

Czynniki psychiczne w łuszczycy – przegląd piśmiennictwa

Psychological factors in psoriasis

Jakub Szumański, Andrzej Kokoszka

Z II Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. med. A. Kokoszka

Autorzy dokonują przeglądu aktualnego stanu wiedzy na temat psychicznych aspektów występowania, przebiegu i leczenia łuszczycy. Jest to choroba przewlekła, zapalno-proliferacyjna, zaliczana do zaburzeń typu psychosomatycznego. Analiza literatury wskazuje na silny związek pomiędzy stresem a przebiegiem łuszczycy. Istotny jest również związek tej choroby z depresją, zarówno jako następstwem, jak i jednym z czynników wyzwalających jej pierwszy epizod i dalsze nawroty. Postępowanie redukujące stres, a także leczenie przeciwdepresyjne wydaje się pomocne w kompleksowym leczeniu i zapobieganiu nawrotom tej dermatozy.

The authors review the current knowledge concerning psychological aspects of onset, duration and possible treatment of psoriasis. It is a chronic, proliferative and inflammatory disease considered as a psychosomatic disorder. An analysis of the literature indicates that there is a strong relationship between stress and psoriasis. There is also significant co-relation between depression and that disorder as a precipitating factor as well as a result of it. Stress-reducing and antidepressive treatment seem to be helpful in complex care and prophylactics of that

łuszczycy
stres
depresja

psoriasis
stress
depression

Wstęp

Łuszczycy jest przewlekłą chorobą o poważnym znaczeniu społecznym. Uznawana jest często za schorzenie, którego ujawnienie się uwarunkowane jest wpływem czynników genetycznych i środowiskowych, na którego przebieg ma istotny wpływ psychiczny stres [1, 2]. W podręczniku psychiatrii Kaplana i Sadocka jest ona wyszczególniona w grupie zaburzeń psychofizjologicznych, których występowanie ściśle koreluje z reakcją emocjonalną na zdarzenia życiowe [2]. Zależność ta występuje w 62%, a okres inkubacji wynosi średnio od kilku dni do dwóch tygodni [3]. Łuszczycy bywa zaliczana do chorób psychosomatycznych [4], przy czym większe znaczenie czynników psychicznych przypisywane jest tym postaciom, w których objawy są

zmienne i towarzyszy im trwały świąd [5]. Analiza piśmiennictwa wskazuje, że większość doniesień publikowana jest w dermatologicznej literaturze fachowej. Czynniki psychiczne w łuszczycy nie zostały też szerzej omówione w polskim piśmiennictwie psychiatrycznym. Celem tego artykułu jest wypełnienie tej luki. Przypomniane są w nim podstawowe informacje na temat objawów i przebiegu łuszczycy, a następnie zreferowane dobrze udokumentowane ustalenia dotyczące wpływu stresu i oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na jego redukcję. Szerzej przedstawiono nowsze koncepcje dotyczące związków łuszczycy z depresją i dane na temat możliwości wykorzystania elementów terapii depresji w leczeniu łuszczycy.

Kliniczny obraz łuszczycy

Łuszczycą jest przewlekłą, nawrotową chorobą zapalno-proliferacyjną. Częstość jej występowania podlega znacznym wahaniom w różnych populacjach na świecie. Choroba ta jest prawie nieznaną w Ameryce Północnej, na Dalekim Wschodzie, Ameryce Południowej, Afryce Zachodniej i wśród Eskimosów grenlandzkich, natomiast w populacji europejskiej i wśród białych mieszkańców Stanów Zjednoczonych występuje z częstością około 1–3%, w równym stopniu u obu płci. Istotą procesu chorobowego jest wzmożona liczba podziałów komórkowych w warstwie podstawnej naskórka oraz przyspieszony, nieprawidłowy cykl dojrzewania keratynocytów. W obrębie skóry właściwej następuje gromadzenie się dużej liczby komórek zapalnych linii białokrwinkowej (limfocyty, monocyty, granulocyty), które aktywnie penetrują do naskórka. Obraz histopatologiczny wycinka ze zmian łuszczycowych jest charakterystyczny. Stwierdza się obecność parakeratotyicznej warstwy rogowej (zawierającej resztki jąder komórkowych), a w jej obrębie ogniskową akumulację granulocytów obojętnochłonnych, brak warstwy ziarnistej, pogrubienie warstwy kolczystej oraz zwiększoną liczbę podziałów w obrębie warstwy podstawnej naskórka. Czynniki genetyczne wywierają istotny, aczkolwiek nie do końca poznany wpływ na rozwój łuszczycy. Infekcje bakteryjne, grzybicze i wirusowe (w mechanizmie superantygenu) mogą odgrywać rolę czynników aktywizujących znaczną liczbę limfocytów T pomocniczych T(H), które wydzielając do środowiska skóry właściwej i naskórka szereg substancji wzrostowych i chemotaktycznych zapoczątkowują proces chorobowy. Wyróżnia się 4 podstawowe typy łuszczycy: zwyczajna (psoriasis vulgaris), stawowa (p. arthropathica), krostkowa (p. pustulosa) i erythrodermia łuszczycowa (erythrodermia psoriatica). Wykwitem podstawowym w łuszczycy zwyczajnej jest drobna owalna grudka rumieniowo-żółtawo-żółta, szerząca się obwodowo, dobrze odgraniczona od otoczenia [5].

Łuszczycą a stres

Zależności pomiędzy stresem a łuszczycą są złożone. Po pierwsze, stres może być czynnikiem wyzwalającym wystąpienie, nawrót lub zaostrzenie przebiegu choroby. Po drugie, objawy łuszczycy mogą być źródłem stresu, który, po trzecie, na zasadzie błędnego koła, może nasilać objawy chorobowe [6]. Znaczenie stresu jako czynnika

wyzwalającego łuszczycę zostało stwierdzone u znacznej liczby chorych (8/20) [7]. W randomizowanej próbie 113 chorych leczonych ambulatoryjnie z powodu łuszczycy 70,2% retrospektywnie potrafiło przypomnieć sobie stresujące wydarzenia w okresie poprzedzającym pojawienie się pierwszych objawów choroby [6]. Otrzymane wyniki wskazują na silny związek zarówno wystąpienia, jak i zaostrzenia się objawów łuszczycy ze stresującym wydarzeniem. Średni okres między nim a zaostrzeniem wynosi jeden do czterech tygodni, przy czym ciężkość wydarzenia nie koreluje w istotny sposób ze skróceniem czasu pojawienia się zaostrzenia. W prospektywnych badaniach wykazano istotną korelację między stresem a łuszczycą ($r=0,31$; $p<0,01$) i wpływ stresogennych incydentów ($r=0,23$; $p<0,05$), obserwując 5 pacjentów przez 20 tygodni [8].

Negatywny wpływ stresu na przebieg łuszczycy wykazują wyniki badań Seville [9]. Stu trzydziestu dwóch chorych, u których po leczeniu standardowym uzyskano wycofanie się zmian skórnych, było obserwowanych przez trzy lata i udzielało odpowiedzi na ankietowe pytania dotyczące stresogennych zdarzeń w ciągu ostatniego miesiąca. Jako grupę porównawczą wykorzystano osoby chore na infekcje. Sytuacje stresogenne zostały opisane jako m.in.: ciężka choroba somatyczna, nieszczęścia w rodzinie, wypadki, a także próby seksualnego wykorzystania. Powyższe sytuacje były weryfikowane przez niezależnego obserwatora. Oceniano liczbę zaostrzeń, a także badano „okres inkubacji”. Grupa kontrolna obejmowała pacjentów z infekcjami górnych dróg oddechowych, a także łagodnymi i złośliwymi nowotworami skóry. Wśród pacjentów z łuszczycą zaostrzenia choroby potwierdziło 46%, w porównaniu z 10% w grupie kontrolnej. W 96% przypadków okres między wystąpieniem sytuacji stresogennej a nawrotem choroby wynosił od dwóch do czterech tygodni, co pokrywało się z wcześniejszymi obserwacjami [10]. Były to badania retrospektywne 61 pacjentów, z których wynika, że lepsze rokowanie mają pacjenci „z wglądem”, czyli tacy, którzy zdają sobie sprawę z wpływu stresu na nawroty łuszczycy. Wybrano losowo dwie grupy pacjentów. Jedną poinformowano o silnym związku łuszczycy z sytuacjami stresogennymi, drugiej przekazano nieprawdziwe informacje dotyczące podświadomości i nawrotów choroby. Po pierwszym kwartale obserwacji u pacjentów z wglądem nie zaobserwowano ani jednego nawrotu, podczas gdy w grupie bez wglądu brak nawrotów zaobserwowany był w 47%. Po roku wyniki były następujące: w grupie z wglądem nie zaobserwowano nawrotów choroby w 97% przypadków, podczas gdy w grupie kontrolnej w 33%. Po trzech latach remisja utrzymała się w grupie z wglądem w 74% przypadków, a w grupie kontrolnej w 20% [10].

Zwiększoną reaktywność na stres u chorych ze średnio nasiloną łuszczycą sugerują wyniki badania przeprowadzonego wśród 252 chorych za pomocą wystandaryzowanego kwestionariusza społecznego przystosowania Holmsa (SRRS). Skala ta zawiera 40 życiowych zdarzeń usystematyzowanych wg ich ciężaru gatunkowego w ciągu ostatnich 5 lat, które były źródłem stresu i konieczności adaptacji do nowej sytuacji. Znalaziono małą dodatnią korelację $+0,28$, znamioną w $p<0,0001$ z nieznacznie zwiększoną reaktywnością na stres wśród pacjentów ze średnio nasiloną łuszczycą. W drugiej fazie badania autorzy próbowali ocenić relację między reagowaniem na stres a profilami osobowości, badanymi za pomocą kwestionariusza MMPI. Nie wykazano żadnej korelacji, a w związku z tym żadnego specyficznego profilu osobowości dla

pacjentów z łuszczycą .

Wpływ stresu na nasilenie łuszczycy potwierdzają również wyniki badania 38 chorych na łuszczycę [11]. Podzielono ich na dwie grupy: wysokiego stopnia stresu i niskiego stopnia stresu, stosując Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (General Health Questionnaire), Kwestionariusz Stopnia Somatyzacji (Somatisation Questionnaire), Skalę Depresji Becka i Kwestionariusz Społecznego Przystosowania Holmesa. Zmiany nasilenia łuszczycy oceniane były za pomocą PASI Score (Psoriasis Activity and Severity Index), a także Psoriasis General Score (GS). W porównaniu z grupą niskiego stopnia stresu (n=21), pacjenci zakwalifikowani do grupy wysokiego stopnia stresu (n=17) mieli bardziej nasilone zmiany stawowe i skórne. Szybkość postępowania zmian była większa w grupie mężczyzn. PASI Score i GS wykazały silną dodatnią korelację z indeksem somatyzacyjnym bez wyraźnego podziału na płci.

Łuszczycyca a depresja

Określenie relacji pomiędzy depresją a łuszczycą jest utrudnione poprzez fakt, że w istniejących doniesieniach stosowane są mało precyzyjne opisy objawów depresyjnych [12], można jednak na ich podstawie przypuszczać, że objawy depresyjne mogą być czynnikiem wyzwalającym łuszczycę i jej zaostrzenia, oraz że objawy łuszczycy mogą wywoływać objawy depresyjne. 33% z 5600 chorych na łuszczycę zauważyło, że wystąpienie depresji spowodowało zmartwienie [13], a w innych badaniach [14] u 80% pacjentów stwierdzono związek pomiędzy odczuwaniem zmartwienia a wystąpieniem lub zaostrzeniem się omawianej choroby. Ginsburg w obszernej pracy pogładowej na temat psychologicznych aspektów łuszczycy opisuje przede wszystkim depresję jako zjawisko występujące wtórnie do objawów skórnych, przy czym im cięższe objawy łuszczycy (łuszczycowe zapalenie stawów), tym cięższa depresja [1].

To, że występowanie objawów łuszczycy jest źródłem stresu i przykrych emocji u osób nimi dotkniętych, wydaje się oczywistym zjawiskiem. Znajduje ono potwierdzenie w wynikach badań, w których m.in. wykazano, że u 33% hospitalizowanych pacjentów i 15% pacjentów leczonych ambulatoryjnie stwierdzono depresję, a u 5,5% potwierdzono podjęcie próby samobójczej. Obniżenie nastroju związane było głównie ze stygmatyzującym charakterem choroby, deformacją stawów w przypadku łuszczycy stawowej, a także prawdopodobnym nadużywaniem alkoholu [1]. Przedstawione dane wskazują na możliwość istnienia dwukierunkowych związków pomiędzy objawami depresyjnymi a łuszczycą. Poważnym niedostatkim cytowanych badań jest brak precyzyjnych diagnoz psychiatrycznych, pozwalających na zróżnicowanie depresyjnych postaci zaburzeń adaptacyjnych, zaburzeń depresyjnych i lękowych mieszanych oraz epizodów depresji, jednak istnieją wystarczające przesłanki, by uznać, że objawy depresyjne występują często w przebiegu łuszczycy. Uwzględniając dane, wskazujące, że leki przeciwdepresyjne są skuteczne w leczeniu zaburzeń depresyjnych niezależnie od ich etiologii [15], można przypuszczać, że ich stosowanie może być uzasadnione u wielu chorych na łuszczycę.

Wpływ leczenia przeciwdepresyjnego na przebieg łuszczycy

W kontekście omówionych powyżej danych o występowaniu zaburzeń depresyjnych w przebiegu łuszczycy zaskakujący jest brak doniesień o wpływie leczenia zaburzeń depresyjnych występujących w przebiegu łuszczycy na jej nasilenie [2]. W bazie danych MEDLINE znajduje się tylko jedna taka praca – wyniki badań, z zastosowaniem podwójnie ślepej próby i placebo, oceniających skuteczność moklobemidu jako leku dodatkowego do terapii standardowej (stosowanie sterydów zewnętrznie) [16]. Badanie przeprowadzono w grupie 60 pacjentów. W obu grupach stosowano standardowe leczenie zewnętrzne kortykosteroidami przez 6 tygodni. Pacjenci byli badani co 2 tygodnie następującymi narzędziami: PASI Score, skalami depresji Becka i Hamiltona, skalą oceny lęku Hamiltona i skalą lęku Spielbergera. Z powodu wycofania się części osób, badania ukończyło 22 pacjentów leczonych moklobemidem i 20 pacjentów z grupy kontrolnej. Grupa leczona moklobemidem wykazała istotnie statystycznie większą poprawę w wynikach wszystkich skal. Wyniki tych badań potwierdzają przypuszczenia, że dodatkowe leczenie lekiem antydepresyjnym może zmniejszyć objawy łuszczycy, a tym samym zwiększyć skuteczność leczenia konwencjonalnego [16]. Ponadto istnieją przypadki farmakoterapii pacjentów cierpiących na łuszczycę i zaburzenia depresyjne (m.in. imipraminą, doksepiną), która spowodowała cofnięcie się również objawów skórnych [17].

Wpływ postępowania redukującego stres na przebieg łuszczycy

Korzystny wpływ oddziaływań psychoterapeutycznych na przebieg łuszczycy sugerują wyniki porównujące leczenie konwencjonalne z terapią poszerzoną dodatkowo o psychoterapię indywidualną [4]. Terapia trwała 12 tygodni i obejmowała: techniki relaksacyjne, sterowane wyobrażenie i techniki ukierunkowane na redukcję stresu. Stopień ciężkości łuszczycy mierzony był za pomocą: PASI i Total Sign Score (TSS). Małą, lecz statystycznie znamiennej dodatnią korelację znaleziono między PASI Score a Skalą Depresji Becka ($r = -0,32$; $p < 0,05$), co mogłoby wskazywać na użyteczność oddziaływań psychoterapeutycznych u pacjentów z łuszczycą [18].

Inne techniki, które były opisane w leczeniu łuszczycy, to: hipnoza [19], a także biofeedback [20, 21]. Wyniki doniesień na ten temat, aczkolwiek obiecujące, wymagają dalszych badań.

Wyrazem doceniania znaczenia czynników psychologicznych w leczeniu łuszczycy jest „koncepcja całościowej opieki” [22]. Jej autorzy kładą nacisk na to, aby, poza stosowaniem leczenia standardowego, informować pacjentów o zewnętrznych czynnikach ułatwiających występowanie choroby. Tak więc pacjenci leczeni zgodnie z tą koncepcją poddawani są dokładnemu badaniu przedmiotowemu (ocena współwystępowania innych chorób, używanych leków, np. beta-blokerów, litu, leków przeciwmalarycznych – które nasilają objawy łuszczycy), podlegają ocenie psychologicznej współwystępowania zaburzeń depresyjnych i lękowych, ocenie stopnia radzenia sobie ze stresem. Opisane postępowanie ułatwia włączenie dodatkowych oddziaływań terapeutycznych, takich jak, np.: techniki relaksacyjne, biofeedback, hipnoza, zmiana stylu życia, czy leków przeciwdepresyjnych.

Podsumowanie

Störungen die ersten Faktoren sein können, die die erste Episode und die folgenden Episoden der Psoriasis hervorrufen, ihre Symptome vertiefen und auch die Wirksamkeit der Behandlung verschlechtern. Es gibt auch Angaben über eine Verbesserung der Symptome im Falle der Behandlung mit antidepressiven Mitteln und bei Anwendung der Psychotherapie der Angst- und Depressionsstörungen und der Techniken, die den Stress reduzieren. Im Zusammenhang damit ist es nötig, diese Abhängigkeiten weiter zu analysieren, damit sich die künftige Behandlung mit allen Aspekten dieser Erkrankung befassen könnte.

Les facteurs psychiques dans le psoriasis – revue de littérature

Résumé

Le psoriasis est une maladie chronique d'une grande importance sociale dans laquelle, à côté de facteurs génétiques, les facteurs psychiques jouent un rôle prépondérant. La littérature en question qui est assez vaste souligne les relations incontestables de cette dermatose avec le stress et avec l'état psychique en général. L'analyse plus détaillée de cette littérature démontre que ces relations sont très complexes et ne sont pas encore suffisamment étudiées et décrites. Le psoriasis peut causer les stigmates et par cela provoquer le stress et en conséquence – les troubles dépressifs et anxieux. On note pourtant la relation à l'envers – le stress et les troubles dépressifs peuvent causer les premiers épisodes du psoriasis et aggraver ses symptômes ainsi que influencer sur l'efficacité de la thérapie. On connaît aussi des données sur l'amélioration des effets thérapeutiques dans le cas de l'application combinée des médicaments antidépresseurs et de la psychothérapie dans la thérapie du psoriasis. Les auteurs postulent donc l'étude de ces relations dans l'avenir pour connaître mieux tous les aspects de cette maladie.

Piśmiennictwo

1. Ginsburg IH. *Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis*. Derm. Clin. 1995; 4: 793–804.
2. Koo JYM. *Skin disorders*. W: Kaplan HI, Sadock BJ, red.: *Comprehensive textbook of psychiatry*. VI ed. Baltimore: William & Wilkins, 1995: 1531–1532.
3. Polenghi MM, Molinari E, Gala C, Guzzi R, Garutti C. *Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic*. Acta Derm. Venerol. 1994; 186 (supl.): 65–66.
4. Zachariae R, Oster H, Bjerring P, Kragballe K. *Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report*. J. Am. Acad. Dermatol. 1996; 34: 1008–1015.
5. Langner A, Stapór W. *Współczesne leczenie wybranych chorób skóry*. Biblioteka Lekarza Praktyka. Dział Informacji Naukowej Polfa, Warszawa 1998; s. 82–100.
6. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. *The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions*. Brit. J. Dermatol. 1994; 130: 199–203.
7. Susskind W, McGuire RJ. *The emotional factor in psoriasis*. Scott Med. 1959; 4: 503–507.
8. Gatson L, Lassonde M., Bernier-Buzzanga J, Crombez JC. *Psoriasis and stress: prospective study*. J. Am. Acad. Dermatol. 1987; 17: 82–86.
9. Seville RH. *Psoriasis and stress*. Brit. J. Dermatol. 1977; 97: 297–302.
10. Bolgert M. *Importance des facteurs psychologiques dans l'évolution et thérapeutique du psoriasis*. Gaz. Med. France 1971; 78: 6235–6247.
11. Harvima RJ, Viinamaki H, Harvima IT, Naukkarinen A, Savolainen L, Aalto M., Horsmanheimo M. *Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients*. Acta Derm. Venerol. 1996; 76: 467–471.
12. Baughman R, Sobel R. *Psoriasis, stress and strain*. Arch. Dermatol. 1971; 103: 599–605.

13. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN. *Perceived deprivation of social touch in psoriasis associated with greater psychologic morbidity; an index of the stigma experience dermatologic disorders.* *Cutis.* 1998; 61: 339–342.
14. Farber EM, Nali L. *The natural history of psoriasis in 5600 patients.* *Dermatol.* 1974; 148: 1.
15. Leonard BE. *Fundamentals of psychopharmacology.* Second edition. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
16. Alpsy E, Ozcan E, Cetin L, Ozgur O, Er H Yilmaz E, Karaman T. *Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced concurrent moclobemide therapy? A double blind, placebo-controlled study.* *J. Am. Acad. Dermatol.* 1998; 38: 197–200.
17. Koo JYM, Pham CT. *Psychodermatology.* *Arch. Dermatol.* 1995; 128: 381.
18. Price MI, Mottahedin I, Mayo PR. *Can psychotherapy heal patients with psoriasis.* *Clin. Exp. Dermatol.* 1991; 16: 114–117.
19. Kroger WS, Fezler WD. *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning.* Philadelphia: JB Lippincott; 1976.
20. Fuller GD. *Biofeedback: Methods and procedures in clinical practice.* San Francisco. CA: Biofeedback Press; 1979.
21. Huges HH, England R, Goldsmith DA. *Biofeedback and psychotherapeutic treatment of psoriasis; a brief report.* *Psychol. Rep.* 1981; 48: 99–102.
22. Farber EM, Raychaurhuri SP. *Concept of total care: a third dimension in the treatment of psoriasis.* *Cutis.* 1997; 59: 35–39.
23. Beaman K, Luzzatto P. *Psychological approaches to the treatment of skin disease.* *Nursing* 1988; 29: 1061-1063.
24. Kantor SD. *Stress and psoriasis.* *Cutis* 1990; 46: 321–322.
25. Sigh AN, Nair NP., Suranyi-Dadotte B, Schwarts G, Lizondo E. *A double blind comparison of alprazolam and amitriptyline hydrochloride in the treatment of nonpsychotic depression.* *Can. J. Psychiatry* 1998; 33: 218–222.

Otrzymano: 10.03.2000

Zrecenzowano: 21.06.2000

Przyjęto do druku: 6.08.2001

Adres: II Klinika Psychiatryczna AM
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska