

Jakość życia pacjentów z łuszczycą

Quality of life in psoriatic patients

Beata Miękoś-Zydek, Aneta Ryglewska-Cho, Magdalena Lassota-Falczewska, Piotr Czyż, Andrzej Kaszuba

Klinika Dermatologii i Dermatologii Dziecięcej II Katedry Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Andrzej Kaszuba

Post Dermatol Alergol 2006; XXIII, 6: 273–277

Streszczenie

Łuszczycą jest przewlekłą nawrotową dermatozą zapalną, która dotyczy 1–3% populacji. W przebiegu choroby zmiany skórne często mają charakter rozległy, powodując zeszpecenie pacjentów. Odczucie napiętnowania wciąż towarzyszy chorym, oddziałując na ich życie rodzinne, społeczne i zawodowe. Stale poszukuje się nowych metod leczenia, które mogłyby zredukować ogromny niekorzystny wpływ łuszczycy na stan psychiczny pacjentów. W celu oceny jakości życia chorych stosowane są zarówno skale ogólne, skale przeznaczone dla pacjentów z różnymi dermatozami, jak również narzędzia dotyczące wyłącznie cierpiących z powodu łuszczycy. W pracy omówiono oddziaływanie schorzenia na poszczególne dziedziny życia pacjentów oraz najczęściej wykorzystywane w badaniach naukowych metody kwestionariuszowe do oceny wpływu łuszczycy na jakość życia.

Słowa kluczowe: łuszczycą, jakość życia, metody badania.

Abstract

Psoriasis is a chronic, recurrent, inflammatory disease, which affects 1-3% of the population. In the course of the disease lesions are often extensive and disfiguring. Stigmatization accompanies patients all the time, influences their families, social and occupational life. We are still looking for new methods of treatment, which could reduce the negative impact of psoriasis on patients' mental health. There are many measures that are used in assessing general quality of life, scales concerning patients with dermatologic diseases and questionnaires only for psoriatic patients. This paper describes the influence of the disease on certain parts of patients' life and the most often used questionnaires for evaluation of the impact of psoriasis on the quality of life.

Key words: psoriasis, quality of life, methods of estimation.

Łuszczycą jest przewlekłą, nawrotową chorobą skóry o złożonej etiopatogenezie, której doświadcza ok. 1–3% społeczeństwa. W ostatnich latach podkreśla się istotną rolę czynników emocjonalnych, wpływających zarówno na prowokowanie wysiewów choroby, jak również na jej przebieg oraz proces leczenia [1]. Szczególnie istotne wydaje się odczuwanie przez chorych ogromnej stygmatyzacji, która będąc następstwem przewlekłego schorzenia, oddziałuje z kolei na wszystkie dziedziny życia pacjentów. Duża grupa cierpiących z powodu łuszczycy doświadcza znacznego obniżenia jakości życia, które jest uzależnione od wielu różnorodnych czynników.

Wpływ łuszczycy na jakość życia pacjentów

Pojęcie jakości życia jest pojęciem bardzo ogólnym. Składają się na nie 3 podstawowe elementy o charakterze objek-

tywnym i subiektywnym: subiektywne dobre samopoczucie, zdrowie i pomyślność (sytuacje zewnętrzne). Ze względu na praktycznych ocenia się jakość życia związaną ze stanem zdrowia *Health Related Quality of Life* (HRQL).

Przedstawiony poniżej model obrazuje najczęściej oceniane grupy problemów [2].

Skóra jest ważnym środkiem wyrazu i odbioru emocji. Z uwagi na to, że odgrywa ona centralną rolę w kontaktach międzyludzkich, przewlekła choroba dermatologiczna, jaką jest niewątpliwie łuszczycą, może wywierać głęboki wpływ na stan psychiczny pacjenta, a co za tym idzie, odbiór wizerunku własnego ciała i obniżenie samooceny. Znaczna część pacjentów z łuszczycą dość dobrze toleruje schorzenie, jednak u pozostałych chorych, zwłaszcza wtedy, gdy dotyczy ono widocznych i rozległych obszarów cia-

Adres do korespondencji: dr med. Beata Miękoś-Zydek, Klinika Dermatologii i Dermatologii Dziecięcej, II Katedra Dermatologii, Uniwersytet Medyczny, ul. Kniaziewiczza 1/5, 91-347 Łódź, tel./faks: +48 42 651 10 72, e-mail: dermatol@achilles.wam.lodz.pl

Tab. 1. Wybrane metody kwestionariuszowe stosowane do oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą

Rodzaj kwestionariusza	Autor	Przydatność
Ogólne		
<i>Sickness Impact Profile</i>	Bergner i wsp., 1981	ocena dysfunkcji zdrowia psychicznego w łuszczycy, atopowym zapaleniu skóry i raku podstawonokomórkowym
<i>General Health Questionnaire</i>	Root i wsp., 1994	oszacowanie wpływu terapii metodą PUVA na poprawę jakości życia chorych
SF-36	Ware, 1993	mała przydatność do oceny jakości życia w dermatologii
Specjalistyczne		
<i>Dermatology Life Quality Index (DLQI)</i>	Finlay i Khan, 1994	ocena wpływu ciężkiego wyprysku, trądziku, AZS, tysiemia i łuszczycy na różne dziedziny życia chorych
<i>Dermatology Quality Life Scale (DQLS)</i>	Morgan, 1997	ocenia w większym stopniu aspekty psychospołeczne wpływu łuszczycy na jakość życia chorych
<i>Psoriasis Disability Index (PDI)</i>	Finlay i Kelly, 1987	ocena wpływu leczenia łuszczycy na jakość życia pacjentów
<i>Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI)</i>	Gupta i Gupta, 1995	ocena wpływu stresu związanego z chorobą (wskaźnik wyalienowania psychosocjalnego)
<i>Psoriasis Quality of Life Questionnaire</i>	Koo, 1996	ocena psychospołecznego oddziaływania choroby i jej wpływ na codzienną aktywność chorych
<i>Impact of Psoriasis on Quality of Life</i>	McKenna, 1997	ocena wpływu łuszczycy na sprawność i społeczne aspekty życia
<i>Psoriasis Index of Quality of Life (PSORIQoL)</i>	McKenna, 2003	określa jakość życia pacjentów, natomiast nie ocenia stopnia niesprawności czy zaburzeń funkcjonowania związanych z chorobą

ła, może oddziaływać w znacznym stopniu na życie osobiste i rodzinne. Pacjenci zgłaszają wiele reakcji emocjonalnych związanych z negatywnymi odczuciami w stosunku do swej skóry. Dooley i Finlay [3] wykazali, że 17% chorych było zakłopotanych faktem, że inni ludzie patrzają na nich lub zadają im pytania na temat ich zmian skórnych. Przy zastosowaniu teorii *indywidualnej konstrukcji*, techniki psychologicznej umożliwiającej ocenę zarysu widzenia przez chorego świata, potwierdzono, że pacjenci z łuszczycą są gorzej przystosowani społecznie, kiedy znajdują się w wysoce *eksponowanych* sytuacjach życiowych. Jobling [4] wykazał w jednym z badań, że ok. 84% chorych miało trudności w nawiązywaniu kontaktów oraz nowych znajomości.

Do czynników wpływających na stopień upośledzenia odczuwanego przez pacjentów z łuszczycą zalicza się przede wszystkim: umiejscowienie zmian, czas ich trwania oraz płęć. Łuszczycą ograniczona do małych obszarów skóry (np. łokcie i kolana) może być dokuczliwa, ale jej wpływ na życie chorego będzie nieporównywalnie mniejszy niż w przypadku zajęcia okolic rozległych i widocznych, nierzadko utrudniając pacjentom wykonywanie zawodu. W niektórych przypadkach pojawienie się objawów choroby może doprowadzić do wystąpienia poważnych problemów społecznych, jednak po różnie długim czasie trwania łuszczycy (ok. 10 lat) dochodzi zwykle do stopniowego dostosowania [5]. Badania przeprowadzone przez Roenicka i Roenicka [6] z użyciem kwestionariuszy wykazały, że zwłaszcza kobiety z łuszczycą odczuwają większy stopień upośledzenia niż mężczyźni w odniesieniu do

życia społecznego, uprawiania sportu oraz stosunków z przyjaciółmi. Stankler [5] wykazał, że ponad 80% pacjentów za najgorszą cechę swej choroby uważa skrzepowanie, tym większe, gdy zmiany obejmują odstonięte okolice ciała. Dotyczy to w jednakowym stopniu mężczyzn oraz kobiet.

Pacjenci z łuszczycą uważają także, że ich ciało jest nieczyste oraz że ich choroba jest traktowana przez obcych jako zakaźna [6]. Szczególnie istotne znaczenie dla pacjentów z łuszczycą wydają się mieć elementy napiętnowania, które mają odbicie w odczuciach doświadczanych przez chorych.

Są to przede wszystkim odczucia:

- posiadania skazy,
- wrażliwość na opinię innych,
- oczekiwanie odrzucenia,
- uczucie winy i wstydu,
- skrytość,
- pozytywne nastawienie jako wyraz desperacji wynikającej z choroby.

Najbardziej godnym podkreślenia aspektem jest obecność objawu punkcikowatego krwawienia, będącego najsilniejszym symbolem odczuć napiętnowania i rozpaczliwych doświadczeń przez pacjentów z łuszczycą [7]. Ogromny jest również wpływ schorzenia na życie rodzinne i osobiste chorych. Wielu z nich unika pływania i opalania się, uprawiania sportu, kupowania odzieży (z obawy przed jej przymierzaniem), korzystania z publicznych środków transportu, a także wizyt u fryzjera. Trudności domowe mogą być również

związane z procesem leczenia, a przede wszystkim z koniecznością stosowania maści. Około 50% wszystkich chorych uważa, że choroba była główną przyczyną zahamowań w ich życiu płciowym. Przez wielu z nich jest odczuwana jako dyskredytujące piętno, które separuje od innych ludzi i przerywa stosunki z nimi [8]. Biorąc pod uwagę powyższe dane, niezmiernie istotna wydaje się możliwość pomiaru psychologicznego upośledzającego wpływu łuszczycy, który jest konieczny zarówno z punktu widzenia subiektywnej oceny skuteczności leczenia przez pacjenta, jak i obiektywnej, naukowej oceny nowych metod leczniczych.

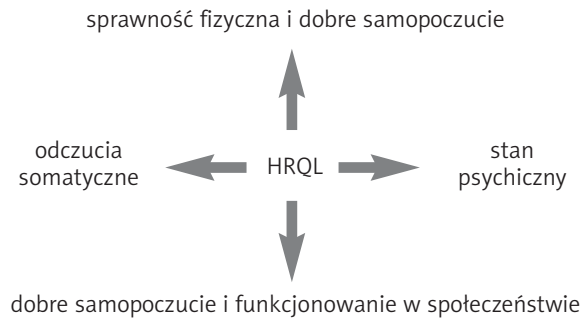
Leczenie łuszczycy a jakość życia chorych

Odrębnego omówienia wymaga wpływ stosowanych metod leczenia łuszczycy na obniżenie jakości życia pacjentów.

Leczenie łuszczycy nadal stanowi jeden z najpoważniejszych problemów dermatologicznych. Zastosowanie metod fototerapii i fotochemoterapii, zawężenie wskazań do stosowania cytostatyków i środków immunosupresyjnych, znaczne ograniczenie ogólnego i miejscowego podawania kortykosteroidów, nawrót do cignoliny, wprowadzenie retinoidów i poszukiwanie metod kojarzenia różnych środków leczniczych bardzo dobrze obrazują zmiany zachodzące w leczeniu łuszczycy [9].

Spośród leków do stosowania miejscowego cignolina, syntetycznie wytwarzana pochodna antracenu, od ponad 70 lat pozostaje jednym z najskuteczniejszych środków w leczeniu postaci grudkowo-tarczkowej choroby. U wielu chorych może ona być jednak przyczyną podrażnień skóry, czasem powodując zaostrzenie zmian, może także wywoływać stan zapalny spojówek, przebarwienia skóry, a także niszczyć bieliznę. Negatywne odczucia pacjentów w związku z leczeniem cignoliną dotyczą jednak głównie fizycznych właściwości preparatu (brunatnej barwy, nieprzyjemnego zapachu, konsystencji tłustej maści). Ginsburg i Link [7] zauważyli, że stałe uczucie *bycia nieczystym* towarzyszące pacjentom wiąże się nie tylko z istnieniem zmian skórnych, ale przede wszystkim ze stosowaniem cignoliny i dziegci przez wiele tygodni. Duże nadzieje wiązano z wprowadzeniem do leczenia miejscowego łuszczycy pochodnych witaminy D₃. Umiarkowane i dobre wyniki leczenia kalcipotriolem odnotowano u ok. 60% leczonych, natomiast całkowite ustąpienie zmian tylko w 7–20% przypadków po 8-tygodniowej terapii [10]. Mimo że preparat okazał się przyjemniejszy w użyciu (bezbarwny i bezwonny), nie spełnił pokładanych w nim nadziei, tym bardziej że często także wywołuje podrażnienia, zwłaszcza okolicy twarzy, oraz świąd skóry w miejscu aplikacji [11].

Miejscowe stosowanie preparatów steroidowych, bardzo korzystne w przypadku leczenia zmian zadawnionych oraz okolic fałdów skórnych, może przy długotrwałej terapii być przyczyną lekooporności, a nawet wystąpienia łuszczycy krostkowej [12]. Wprowadzona od 1974 r. do leczenia ogólnego łuszczycy metoda PUVA, początkowo wzbudzająca wielkie nadzieje chorych co do pełnego wy-



Ryc. 1. Czynniki wpływające na jakość życia związaną ze stanem zdrowia

leczenia, u wielu pacjentów wywołała jednak rozczarowanie, złość i depresję. Lęk przed wystąpieniem objawów niepożądanych (przede wszystkim raków skóry, przedwczesnego starzenia się skóry lub plam barwnikowych), częsty świąd skóry w trakcie leczenia, powodujący drapanie i w efekcie ponowny wysiew wykwitów łuszczycowych mają ogromny wpływ na brak akceptacji tej metody leczenia przez pacjentów [13].

Wielu chorych wiązało również ogromne nadzieje z retinoidami, wprowadzonymi do terapii łuszczycy w 1986 r. Jednak liczne, czasem nieprzyjemne objawy niepożądane (działanie teratogenne, urażalność i suchość błon śluzowych oraz skóry, przerzedzenie włosów, wpływ na gospodarkę lipidową, działanie hepatotoksyczne, czasem bóle głowy i kostne) mogą zwiększać obawy chorych o stan swego zdrowia i zmieniać pozytywne nastawienie do tej metody leczenia. Z obecnością wielu objawów niepożądanych można się również liczyć podczas terapii preparatami immunosupresyjnymi ciężkich odmian łuszczycy (działanie hepatotoksyczne i nefrotoksyczne) [14]. Pewne nadzieje wiąże się z wykorzystaniem nowych metod biologicznych w leczeniu schorzenia (np. swoistych inhibitorów TNF-alfa lub preparatów hamujących współdziałanie cząstek adhezyjnych LFA1 i ICAM1 podczas prezentacji immunologicznej i w procesie migracji komórek zapalnych), które wg Finlaya mogą kontrolować przebieg choroby, a tym samym prowadzić do zadowolenia z terapii oraz poprawy jakości życia pacjentów [15]. Powyższe obserwacje potwierdzili w swych badaniach Menter [16] oraz Feldman i wsp. [17]. Autorzy zaobserwowali znaczną poprawę jakości życia pacjentów, w leczeniu których zastosowano alefacept oraz infliksimab (nowe preparaty biologiczne wykorzystywane w terapii łuszczycy). W dostępnym piśmiennictwie dotychczas nie pojawiły się jednak żadne doniesienia porównujące skuteczność poszczególnych leków w odniesieniu do jakości życia [18].

Wybrane metody oceny jakości życia u chorych z łuszczycą

Wśród znanych metod oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą można wyodrębnić ogólne i specjalistyczne

kwestionariusze zdrowia. Ogólne kwestionariusze zdrowia zostały stworzone do oceny wpływu różnych schorzeń na jakość życia pacjentów. Wydają się one nie zawsze przydatne dla chorych dermatologicznie, jednak użycie tego rodzaju metod ma pewne zalety, np. informacja uzyskana w jednym przypadku może być porównana nie tylko z informacjami uzyskanymi od pacjentów z innymi chorobami skóry, ale także z chorobami innych narządów. Możliwa staje się więc ocena porównawcza dyskomfortu czy upośledzenia spowodowanego łuszczycą i np. nadciśnieniem. Jednym z pierwszych takich kwestionariuszy był stworzony przez Bergnera i wsp. [19] *Sickness Impact Profile*, który wykorzystano do oceny dysfunkcji zdrowia spowodowanej łuszczycą, a także atopowym zapaleniem skóry oraz rakiem podstawnokomórkowym. Natomiast *General Health Questionnaire* zastosowano do oszacowania wpływu terapii łuszczycy metodą PUVA na poprawę jakości życia chorych [20]. Inny ze znanych kwestionariuszy ogólnych, SF-36, okazał się stosunkowo mało przydatny do oceny upośledzenia wywołanego przez choroby skórne [21]. Z metod specjalistycznych, które znalazły zastosowanie w dermatologii, jako jeden z pierwszych w 1987 r. został wykorzystany kwestionariusz Ryana [22]. Kolejny, 10-pytaniowy, przygotowany przez Finlaya i Khana [23] *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) jest obecnie szeroko stosowany w Europie, USA i Australii w celu oceny wpływu upośledzającego wyprysku, trądziku, raka podstawnokomórkowego, atopowego zapalenia skóry, tyśienia, łuszczycy oraz innych dermatoz. W szybkim, zwartym i prostym kwestionariuszu ocenie podlegają następujące dziedziny życia: objawy i odczucia, codzienne aktywności, czas wolny, praca i szkoła, relacje osobiste oraz leczenie. DLQI szacuje głównie wpływ schorzeń skóry na funkcjonowanie pacjenta i podejmowanie decyzji warunkowanych nasileniem dolegliwości, natomiast nie ocenia stanu psychicznego i samopoczucia chorych. Następnym, szczególnie przydatnym dla pacjentów z łuszczycą okazał się kwestionariusz *Dermatology Quality of Life Scale* (DQLS), będący kwestionariuszem uzupełniającym DLQI. W większym stopniu ocenia on psychospołeczne aspekty wpływające na jakość życia. Pozwala on na badanie wpływu schorzeń skóry na jakość życia w różnych grupach pacjentów (z uwzględnieniem wieku, płci, stanu społeczno-ekonomicznego oraz grupy etnicznej) [24]. Pierwszym specjalistycznym kwestionariuszem przydatnym do oceny pacjentów z łuszczycą był skonstruowany przez Finlaya i Kelly *Psoriasis Disability Index* (PDI) [25]. Pytania zastosowane w tym kwestionariuszu dotyczą 28 problemów najczęściej wymienianych przez chorych. Skala ta, złożona z 15 pytań, oceniała wpływ schorzenia na codzienną aktywność pacjentów, np. pracę w domu czy ogrodzie, przygotowywanie posiłków, wybór ubioru czy sposób spędzania wolnego czasu. Wykorzystanie tego wskaźnika dowiodło, że leczenie pacjentów z ciężką łuszczycą powoduje istotne zmniejszenie ich upośledzenia. W 1995 r. Gupta i Gupta zaprezentowali tzw. *Psoriasis Life Stress*

Inventory (PLSI) – jest to metoda kwestionariuszowa złożona z 15 punktów dotycząca odczuć i zachowań pacjentów, która pozwala na wyodrębnienie tych chorych, dla których stres związany z chorobą stanowi szczególnie ważny problem [26]. PLSI reprezentuje wskaźnik psychosocjalnego wyalienowania związanego z łuszczycą (tzw. śmierci społecznej). W 1996 r. Koo zaproponował zastosowanie *Psoriasis Quality of Life Questionnaire*, w którym oceniano psychospołeczny oddźwięk choroby i jej wpływ na codzienną aktywność pacjentów [27]. W 1997 r. McKenna i wsp. utworzyli kolejną skalę oceniającą wpływ łuszczycy na sprawność fizyczną i społeczne aspekty życia – *Impact of Psoriasis on Quality of Life* [28]. Natomiast w 2003 r. autor zmodyfikował i rozszerzył kwestionariusz, zakładając, że zdolność i możliwość zaspokojenia własnych potrzeb określa jakość życia. Skala *Psoriasis Index of Quality of Life* (PSORIQoL) składa się z 25 pytań dotyczących odczuć i emocji, jakie u chorego wywołuje łuszczycyca w codziennym życiu. W odróżnieniu od pozostałych narzędzi PSORIQoL zajmuje się tylko określaniem jakości życia pacjentów, nie ocenia stopnia niesprawności czy zaburzeń funkcjonowania związanych z chorobą [29, 30].

Przydatność wymienionych metod oceny jakości życia jest niezmiernie istotna w opracowaniu sposobów postępowania, które mogłyby złagodzić niekorzystne oddziaływanie psychologiczne i upośledzające łuszczycy.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można stwierdzić, że niezmiernie istotne znaczenie ma opracowanie sposobów postępowania, zmierzających do zmniejszenia odczuwanego przez chorych upośledzenia wywołanego zarówno samym schorzeniem, jak i stosowanymi przez dermatologów metodami terapii. Wielu autorów podkreśla bardzo korzystne efekty leczenia przeciwdepresyjnego i przeciwłękowego, a także stosowania metod psychoterapeutycznych. Zalicza się do nich m.in. tworzenie grup samopomocy, techniki relaksacyjne, np. biofeedback, medytacje, trening autogenny, hipnozę, a przede wszystkim hospitalizację, która odsuwa chorego od stresu [31, 32]. Farber i Nall [33] podkreślili również ogromną rolę edukacji chorych, pozwalającej na aktywne uczestniczenie zarówno w eliminowaniu ewentualnych czynników wyzwalających, jak i leczeniu łuszczycy.

Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503-5064-1.

Piśmiennictwo

1. Polenghi MM, Molinari E, Gala C, et al. Experience with psoriasis in a psychosomatic dermatology clinic. *Acta Derm Venereol* 1994; Suppl (Stockh) 186: 65-6.
2. Dedhiya S. Health Related Quality of Life. *Pharm World Sci* 1995; 17: 141-8.
3. Dooley G, Finlay AY. Personal construct systems of psoriatic patients. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15: 401-3.

4. Jobling RG. Psoriasis – a preliminary questionnaire study of sufferers subjective experience. *Clin Exp Dermatol* 1976; 1: 233-5.
5. Stankler L. The effect of psoriasis on the sufferer. *Clin Exp Dermatol* 1981; 6: 303-6.
6. Roenick RK, Roenick HH. Sex differences in the psychological effects of psoriasis. *Cutis* 1978; 21: 529-33.
7. Ginsburg IH, Link BG. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 53-63.
8. Ramsay B, O'Reagan MA. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988; 118: 195-201.
9. Ruszczak Z. Zasady postępowania leczniczego w łuszczycy. *Przegl Dermatol* 1987; 74: 1-10.
10. Berth-Jones J, Hitchinson E. Vitamin D analogues and psoriasis. *Br J Dermatol* 1992; 127: 71-3.
11. Jobling R. Psoriasis and its treatment in psycho-social perspective. *Reviews in Contemporary Pharmacotherapy* 1992; 7: 339-44.
12. Jabłońska S, Chorzelski T. *Choroby skóry*. PZWL, Warszawa 1994.
13. Jobling R. Living with chronic illness – the experience of psoriasis under treatment. In: *Living with chronic illness*. Anderson R, Bury M (eds). London: Hyman Unwin, 1988a, 224-44.
14. Prins M, Krabbe PF, Swinklek Q, et al. The effect of treatment on the quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm Venereol* 2005; 85: 304-10.
15. Finlay AY, Ortonne JP. Patient satisfaction with psoriasis therapies, an update and introduction to biologic therapy. *J Cutan Med Surg* 2004; 8: 310-20.
16. Menter A. The effect of psoriasis on patients quality of life and improvements associated with alefacept therapy. *J Cutan Med Surg* 2004; 8 (Suppl 2): 20-5.
17. Feldman SR, Gordon KB, Bala M. Infliximab treatment results in significant improvement in the quality of life of patients with severe psoriasis: a double-blind placebo – controlled trial. *Br J Dermatol* 2005; 152: 861-7.
18. Bhosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR. Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 35-40.
19. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
20. Root S, Kent G, Al'Abadie MS. The relationships between disease severity, disability, and psychological distress in patients undergoing PUVA treatment for psoriasis. *Dermatology* 1994; 189: 234-7.
21. Ware JE. Measuring patient's views: the optimum outcome measurement. *BMJ* 1993; 306: 1429-30.
22. Ryan TJ. The confident nude or whither dermatology. *Dermatol Practice* 1987; 5: 8-18.
23. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210-6.
24. Morgan M, McCreedy R, Simpson J. Dermatology quality of life scales – a measure of impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136: 202-6.
25. Finlay AY, Kelly SE. Psoriasis – an index of disability. *Clin Exp Dermatol* 1987; 12: 8-11.
26. Gupta MA, Gupta AK. The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol* 1995; 75: 240-3.
27. Koo J. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin* 1996; 14: 485-96.
28. McKenna KE, Stern RS. The impact of psoriasis on the quality of life of the patients from the 16-center PUVA follow up cohort. *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 388-94.
29. Kanikowska A, Pawlaczyk M. Narzędzia wykorzystywane do oceny jakości życia chorych na łuszczycę. *Dermatol Klin* 2006; 8: 132-6.
30. McKenna SP, Cook SA, Whalley D, et al. Development of the PSORIQoL, a psoriasis –specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *Br J Dermatol* 2003; 149: 323-31.
31. Swanbeck G, Jobling R. The organization of psoriasis treatment and psychosocial aspects. *Acta Derm Venereol* 1984; (Suppl) 112: 61-3.
32. Winchell SA, Watts RA. Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 101-4.
33. Farber EM, Nall ML. Psoriasis: a stress related disease. *Cutis* 1993; 51: 322-6.