

## Anna Baranowska, Elżbieta Krajewska-Kuśak, Barbara Jankowiak, Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Katarzyna Krajewska-Ferishah

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

# Psychodermatologia współczesnym wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego

Psychodermatology – a current challenge for the therapeutic team

### STRESZCZENIE

Wzajemnymi interakcjami między dermatologią a psychiatrią zajmuje się psychodermatologia, stosunkowo młoda dziedzina wiedzy z pogranicza dermatologii, psychologii i psychiatrii. Wszystkie zmiany skórne są widoczne i mogą oddziaływać na psychikę chorych. Czynniki psychiczne mogą ponadto odgrywać istotną rolę w patologii niektórych schorzeń skóry. Szacuje się, że występowanie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów dermatologicznych jest rzędu 30–60%. Choroby zaliczane do psychodermatologicznych podzielono na trzy grupy w celu ułatwienia postawienia rozpoznania. Znajomość problematyki z zakresu psychodermatologii może się przyczynić do poprawy diagnostyki oraz ewentualnej modyfikacji leczenia poszerzonego o działanie psychofarmakologiczne.

**Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (4): 512–518**

**Słowa kluczowe:** choroby skóry, psychodermatologia, pacjent

### ABSTRACT

Psychodermatology is a branch of medicine that describes the interaction between dermatology and psychiatry, a new part of medicine, which combines dermatology, psychology and psychiatry. Skin lesions are visible and they may influence the patient's psyche. Psychological factors are important in the pathology of several dermatoses. The incidence of psychiatric disorders among the dermatological patients is estimated at 30 to 60%. Psychodermatological diseases are divided into three groups, aiming at arriving at proper diagnosis. The knowledge and awareness of psychodermatology may improve physician's diagnosis and differentiation enabling introduction of the therapeutic intervention in the field of psychopharmacology.

**Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (4): 512–518**

**Key words:** skin diseases, psychodermatology, patient

### Rys historyczny rozwoju psychodermatologii i psychoimmunologii

Skóra oddziela człowieka od świata zewnętrznego i pełni nie tylko funkcje ochronne, ale również: estetyczne, komunikacyjne, seksualne, percepcyjne i ekspresyjne. Jako narząd widoczny dla otoczenia posiada zdolność wyrażania emocji, takich jak złość, lęk, wstyd, frustracja (zaczernienie, zblednięcie, wzmożone wydzielanie potu), przez co ma szczególne znaczenie w rozwoju emocjonalnym człowieka. Bierze udział w kształtowaniu obrazu własnej osoby, poczucia własnej wartości i samooceny. Odgrywa ogromną rolę w proce-

sie socjalizacji. Jest jednym z czynników determinującym postrzeganie przez otoczenie (atrakcyjność bądź nieatrakcyjność fizyczną) [1].

Historia badań nad wzajemnym powiązaniem ciała i umysłu sięga czasów Hipokratesa (ok. 460–360 r. p.n.e.), choć koncentrowano się wtedy głównie nad wpływem ciała na mózg, a nie na wpływie mózgu na zdrowie psychiczne [1].

Pierwsze doniesienia o roli czynników psychologicznych w chorobach skóry pojawiły się na przełomie XIX i XX wieku w pracach takich dermatologów, jak: Beard, Tuke, Buckley i Winkler [1, za: 2]. Autorzy ci wska-

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Anna Baranowska, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15–096 Białystok, tel.: 85 748 55 28, e-mail: baranowskana@gmail.com

zywali na możliwe emocjonalne uwarunkowania chorób skóry.

Rozwój psychosomatyki wywołał zainteresowanie badaczy wpływem osobowości i doświadczeń emocjonalnych na stan skóry. Z tego okresu jednak jest niewiele znaczących danych. Początkowo podejmowano próby znalezienia specyficznych emocjonalnych konfliktów oraz określenia wzorców osobowości charakterystycznych dla pacjentów z chorobami skóry. W końcu badania skupiły się nad sposobami funkcjonowania i radzenia sobie z chorobą. Aktualnie większość badaczy uznaje, że poszukiwanie przyczyn chorób skóry powinno opierać się na podejściu polietyologicznym [1, za: 2]. W ostatnich latach wiele uwagi poświęcono badaniom na temat zależności między układem neuroendokrynnym a układem immunologicznym [1].

Pojęcie „psychoneuroimmunologii” na grunt nauk medycznych wprowadził w 1980 roku Robert Adler [za: 3]. Od tamtego czasu nastąpił ogromny postęp w rozumieniu zależności między układami nerwowym, endokrynnym, odpornościowym a psychiką człowieka. Ostatnie badania dodatkowo podkreślają rolę skóry jako istotnego ogniwa w tej zależności [3]. Wykazano bowiem wzajemne powiązania między tymi układami a skórą. Skóra i ośrodkowy układ nerwowy (OUN) są powiązane embrionalnie i anatomicznie, ponieważ powstają z zewnętrznego listka zarodkowego ektodermy [1]. Ponadto w skórze, układzie nerwowym i immunologicznym stwierdza się występowanie wspólnych neuromediatorów oraz neurohormonów [4, 5]. Obecność dwudziestu z nich wykazano w skórze i w większości są to neuropeptydy. Wśród najważniejszych z nich należy wymienić: substancję P (SP), peptyd związany z genem dla kalcytoniny (CGRP), naczyniowy peptyd jelitowy (VIP), neuropeptyd Y, somatostatynę, neurotensynę, peptyd uwalniający gastrynę [4, 5]. Błałoch stwierdził, że mózg, układ immunologiczny i skóra „rozmawiają ze sobą we wspólnym biochemicznym języku. Niezwykle ważnym elementem tego języka są neuropeptydy” [za: 4, za: 5].

Rozwój takich dziedzin, jak psychoneuroimmunologia i neuroendokrynologia oraz psychologii zdrowia, będącej subdyscypliną psychologii, przyczynił się do bardziej całościowego postrzegania człowieka, a jednocześnie stał się podłożem do powstania psychodermatologii [1, 3].

Psychodermatologia zajmuje się współwystępowaniem objawów psychopatologicznych bądź dysfunkcji psychologicznych, z określonymi objawami skórnymi lub chorobami dermatologicznymi [6]. Wszelkie zaburzenia, w których jest obecna komponenta psychologiczna i dermatologiczna, można uznać za schorzenia psychodermatologiczne [7]. Jest ona definiowana jako podjednostka sfery biopsychospołecznej [8]. Celem pio-

nierów psychodermatologii było uściślenie związku pomiędzy sytuacjami powodującymi konflikt emocjonalny, strukturą osobowości a chorobami skóry [9]. Związek ten jest dwukierunkowy i wzajemnie zależny. Bowiem z jednej strony zmiany skórne mogą wywoływać dyskomfort pacjenta i problemy emocjonalne, z drugiej zaś stany emocjonalne mogą wywoływać wysiew lub nasilenie zmian już istniejących. Zależności te potwierdzają się w naukach podstawowych biochemii i biologii molekularnej [3]. Dowodem na to, jak doniosłą rolę w chorobach skóry odgrywa psychika, było powstanie towarzystw naukowych zajmujących się właśnie zagadnieniami związanymi z psychodermatologią. Jest to w Europie *European Society for Dermatology and Psychiatry* (ESDaP) oraz w Stanach Zjednoczonych *Association of Psychocutaneous Medicine of North America* (APMNA) [10, 11]. Natomiast pole do wymiany poglądów między dermatologami, psychiatrami, psychologami i socjologami stanowi czasopismo naukowe poświęcone psychodermatologii „*Dermatology & Psychosomatics*”, które jest oficjalnym organem ESDaP [11, 12]. W Polsce natomiast w 2008 roku powołano do istnienia Sekcję Psychodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

### Klasyfikacja zaburzeń psychodermatologicznych

W grupie badaczy tej specjalności nie ma zgody, co do klasyfikacji zaburzeń psychodermatologicznych. W związku z tym poniżej przedstawiono, na podstawie przeglądu literatury, kilka przykładów klasyfikacji proponowanej przez różnych autorów.

W opinii Koblenzera podział zaburzeń psychicznych w chorobach skóry przedstawia się następująco:

- zaburzenia psychiatryczne przejawiające się jako choroby skóry, na przykład parazytozy urojeniowe;
- dermatozy ściśle związane z czynnikami psychologicznymi, na przykład pokrzywka;
- dermatozy, na których przebieg wpływa stres, na przykład łuszczyca [za: 13].

Podział zaproponowany przez Bodemera obejmuje:

- choroby psychiczne z manifestacją skórną;
- dermatozy z manifestacją psychiatryczną;
- choroby dermatologiczne, na które wpływa stres psychologiczny;
- objawy skórne uboczne u osób leczonych psychiatrycznie;
- objawy uboczne psychiatryczne u osób poddanych terapii lekami stosowanymi w chorobach skóry [za: 13].

Z uwagi na oddziaływanie zmian skórnych na psychikę oraz udział czynników psychicznych w etiologii chorób skóry Szepietowski proponuje następujący podział dermatoz:

- przewlekłe dermatozy,
- dermatozy indukowane lub zaostrzane przez stres,

- dermatozy pogarszane przez zachowanie chorych,
- dermatozy przebiegające ze świądem,
- psychodermatozy [10].

Zaburzenia psychodermatologiczne podzielone według Koo, to:

- zaburzenia psychofizjologiczne (*psychophysiological disorder*);
- pierwotne zaburzenia psychiczne (*primary psychiatric disorder*);
- wtórne zaburzenia psychiczne (*secondary psychiatric disorder*) [14, 15]

W grupie zaburzeń psychofizjologicznych znajdują się choroby, do zaostrzenia których dochodzi pod wpływem stresu [8]. W związku z tym, w leczeniu, oprócz standardowego postępowania dermatologicznego, odgrywają rolę techniki relaksacyjne, muzykoterapia, ewentualnie indywidualna psychoterapia, czy grupy wsparcia [8]. W tej grupie chorób wyróżniamy: choroby skóry z towarzyszącym świądem (atopowe zapalenie skóry, przewlekła pokrzywka, łuszczyca) oraz choroby skóry bez towarzyszącego świądu (trądzik pospolity, trądzik różowaty, łysienie plackowate) [8].

O psychodermatozach stanowiących grupę pierwotnych zaburzeń psychicznych mówi się, gdy występujące zmiany skórne, bądź przeświadczenie o ich istnieniu, pojawiają się na skutek zaburzeń psychicznych [11]. Należą tu: parazytozy, dysmorfofobia, *Trichotillomania*, *Dermatitis artefacta* [8].

Uważa się, że około 30% osób cierpiących z powodu przewlekłych i nawrotowych chorób skóry ma problemy natury psychicznej [11]. Wtórne zaburzenia psychiczne często wynikają z nieakceptowania własnego wyglądu, trudnościami w pogodzeniu się z przewlekłą dermatozą. Najczęściej są to zaburzenia depresyjne czy zaburzenia lękowe, choć mogą również wystąpić kompulsje [11].

Odrębnym zagadnieniem jest natomiast depresja, hipomania, mania czy psychozy schizofrenopodobne, które mogą rozwijać się u chorych leczonych steroidami w przebiegu tocznia, sklerodermii, bądź guzkowego zapalenia naczyń [9]. Podobnie kiła OUN może objawiać się różnymi zespołami psychopatologicznymi, jak na przykład zespół otępienny, depresja, psychozy [9].

### Uwarunkowania występowania zaburzeń psychicznych w chorobach skóry

Można wyróżnić pewne uwarunkowania występowania zaburzeń psychicznych osób z chorobami dermatologicznymi. Wśród nich wymienia się najczęściej:

- rodzaj choroby skóry;
- rozległość i lokalizację — czy zmiany dotyczą odkrytych, widocznych części ciała czy też ważnych dla obrazu siebie jak twarz, narządy płciowe;

- przewlekłość zmian skórnych, czas trwania choroby;
- zmienne demograficzne (wiek, płeć) [6].

Nie ma jednak zgody wśród badaczy, co do roli poszczególnych czynników w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Actan i wsp. [16] nie stwierdzili w prowadzonych badaniach związku z wyżej wymienionymi czynnikami. Odmienne wyniki uzyskali Hughes i wsp. [17]. Wykazali oni, że częstsze występowanie zaburzeń psychicznych wiązało się z rozpoznaniem trądziku, wyprysku czy łuszczycy, zmianami rozległymi dotyczącymi widocznych części ciała oraz miejscowym stosowaniem steroidów. Podobnie z badań Gupty i Gupty wynika, że rodzaj choroby skóry (rozległe zmiany chorobowe lub zlokalizowane w ważnych dla obrazu siebie okolicach jak twarz, ręce) warunkuje występowanie i nasilenie depresji [18].

### Rola czynników psychicznych w powstawaniu i przebiegu wybranych chorób skóry

Stres towarzyszy nam przez całe życie. Pojęcie stresu wywodzi się z prac fizjologa Cannon'a oraz endokrynologa Selyego [za: 19]. Według Selyego, stres to niespecyficzna reakcja fizjologiczna organizmu na czynniki fizyczne, biologiczne, psychologiczne i społeczne. Nazywany jest on zespołem ogólnego przystosowania (*GAS, general adaptation syndrome*) i przebiega w trzech etapach: odczynu alarmowego, przystosowania do stresora i wyczerpania [za: 19]. Przyczynami wystąpienia stresu są tak zwane „stresory”. Mogą być one pochodzenia fizycznego bądź, tak jak w obecnych czasach, częściej psychicznego lub społecznego. Stres prowadzi do zwiększonej aktywności organizmu. Dochodzi do uruchomienia wielu procesów na poziomie molekularnym, komórkowym, tkankowym, narządowym i układowym [19]. Może być związany z sytuacją rodzinną, zawodową, zdrowotną, z wysokimi wymaganiami stawianymi sobie, albo wpływem środowiska zewnętrznego [20].

W teoriach psychologicznych podkreśla się emocjonalny charakter reakcji na stres [21]. Według aktualnie dominującej transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i wsp. czynnikiem wywołującym reakcję stresową jest sposób postrzegania otoczenia, tak zwana ocena poznawcza [22]. Wykorzystywane są tu dotychczasowe zasoby intelektualne, doświadczenia, procesy myślenia i spostrzeżenia, zdolności operacyjne pamięci. Gdy sytuacja zostanie oceniona jako zagrażająca, zostają uruchomione działania przystosowawcze. Ocena i reakcja są indywidualne i zależne od czynników genetycznych, konstytucjonalnych, psychologicznych i społecznych [21].

Odpowiedź organizmu na stres może przebiegać różnie. Stopień nasilenia stresu mieszczący się w granicach naszych możliwości obronnych to eustres, czyli

stres odbierany pozytywnie mobilizująco — wpływający na poprawę jakości życia [20]. Odpowiedzią organizmu na ten rodzaj stresu jest czasowe pobudzenie układu limbiczno-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego. Przeciwnością eustresu jest dystres, który działa demobilizująco destrukcyjnie. Częste narażenie na dystres prowadzi do trwałych zaburzeń [20].

Pod wpływem stresu dochodzi do uruchomienia cyklu reakcji neurohormonalnych, służących utrzymaniu homeostazy i adaptacji organizmu, co głównie odbywa się dzięki zmianom czynności układów: krążenia, metabolicznego (produkcji energii) i immunologicznego. Zachodzą również zmiany behawioralne objawiające się werbalną i niewerbalną ekspresją emocji. Werbalną postać charakteryzuje agresja. Natomiast niewerbalną takie zachowania, jak: nadużywanie alkoholu, nikoty, obgryzanie paznokci, wrywanie włosów i rozdrapywanie zmian skórnych. Z kolei zmiany poznawcze powstałe w wyniku stresu polegają na podejmowaniu aktywnych działań celem osłabienia działania siły szkodliwych bodźców. Jest to dynamiczny proces, gdzie dochodzi do wartościowania bodźców oraz własnych możliwości radzenia sobie ze stresem [23].

Brak umiejętności poradzenia sobie ze szkodliwymi bodźcami nie musi być jednoznaczny z wystąpieniem i rozwojem choroby. Jednak bardzo często jest jego odległą konsekwencją [21]. Dochodzi bowiem do wyczerpania rezerw organizmu, utraty równowagi psychofizjologicznej i dysfunkcji w obrębie różnych układów [24].

Według Everly i Rosenfelda „psychika i ciało są ze sobą tak silnie splecione, że nie może wystąpić zjawisko psychologiczne, któremu nie towarzyszyłoby zjawisko somatyczne, podobnie jak nie istnieje zjawisko somatyczne bez psychologicznego” [21]. Mechanizmy psychogenne nastawione głównie emocjonalnie, wywołują ciąg reakcji stresowych i wpływają na odmienną podatność na choroby. Różne choroby zmieniają jednak także procesy zachodzące w sferze psychicznej [21]. Według Musapha psychogenne podłoże wielu psychosomatycznych chorób wynika stąd, że „jeśli emocja nie znajdzie ujścia w zewnętrznej aktywności ciała lub w odpowiednim działaniu umysłu, to odbije się to na dysfunkcji narządów wewnętrznych” [9]. Wystąpienie chorób serca, układu pokarmowego, naczyń i skóry jest objawem negatywnych następstw działania stresu. Natomiast wybór narządu odpowiedzi na stres zależy od czynników genetycznych i środowiskowych [za: 21]. Stenbach stwierdza, że reakcje stresowe biorą udział we wszystkich procesach chorobowych, szczególnie jeśli występują zakłócenia w funkcjonowaniu neuroendokrynnego i immunologicznego [za: 9].

Pomimo obecności w literaturze tematu pojęcia chorób psychosomatycznych, to w aktualnym podej-

ściu do rozwoju choroby somatycznej podkreśla się wpływ wielu czynników: genetycznych, psychicznych, społecznych [20].

W tak zwanym holistycznym (polietologicznym) podejściu do zdrowia i choroby traktuje się człowieka, jako jedność psychofizyczną [25]. To podejście opiera się na ogólnej teorii systemów, która zakłada, że w ramach każdego systemu istnieją podsystemy wszystkie one mogą być ujęte w postaci hierarchii poziomów i kontinuum wzajemnie na siebie oddziałujących jednostek. Wystąpienie zmiany na jednym z poziomów wywołuje zmiany na pozostałych. Stąd zdrowie jest uzależnione od zarówno funkcjonowania na poziomie komórkowym oraz organów wewnętrznych, jak i funkcjonowania systemów zewnętrznych, takich jak rodzina czy cała społeczność. W takim ujęciu choroba zaburza wszystkie elementy składające się na system jednostki, jej funkcjonowanie i relacje z otoczeniem [25].

W podejściu holistycznym na pojawienie się i przebieg chorób skóry wpływają:

- procesy biologiczne (m.in. czynniki genetyczne, uszkodzenia skóry, infekcje, stosowanie niektórych leków, zakłócenia równowagi hormonalnej);
- stan psychiczny chorego (stres, zasoby osobiste, cechy osobowości);
- sytuacja społeczna pacjenta (poczucia bycia nieatrakcyjnym, stygmatyzacja) [1].

Można powiedzieć, że wszystkie choroby, których doświadcza człowiek, w mniejszym bądź większym stopniu, są związane ze stresem [23]. Negatywne efekty działania stresu dotyczyć mogą również skóry. Oddziaływanie zarówno czynników środowiskowych (promieniowanie UV, urazy mechaniczne, wolne rodniki tlenowe, stres), jak i czynników wewnątrzpo pochodnych (predispozycje genetyczne, stan immunologiczny, hormonalny), mają ogromny wpływ na jej kondycję [9].

Związek między czynnikami psychologicznymi a chorobami skóry może odbywać się na dwa sposoby:

- czynniki psychologiczne — silny stres, negatywne emocje — mogą być jednymi z przyczyn powstawania i zaostrzania zmian skórnych (np. trądzik, pokrzywka).
- zakłócenia w funkcjonowaniu psychologicznym, na przykład obniżenie poczucia własnej wartości, obniżona samoocena, zakłócenia w obrazie własnego ciała, mogą być skutkiem niektórych chorób skóry (np. łuszczyca) [26].

W celu określenia tych wzajemnych powiązań znaczenie miały wyniki badań potwierdzające występowanie wspólnych neuromediatorów i neurohormonów dla skóry i OUN oraz układu immunologicznego [1, 4, 5]. Stres odgrywa istotną rolę w wielu dermatozach, głównie tych o charakterze zapalnym, szczególnie dzięki wywieraniu wpływu na układ immunologiczny za pośrednictwem neurotransmiterów [26]. W sytuacji stre-

sowej podwzgorze oddziałuje na przysadkę mózgową, która z kolei pobudza gruczoły nadnerczy do produkcji androgenów i kortyzolu, powodując zmiany w zabarwieniu skóry (zwężenie lub rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry), zwiększone wydzielanie łoju i powstawanie lub zaostrzenie się schorzeń o podłożu łojotokowym (trądzik, łojotokowe zapalenie skóry) [26]. Potwierdzono także udział stresu w etiopatogenezie łuszczycy [9, 25, 27]. Chorzy z łuszczycą zaliczani są do grupy tak zwanej *high stress reactors*, co oznacza, że są oni bardziej wrażliwi na czynniki stresowe w porównaniu z grupą kontrolną [24]. Z uwagi na poczucie społecznego napiętnowania i zażenowania z powodu własnego wyglądu, chorzy ci doświadczają długotrwałego stresu wywołanego przez samą chorobę. Badania wykazały, że zarówno pierwszy wysiew łuszczycy, jak i jej nawroty, ściśle wiążą się ze stanem psychicznym pacjenta [5]. W sytuacji stresowej uwolnienie neuropeptydu — substancji P (SP) z zakończeń nerwów czuciowych, w skórze łuszczycowej prowadzi do wczesnej, naczyniowej fazy reakcji zapalnej [9].

Podobnie w łysieniu plackowatym uważa się, że stres jest ważnym czynnikiem etiologicznym [5]. Według niektórych badaczy ostry uraz psychiczny, lęk czy stres mogą wywołać łysienie [9].

Jak wynika z badań stres może być odpowiedzialny za około 3/4 przypadków pokrzywki, zarówno ostrej, jak i przewlekłej [1, 15, 24].

Stres powoduje uwolnienie substancji naczynioaktywnych, w tym neuropeptydów. Te z kolei stymulują komórki tuczne i zwiększają aktywność immunoglobuliny E [26].

Jednym z wielu czynników determinujących stan zdrowia jednostki jest również osobowość [28]. Współcześnie na przykład według Perwin jest ona definiowana jako „złożona całość myśli, emocji i zachowań, nadających kierunek i wzorec (spójność) życiu człowieka” [za: 29]. Z kolei definiując za Oleś osobowość „traktuje o spójności myśli, uczuć i zachowań człowieka, ujawniającej się w różnych sytuacjach i podlegającej określonym zmianom na przestrzeni czasu” [28].

Prowadzone w tym obszarze badania skupiają się na próbie wyznaczenia czynników ryzyka i właściwości sprzyjających zachorowaniu. Należy zwrócić uwagę, że osobowość traktowana jako czynnik ryzyka chorób somatycznych najczęściej wpływa na zdrowie w interakcji ze stresem i preferowanymi strategiami radzenia sobie z nim [23]. Jednak, prowadzone badania nie dają odpowiedzi na pytanie, co jest przyczyną, a co skutkiem. Bowiern pewne cechy osobowości sprzyjają zachorowaniu, inne mogą być rezultatem procesu chorobowego lub zaistniałej choroby [23].

Wśród wielu koncepcji osobowości największą popularność zdobył pięcioczynnikowy model osobowości, zwany Wielką Piątką:

- neurotyczność — oznacza brak zrównoważenia emocjonalnego. Rozumiana jest jako podatność jednostki na doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak lęk, gniew, irytacja i poczucie winy. Obejmuje sześć elementów: lęk, agresywną wrogość, depresyjność, nadmierny samokrytycyzm (nieśmiałość), impulsywność i nadwrażliwość [29, 30];
- ekstrawersja — dotyczy społecznego wymiaru funkcjonowania człowieka, wyznacza liczbę i jakość interakcji społecznych, jak również poziom aktywności, energii i zdolności do odczuwania pozytywnych emocji. Składniki ekstrawersji to cechy interpersonalne: serdeczność, towarzyskość i asertywność oraz trzy cechy temperamentalne: aktywność, poszukiwanie doznań i pozytywna emocjonalność [23, 29, 30];
- otwartość na doświadczenia — to skłonność jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, ciekawość poznawcza oraz tolerancja wobec nowości, uwzględnia się w niej następujące sfery: wyobraźnia, estetyka, uczucia, działanie, idee i wartości [23, 29];
- ugodowość — opisuje pozytywne (lub negatywne) nastawienie do innych ludzi, orientację interpersonalną, przejawiająca się w altruizmie (lub antagonizmie). Wyraża zaufanie do ludzi (lub jego brak) [29].
- sumiennność — wiąże się ze stopniem zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki do działania zorientowanego na cel [29, 30].

Szacuje się, że wyżej wymienione cechy są wrodzone w co najmniej 40%, a nawet w 50% [28]. W piśmiennictwie podkreśla się też dużą stabilność tych cech wzrastającą wraz z wiekiem i osiągającą pełną „kryształizację” około 30. roku życia [30].

Wśród pięciu wymiarów osobowości, neurotyczność i ugodowość są szczególnie związane z zaburzeniami i chorobami. Pozostałe są traktowane jako czynniki raczej sprzyjające zdrowiu [23]. W badaniach polskich wykazano, że neurotyczność i negatywna emocjonalność oraz ugodowość są predyktorami niedokrwiennej choroby serca, choroby nadciśnieniowej i wrzodowej, choroby nowotworowej oraz łuszczycy [31].

Inne osobowościowe czynniki mogące zwiększyć ryzyko zachorowania, to: lęk, depresyjność, gniew, wrogość, powściągliwość, zahamowanie i tłumienie emocji. Niekorzystne są również agresywność, skłonność do rywalizacji, a także nadmierna potrzeba osiągnięć [23].

Choroby skóry są chorobami o złożonej etiologii, dotąd nie do końca poznanej. Z uwagi na aspekt estetyczny rzutują na samoocenę, obraz własnego ciała i relacje społeczne, przyczyniając się do obniżenia jakości życia różnorodnych zaburzeń w funkcjonowa-

niu psychologicznym. Stanowią również istotne obciążenie dla otoczenia chorego. Naukowe dowody współdziałania psychiki i ciała oraz sama definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) narzucają konieczność uwzględnienia w terapii pacjentów z chorobami skóry ich potrzeb psychicznych, społecznych oraz elementów obrazu siebie i obrazu własnej choroby [32]. Takie podejście do jednostki nazywamy holistycznym i właśnie na takich założeniach bazuje współczesne ujęcie medycyny psychosomatycznej. Tu „psyche” i „soma” nie stanowią oddzielnych układów, są jedynie różnymi aspektami poznawania ludzkiej egzystencji [33]. Powyższe założenia kontynuuje nowa dziedzina badań i praktyki — psychologia zdrowia, która wyłoniła się z końcem lat 70. Jej czołowymi przedstawicielami są Matarazzo i Taylor. Główne obszary zainteresowań psychologii zdrowia to:

- utrzymywanie i polepszanie zdrowia ludzi w zasadzie zdrowych lub przejawiających nasilenie pewnych czynników zagrażających ich zdrowiu, co ogólnie mieści się w zakresie promocji zdrowia;
- przywracanie zdrowia, poprawianie jakości życia ludzi chorych somatycznie, co wchodzi w zakres klinicznej psychologii zdrowia [23].

Zadaniem psychologii zdrowia jest uwzględnianie wzajemnego oddziaływania sfery biologicznej, psychicznej i społecznej [23].

### Podsumowanie

Większość chorób dotyczących skóry nie zagraża bezpośrednio życiu pacjenta, stąd prawdopodobnie tendencja do pomniejszania znaczenia tych schorzeń. Stan skóry informuje jednak nie tylko o stanie zdrowia somatycznego, ale również o zachodzących procesach psychologicznych. Zmieniony wygląd skóry, spowodowany na przykład toczącym się procesem chorobowym, może w istotny sposób wpływać na psychikę człowieka oraz na kształtowanie się obrazu własnego ciała. Z tego wynika konieczność holistycznego i interdyscyplinarnego traktowania pacjenta z chorobami skóry [1].

Występowanie zaburzeń psychicznych w populacji pacjentów zgłaszających się do poradni dermatologicznych szacuje się na 9–46% [34]. Zaburzenia psychiczne czy to pierwotne, czy wtórne, często występują u osób z chorobami skórnymi. W badaniu Woodroffa i wsp. stwierdzono je aż u 5% chorych hospitalizowanych w klinice dermatologicznej [34]. Znajomość problematyki z zakresu psychodermatologii przyczynić się może do poprawy diagnostyki. Należy zaznaczyć, że dopiero kolejna próba uzmysłowienia chorej potrzeby konsultacji oraz podjęcia leczenia psychiatrycznego w warunkach szpitalnych,

równoległego do terapii dermatologicznej, wpłynęły znacząco na poprawę jakości jej życia. Ważna dla dobra pacjenta wydaje się współpraca lekarzy odrębnych dziedzin medycyny, w tym przypadku dermatologa i psychiatry

### Piśmiennictwo

1. Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska A. Psychodermatologia — nowe wyzwanie dla psychologii. *Now. Psychol.* 2004; 3: 21–29.
2. Papadopoulos L., Bor R. Psychological approaches to dermatology. *The British Psychological Society.*, London. 1999: 1–176.
3. Bogaczewicz J., Kuryłek A., Woźniacka A., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska-Janowska A. Psychoneuroimmunologia a skóra. *Derm. Klin.* 2008; 10: 108–111.
4. Kułak W., Krajewska-Kułak E., Niczyporuk W., Sobaniec W., Sobaniec H. Wpływ sprawności układu nerwowego na rozwój chorób skóry. *Prz. Derm.* 1999; 86: 407–415.
5. Śpila B., Jazienicka I., Pucula J. Analiza czynników psychogennych u chorych na schorzenia skóry. *Derm. Klin.* 2004; 6: 137–141.
6. Steuden S., Janowski K. Schorzenia psychodermatologiczne. *Prz. Derm.* 2002; 3: 175–183.
7. Wojas-Pelc A., Jaworek A.K. Psychodermatologia — istotny element dermatologii estetycznej. *Dermatol. Estet.* 2003; 26: 145–149.
8. Barańska-Rybak W., Nowicki R., Jakuszkowiak K., Cudała W. Psychodermatologia — nowa dziedzina medycyny. *Przew. Lek.* 2005; 1: 50–55.
9. Musaph H. Psychodermatology. *Psychoter. Psychosom.* 1974; 24: 347–362.
10. Szepietowski J., Pacan P. Dermatozy wymagające pomocy psychiatryczno-psychologicznej. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2001; 10 (supl.1): 25–28.
11. Pacan P., Szepietowski J. Psychodermatozy — zaburzenia psychiczne czy choroby dermatologiczne? *Adv. Clin. Exp. Med.* 2001; 10 (supl. 1): 29–33.
12. Szepietowski J., Pacan P. Psychodermatozy. *Prz. Derm.* 2006; 93 (2 spec.): 150–152.
13. Jakuszkowiak K., Cudała W.J. Psychodermatologia w codziennej praktyce lekarskiej. *Psychiatria w praktyce klinicznej. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 107–111.
14. Koo J.Y. Psychodermatology: a practical manual for clinicians. *Curr. Probl. Dermatol.* 1995; 6: 204–232.
15. Koo J.Y., Lebowitz A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am. Fam. Physician.* 2001; 64: 1873–1879.
16. Actan S., Ozmen E., Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatients clinic. *Dermatology* 1998; 197: 230–234.
17. Hughes J.E., Barraclough B.M., Hamblin L.G i wsp. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br. J. Psychiatry.* 1983; 143: 51–54.
18. Gupta M.A., Gupta A.K. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne., alopecia areata., atopic dermatitis and psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 1998; 139: 846–850.
19. Guzek J.W. Patofizjologia człowieka w zarysie. PZWL., Warszawa 2002: 375–379.
20. Kmieć M.L., Broniarczyk-Dyła G. Wpływ stresu na kondycję naszej skóry. *Derm. Klin.* 2008; 10: 105–107.
21. Everly G.S., Rosenfeld R. Stres. Przyczyny. Terapia i autoterapia 1992: 50–67.

22. Folkman S., Lazarus R.S., Gruen R.J. Appraisal., coping. Health status and psychological symptoms. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1986; 50: 571–579.
23. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Osobowość stres a zdrowie. Wyd. Difin, Warszawa 2008; 95–133.
24. Juskiewicz-Borowiec M. Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry. *Prz. Derm.* 1999; 86: 62–65.
25. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wyd. Astrun, Wrocław 2000: 19–39.
26. Borzęcki A., Cielica W. Psychologiczne aspekty w łuszczycy. *Nowa Med.* 2002; 116: 40–42.
27. Oleś P. Wprowadzenie do psychologii osobowości. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2003: 20.
28. Pervin L.A. Psychologia osobowości. Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2002: 3–5.
29. McCrae R.R., Costa P.T. Osobowość dorosłego człowieka. Wydawnictwo WAM., Kraków 2005: 1–310.
30. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym — rola osobowości typu D. *Psychoonkologia* 2005; 11: 1–7.
31. Evers A.M.W., Duller P., Van Den Hoek W. i wsp. A short-term group cognitive-behavioral training for coping with itch and scratching in patients with atopic dermatitis. *Dermatology + Psychosomatics* 2003; 4: 107.
32. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: Strelau J. (red.). *Psychologia podręcznik akademicki. Tom 3.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 493–531.
33. Pulimood S., Rajagopalan B., Jacob M., John J.K. Psychiatric morbidity among dermatology inpatient. *Nat. Med. J. India* 1996; 9: 208–210.
34. Woodruff P.W., Higgins E.M., Du Vivier A.W., Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1997; 19: 29–35.