

Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym

Influence of psychological factors on the development and course of selected skin diseases of selected skin diseases and the importance of dermatological disorders in mental well-being

WSTĘP

Zainteresowanie pojęciem jakości życia pojawiło się w XX wieku i początkowo obejmowało zagadnienia związane z konsumpcją dóbr. Rozwój rozważań zaczął również dotyczyć aspekty psychiczne i społeczne. Badanie jakości życia jest użytecznym narzędziem, nie określono

jednak jednej, wspólnej definicji, która mogłaby być przyjęta przez różne dziedziny nauki. W naukach medycznych występuje pojęcie HRQOL (*Health Related Quality of Life*) jako jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, która uwzględnia cztery podstawowe obszary funkcjonowania pacjenta: stan fizyczny i sprawność ruchową,

Dagmara Polak¹
Aneta Teległów²
ORCID: 0000-0001-5420-4779
Anna Piotrowska³
ORCID: 0000-0002-9535-173X

¹ Koło Naukowe przy Zakładzie Chemii i Biochemii, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Aleja Jana Pawła II 78, 32-571 Kraków
E: dagmarapol2@gmail.com
T: +48 12 683 11 54

² Instytut Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Aleja Jana Pawła II 78, 32-571 Kraków
E: aneta.teleglow@awf.krakow.pl
T: +48 12 683 10 83

³ Instytut Nauk Podstawowych, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha w Krakowie, Aleja Jana Pawła II 78, 32-571 Kraków
E: anna.piotrowska@awf.krakow.pl
T: +48 12 683 11 54

STRESZCZENIE

Czynniki psychologiczne, w tym stresogenne, mają istotny wpływ na manifestacje chorób skóry takich jak łuszczyca, atopowe zapalenie skóry i trądzik. Z drugiej strony, zaburzenia dermatologiczne mogą powodować problemy psychologiczne oraz psychiatryczne.

Celem pracy było przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na podstawie dostępnego piśmiennictwa, dotyczącego wpływu czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg chorób skóry oraz wynikających z obecności chorób dermatologicznych determinantów jakości życia i zaburzeń psychicznych.

Przeważająca większość badań potwierdza negatywny wpływ stresu na pojawienie się oraz zaostrenie zmian skórnych w przebiegu wielu chorób dermatologicznych, a w konsekwencji pogorszenie jakości życia. Czynniki te zaburzają również prawidłowy stan emocjonalny. Prawidłowe i wieloaspektowe podejście do pacjenta dermatologicznego oparte na współpracy pomiędzy lekarzem, kosmetologiem i psychologiem zwiększa skuteczność terapii.

Słowa kluczowe: psychodermatologia, atopowe zapalenie skóry, trądzik, łuszczyca, jakość życia, czynniki stresogenne

ABSTRACT

Psychological factors, including stressors, have a significant impact on the manifestation of skin diseases such as psoriasis, atopic dermatitis and acne. On the other hand, dermatological disorders can cause psychological and psychiatric problems.

The aim of the study was to present the current state of knowledge, based on the available literature, on the impact of psychological factors on the formation and course of skin diseases and the determinants of quality of life and mental disorders resulting from the presence of dermatological diseases.

The overwhelming majority of studies confirm the negative impact of stress on the appearance and exacerbation of skin lesions in the course of many dermatological diseases and, consequently, deterioration of the quality of life. These factors also disturb the proper emotional state. A correct and multifaceted approach to a dermatological patient based on cooperation between a doctor, cosmetologist and psychologist increases the effectiveness of the therapy.

Keywords: psychodermatology, atopic dermatitis, acne, psoriasis, quality of life, stress factors

otrzymano / received
15.03.2020
poprawiono / corrected
01.06.2020
zaakceptowano / accepted
22.06.2020

stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne. Badania oparte są między innymi o kwestionariusze, wśród których wyróżnia się ogólne i szczegółowe. Kwestionariusze wykorzystuje się do oceny stanu zdrowia oraz tego jak pacjent postrzega swoje zdrowie. Równie ważna jest możliwość oceny samopoczucia oraz wpływu choroby na stan psychiczny i relacje w życiu społecznym chorego [1].

Wygląd zewnętrzny pełni bardzo ważną rolę dla kondycji psychicznej człowieka. Stan skóry wiąże się z kształtowaniem poczucia własnej wartości oraz jakością życia, a co za tym idzie umiejętności nawiązywania i utrzymywania zdrowych i dających satysfakcję relacji z ludźmi [2].

Problemy skórne, szczególnie te manifestujące się na odsłoniętych partiach ciała, mogą prowadzić u wielu osób do narastania poczucia wstydu, lęków, zaniżonej samooceny, rozwoju objawów depresyjnych, a także myśli samobójczych. Spotyka je dyskryminacja społeczna, a często także izolacja. Trudności mogą pojawić się także przy próbie podjęcia pracy zarobkowej [3]. Powiązanie funkcjonowania skóry z procesami neuronalnymi jest ciekawym i wciąż aktualnym tematem badań [4].

Tkanki tworzące układ nerwowy i skóra mają takie same pochodzenie embrionalne i wywodzą się z ektodermy. Skóra jest doskonale unerwiona i posiada własny układ neuroendokryny. Komórki skóry wytwarzają hormony, neuroprzekazniki i neuropeptydy. Komórki ją budujące posiadają także cały aparat receptorowy i efektorowy pozwalający na reagowanie na te związki [4, 5]. Takie powiązanie powoduje, że pod wpływem szeregu czynników, wśród których najsilniej działającym jest stres psychiczny, układ nerwowy i skóra są aktywowane lub blokowane, co wpływa na ich dobrostan. Stres psychiczny definiowany jest jako zespół reakcji organizmu na bodźce, które zakłócają stan jego równowagi i wystawiają na próbę lub przekraczają jego zdolność radzenia sobie. Cały organizm, w tym także skóra, intensywnie reaguje, co przy przewlekłym charakterze bodźcowania może mieć trwały wpływ na jej stan. Z drugiej strony, zaburzenia skórne mogą przyczyniać się do zmiany nastroju, odczuwania wstydu, przygnębienia lub niepokoju – czyli wpływać na prawidłowość procesów neuroendokrynych w centralnym systemie nerwowym [6, 7].

CEL PRACY

Celem pracy było wykazanie rangi i potencjalnych mechanizmów wpływu czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg chorób skóry oraz wynikające z ich przebiegów i manifestacji zaburzenia psychiczne. Celem było uwidocznienie obecnego stanu wiedzy na podstawie dostępnego piśmiennictwa międzynarodowego i polskiego. Omówiono następujące choroby skórne: łuszczyca, atopowe zapalenie skóry (AZS) i trądzik pospolicie.

METODA PRZEGLĄDU

W przygotowaniu pracy wykorzystano międzynarodowe i polskie piśmiennictwo, opierając się na pozycjach znalezionych w bazach PubMed i Google Scholar. Korzystano z 59 prac w języku angielskim i polskim. Były to pozycje oryginalne oraz przeglądowe. Podczas wyszukiwania elektronicznego, analizę publikacji umożliwiło zastosowanie następujących słów kluczowych oraz ich kombinacji: psychodermatologia (*psychodermatology*), atopowe zapalenie skóry (*atopic dermatitis*), trądzik (*acne*), łuszczyca (*psoriasis*), jakość życia (*quality of life*), czynniki stresogenne (*stressors*).

WYNIKI PRZEGLĄDU

Łuszczyca

Łuszczyca to jedna z najczęściej występujących przewlekłych chorób dermatologicznych związanych w swoim patomechanizmie z układem odpornościowym [8]. Łuszczyca dotyka zarówno mężczyzn jak i kobiet bez względu na rasę. Wśród Europejczyków częstość występowania wynosi 2-3% i może wystąpić na każdej części ciała [9]. Istnieje duże zróżnicowanie nasilenia zmian: od znikomych ognisk, po zmiany obejmujące całą skórę oraz stawy. Wskazuje się kilka przyczyn wywołujących chorobę, najważniejszą są czynniki genetyczne oraz czynniki środowiskowe, pozostałe to: uszkodzenia skóry, niektóre leki, infekcje oraz stres i choroby psychiczne.

Obecne środki wykorzystywane do leczenia łuszczycy obejmują tradycyjne leki ogólnoustrojowe, środki miejscowe, fototerapie oraz preparaty biologiczne. Metody te wykorzystywane są oddzielnie lub w terapiach łączonych [10]. Leczenie często nie przynosi satysfakcjonujących rezultatów, ponieważ pacjenci nie zawsze przestrzegają zaleceń dotyczących terapii, co związane jest często z brakiem świadomości jak istotne jest przestrzeganie wytycznych [11]. Występuje złożona, dwukierunkowa zależność między czynnikami psychicznymi a łuszczycą. Nawrót lub zaostrzenie choroby mogą być wywołane nasilonym stresem [12].

• Wpływ aspektów psychicznych na występowanie i przebieg łuszczycy

Autorzy licznych prac są zgodni, że stres jest istotnym czynnikiem warunkującym przebieg łuszczycy poprzez inicjowanie powstania choroby, wywoływanie jej nawrotów i kolejnych wysiewów oraz zaostrzenie przebiegu [12, 13-18].

W pracy Gupta i wsp. wskazano, że 40-80% przypadków zaostrzenia łuszczycy można przypisać czynnikom psychospołecznym. Autorzy wnioskując podkreślali ważną rolę emocji w manifestacji i przebiegu choroby [16]. W literaturze został opisany przypadek kobiety z zaburzeniami psychicznymi, u której można było zaobserwować stałe pogarszanie się łuszczycy w okresach zwiększonej depresji oraz poprawę w okresach, gdy jej nastrój był normalny [17].

Zaostrzenie się łuszczycy często występuje przy nasilającej się depresji oraz stanach lękowych. Poprzez zaburzenie homeostazy bariery przepuszczalności skórnej u pacjentów z łuszczycą możemy zaobserwować dłuższy proces leczenia zmian skórnych, szczególnie w przypadku wystąpienia objawu Koebnera [18].

Wskazuje się, że depresja jest chorobą często współistniejącą z łuszczycą. Cohen i wsp. w swoich badaniach wykazali wręcz, że wszyscy pacjenci z łuszczycą są narażeni na objawy depresji [19]. Stresorem wpływającym na rozwój depresji są obciążenia psychologiczne wywołane tą przewlekłą chorobą [8].

Łuszczycyca w swoim immunologicznym patomechanizmie łączy się z rozregulowaniem sieci cytokin, które prowadzą do przewlekłego stanu zapalnego [20]. Badania sugerują powiązanie między depresją a zwiększonym poziomem cytokin prozapalnych. Może to, zwłaszcza w kontekście częstej koegzystencji tych dwóch jednostek chorobowych u pacjenta, sugerować wspólne ścieżki neuroendokrynne [21].

Istnienie fizjologicznych i przyczynowo-skutkowych związków między procesami występującymi w skórze łuszczycowej a stresem, pozwala uważać, że dodanie do terapii pacjentów chorych na łuszczycę, psychologicznych technik radzenia sobie ze stresem, a także pomocy specjalistów takich jak psychologowie, może w znacznym stopniu poprawić stan zdrowia pacjentów [15].

• Wpływ łuszczycy na stan psychiczny

Wskazuje się, że nastrój u osób z łuszczycą jest uzależniony od wielu czynników, są to między innymi: czas trwania choroby, okres remisji zmian, lokalizacja zmian oraz płęć [22]. Pokazano, że osoby, u których w przebiegu łuszczycy występuje ciężki świąd wykazują wyższy odsetek występowania depresji niż pacjenci z łagodnym świądem [23]. Ważnym aspektem jest lokalizacja zmian skórnych. Może to być ważniejsza kwestia niż stopień zaostrzenia choroby. Zlokalizowanie zmian na dłoniach i podeszwach stóp powoduje ból oraz dyskomfort. Dodatkowe zajęcie przez zmiany łuszczycowe paznokci, może ograniczyć codzienne czynności i wywoływać duży stres. Jest to szczególnie poważny problem, ponieważ zajęcie paznokci dotyka do 60% pacjentów [24]. Łuszczycowe zapalenie stawów ze względu na silne dolegliwości bólowe znacznie pogarsza jakość życia [22]. Jest to problem wieloaspektowy, przekłada się na relacje z innymi ludźmi, w tym z rodziną, aktywność fizyczną oraz trudności w życiu zawodowym. Większy stopień upośledzenia w relacjach z przyjaciółmi, w życiu społecznym, a także w uprawianiu sportu odczuwają kobiety. U kobiet także, dużo częściej niż u mężczyzn, opisywany jest nasilony lęk związany z chorobą [22, 25].

Choroba prowadzi do odczuwania wstydu, co sprawia, że osoby te izolują się od bliskich, a także wycofują się z życia społecznego oraz rodzinnego. Czują wstyd i są sfrustrowane, zgłaszają, że łuszczycyca w znacznym stopniu wpływa na

ich jakość życia [26]. Strach przed odrzuceniem prowadzi do ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, poczucia dyskryminacji w pracy a nawet ograniczeń w wykonywaniu wybranych przez siebie zawodów. Ponad 80% chorych zgłasza problem ze znalezieniem pracy lub w relacjach z współpracownikami w miejscu pracy [11, 22]. Brak wsparcia ze strony społeczeństwa i rodziny powoduje, że poziom lęku mierzony wśród chorych jest wyższy [25].

Łuszczycyca ma duży wpływ na chorego, ale nie jest obojętna dla jego najbliższych. Widoczne objawy choroby mogą być czynnikiem stresogennym oraz mogą wywoływać negatywne reakcje u innych osób, co powoduje poczucie odrzucenia, skrępowania oraz bezradności. Wcześniej wprowadzona psychoedukacja i/lub psychoterapia umożliwia łatwiejsze zaakceptowanie choroby, a także umiejętność radzenia sobie ze stresem wywoływanym przez zmiany łuszczycowe na ciele. Przy wsparciu psychologa łatwiejsze jest zachowanie ciągłości leczenia, dzięki temu zwiększa się skuteczność, a także jakość życia chorego [11]. Przestrzeganie zaleceń lekarskich (*compliance*) jest bardzo ważnym zagadnieniem w chorobach przewlekłych, łuszczycyca jest tu szczególnym przypadkiem. Bez prawidłowej współpracy, jakiegokolwiek postępy terapii są niemożliwe. Augustin i wsp. [27] wykazali, że tylko około 50-60% pacjentów z łuszczycą stosuje się do zaleceń lekarskich. Istnieje wiele czynników warunkujących przestrzeganie zaleceń i mogą one być zależne od pacjenta, formy terapii lub opieki zdrowotnej [28]. Pomoc psychologiczna i prawidłowa edukacja, będą kluczowe dla prowadzenia leczenia dermatologicznego.

Atopowe zapalenie skóry AZS

Atopowe zapalenie skóry należy do chorób alergicznych o przebiegu przewlekłym i nawrotowym. Charakteryzuje ją stan zapalny i suchość skóry, silny świąd, a także uszkodzenie bariery skórno-naskórkowej, co powoduje zwiększoną wrażliwość na alergeny. Słabo odgraniczonym zmianom towarzyszy lichenifikacja oraz występowanie nadżerek, przeczosów oraz grudek. Lokalizacja zmian jest typowa, a objawy zmieniają się wraz z wiekiem pacjenta. AZS ujawnia się od wczesnych lat dzieciństwa, z czego już w pierwszym roku życia zostaje zdiagnozowane ponad połowa wszystkich rozpoznań, a przez pierwsze 5 lat ujawnia się 90% przypadków [29]. Często można zaobserwować tendencję do remisji objawów u osób dorosłych. Z drugiej jednak strony, obserwowaną obecnie zwiększającą się liczbę chorych łączy się ze zmianami środowiska i klimatu, rozwojem przemysłu, zwiększeniem zanieczyszczeń powietrza i nasiloną chemizacją rolnictwa [30].

Na przebieg AZS z pewnością wpływa poziom stresu. Wykazano nasilenie objawów pod wpływem stresorów psychologicznych u dzieci oraz u osób dorosłych [31]. U pacjentów z AZS, w porównaniu do populacji ogólnej, dużo częściej diagnozowana jest depresja oraz można zaobserwować problemy w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi [31].

Atopowe zapalenie skóry, w najczęściej stosowanym podziale chorób psychodermatologicznych, zaliczane jest do zaburzeń psychofizjologicznych. Autorzy wskazują, że stres często powoduje nasilenie zaburzenia, a czynniki emocjonalne mogą warunkować przebieg choroby. Pacjenci doświadczają związku występującego pomiędzy stresem a zaognieniem zmian skórnych. U wielu z nich rozwijają się wtórne zaburzenia psychiczne spowodowane zmianami dermatologicznymi [32].

• Wpływ czynników psychologicznych na AZS

Pojawienie się sytuacji stresowych wywołuje zaostrzenie objawów klinicznych AZS. Zmiany obserwowane są na skórze, ale także w badaniach biochemicznych. Następuje zaburzenie środowiska cytokinowego, co może przyczynić się do pobudzenia limfocytów Th2, konsekwencją czego jest spadek odporności na potencjalne wtórne zakażenia skóry [33].

Stres ma subiektywnie zauważalny wpływ na stan bariery naskórkowej oraz procesy naprawcze toczące się w tkankach skóry. Badając pacjentów z AZS po doświadczeniu trzęsienia ziemi w Kobe autorzy Kodoma i wsp. wykazali, że traumatyczne wydarzenia powodują zwiększenie stresu psychicznego, co przyczynia się do nasilenia objawów AZS [34].

• Wpływ AZS na stan psychiczny

Uczucie stygmatyzacji przez otoczenie osób ze zmianami skórnymi prowadzi do prób maskowania i ukrywania zaburzeń. Konsekwencją tych prób są negatywne emocje odczuwane przez pacjentów takie jak strach, gniew, smutek, a także unikanie kontaktów z innymi. Może to prowadzić do wykluczenia, odrzucenia oraz dyskryminacji [35]. Badania wskazują, że dorośli z atopowym zapaleniem skóry mają niższy poziom jakości życia w różnych jego aspektach w porównaniu do osób zdrowych [36, 37]. Zaburzenie obrazu siebie oraz zaniżenie poczucia własnej wartości mają wpływ na problemy w funkcjonowaniu rodzinnym, życiu szkolnym oraz społecznym [38]. Pacjenci z AZS często mają także problemy z utrzymaniem uwagi, przez co otrzymują gorsze rezultaty w szkole, a w dorosłym życiu mają kłopoty z rozwojem zawodowym [39]. Wśród dzieci z atopowym zapaleniem skóry częściej diagnozuje się zaburzenia emocjonalne takie jak: jąkanie, fobie, niedojrzałość emocjonalna, tiki, lęki nocne [40].

Badania wykazały większą pobudliwość emocjonalną oraz wyższe tętno u pacjentów z AZS w porównaniu do grupy kontrolnej [41]. Autorzy wnoszą, że może się to przyczynić do powstawania zaburzeń snu, a w dalszej konsekwencji odczuwania przewlekłego zmęczenia oraz spadku nastroju [30]. Wśród badanych z AZS, jedna czwarta przeżyła przynajmniej jeden epizod depresji, a jedna na siedem osób miała myśli samobójcze [30]. Wskazano także, że zaburzenia lękowe oraz depresyjne częściej występują u dorosłych osób z AZS w porównaniu z grupą kontrolną [40].

Podobnie jak w przypadku łuszczycy, skutki AZS są odczuwalne nie tylko przez osoby chore, ale również przez członków rodziny. Elementy życia rodzinnego takie jak prawidłowy sen, wykonywanie prac domowych, a także przygotowywanie posiłków zostają zaburzone. Powoduje to dysharmonię całej rodziny, głównie poprzez zmęczenie oraz ograniczenie możliwości spędzania wolnego czasu [30].

Trądzik pospolity

Trądzik pospolity to powszechna, przewlekła choroba skóry. Stanowi poważny problem terapeutyczny. Wraz z AZS oraz łuszczycą jest jedną z najczęściej obserwowanych dermatoz. Główne okolice pojawiania się zmian to twarz, klatka piersiowa oraz plecy. Dotyka osób w każdym wieku. Największe nasilenie dotyczy okresu dojrzewania, ale coraz częściej występuje również u osób dorosłych. Wśród kobiet maksimum zachorowań notuje się pomiędzy 14. a 17. rokiem życia, a u mężczyzn między 16. a 19. rokiem życia. W 85% przypadków występują łagodne zmiany, natomiast w 15% pojawia się postać ciężka [42].

Wiele czynników wewnętrznych oraz zewnętrznych przyczynia się do powstawania i nasilania trądziku pospolitego. Podstawową przyczyną jest zaburzenie produkcji łoju. Kolejnym z powodów powstawania trądziku jest zaburzenie rogowacenia, przez co kanały łojowe nie mogą prawidłowo funkcjonować. Zrogowaciałe komórki gromadzą się w kanalikach wyprowadzających, co powoduje powstawanie zaskórników. Czynniki zewnętrznymi mającymi wpływ na powstawanie trądziku są: stres psychologiczny, zaburzenie równowagi oksydacyjnej, palenie papierosów oraz nieprawidłowa dieta [43].

Osoby z trądzikiem mają często problemy na poziomie społecznym, emocjonalnym i psychologicznym. Choroba powoduje pogorszenie samopoczucia oraz problemy w codziennym funkcjonowaniu [44].

Przez wiele osób stres psychologiczny zgłaszany jest jako przyczyna pogorszenia się objawów trądziku. Koreańskie badania wykazały, że u około 80% pacjentów stres był głównym czynnikiem wywołującym objawy choroby [45]. Autorzy Yosipovitch i wsp. w badaniu przeprowadzonym w stanie wysokiego oraz niskiego stresu wykazali dodatnią korelację między nasileniem stresu, a zaawansowaniem trądziku [46]. Wskazuje się także, że takie czynniki jak styl życia, hałas, presja ekonomiczna, a także wpływ społeczny nasilając poziom stresu modyfikują obraz choroby [47].

Badania Goulden i wsp. oraz Poli i wsp. wykazują, że u więcej niż połowy badanych osób dorosłych, zmiany trądzikowe uległy pogorszeniu w okresach nasilonego stresu [48, 49]. Mechanizmy, które mogą się przyczynić do powyższych zmian to zwiększone wydzielanie neuroprzekazników, cytokin oraz zaburzenia w wydzielaniu hormonów [50, 51]. Badania Lee i wsp. wykazały, że substancja P, która jest neuropeptydem, może być głównym czynnikiem produkcji sebum [52]. Zwiększenie sekrecji cytokin prozapalnych

wpływa na pobudzenie aktywności gruczołów łojowych. Przewlekły stres powoduje również stymulację wydzielania androgenów nadnerczowych, które zwiększają wydzielanie łoju i rogowacenie gruczołów łojowych [52]. Z drugiej strony, badanie wpływu treningu relaksacyjnego i technik redukcji stresu wykazało zmniejszenie nasilenia zmian trądzikowych. Jednak zakończenie stosowania technik relaksacyjnych przywróciło zaognienie zmian [53].

• Wpływ trądziku na stan psychiczny

Pacjenci obarczeni trądzikiem, zgłaszający się do poradni dermatologicznych, często manifestują dodatkowo objawy zaburzeń psychicznych lub mają trudności w codziennym funkcjonowaniu społecznym, rodzinnym czy zawodowym. Dla dużej części pacjentów z chorobami skóry charakterystyczne jest współwystępowanie obniżonego nastroju i objawów nerwicy [54, 55].

U osób z trądzikiem depresja występuje 2-3 razy częściej niż u reszty populacji, a także rozwija się dużo szybciej u kobiet niż u mężczyzn [56, 57]. Zmiany trądzikowe, ze względu na charakterystykę typowej lokalizacji, w znaczący sposób wpływają na jakość życia. Choroba wpływa na kontakty społeczne, osobiste, zawodowe oraz związane z edukacją. Duży wpływ emocjonalny wiąże się z utratą poczucia własnej wartości oraz zawstyżenia. Objawy związane z trądzikiem – takie jak ból i swędzenie powodują rozdrażnienie oraz dyskomfort. Często towarzyszą im wstyd i unikanie kontaktów z innymi ludźmi [54, 55].

W wielu badaniach odnotowano spadek poziomu jakości życia u osób z trądzikiem [54-56]. W większości przypadków nasilenie choroby ma znaczenie, ale nawet u osób z niskim nasileniem występują negatywne skutki psychologiczne [55, 58]. Podkreśla się, że także blizny potrądzikowe mają negatywny wpływ na dobrostan. Sama choroba jak i jej utrzymujące się konsekwencje estetyczne to duże obciążenie psychiczne i społeczne, dlatego ważne jest, aby odpowiednio wcześnie wdrożyć leczenie i zapobiegać powstawaniu blizn [58]. Istnieje potrzeba wprowadzania programów edukacyjnych, zwłaszcza dla osób młodych. W chwili obecnej jednak, jak wskazują specjaliści, w przypadku osób z trądzikiem, edukacja jest na dużo niższym poziomie niż dla chorych na AZS oraz łuszczycę [59].

PODSUMOWANIE

Wygląd zewnętrzny człowieka pełni szereg ról estetycznych i psychospołecznych. Skóra, która stanowi zewnętrzną barierę organizmu przed wnikaniem drobnoustrojów oraz szkodliwych substancji, odpowiada również za odbiór wizerunku przez nas samych oraz przez otoczenie. Powiązania są dwukierunkowe i bardzo silne. Badająca je psychodermatologia jest nauką uwzględniającą zależności pomiędzy czynnikami emocjonalnymi i stresogennymi a występowaniem chorób dermatologicznych.

Stan psychologiczny ma duży wpływ na wygląd i zdrowie skóry. Stres może przyczyniać się do wywołania oraz do zaożnienia zmian w przebiegu łuszczycy, AZS oraz trądziku. Nasilenie konsekwencji psychospołecznych zależne jest od wielkości zmian skórnych, miejsca ich występowania oraz czasu utrzymywania się na skórze. U większości osób z łuszczycą, AZS oraz trądzikiem wskazano zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych takich jak depresja, zaburzenia lękowe i nerwicowe. Opieka nad pacjentem dermatologicznym cierpiącym na schorzenia przewlekłe powinna opierać się na psychoedukacji obejmującej również rodzinę chorego. Takie wieloaspektowe działanie pozwoli na utrzymanie dobrej współpracy z lekarzem, a to daje większą szansę na skuteczność terapii. Rolą kosmetologa może być prawidłowa edukacja, informowanie o wspólnych mechanizmach procesów toczących się w skórze i centralnym systemie nerwowym oraz o możliwościach łączenia prawidłowo dobranej pielęgnacji, metod relaksacyjnych i leczenia specjalistycznego.

LITERATURA

1. Kowalewska B, Jankowiak B, Rolka H, Krajewska-Kula E, red. *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych Tom I*. Białystok: Uniwersytet Medyczny; 2017.
2. Rosińska M, Rzepa T, Szramka-Pawlak B, Żaba R. Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatr Pol*. 2017;51(6):1145-1152.
3. Samantha H, Kodali M, Manyam K. A study of skin manifestations in patients with psychiatric disorders. *Int J Dermatol*. 2018;4:376-380.
4. Sandoval-Talamantes AK, Gómez-González BA, Uriarte-Mayorga DF, et al. Neurotransmitters, neuropeptides and their receptors interact with immune response in healthy and psoriatic skin. *Neuropeptides*. 2020;79:102004.
5. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol*. 2016;96:35-37.
6. Zimbardo PG, Gerrig RJ. *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN; 2012.
7. Rodríguez-Cerdeira C, Pera-Grasa JT, Molares A, et al. Psychodermatology: Past, Present and Future. *Open Dermatol J*. 2011;5:21-27.
8. van Beugen S, Ferwerda M, Spillekom-van Koulik S, et al. Tailored Therapist-Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Treatment for Psoriasis: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2016;85(5):297-307.
9. Wu JJ, Feldman SR, Lebwohl MG, red. *Therapy for Severe Psoriasis*. Elsevier; 2018.
10. Greb EJ, Goldminz AM, Elder JT, et al. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:1-17.
11. Walniczek P. Kompleksowa terapia w leczeniu chorych na łuszczycę. *WPIOZ*. 2018;7(1):11-13.
12. Grządziel J, Gałązka A. Łuszczycza – Autoimmunologiczna choroba o szerokiej etiologii. W: Leśny J, Nyčkowiak J, red. *Badania i Rozwój Młodych Naukowców w Polsce – Choroby*. Poznań: Młodzi Naukowcy; 2016:126-132.
13. Dodoo-Schittko F. Psoriasis: the significance of psychological stress. *Br J Dermatol*. 2018;178:1002.
14. Snast I, Reiter O, Atzmony L, et al. Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2018;178:1044-1055.
15. Janowski K. Stres a patofizjologia procesów łuszczycowych. *Prz Dermatol*. 2005;93:84-92.
16. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psoriasis and psychiatry: an update. *General Hospital Psychiatry*. 1987;9(3):157-166.
17. Sandyk R, Pardeshi R. Mood-dependent fluctuations in the severity of tardive dyskinesia and psoriasis vulgaris in a patient with schizoaffective disorder: possible role of melatonin. *International Journal of Neuroscience*. 1990;50(3-4):215-221.
18. Connor CJ, Liu V, Fiedorowicz JG. Exploring the Physiological Link between Psoriasis and Mood Disorders. *Dermatology research and practice*. 2015;7:409637.
19. Cohen BE, Martires KJ, Ho RS. Psoriasis and the Risk of Depression in the US Population: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2012. *JAMA Dermatol*. 2016;152(1):73-79.
20. Nickloff BJ, Xin H, Nestle FO, Qin JZ. The cytokine and chemokine network in psoriasis. *Clin Dermatol*. 2007;25(6):568-573.
21. Griffiths CE, Fava M, Miller AH, et al. Impact of Ixekizumab Treatment on Depressive Symptoms and Systemic Inflammation in Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis: An Integrated Analysis of Three Phase 3 Clinical Studies. *Psychother Psychosom*. 2017;86:260-267.

22. Owczarczyk-Saczonek A, Nowicki R. Łuszczycyca i schorzenia współistniejące – przegląd piśmiennictwa. *Wiad Lek.* 2014;67:512-519.
23. Remröd C, Sjöström K, Svensson Å. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta Derm Venereol.* 2015;95(4):439-443.
24. Nordlind K, Zalewska-Janowska A. *Skin and the Psyche.* San Francisco: Bentham Science Publishers; 2016.
25. Ferreira BI, Abreu JL, Reis JP, Figueiredo AM. Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2016;9(6):36-43.
26. Łakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, et al. Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Adv Dermatol Allergol.* 2018;35(1):60-66.
27. Augustin M, Holland B, Dartsch D, et al. Adherence in the treatment of psoriasis: a systematic review. *Dermatology.* 2011;222:363-374.
28. Grochowicz M, Pakla-Misiur A, Narbutt J. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez chorych na łuszczycę – przegląd piśmiennictwa. *Przegl Dermatol.* 2016;103:153-161.
29. Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2014;70(2):338-351.
30. Kasznia-Kocot J, Reichmann K, Wypych-Ślusarska A. Wybrane aspekty jakości życia w atopowym zapaleniu skóry. *Med Środow.* 2014;17(2):42-51.
31. Sacotte R, Silverberg JI. Epidemiology of adult atopic dermatitis. *Clin Dermatol.* 2018;36(5):595-605.
32. Senra MS, Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. *Brit J Dermatol.* 2014;170(1):38-43.
33. Millan M, Mijas J. Atopowe zapalenie skóry – patomechanizm, diagnostyka, postępowanie lecznicze, profilaktyka. *Nowa Pediatria.* 2017;21(4):114-122.
34. Kodama A, Horikawa T, Suzuki T, et al. Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol.* 1999;104(1):173-176.
35. Kostyla M, Stecz P, Wrzesińska M. Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry. *Psychiatr. Pol.* 2018;52(6):1101-1112.
36. Kim JH, Kim H, Park CW, Lee CH. Quality of life in adults with atopic dermatitis. *Korean Journal of Dermatology.* 2011;49(11):983-992.
37. Drucker AM, Wang AR, Li WQ, et al. The burden of atopic dermatitis: Summary of a report for the National Eczema Association. *Journal of Investigative Dermatology.* 2016;137(1):26-30.
38. Kwak J, Kim J. Health-related Quality of Life and Mental Health of Adults With Atopic Dermatitis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(5):516-521.
39. Møller Rønnstad AT, Halling-Overgaard AS, Hamann CR. Association of atopic dermatitis with depression, anxiety, and suicidal ideation in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2018;79(3):448-456.
40. Zalewska-Janowska A. Psychodermatologia w alergologii. *Alerg Astma Immun.* 2010;15(3):109-117.
41. Paller A, Jaworski JC, Simpson EL, et al. Major Comorbidities of Atopic Dermatitis: Beyond Allergic Disorders. *J Am Acad Dermatol.* 2018;19(6):821-838.
42. Adamski Z, Kaszuba A. *Dermatologia dla kosmetologów.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
43. Biegaj M. Trądzik pospólny i jego leczenie. *Kosmetologia Estetyczna.* 2017;6(2):155-158.
44. Gupta A, Sharma YK, Dash KN, et al. Quality of life in acne vulgaris: Relationship to clinical severity and demographic data. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82(3):292-297.
45. Suh DH, Kim BY, Min SU, et al. A multicenter epidemiological study of acne vulgaris in Korea. *Int J Dermatol.* 2011;50(6):673-681.
46. Yosipovitch G, Tang M, Dawn AG, et al. Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. *Acta Derm Venereol.* 2007;87(2):135-139.
47. Dreno B, Bagatin E, Blume-Peytavi U, et al. Female type of adult acne: Physiological and psychological considerations and management. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2018;16(10):1185-1194.
48. Goulden V, Clark SM, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. *Br J Dermatol.* 1997;136:66-70.
49. Poli F, Dreno B, Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of a survey conducted in France. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2001;15:541-545.
50. Albuquerque RG, Rocha MA, Bagatin E, et al. Could adult female acne be associated with modern life? *Arch Dermatol Res.* 2014;306(8):683-688.
51. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2007;9:203-213.
52. Lee WJ, Jung HD, Lee HJ, et al. Influence of substance-P on cultured sebocytes. *Arch Dermatol Res.* 2008;300(6):311-316.
53. Hughes H, Brown BW, Lawlis GF, Fulton JE. Treatment of acne vulgaris by biofeedback, relaxation, and cognitive imagery. *J Psychosom Res.* 1983;27:185-191.
54. Rokowska-Waluch A, Cybulski M, Żurawski J, et al. Udział stresu w patogenezie trądziku. *Przegl Dermatol.* 2013;100:154-159.
55. Tsuchiyi SM, Makrantonaki E, Ganceviciene R, et al. Acne vulgaris. *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15029.
56. Ohayon MM. Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *J Psychiatr Res.* 2007;41(3-4):207-213.
57. Kellett SC, Gawkrödger DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol.* 1999;140:273-282.
58. Hayashi N, Miyachi Y, Kawashima M. Prevalence of scars and "mini-scars", and their impact on quality of life in Japanese patients with acne. *J Dermatol.* 2015;42(7):690-696.
59. Chernyshov PV, Zouboulis CC, Tomas-Aragones L, et al. Quality of life measurement in acne. Position Paper of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes and Acne, Rosacea and Hidradenitis Suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(2):194-208.

CITE / SPOSÓB CYTOWANIA

Polak D, Teległów A, Piotrowska A. Wpływ czynników psychologicznych na powstawanie i przebieg wybranych chorób skóry oraz znaczenie zaburzeń dermatologicznych w dobrostanie psychicznym. *Aesth Cosmetol Med.* 2020;9(5):455-460.

DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.13151012>