



Znaczenie wsparcia społecznego w występowaniu zaburzeń psychicznych u pacjentów chorujących na łuszczycę zwykłą

The importance of social support in the occurrence of mental disorders in patients suffering from Psoriasis Vulgaris

<https://doi.org/10.34766/fer.v59i3.1266>

Klaudia Wojtach^a, Daniel Pankowski^b

^a Klaudia Wojtach¹, <https://orcid.org/0009-0007-2220-0088>

^b Dr Daniel Pankowski², <https://orcid.org/0000-0001-7667-5803>

¹ Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Centrum Meta Badań, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław

Abstrakt: Łuszczycza stanowi globalny problem dotykający około 1% populacji kaukaskiej, przyczyniając się nie tylko do problemów estetycznych, ale także do stygmatyzacji, izolacji społecznej i ogólnego obniżenia jakości życia. Przewlekły stan zapalny organizmu pacjenta sprzyja większej zapadalności na zaburzenia lękowe i depresyjne. Praca przedstawia problematykę zaburzeń psychicznych u pacjentów chorujących na łuszczycę zwykłą oraz wpływ różnych wymiarów wsparcia społecznego na przebieg choroby. Poruszone zostały zagadnienia dotyczące etiopatogenezy łuszczycy, związku tej dermatozy ze zwiększoną częstością występowania zaburzeń psychicznych, a także dwukierunkowej relacji obu jednostek chorobowych. Analizie poddane zostały 4 badania uwzględniające zmienne kliniczne, demograficzne oraz psychospołeczne. Opis każdego badania zawiera analizę statystyczną, operacjonalizację zmiennych oraz wnioskowanie. W części poświęconej dyskusji wykazano silny związek wsparcia społecznego ze stanem psychicznym pacjentów dermatologicznych. Przedyskutowano również zintegrowane podejście do procesu terapeutycznego oraz korzyści wynikające z holistycznego ujęcia problemów związanych z przewlekłymi chorobami zapalnymi.

Słowa kluczowe: łuszczycza zwykła, zaburzenia depresyjne, wsparcie społeczne, model adaptacji

Abstract: Psoriasis represents a global issue affecting approximately 1% of the Caucasian population, contributing not only to aesthetic concerns but also to stigmatization, social isolation, and an overall decline in quality of life. The chronic inflammatory state in the patient's body predisposes them to a higher susceptibility to anxiety and depressive disorders. Novel treatment methods, particularly monoclonal antibodies, may serve as a bridge between physical and psychological benefits. The research addresses the issues of psychological disorders in patients with common psoriasis and explores the impact of various dimensions of social support on the course of the disease. Topics covered include the etiopathogenesis of psoriasis, the connection between this dermatosis and an increased frequency of psychological disorders, as well as the bidirectional relationship between both disease entities. Four studies, encompassing clinical, demographic, and psychosocial variables, underwent analysis. Each study description includes statistical analysis, operationalization of variables, and a section dedicated to drawing conclusions. In the discussion section, a strong correlation between social support and the psychological state of dermatological patients is demonstrated. An integrated approach to the therapeutic process and the benefits of a holistic approach to issues related to chronic inflammatory diseases are also discussed.

Keywords: psoriasis, depressive disorders, social support, adaptation model

Wprowadzenie

Łuszczycza to przewlekła choroba zapalna, której epidemiologia sięga 0.09% populacji USA (Sahi i in., 2020). Według Bulata i in. (2020) może być to jedna z najdłużej znanych jednostek chorobowych, implikująca wiele niejasności. Poza klinicznymi manifestacjami w postaci wyraźnie

odgraniczonych, rumieniowych, złuszcających się zmian, wiąże się także z podatnością na inne choroby zapalne, takie jak zespół metaboliczny, choroby zapalne jelit, choroby układu sercowo-naczyniowego, czy łuszczycowe zapalenie stawów (González-Parra i Daudén, 2019). Przewlekły

charakter choroby z okresami remisji i nawrotów, a także manifestacje skórne i stygmatyzacja związana z chorobą predysponują do obniżonego nastroju. W porównaniu z populacją zdrowych, pacjenci z łuszczycą zwykłą mają o 40-90% więcej objawów ze spektrum zaburzeń psychicznych w postaci lęku, depresji oraz myśli samobójczych (Baka i in., 2021). Ostatnie analizy wykazały dwukierunkową zależność patofizjologii depresji oraz łuszczycy, bazującą na interferencji cytokin zapalnych z układem nerwowym oraz immunologicznym (Daudén & González-Parra, 2019; Koo i in., 2017). Ta asocjacja odsłania nowe możliwości terapeutyczne, zarówno farmakologiczne, jak i bazujące na redukcji zaawansowania zmian skórnych poprzez pracę nad dobrostanem psychicznym pacjenta (terapia poznawczo-behawioralna). Można założyć, że różnego rodzaju oddziaływania psychospołeczne mające na celu poprawę stanu psychicznego osób chorujących na łuszczycę mogłyby mieć korzystny wpływ na przebieg choroby. Zgodnie z założeniami teoretycznymi ważnym zasobem pozwalającym lepiej radzić sobie z chorobą jest wielowymiarowe wsparcie społeczne.

Aspekt zdrowia psychicznego pacjentów dermatologicznych jest przedmiotem licznych badań naukowych (Haduch i in., 2008; Hassani i in., 2021; Pollo i in., 2021; Yildirim i in., 2020), jednak bardzo ograniczony dostęp do specjalistów zajmujących się psychologią zdrowia, niezgodność wyników badań dotyczących związku pomiędzy kliniczną oceną nasilenia zmian skórnych oraz wskaźników zdrowia psychicznego często stawiają wyzwanie we wnioskowaniu klinicznym. Jak stwierdza Łakuta i in. (2018), negatywny wpływ łuszczycy na codzienne funkcjonowanie chorych jest powszechnie znany, jednak wciąż zaburzenia ze strony psychiki pozostają nierozpoznawane i nieuwzględniane przy doborze terapii choroby podstawowej.

Celem tej pracy jest wykazanie korzyści z holistycznego podejścia do pacjentów chorujących na łuszczycę zwykłą z uwzględnieniem pozytywnego wpływu wsparcia społecznego na przebieg choroby.

1. Wstęp teoretyczny

1.1. Kliniczna charakterystyka łuszczycy

Łuszczycyca jest jedną z najczęściej rozpoznawanych chorób przewlekłych w dermatologii. Najnowsza metaanaliza wykazała nierównomierny rozkład geograficzno-epidemiologiczny tej choroby (Parisi i in., 2020). Największą zapadalność zaobserwowano we Włoszech (321/10.000 mieszkańców na rok). Wyższe wskaźniki zachorowań dotyczą także Europy Zachodniej (do 3.46%), centralnej (do 5.32%) oraz Północnej Ameryki (do 3,6%). Regionem o najniższym współczynniku występowania łuszczycy jest wschodnia Azja (do 0,4%). Jak podaje WHO, dane epidemiologiczne Norwegii z 2008 roku wykazały rekordową liczbę chorych – 10302 przypadki, co stanowiło 11,43% populacji w wieku 20-79 lat.

Etiologia łuszczycy jest wieloczynnikowa i wciąż nie do końca poznana. Składają się na nią zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe (Koo i in., 2017).

Manifestacje choroby mediowane są przez przewlekły stan zapalny, który charakteryzuje się okresami zaostrzeń i wyciszeń. Ze względu na przebieg wyróżnia się łuszczycę o wczesnym początku, z objawami występującymi przed 40 rokiem życia, dodatnim wywiadem rodzinnym, zajęciem większej powierzchni ciała i silną asocjacją z allelem HLA-C*06 oraz łuszczycę o późnym początku, kojarzoną z zaburzeniami metabolicznymi w postaci otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i dyslipidemii (Jing i in., 2021).

Początkowym wykwitem tej zapalnej dermatozy jest grudka, która z czasem rozrasta się w tarczkę pokrytą srebrzystym nalotem. W pełni rozwinięte zmiany manifestują się jako tzw.

blaszki łuszczycowe, które mogą obejmować różne obszary ciała. W praktyce klinicznej wykorzystuje się narzędzia pozwalające na ocenę stopnia nasilenia choroby: skale PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) oraz DLQI (Dermatology Life Quality Index). Pierwsze dwie skale wypełniane są przez lekarza i oceniają jedynie aspekt zaawansowania zmian skórnych. DLQI to kwestionariusz opracowany przez Andrea Y Finlaya oraz Gul Karima Khana (1990) celem oceny wpływu

choroby na jakość życia chorego w poprzedzającym tygodniu. Pytania uwzględniają pojawienie się problemów w codziennych czynnościach, kontaktach z bliskimi, współżyciu seksualnym, ograniczeniu w pracy, nauce czy sporcie. Pacjent poddaje ocenie także odczucie świądu, bólu, mrowienia i pieczenia spowodowane zmianami skórnymi.

1.2. Psychosocjalne aspekty łuszczycy

Względnie wysoka częstość występowania łuszczycy skłoniła badaczy do zainteresowania się nie tylko skórnymi aspektami tej choroby, lecz także problemami w wymiarach emocjonalnych, społecznych czy finansowych. Jing i in. (2021) porównywali grupę 1571 osób zdrowych z ekwiwalentną liczbą pacjentów chorych na łuszczycę w populacji chińskiej. Wyniki badania pokazały znaczną dysproporcję w poziomie wykształcenia (przewaga wykształcenia podstawowego nad wyższym w grupie osób chorujących), dochodu rocznego (znacznie niższy dochód w grupie chorych) oraz palenia papierosów (537 palaczy w grupie chorych, 238 palaczy w grupie zdrowych). Badanie korelacyjne depresji oraz lęku z łuszczycą zwykłą przeprowadzone na próbie 174 pacjentów w Malezji również ujawniło prawidłowość powiązania łuszczycy z niższym poziomem wykształcenia, oraz mniejszym dochodem (Baka i in., 2021). Spośród 51 uczestników badania Bulata i in. (2020) 76% pacjentów z łuszczycą stwierdziło, że ich sytuacja finansowa znacznie pogorszyła się od chwili wystąpienia objawów, a 59,3% zgłaszało nieobecność w pracy w ciągu poprzedzającego roku spowodowaną chorobą skóry.

Poza powyższymi, wymiernymi konsekwencjami choroby, pacjenci wciąż muszą mierzyć się ze stygmatyzacją społeczną. Choroby skóry, które zajmują odsłonięte obszary ciała, szczególnie narażone są na negatywną reakcję otoczenia. Z powodów estetycznych, blizny łuszczycowe pokryte białawym nalotem często wywołują obrzydzenie, strach emocjonalny oraz obawę przed zarażeniem się (Grover i in., 2021). Liczne badania nad stygmatyzacją pacjentów dermatologicznych ujawniły wagę tego problemu. Jak wspominają Ghorbanibirgani i in. (2016), niektóre analizy wskazują, że ten aspekt choroby dotyka do 90,2%

pacjentów. Jednym z kryteriów przedstawionym przez badacza był brak wsparcia społecznego, definiowany jako poczucie samotności, deprawacji naturalnych praw, brak wsparcia formalnego i nieformalnego. Co więcej, zjawisko stygmatyzacji dotyczy również osób opiekujących się na co dzień pacjentami dermatologicznymi. Jak wykazuje badanie

Grovera i in. (2021) nad 49 opiekunami poddanych ocenie CPMI (*Caregiver of People with Mental Illness*) uwzględniającej skale FBI (*Family Burden Interview*), PSS (*Multidimensional aspect of perceived social support*), CBAS (*Cognitive Behavioral Avoidance Scale*), osoby te doświadczają stygmatyzacji na poziomie opiekunów osób chorych psychicznie (Basińska i in., 2013).

Skórne manifestacje łuszczycy zwykłej, a także powszechne zjawisko stygmatyzacji osób z widocznymi bliznami, mogą być dla pacjenta obciążającym doświadczeniem. Trudności w zaakceptowaniu swojego wyglądu, zmiany w zakresie życia społecznego, a także prywatnego, kwestia finansowego obciążenia chorobą stają się źródłem przewlekłego stresu, który może być czynnikiem indukującym szereg zaburzeń psychicznych na tle depresyjnym i lękowym. Jak wykazują Hölsken i in. (2021), objawy łuszczycy często ulegają zaostrzeniu pod wpływem stresu psychicznego oraz stresujących wydarzeń, co dowodzi pewnej zależności pomiędzy sferą somy i psyche.

1.3. Dwukierunkowość relacji depresja – łuszczycy

Współwystępowanie przewlekłych chorób zapalnych takich jak łuszczycy z zaburzeniami sfery psyche nie jest prostą zależnością. Na przestrzeni ostatnich 10 lat ukazało się wiele prac opisujących dwukierunkową właściwość relacji łuszczycy – zaburzenia psychiczne (Hölsken i in., 2021; Koo i in., 2017; Sahi i in., 2020). 56 badań uwzględnionych w przeglądzie systematycznym z 2021 roku wykazało neuro-dermatologiczny związek między łuszczycą a zaburzeniami depresyjno-lękowymi (Maqbool i in., 2021). Proces zapalny o podłożu immunologicznym okazał się ściśle związany z obiema jednostkami chorobowymi. Badania krwi obwodowej oraz płynu mózgowo-rdzeniowego osób cierpiących na depresję wykazały

podwyższony poziom markerów zapalnych, takich jak CRP (*C-reactive protein*), IL-1, IL-6, TNF α . Niektóre z badań wykazały wyraźną asocjację między zwiększonym stężeniem TNF α a wzrostem aktywności transportera serotoninowego (5HTT) – jednego z punktów uchwytu leków przeciwdepresyjnych z grup SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*), SNRI (*serotonin norepinephrine reuptake inhibitor*), TCA (*tricyclic antidepressants*), hamujących jego aktywność. Istotną rolę odgrywa również chemokina CXCL10/IP10 (*interferon γ -induced protein*), której wzrost obserwuje się w epizodach ciężkiej depresji (Krishnadas i in., 2016). Jej działanie związane jest ze zwiększonym napływem limfocytów Th1 – jednej z podgrup komórek układu odpornościowego, przyczyniających się do powstania zapalenia. Immunologiczne podłoże łuszczycy opiera się na obecności licznych cytokin zapalnych, w tym także TNF α , który promuje wzmożoną aktywność komórek prezentujących antygeny w naskórku (*DC – dendritic cells*). Komórki dendrytyczne, uwalniając kolejne cytokiny zapalne, ułatwiają napływ pozostałych komórek układu odpornościowego do wyższych warstw skóry oraz naskórka. Istotnym z punktu widzenia etiologii zarówno łuszczycy, jak i depresji jest także obniżony poziom BDNF (*brain-derived neurotrophic factor*) w rejonie hipokampa, co redukuje jego neurogenezę.

Jak wykazano powyżej, obecność przewlekłego stanu zapalnego jest cechą wspólną łuszczycy zwykłej oraz depresji. Autorzy badań nad teorią zapalenia, łączącą obie jednostki chorobowe, wskazują na istotność uwzględnienia tego zjawiska przy doborze terapii farmakologicznej (Bell i in., 2021). Maqbool i in. (2021) zauważają, że pacjentów dermatologicznych, u których współistnieją zaburzenia depresyjne, cechuje postawa zniechęcenia względem leczenia, a farmakoterapia ukierunkowana wyłącznie na miejscowe zmniejszenie objawów skórnych jest mniej skuteczne w porównaniu z grupą pacjentów bez zaburzeń psychicznych. Jak sugerują Koo i in. (2017) kuracja skoncentrowana na ograniczeniu zapalenia przez obniżenie stężenia IL-6 może okazać się efektywnym działaniem. Dwukierunkowość relacji łuszczycy-depresja podkreśla także możliwość poprawy stanu psychicznego pacjentów poddanych leczeniu systemowemu łuszczycy (Hölsken i in., 2021).

Pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne wykazano wśród niektórych leków biologicznych. Preparaty takie jak adalimumab, etanercept czy ustekinumab, stosowane w leczeniu łuszczycy zwykłej, okazały się mieć istotne statystycznie znaczenie w redukcji objawów depresyjnych. Pacjenci leczeni sekukinumabem lub iksekizumabem uzyskali niższe wyniki kwestionariusza DLQI (González-Parra & Daudén, 2019). Najnowsze wytyczne leczenia systemowego łuszczycy zwykłej zalecają natomiast ostrożność w stosowaniu brodalumabu oraz apremilastu u pacjentów z wywiadem depresji oraz zachowań samobójczych (Lambert i in., 2020). Amerykańska Agencja Leków i Żywności wydała komunikat „black box warning” po zarejestrowaniu sześciu incydentów samobójstwa w czterech różnych badaniach klinicznych z użyciem brodalumabu. Aktualne zalecenia pokazują, jak istotna jest korelacja obrazu zdrowia fizycznego oraz psychicznego pacjenta. Decyzja o sposobie leczenia nie mogą być zatem podjęta w oderwaniu od kondycji psychicznej osoby chorującej na łuszczycę zwykłą.

1.4. Zaburzenia psychiczne

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w postaci zaburzeń depresyjnych oraz lękowych jest problemem globalnym nie tylko wśród populacji osób cierpiących na choroby przewlekłe. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization, 2020) depresja stanowi obecnie 4,3% globalnego obciążenia wszystkimi chorobami. Zaburzenia lękowe mogą współistnieć z zaburzeniami depresyjnymi lub występować samodzielnie. Najnowsza, piąta klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM 5 wyróżnia 5 typów zaburzeń depresyjnych: 1) zaburzenie depresyjne nawracające, 2) uporczywe zaburzenie depresyjne, 3) zaburzenie depresyjne indukowane substancjami/lekiem, 4) zaburzenie depresyjne związane z innym stanem medycznym, 5) zaburzenie dysforyczne przedmiesiaczkowe.

Klasyfikacja ta po raz pierwszy wyodrębniła również spektra zaburzeń lękowych: 1) zaburzenie lękowe uogólnione, 2) zaburzenie lękowe z napadami paniki, 3) agorafobia, 4) zaburzenie lękowe społeczne, 5) zaburzenie lękowe związane z separacją,

6) specyficzne fobie. Utworzono również kategorię zaburzeń związanych z lękiem i depresją o mieszanym obrazie, która objęła spektra obu rodzajów zaburzeń. Nowe podejście klasyfikujące zaburzenia z komponentą lękową oparte zostało na rosnącej wiedzy na temat szlaków neuronalnych leżących u podstaw stresu, paniki, obsesji i kompulsji (Crocq, 2015).

Zwiększona częstość występowania zaburzeń psychicznych u pacjentów chorujących na przewlekłe dermatozy jest zjawiskiem szeroko opisywanym w literaturze. Rozpowszechnienie współtowarzyszącej depresji oszacowane zostało na 20-62%. Co więcej, ciężka depresja z towarzyszącymi myślami samobójczymi oraz lękiem dotyka od 2,5% do 9,7% pacjentów (González-Parra & Daudén, 2019). Przegląd wielu badań wykazał, że liczba zachowań autodestrukcyjnych wśród pacjentów z ciężką depresją towarzyszącą łuszczycy, jest dziesięciokrotnie wyższa niż w populacji ogólnej (Lamb i in., 2017). Ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych dotyczy także pacjentów z łagodną oraz umiarkowaną depresją. Nasilone objawy depresyjne zwiększają uczucie świądu, towarzyszące niektórym typom łuszczycy.

Przewlekły charakter łuszczycy zwykłej oraz trudności społeczne, z jakimi mierzą się pacjenci, ma bezpośredni związek ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia niektórych zaburzeń psychicznych. Spośród 104 uczestników wyżej wspomnianego badania Groovera i in. (2020) 30% pacjentów miało postawione co najmniej jedno rozpoznanie psychiatryczne niezależnie od miejsca zamieszkania, czasu trwania choroby, sezonowych zaostrzeń i regresji, a także ocenił w skali BSA.

Dodatkowym bodźcem stresogennym w przebiegu łuszczycy może być obszar ciała zajęty blaszkami łuszczycowymi. Łakuta i in. (2018) badali korelacje umiejscowienia zmian skórnych oraz depresji i fobii społecznej. Analiza wyników dowiodła, że oba zaburzenia były silnie związane z obecnością zmian skórnych w okolicach odsłoniętych – głowie i szyi. Szczególnie wyraźną korelację zauważono pomiędzy zajęciem obszaru genitalnego a obecnością objawów depresyjnych.

Problematyka zaburzeń psychicznych jest istotną kwestią z punktu widzenia konsekwencji bagatelizowania ich wystąpienia. Badania dowodzą, że

pacjenci z łuszczycą zwykłą, u których zdiagnozowano depresję, mają większe ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego, udaru oraz zgonu w mechanizmie sercowo-naczyniowym, szczególnie w epizodzie ostrej depresji. Jak wynika z licznych badań, prognozy choroby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi są gorsze, ze względu na rzadsze stosowanie się do zaleceń w stosunku do grupy chorych bez tych zaburzeń. Pacjenci z diagnozą depresji mają większe skłonności do skupiania się na negatywnych aspektach choroby. Widmo kolejnych nawrotów objawów skórnych, pomimo włączonego leczenia, zniechęca ich do kontynuowania terapii (Sahi i in., 2020).

1.5. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne jest jednym z najlepiej poznanych zasobów jednostki. W XX wieku w Psychosomatic Medicine ukazał się artykuł doktora Sidneya Cobba (1976), zawierający definicję wsparcia społecznego rozumianą jako informację, która pozwala pacjentowi sądzić, że jest on otoczony opieką, kochany, szanowany oraz jest członkiem sieci wzajemnych powiązań. Powyższa definicja stała się podstawą tworzenia modelu wsparcia społecznego, a sama praca cytowana była przez badaczy społecznych ponad czternaście tysięcy razy. Cobb (1976) wprowadza pojęcie wsparcia jako determinanty stanu zdrowia i poziomu stresu jednostki. Metaanaliza badań minionego wieku wykazała, że pacjenci cierpiący na różne choroby przewlekłe, którzy mają zapewnione wsparcie społeczne, stosują bardziej adaptacyjne mechanizmy radzenia sobie, takie jak radzenie skoncentrowane na problemie, czy restrukturyzacja poznawcza, czyli identyfikacja oraz kwestionowanie nieprzystosowanych myśli (Schreurs i in., 2003). Hipotezy dotyczące mechanizmów działania tego zasobu ujęte są w kontekście okoliczności korzystania z niego. Pierwsza z nich traktuje wsparcie społeczne jako czynnik wpływający ogólnie korzystnie na jednostkę, niezależnie od poziomu stresu.. Druga hipoteza stawia wsparcie społeczne jako zmienną pośredniczącą między wydarzeniami w życiu jednostki, a ich konsekwencjami. Osoba sięga do mechanizmów sieci wsparcia tylko w sytu-

acji podwyższonego poziomu stresu, aby złagodzić jego skutki i umożliwić przetrwanie kryzysu, co czyni wsparcie społeczne rodzajem bufora, a nie czynnikiem warunkującym permanentny dobrostan człowieka (Sęk i Cieślak, 1997). Z punktu widzenia sposobu pomiaru wsparcia społecznego wyszczególnia się dwie kategorie zmiennej. Wsparcie okazane może być mierzone przy pomocy obserwacji lub kwestionariusza. Wsparcie spostrzegane, rozumiane jako satysfakcja z otrzymanej pomocy, podlega subiektywnej ocenie jednostki, a jej wartości określa kwestionariusz samoopisowy. W literaturze spotkać można wiele sposobów podziału wymiarów wsparcia społecznego w zależności od tego, co jest przekazywane jednostce. Na potrzeby tej pracy użyto typologii Sęk i Cieślak, która wyznacza: wsparcie duchowe, instrumentalne, informacyjne, emocjonalne, oraz materialne. Wsparcie duchowe to działania włożonych przez członków sieci wsparcia w pomoc nadania głębszego znaczenia trudnościom życiowym osoby. Wszelkie rady oraz inne pośrednie środki, które pozwolą jednostce lepiej poradzić sobie ze stresem, definiuje wsparcie instrumentalne. Wsparciem informacyjnym jest zaopatrzenie osoby w niezbędne informacje. W kontekście choroby są to informacje dotyczące stanu zdrowia, możliwości leczenia czy prognozy choroby. Ten rodzaj wsparcia może być zapewniany nie tylko przez profesjonalistów, ale także przez grupy pomocowe. Wsparciem emocjonalnym jest m.in. wyrażanie troski, empatii i zaufania, a także możliwość ujawnienia emocji przez chorego, co może przynieść mu ulgę oraz zredukować stres związany z nagromadzeniem negatywnych odczuć. Wsparcie materialne odnosi się do zasobów finansowych oraz innych dóbr stanowiących namacalną pomoc.

Skuteczność wsparcia społecznego w pozytywnej adaptacji do choroby udowodniono w wielu badaniach naukowych. Wykazano, iż wysoki poziom wsparcia wśród najbliższych osób obniża zapotrzebowanie na pomoc, m.in. o charakterze religijnym, jak i odsuwa jednostkę od patologicznych mechanizmów adaptacyjnych (Włodarczyk, 1999). Wsparcie społeczne stanowi również dodatni czynnik predykcyjny mniejszego zmęczenia opiekunów osób cierpiących na choroby przewlekłe (Brzezińska, 2013).

2. Cel pracy

Celem tej pracy jest przegląd dostępnych badań podejmujących tematykę wpływu wsparcia społecznego na zdrowie psychiczne pacjentów chorujących na łuszczycę zwykłą. Analizie poddano również korzyści płynące z holistycznego podejścia do procesu leczniczego pacjenta z chorobą przewlekłą, z uwzględnieniem wielospecjalistycznej opieki medycznej.

3. Przegląd badań

3.1. Badanie 1

Pierwszym badaniem, które pozwoli przyjrzeć się roli wsparcia społecznego w przebiegu łuszczycy zwykłej, jest analiza populacji pacjentów dermatologicznych jednej z klinik Uniwersytetu La Sapienza w Rzymie (Picardi i in., 2005). Praca miała na celu prześledzenie roli 4 zmiennych: wsparcia społecznego, przywiązania, aleksytymii oraz stresujących wydarzeń w zaostrzeniach łuszczycy plackowatej – najczęstszej postaci łuszczycy zwykłej. Grupę badawczą stanowiły 33 osoby w wieku 18-60 lat, u których rozpoznanie choroby zostało postawione przez co najmniej dwóch lekarzy dermatologów. Kolejnymi kryteriami włączenia do badania było BSA powyżej 10% oraz co najmniej 8-letni tok edukacji. U wszystkich badanych zaostrzenie łuszczycy wystąpiło w ciągu 3 miesięcy poprzedzających badanie. Grupę kontrolną stanowiło 73 pacjentów dermatologicznych, u których zdiagnozowano jedną z dermatoz, która nie jest powszechnie uważana za czynnik ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych. Najczęstszymi jednostkami chorobowymi były: kontaktowe zapalenie skóry, infekcje bakteryjne, nowotwory skóry i choroby tkanki łącznej. Pacjenci z łuszczycą plackowatą byli średnio starsi oraz mniej wyedukowani. Nie stwierdzono różnic dotyczących płci, statusu cywilnego oraz spożycia tytoniu i alkoholu. Do oceny zmiennych w badaniu posłużyły kwestionariusze wypełniane przez specjalistę podczas wywiadu. Stresujące wydarzenia zostały ocenione na podstawie *Paykel's Interview for Recent Life Events* w modyfikacji włoskiej. W wywiadzie uwzględniono wyłącznie wydarzenia, które miały

miejsce przed epizodem zaostrzenia, co jest istotne dla końcowych wyników. Do oceny wsparcia społecznego użyto *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS).

Skala zawierała 12 podpunktów dotyczących wsparcia przyjaciół, rodziny oraz innego. Każdemu z podpunktów można było przyznać maksymalnie 7 punktów. Konceptualizację zmiennej przywiązanie oparto na skłonności do sposobów postrzegania innych, sposobów postrzegania siebie i preferowanych strategii w obliczu zagrożenia. Przywiązanie poddano ocenie na podstawie kwestionariusza *Experiences in Close Relationships* (ECR), który zawierał pytania dotyczące dwóch wymiarów: lęku oraz unikania, składających się na styl przywiązania się dorosłych. Ostatnią zmienną – aleksytymię, czyli niezdolność do rozumienia i identyfikowania emocji, a także ich wyrażania, poddano ocenie *Toronto Alexithymia Scale* (TAS). Podczas analizy statystycznej zmienną wydarzenia stresowe podzielono na pożądane lub nie, kontrolowane lub nie oraz stworzono oddzielną kategorię dla tragicznych wydarzeń, takich jak żałoba. Wartości otrzymane w kwestionariuszach przywiązania oraz wsparcia społecznego zostały zsumowane oddzielnie dla każdej zmiennej. W skali aleksytymii wyniki poniżej 52 punktów uznano za niewykazujące objawów, mieszczące się w zakresie 52-60 punktów za progowe, a te powyżej 60 punktów za świadczące o aleksytymii. Do analizy statystycznej zmiennych kategoryzujących oraz ciągłych użyto testów chi-kwadrat oraz testu t-Studenta. Wykonano również modele regresji odpowiednio dla zmiennych zależnych oraz niezależnych. Wyniki analiz wykazały, że osoby z grupy badanej nie doświadczały większej ilości stresujących wydarzeń niż pacjenci bez łuszczycy, natomiast osiągały niższe wyniki w MSPSS oraz niższe ECR w wymiarze unikania. Co więcej, wynik w TAS wskazywał na wyższy poziom właściwości aleksytymicznych w grupie badanej. Nie stwierdzono również istotnych różnic w wynikach ECR w wymiarze lęku.

Jak podejmuje autor badania w części poświęconej dyskusji, powyższe wyniki potwierdzają psychosomatyczny charakter łuszczycy. Mimo braku korelacji wydarzeń stresujących z zaostrzeniami łuszczycy plackowatej, wartości pozostałych zmiennych dowodzą

istotności komponenty psychologicznej w indukcji nasilenia objawów dermatologicznych. Picardi i in. (2005) wskazują na zależność między modelem przywiązania a wsparciem społecznym. Osoby funkcjonujące w modelu bezpiecznego przywiązania częściej szukają wsparcia, a także są bardziej przekonane o jego wysokiej wartości i skuteczności w radzeniu sobie z trudną sytuacją. Wykazują one wyższy poziom zaufania niż osoby o modelu unikającym, w którym osoba stroni od emocjonalnego zaangażowania w relację. W kontraście drugi model przywiązania może nasilać odczuwany stres, wpływać na siłę oraz czas odpowiedzi na stresor, oraz skutkować nieefektywnym szukaniem wsparcia. Brak zasobu w postaci wsparcia społecznego prowadzi do uruchomienia innych mechanizmów radzenia sobie, co może generować dodatkowy stres.

3.2. Badanie 2

Kolejnym badaniem, podejmującym tematykę psychosomatycznych aspektów łuszczycy, jest międzyośrodkowa praca opublikowana w 2017 roku w *Health Psychology Report* (Sakson-Obada i in., 2017).

Naukowcy z departamentu psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu oraz departamentów Geriatrii, oraz Dermatologii Poznańskiego Uniwersytetu Medycznego badali relacje między akceptacją choroby a wybranymi czynnikami medycznymi, oraz psychospołecznymi. W badaniu wzięło udział 109 pacjentów z łuszczycą plackowatą, 54 mężczyzn i 55 kobiet w wieku 18-89 lat. Do zmiennych medycznych zaliczono PASI, wiek postawienia diagnozy, czas trwania choroby. Grupy zmiennych demograficznych stanowiły: płeć, status związku, sytuacja finansowa oraz edukacja. Pozostałymi, najważniejszymi dla badania zmiennymi były wsparcie społeczne, obraz własnego ciała oraz doświadczenia ciała. Akceptację choroby, rozumianą jako zdolność do adaptacji oraz przewyciężania trudności związanych z chorobą, badano przy pomocy *Acceptance of Illness Scale* (AIS). Skala zawierała 8 pytań, ocenianych w pięciostopniowej skali. Wyższy wynik wskazywał na większą akceptację choroby. W badaniu korzystano również z kwestionariusza *Body Self Questionnaire* (BSQ), składającego

się z części dotyczącej doświadczeń ciała oraz jego obrazu. Doświadczenia ciała badano w czterech kategoriach: obniżony próg odczuwania, podwyższony próg odczuwania (obie skale dotyczyły zaburzenia percepcji bodźców zewnętrznych), interpretacja emocji i potrzeb fizjologicznych, regulacja emocji oraz potrzeb fizjologicznych. Obraz własnego ciała oceniano w 3 skalach: satysfakcji z wyglądu, satysfakcji z aktywności fizycznej, a także akceptacji płci biologicznej. Każda z kategorii oceniana była w 5-stopniowej skali. Wyższe wyniki odpowiadały większej ilości zaburzeń w doświadczeniach i gorszemu obrazowi własnego ciała. Poziom wsparcia społecznego oceniono przy pomocy *Berlin Social Support Scale* (BSSS). Kwestionariusz samoopisowy podzielony był na dwie części: dotyczącą wsparcia postrzeganego (emocjonalnego, instrumentalnego), oraz wsparcia otrzymanego (emocjonalnego, instrumentalnego, informacyjnego). Każdy z wymiarów wsparcia oceniano w 4-stopniowej skali. Wyższe wyniki świadczyły o bogatszym wsparciu społecznym. By zbadać relacje między BSQ, PASI, wiekiem, czasem trwania choroby, wiekiem diagnozy oraz AIS użyto współczynnika Spearmana. Aby powiązać AIS ze zmiennymi demograficznymi, skorzystano z testu t-Studenta oraz testu Fishera. Predyktory akceptacji łuszczycy zostały zidentyfikowane dzięki wielokrotnej regresji liniowej. Wyniki powyższych analiz wykazały, że zarówno zmienne medyczne, jak i demograficzne nie miały związku z poziomem akceptacji choroby, co było spójne z wynikami innych badań. Wykazano, że większą akceptację choroby miały osoby o wyższym poziomie wsparcia społecznego i każdy z wymiarów wsparcia osiągnął wartość istotną statystycznie. Świadczy to o pozytywnym związku zasobu wsparcia społecznego i radzenie sobie z chorobą, co zgadza się z wynikami Badania 1. Silną relację z pogodzeniem się z chorobą zauważono również wśród wszystkich aspektów doświadczeń oraz obrazu ciała. Najsilniejszą, pozytywną korelację wykazano dla zadowolenia z wyglądu oraz akceptacji płci biologicznej. Autorka badania podejmuje w dyskusji rolę wsparcia społecznego oraz zadowolenia z wyglądu w przebiegu choroby. Niższa ocena własnego wyglądu, a także brak wsparcia stanowią istotne czynniki ryzyka wystąpienia depresji w przebiegu łuszczycy zwykłej. Jednym

ze składowych tej zależności jest przewlekły stres, który wynika z poczucia samotności, bycia niewystarczającym oraz odrzuconym przez społeczeństwo. Bazując na wynikach badania, można stwierdzić, że niezaburzone odczuwanie bodźców zewnętrznych takich jak zimno, dotyk, wibracje, a także zdolność do identyfikowania i rozładowywania emocji i potrzeb fizjologicznych, stanowią ważny zasób w procesie akceptacji choroby przewlekłej. W kontraście zaś negatywny obraz własnego ciała przyczynia się do zaburzeń psychologicznych w postaci zaburzeń odżywiania, skłonności autodestrukcyjnych oraz depresji. Wyniki analiz wykazały również, że dłuższy okres choroby związany był z zaburzeniami percepcji oraz regulacji emocjonalnej, jak i z niższą satysfakcją ze sprawności fizycznej, co stanowi pomost między czynnikami medycznymi a akceptacją choroby.

3.3. Badanie 3

Wojtyna i in. (2017) przeprowadzili opisowe badanie przekrojowe w grupie 219 pacjentów powyżej 18 roku życia (124 kobiety i 95 mężczyzn), u których diagnoza łuszczycy zwyklej postawiona była co najmniej rok przed badaniem. Ponadto pacjenci nie mieli żadnych poważnych zaburzeń psychicznych ani poznawczych. Celem badania była próba odpowiedzi na pytanie „Co determinuje objawy depresyjne i cierpienie wśród pacjentów z łuszczycą zwykłą?”. Kliniczna oraz demograficzna charakterystyka uczestników badania obejmowała odpowiednio wiek diagnozy, czas trwania choroby, czas trwania terapii łuszczycy oraz wiek, status zatrudnienia, miejsce zamieszkania, status cywilny. Badacze poszukiwali czynników indukujących lub zaostrzających objawy depresyjne wśród takich zmiennych jak wsparcie społeczne, subiektywne cierpienie, przekonanie o istotności i wpływie wyglądu zewnętrznego na życie pacjenta, stopień zajęcia powierzchni ciała przez zmiany łuszczycowe. W celu oceny powyższych zmiennych badacze posłużyli się kilkoma skalami oraz kwestionariuszami samooceny. Jednym z nich było *Beck Depression Inventory* (BDI), szeroko rozpowszechnione narzędzie służące do diagnostyki depresji. Badani wypełniali 21-punktowy kwestionariusz,

w którym każdemu dystraktorowi przypisywali od 0 do 3 punktów. Im wyższa była suma punktów, tym cięższy stopień depresji był stwierdzany.

Powierzchnię zajęcia ciała przez chorobę oceniono przy pomocy *Body Surface Area* (BSA) – jednej z najczęściej wykorzystywanych skal pomiarowych stopnia nasilenia łuszczycy zwykłej. Wyniki poniżej 10% świadczyły o łagodnej odmianie, natomiast te powyżej o stopniu umiarkowanym lub ciężkim. Stopień subiektywnego cierpienia określono przy pomocy *Distress Thermometer* (DT) – narzędzia wizualno-analogowego. Pacjenci stawiali pionową kreskę na osi 1-10 przy cyfrze, którą oceniliby swój poziom cierpienia. Wyniki powyżej 4 traktowane były jako czynnik ryzyka rozwoju lęku i zaburzeń depresyjnych. Przekonanie o istotności wyglądu mierzone było przy pomocy *Appearance Schemas Inventory – Revised* (ASI-R), skali podzielonej na 2 części. Jedna z nich poświęcona była samoocenie istotności (ASI-SES, 12 pytań), rozumianej jako stopień, w jakim jednostki definiują siebie i swoją wartość poprzez swój wygląd. Druga część oceniała istotność motywacyjną (ASI-MS, 8 pytań) rozumianą jako uwagę zwracaną na wygląd oraz zachowania związane z jego ulepszeniem. Do oceny wsparcia społecznego w wymiarze wsparcia spostrzeganego (wsparcie emocjonalne i instrumentalne) użyto *Berlin Social Support Scale* (BSSS). Grupy porównano przy pomocy testu t-Studenta. Wielokrotne analizy regresji były wykorzystane do wskazania zmiennych związanych z wystąpieniem objawów depresyjnych oddzielnie dla mężczyzn i kobiet oraz łącznie. Wielowymiarowa logistyczna analiza regresji została wykonana by opisać czynniki powiązane z prawdopodobieństwem depresji. Wyniki kwestionariusza BDI ujawniły, że prawie połowa uczestników mieściła się w zakresie prawdopodobnej depresji, a wśród nich 21% respondentów zgłosiło myśli samobójcze. Poziom cierpienia powyżej 4 punktów określiło około 70% pacjentów. Objawy depresyjne oraz cierpienie znacznie częściej dotyczyło kobiet, a ryzyko wystąpienia objawów depresyjny u pacjentek było aż dwukrotnie wyższe niż u mężczyzn. Również sumy punktów w kwestionariuszach ASI (zarówno w części poświęconej samoocenie istotności jak i istotności motywacyjnej) były statystycznie wyższe w grupie

pacjentek. Wyniki pozostałych analiz wskazują, że najbardziej znaczącymi czynnikami, warunkującymi wystąpienie objawów depresyjnych są: wsparcie społeczne (jedynie wymiar emocjonalny), subiektywne odczucie cierpienia, ASI-SES (tylko w grupie kobiet) oraz BSA, przy czym ostatni z nich cechował się naj słabszą korelacją, a zależność wykazano tylko w grupie męskiej. W części podsumowującej wyniki badania autorka wskazuje na odmienne obrazy czynników psychosomatycznych łuszczycy zwykłej u kobiet i mężczyzn. Uczestniczki badania przywiązywały większą uwagę do obrazu własnego ciała oraz uznawały zmiany skórne za istotnie wpływające na jego ocenę, chociaż nie wykazano bezpośredniego związku między wielkością powierzchni ciała zajętej przez blaszki łuszczycowe. Jako przyczynę tej zależności autorka wskazuje presję społeczną nakładaną na kobiety względem wyglądu zewnętrznego. Różnica między wizją powszechnie pożądaną powierzchowności a subiektywną oceną obrazu swojego ciała przez pacjentkę została opisana jako dysfunkcyjny schemat zaostrzający zaburzenia psychiczne. Badaczka wyjaśnia także fakt częstszego występowania zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów o łagodnej postaci łuszczycy, a mniej nasilonych objawów depresji w grupie pacjentów z łuszczycą umiarkowaną lub ciężką. Zjawisko to tłumaczy większym kontrastem między kulturowo utrwaloną formą piękna ciała a samooceną chorych z cięższymi postaciami choroby, a także poczuciem wykluczenia społecznego, co wiązać ma się z mniejszymi oczekiwaniami społeczeństwa względem wyglądu chorego z bardziej nasilonymi zmianami. Autorka stawia emocjonalne wsparcie społeczne na pierwszym miejscu wśród czynników protekcyjnych zaburzeń psychicznych.

3.4. Badanie 4

Polscy badacze przeprowadzili analizy na grupie 104 pacjentów Kliniki Dermatologii w Lublinie (Janowski i in., 2012). Celem badania była ocena zależności między wsparciem społecznym a adaptacją do życia w łuszczycy zwykłej u kobiet i mężczyzn. Konceptualizacja zmiennej wsparcie społeczne opierała się na wspomnianym wyżej podziale wymiarów wsparcia opisywanym przez Sęk i Cieślaka (1997). Podział

ten zawierał wsparcie instrumentalne, informacyjne, emocjonalne, duchowe oraz materialne. W badaniu wzięło udział odpowiednio 52 mężczyzn i kobiet w przedziale wiekowym 15-73 lata. Dane zbierane od pacjentów to m.in. wiek, płeć, status cywilny, wykształcenie, status zatrudnienia, dane kliniczne takie jak: czas trwania choroby, występowanie zmian łuszczycowych na obszarach odsłoniętych oraz możliwych do zakrycia, liczba hospitalizacji, współwystępowanie innych chorób, zamieszkanie z rodziną, a także nasilenie zmian wyrażone przy pomocy PASI. Przeprowadzono testy psychologiczne, które stanowiły operacjonalizację zmiennych: akceptacja do życia w chorobie, wsparcie społeczne, jakość życia oraz objawy depresyjne. Akceptacja do życia w chorobie rozumiana była jako zdolność chorego do pogodzenia się z jego stanem zdrowia oraz utrzymania względnej satysfakcji z życia mimo ograniczeń, które nakłada na niego choroba. Do jej określenia badacze posłużyli się kwestionariuszem *Acceptance of Life with the Disease Scale* (ALDS). Pacjenci odpowiadali na 20 pytań, które oceniali w skali od 1 do 4. Wyższe wyniki świadczyły o lepszej adaptacji. Wsparcie społeczne zmierzono dzięki skali *Disease-Related Social Support Scale* (DRSSS) opracowanej przez autorów badania. *Skindex-29* to kwestionariusz pomiaru jakości życia związanej z chorobą. Składa się on z trzech skal, oceniających odpowiednio objawy fizyczne, funkcjonowanie i emocje. Wyższe wyniki świadczą o gorszej jakości życia. Ostatnia zmienna – zaburzenia depresyjne oceniana była przy pomocy *Beck Depression Inventory* (BDI), jak w Badaniu 3, jednak tutaj za próg istotnych klinicznie objawów depresji badacze przyjęli wartość 12 punktów. Powiązanie wsparcia społecznego oraz innych wykładników psychologicznych zostało ocenione dzięki obliczeniom korelacji rho Spearmana oddzielnie w grupie kobiet i mężczyzn oraz dla obu grup łącznie. Związek konkretnych wymiarów wsparcia z procesem adaptacji do choroby został określony dzięki analizom regresji. Analiza skupień została zastosowana celem wyłonienia podgrup pacjentów jednorodnych pod względem ogólnej adaptacji do choroby a następnie zastosowano analizę zmiennych umożliwiającą porównanie średnich wyników kwestionariusza wsparcia społecznego w tych podgrupach. Pomiedzy grupą

kobiet oraz mężczyzn nie wykazano istotności statystycznej w różnicy poziomu wsparcia społecznego, oraz adaptacji do życia z chorobą. Kobiety natomiast osiągały wyższe wyniki w kwestionariuszu BDI oraz części skali *Skindex-29* oceniającej emocjonalny wymiar jakości życia w chorobie, co wiąże się z częstszym występowaniem objawów depresyjnych oraz gorszą adaptacją emocjonalną. Dane kliniczne okazały się bez związku z objawami depresyjnymi i adaptacją do życia z chorobą. Jedynie czas trwania choroby był negatywnie skorelowany z poziomem wsparcia społecznego w wymiarze instrumentalnym. Wsparcie społeczne okazało się jednak silnie skorelowane z adaptacją do choroby, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn, szczególnie w formie wsparcia materialnego. Co więcej, wsparcie materialne, emocjonalne oraz duchowe było znacznie silniej związane z lepszą adaptacją wśród mężczyzn. Różnice zauważono także w relacji wsparcie społeczne – objawy depresyjne w obu podgrupach pacjentów. Kobiety, które otrzymywały większe wsparcie instrumentalne oraz informacyjne, rzadziej doświadczały zaburzeń lękowych. Autorzy tłumaczą to zwiększonym poczuciem kontroli oraz mniejszą bezradnością wśród pacjentek otoczonych takimi rodzajami wsparcia. Zależność ta nie występuje jednak u mężczyzn, u których w prewencji objawów depresyjnych ważniejsze okazały się wsparcie emocjonalne oraz materialne. Zauważalny staje się więc związek tych samych form wsparcia mężczyzn zarówno z adaptacją do życia w chorobie, jak i depresją. W kontraście pacjenci cechowali się wyższym poziomem życia w domenie emocji niż pacjentki.

4. Podsumowanie

Przegląd dostępnych badań podkreśla istotność wsparcia społecznego jako czynnika łagodzącego objawy depresji i lęku u pacjentów z łuszczycą. Dwukierunkowość relacji łuszczycy-depresja rzuca nowe światło na proces leczenia pacjentów. Teoria zapalnego podłoża obu tych chorób stawia nowe wymagania względem lekarzy dermatologów, do których pacjent zgłasza się jako pierwszych. Poprawna ocena stanu psychicznego chorego może pomóc w zmniejszeniu

objawów łuszczycy przez szybsze wdrożenie ewentualnego leczenia psychiatrycznego. Jak wykazano w powyższych badaniach, zastosowanie leczenia redukującego proces zapalny może przyczynić się zarówno do zmniejszenia objawów dermatologicznych, jak i psychiatrycznych (Koo i in., 2017; Maqbool i in., 2021). Co więcej, świadomość na temat stanu psyche chorego pomaga uniknąć błędów przy doborze ewentualnego leczenia biologicznego (zrezygnowanie z brodalumabu na rzecz innych inhibitorów cytokin zapalnych). Kompleksowa opieka nad pacjentem, uwzględniająca aspekty psychologiczne, wydaje się być więc kluczowa w procesie terapeutycznym.

Dyskusja

W kontekście wykorzystania wsparcia społecznego istotne wydaje się zauważenie różnic w rodzaju pożądanego wsparcia w kontekście płci. Wsparcie instrumentalne oraz informacyjne okazało się skuteczniejsze w grupie kobiet niż mężczyzn, u których lepszej adaptacji do choroby sprzyjał dostęp do wsparcia emocjonalnego, duchowego i materialnego. Jak wskazują wyniki Badania 2 (Sakson-Obada i in., 2017) oraz Badania 4 (Janowski i in., 2012) szczególnie zwiększonym ryzykiem zaburzeń ze spektrum depresyjnych i lękowych cechuje się grupa kobiet. W powyższych badaniach pacjentki przywiązywały większą wagę do swojego wyglądu oraz nadawały mu większe znaczenie niż mężczyźni. Spostrzeżenie to może być istotne w pracy psychologa z klient-

ką dotkniętą przewlekłą dermatozą z widocznymi zmianami skórными. Badanie 2 (Sakson-Obada i in., 2017) wykazało, że wyższy poziom wsparcia korelował dodatnio z lepszym obrazem własnego ciała oraz ogólną lepszą akceptacją choroby, a z kolei niższe wsparcie częściej wiązało się z gorszą oceną własnego wyglądu. Istotne w kontekście obrazu własnego ciała wydaje się też miejsce występowania zmian łuszczycowych. Mimo niezgodności badań na temat wpływu tego czynnika na stan psychiczny chorego warto zauważyć, iż jest to kwestią wysoce indywidualną. Najczęściej stosowane w dermatologii skale typu PASI czy BSA nie są więc najlepszymi narzędziami do powiązania nasilenia zmian ze stanem psychicznym pacjenta. Rozległe zmiany w okolicach zasłoniętych mogą wywoływać mniej szkodliwe skutki niż mniejsze zmiany w okolicach twarzy czy narządów rozrodczych. Mówi to o konieczności opracowania narzędzi, którymi mógłby posługiwać się zarówno dermatolog, jak i psychiatra czy psycholog w ocenie pacjenta.

Znaczenie wsparcia społecznego w poprawie stanu zdrowia psychicznego pacjentów z łuszczycą zwykłą jest tematem, który wymaga zgłębienia. Niewątpliwym ograniczeniem projektu jest mała ilość badań podejmujących tę problematykę. Analizowane w artykule badania ograniczają się do małej liczby pacjentów oraz ośrodków klinicznych. W powyższym artykule nie zaproponowano również sposobu wdrożenia różnych rodzajów wsparcia społecznego, ograniczając się jedynie do teoretycznego aspektu tego zagadnienia.

Bibliografia

- Bakar, R.S., Jaapar, S.Z. S., Azmi, A.F., Aun, Y.C. (2021). Depression and anxiety among patients with psoriasis: A correlation with quality of life and associated factors. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(4), 491-496. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.02.008>
- Basińska, M.A., Lewandowska, P.N., Kasprzak, A. (2013). Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 10(2), 49-58.
- Bell, K.A., Balogh, E.A., Feldman, S.R. (2021). An update on the impact of depression on the treatment of psoriasis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 22(6), 695-703. <https://doi.org/10.1080/14656566.2020.1849141>
- Bulat, V., Situm, M., Delas Azdajic, M., Lovric, I., Dediol, I. (2020). Study on the Impact of Psoriasis on Quality of Life: Psychological, Social and Financial Implications. *Psychiatria Danubina*, 32, (Suppl 4), 553-561. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33212463>
- Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
- Ghorbanibirgani, A., Fallahi-Khoshknab, M., Zarea, K., Abedi, H. (2016). The Lived Experience of Psoriasis Patients from Social Stigma and Rejection: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(7), e27893. <https://doi.org/10.5812/ircmj.27893>

- Gonzalez-Parra, S., Dauden, E. (2019). Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación. *Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. Actas Dermosifiliográficas (Engl Ed)*, 110(1), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.05.009>
- Grover, S., Mehra, A., Dogra, S., Hazari, N., Malhora, N., Narang, T., Sahoo, S., Sharma, S., Handa, S., Avasthi, A. (2021a). Internalized Stigma and Psychiatric Morbidity among Patients with Psoriasis: A Study from North India. *Indian Dermatology Online Journal*, 12(1), 97-104. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_345_20
- Grover, S., Mehra, A., Dogra, S., Hazari, N., Malhora, N., Narang, T., Sahoo, S., Sharma, S., Handa, S., Avasthi, A. (2021b). Stigma Experienced by the Caregivers of Patients with Chronic Plaque Psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 12(1), 110-115. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_358_20
- Haduch, I., Hawro, T., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Sysa-Jędrzejowska, A., Zalewska-Janowska, A. (2008). Social support and general mental health status in psoriatic patients. *Dermatologia Kliniczna*, 10, 9-13.
- Hassani, F., Koraei, A., Yaghoobi, R., Zarea, K. (2021). An evaluating of the relationship between body image, body satisfaction, depression, marital quality, and self-esteem in patients with psoriasis. *Psychology Health & Medicine*, 26(4), 467-477. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1766093>
- Holsken, S., Krefting, F., Schedlowski, M., Sondermann, W. (2021). Common Fundamentals of Psoriasis and Depression. *Acta Dermato-Venereologica*, 101(11), adv00609. <https://doi.org/10.2340/actadv.v101.565>
- Janowski, K., Pankowski, D., Wytrychiewicz-Pankowska, K. (2021). Wsparcie społeczne a akceptacja życia z chorobą u młodych dorosłych chorych na cukrzycę typu I. (W:) J. Piekarska, A. Studzińska (red.), *Perspektywy w psychologii*, 155-166. Warszawa: Wydawnictwo AEH.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, L., Gradus, I., Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304(6), 421-432. <https://doi.org/10.1007/s00403-012-1235-3>
- Jing, D., Xiao, H., Shen, M., Chen, X., Han, X., Kuang, Y., Zhu, W., Xiao, Y. (2021). Association of Psoriasis With Anxiety and Depression: A Case-Control Study in Chinese Patients. *Frontiers in Medicine*, 8, 771645. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.771645>
- Koo, J., Marangell, L.B., Nakamura, M., Armstrong, A., Jeon, C., Bhutani, T., Wu, J.J. (2017). Depression and suicidality in psoriasis: review of the literature including the cytokine theory of depression. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(12), 1999-2009. <https://doi.org/10.1111/jdv.14460>
- Krishnadas, R., Nicol, A., Sassarini, J., Puri, N., Burden, A.D., Leman, J., Combet, E., Pimlott, S., Hadley, D., McInnes, I.B., Cavanagh, J. (2016). Circulating tumour necrosis factor is highly correlated with brainstem serotonin transporter availability in humans. *Brain Behavior and Immunity*, 51, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.08.005>
- Lakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezinska-Wcislo, L. (2017). How does stigma affect people with psoriasis? *Advances in Dermatology and Allergology / Postępy Dermatologii i Alergologii*, 34(1), 36-41. <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62286>
- Lakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezinska-Wcislo, L., Slomian, A. (2018). Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Advances in Dermatology and Allergology / Postępy Dermatologii i Alergologii*, 35(1), 60-66. <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62287>
- Lamb, R.C., Matcham, F., Turner, M.A., Rayner, L., Simpson, A., Hotopf, M., Barker, J., Jackson, K., Smith, C.H. (2017). Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *British Journal of Dermatology*, 176(4), 1028-1034. <https://doi.org/10.1111/bjd.14833>
- Lambert, J.L. W., Segaeert, S., Ghislain, P.D., Hillary, T., Nikkels, A., Willaert, F., Lambert, J., Speeckaert, R. (2020). Practical recommendations for systemic treatment in psoriasis according to age, pregnancy, metabolic syndrome, mental health, psoriasis subtype and treatment history (BETA-PSO: Belgian Evidence-based Treatment Advice in Psoriasis; part 1). *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(8), 1654-1665. <https://doi.org/10.1111/jdv.16684>
- Maqbool, S., Ihtesham, A., Langove, M.N., Jamal, S., Jamal, T., Safian, H.A. (2021). Neuro-dermatological association between psoriasis and depression: an immune-mediated inflammatory process validating skin-brain axis theory. *AIMS Neuroscience*, 8(3), 340-354. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2021018>
- Parisi, R., Iskandar, I.Y. K., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C.E.M., Ashcroft, D.M., Global Psoriasis, A. (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *British Medical Journal*, 369, m1590. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M.S., Baliva, G., Melchi, C.F., Biondi, M., Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 46(6), 556-564. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.556>
- Pollo, C.F., Miot, H.A., Matos, T.D.S., de Souza, J.M., Jorge, M.F.S., Miot, L.D. B., Meneguim, S. (2021). Prevalence and factors associated with depression and anxiety in patients with psoriasis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3-4), 572-580. <https://doi.org/10.1111/jocn.15577>
- Sahi, F.M., Masood, A., Danawar, N.A., Mekaiel, A., Malik, B.H. (2020). Association Between Psoriasis and Depression: A Traditional Review. *Cureus*, 12(8), e9708. <https://doi.org/10.7759/cureus.9708>
- Sakson-Obada, O., Pawlaczyk, M., Gerke, K., Adamski, Z. (2017). Acceptance of psoriasis in the context of body image, body experience, and social support. *Health Psychology Report*, 5(3), 251-257. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.63824>
- Schreurs, K.M., Colland, V.T., Kuijjer, R.G., de Ridder, D.T., van Eideren, T. (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 133-141. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00197-0](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00197-0)
- Schreurs, K.M., de Ridder, D.T. (1997). Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 89-112. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(96\)00050-5](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(96)00050-5)
- Wojtyna, E., Lakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezinska-Wcislo, L. (2017). Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 97(1), 91-97. <https://doi.org/10.2340/00015555-2483>
- Włodarczyk, D. (1999). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 95-113.
- Sęk, H., & Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. PWN.
- Yildirim, F.E., Seremet, S., Afsar, F.S., Yildiz, I., Ilyidogan, E. (2020). Evaluation of Social Anxiety Levels and Related Factors in Psoriasis Patients: A Controlled, Cross-Sectional Study. *Noropsikiyatr Arsivi*, 57(2), 148-153. <https://doi.org/10.29399/npa.24854>