosionej skórze głowy (57%), kończynach górnych (49,7%), paznokciach rąk i stóp (30,9%) oraz łokciach (22,1%). Z kolei w badaniu Picardiego i wsp. [27], w którym analizowano współwystępowanie zaburzeń psychicznych u pacjentów z chorobami skóry, wykazano, że płeć (kobiety) w połączeniu z lokalizacją zmian skórnych (odsłonięte części ciała) i ciężkością choroby mają wpływ na pojawianie się zaburzeń psychicznych. Natomiast Richards i wsp. [28] wskazują na brak istotnej statystycznie zależności między nasileniem łuszczycy i lokalizacją zmian a odczuwaniem stresu czy zakłóceń w funkcjonowaniu psychologicznym. Czynnikiem determinującym w ich badaniu okazała się percepcja stygmatyzacji przez osoby chore.

W badaniach z zakresu psychodermatologii autorzy często podejmują temat stygmatyzacji chorych przez otoczenie [por. np. 29–33]. W badaniu Gupty i wsp. [34] z udziałem pacjentów z łuszczycą okazało się, że kwestia stygmatyzacji nie była związana z nasileniem choroby skóry. Chorzy, którzy wskazali, że w ostatnim miesiącu doświadczyli sytuacji, w których ludzie celowo i świadomie unikali konieczności dotknięcia ich, nie mieli bardziej nasilonej łuszczycy od grupy osób, która nie wskazywała doświadczeń stygmatyzacji. Pacjenci potwierdzający epizody unikania kontaktu mieli ponadto wyższe nasilenie depresji, co jest zgodne z wynikami badań własnych.

Może tu działać swoisty samowzmacniający się mechanizm – stygmatyzujące reakcje otoczenia mogą wpływać na wzrost wrażliwości chorego w tym aspekcie i w konsekwencji powodować pojawianie się u niego tendencji do antycypacji odrzucenia w przyszłości. Hawro i wsp. [35] na podstawie swoich badań podają, że wraz z wiekiem rośnie poczucie bycia odrzuconym u chorych z łuszczycą, które wyraża się m.in. unikaniem sytuacji społecznych, a im dłuższy czas choroby, tym silniejsza antycypacja odrzucenia u badanych osób. Ponadto we wspomnianych badaniach okazało się, że poprawa stanu somatycznego pacjentów nie przynosiła modyfikacji w zakresie przekonań dotyczących społecznego odrzucenia i poczucia napiętnowania. Wynik ten można traktować jako istotne potwierdzenie dla zasadności wdrażania oddziaływań psychologicznych wobec pacjentów z chorobami skóry.

W świetle wyników badań własnych oraz przytoczonych powyżej doniesień z badań innych autorów można sugerować, że na stan psychiczny i jakość życia pacjentów dermatologicznych mają wpływ pewne zespoły czynników (np. płeć, lokalizacja zmian, ich zakres i nasilenie, poczucie stygmatyzacji, obecność innych dolegliwości itp.), a nie pojedyncze, izolowane zmienne.

Nasze wyniki w połączeniu z przytoczonymi powyżej podobnymi doniesieniami innych badaczy wydają się cennym materiałem poszerzającym wiedzę na temat

psychospołecznego funkcjonowania chorych dermatologicznie. Uwzględnienie tych danych w planowaniu interwencji psychologicznych wobec tej grupy chorych może przynieść dobre rezultaty dla poprawy jakości życia i stanu psychicznego pacjentów.

### Wnioski

1. Diagnoza choroby skóry oraz konieczność przystosowywania się do ograniczeń z nią związanych mają wpływ na psychospołeczne funkcjonowanie pacjentów.
2. Istnieje zależność między lokalizacją zmian skórnych a nasileniem niektórych objawów psychopatologicznych, szczególnie wśród pacjentów nieleczących się z powodu pozadermatologicznych dolegliwości.
3. Zaobserwowano związek między obecnością tendencji do celowego ukrywania zmian skórnych oraz poczuciem stygmatyzacji a nasileniem objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry.

### Piśmiennictwo

1. Barankin B, DeKoven J. *Psychosocial effect of common skin diseases*. Can. Fam. Physician. 2002; 48: 712–716.
2. Evers AW, Lu Y, Duller P, Valk van der PG, Kraaimaat FW, Kerkhof van de PC. *Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis*. Brit. J. Dermatol. 2005; 152: 1275–1281.
3. Grob JJ, Revuz J, Ortonne JP, Auquier P, Lorette G. *Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life*. Brit. J. Dermatol. 2005; 152: 289–295.
4. Pärna E, Aluoja A, Kingo K. *Quality of life and emotional state in chronic skin disease*. Acta Derm.-Venereol. 2015; 95(3): 312–316.
5. Gupta MA, Gupta AK. *Evaluation of cutaneous body image dissatisfaction in the dermatology patient*. Clin. Dermatol. 2013; 31: 72–79.
6. Gupta MA, Gupta AK. *Cutaneous body image dissatisfaction and suicidal ideation: Mediation by interpersonal sensitivity*. J. Psychosom. Res. 2013; 75: 55–59.
7. Gupta MA, Gupta AK. *A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient*. Clin. Dermatol. 2013; 31: 57–61.
8. Orion E, Wolf R. *Psychologic factors in the development of facial dermatoses*. Clin. Dermatol. 2014; 32: 763–766.
9. Kieć-Świerczyńska M, Dudek B, Kręcisz B, Świerczyńska-Machura D, Dudek W, Garnczarek A i wsp. *Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry*. Med. Pr. 2006; 57(6): 551–555.
10. Steuden S, Janowski K. *Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne*. Przegląd Dermatologiczny. 2000; 87: 257–261.
11. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia psychiczne związane ze stanem somatycznym*. W: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011, 253–267.

12. Ogłodek E, Araszkievicz A, Placek W. *Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę*. Zdrowie Publiczne. 2009; 119(3): 335–337.
13. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak Ł, Reich A, Szepietowski JC. *Patients with psoriasis feel stigmatized*. Acta Derm.-Venereol. 2012; 92(1): 67–72.
14. Orion E, Wolf R. *Psychologic consequences of facial dermatoses*. Clin. Dermatol. 2014; 32: 767–771.
15. Thompson A, Kent G. *Adjusting to disfigurement: Processes involved in dealing with being visibly different*. Clin. Psychol. Rev. 2001; 21(5): 663–682.
16. Korabel H, Dudek D, Jaworek A, Wojas-Pelc A. *Suicidal ideation and behavior in dermatological patients*. Adv. Dermatol. Allergol. 2008; 25(2): 69–75.
17. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. *SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report*. Psychopharmacol. Bull. 1973; 9: 13–25.
18. Jankowski K. *SCL-90 – tłum.* online <http://www.psychologia.net.pl/testy.php?test=scl>.
19. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. *The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale*. Brit. J. Psychiat. 1976; 128: 280–289.
20. Levy LL, Emer JJ. *Emotional benefit of cosmetic camouflage in the treatment of facial skin conditions: Personal experience and review*. Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2012; 5: 173–182.
21. Ongenaë K, Dierckxsens L, Brochez L, Geel van N, Naeyaert JM. *Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage*. Dermatology. 2005; 210(4): 279–285.
22. Peuvrel L, Quéreux G, Brocard A, Saint-Jean M, Vallet C, Mère A i wsp. *Evaluation of quality of life after a medical corrective make-up lesson in patients with various dermatoses*. Dermatology. 2012; 224: 374–380.
23. Kanikowska A, Michalak M, Pawlaczyk M. *Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej*. Nowiny Lekarskie. 2008; 77(3): 195–203.
24. Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Bartoszewicz A, Łukaszuk C, Niczyporuk W, Borzęcki A. *Wybrane parametry oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą*. Dermatologia Kliniczna. 2003; 5(1): 21–27.
25. Schmid-Ott G, Künsebeck HW, Jecht E, Shimshoni R, Lazaroff I, Schallmayer S i wsp. *Stigmatization experience, coping and sense of coherence in vitiligo patients*. J. Eur. Acad. Dermatol. 2007; 21(4): 456–461.
26. Janowski K. *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Lublin: Wydawnictwo Polihymnia; 2006.
27. Picardi A, Abeni D, Renzi C, Braga M, Puddu P, Pasquini P. *Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body*. Acta Derm.-Venereol. 2001; 81(6): 410–414.
28. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. *The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis*. J. Psychosom. Res. 2001; 50(1): 11–15.
29. Ahmed A, Leon A, Butler DC, Reichenberg J. *Quality-of-life effects of common dermatological diseases*. Semin. Cutan. Med. Surg. 2013; 32(2): 101–119.
30. Böhm D, Stock Gissendanner S, Bangemann K, Snitjer I, Werfel T, Weyergraf A i wsp. *Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life*. J. Eur. Acad. Dermatol. 2013; 27(2): 220–226.
31. Kent G. *Stigmatisation and skin conditions*. W: Walker C, Papadopoulos L. red. *Psychodermatology. The psychological impact of skin disorders*. New York: Cambridge University Press; 2005, s. 44–56.

32. Leibovici V, Canetti L, Yahalomi S, Cooper-Kazaz R, Bonne O, Ingber A i wsp. *Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: A controlled study*. J. Eur. Acad. Dermatol. 2010; 24(8): 897–903.
33. Ongena K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. *Effect of vitiligo on selfreported health-related quality of life*. Brit. J. Dermatol. 2005; 152(6): 1165–1172.
34. Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN. *Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: An index of the stigma experience in dermatologic disorders*. Cutis. 1998; 61(6): 339–342.
35. Hawro T, Janusz I, Miniszewska J, Zalewska A. *Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u osób chorych na łuszczycę*. W: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R. red. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis; 2011, s. 42–51.

Adres: Magdalena Kostyła  
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
90-647 Łódź, Pl. Hallera 1

Otrzymano: 3.11.2016

Zrecenzowano: 28.12.2016

Otrzymano po poprawie: 24.02.2017

Przyjęto do druku: 4.03.2017