

Objawy lęku i depresji w przebiegu zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry

Symptoms of anxiety and depression in atopic eczema/dermatitis syndrome

Zenon Brzoza¹, Karina Badura-Brzoza², Marek Nowakowski¹,
Jerzy Matysiakiewicz², Barbara Rogala¹, Robert T. Hese²

¹Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej ŚAM w Zabrze
Kierownik: prof. dr hab. n. med. B. Rogala

²Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚAM w Tarnowskich Górach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R.T. Hese

Summary

The presence of chronic disease is a risk factor for the development of mood disturbances and panic disorders. They can influence the course of disease and effectiveness of therapy. Depression may be the cause of making light doctor's advices. Anxious patients often aggravate symptoms of the disease.

Aim. To study symptoms of anxiety and depression in patients suffering from atopic eczema/dermatitis syndrome (ZAZS).

Material. We studied 38 patients suffering from adequately controlled moderate ZAZS and 62 volunteers in the control group.

Methods. Mental status of subjects was assessed by means of State and Trait Anxiety Inventory (STAI) and Beck Depression Inventory (BDI) questionnaires.

Results. ZAZS patients demonstrated higher intensity of anxiety (as a trait and as a state) than healthy subjects. Intensity and prevalence of depression in the atopic eczema/dermatitis syndrome group was higher than in the control group.

Conclusions. Patients suffering from atopic/eczema dermatitis syndrome are pre-disposed to anxiety and depression manifestation. Even adequately controlled symptoms of atopic/eczema dermatitis syndrome may be the cause of those disturbances' occurrence.

Słowa klucze: przeżycie wartości, czynniki psychoterapeutyczne

Key words: anxiety, depression, atopic eczema/dermatitis syndrome

Wstęp

Zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS) jest przewlekłą, nawrotową dermatozą zapalną, której towarzyszy świąd i charakterystyczny obraz zmian skórnych. Schorzenie to łączy się z alergicznymi chorobami dróg oddechowych, takimi jak astma

i alergiczny nieżyt nosa, stąd nazwa „triada alergiczna”. U 80% dzieci cierpiących na ZAZS rozwijają się w starszym wieku wymienione wyżej choroby atopowe [1]. Dane epidemiologiczne wskazują, że 10–15% populacji krajów zachodnich ma objawy ZAZS w różnych okresach życia [2]. W Polsce ZAZS występuje średnio u 4,7% dzieci między 3 a 18 rokiem życia i u 1,4% dorosłych, ale w dużych miastach choroba ta dotyka nawet 9,5% dzieci [3]. Rozpowszechnienie ZAZS na przestrzeni ostatnich 30 lat wzrasta, a liczba dzieci cierpiących na tę chorobę ulega podwojeniu co 10–15 lat.

Istotne znaczenie w rozwoju ZAZS mają czynniki środowiskowe. Mechanizm immunopatogenezy ZAZS jest złożony – obejmuje zarówno odpowiedź typu humoralnego, jak i komórkowego oraz defekty chemotaksji i fagocytozy monocytów i neutrofilów [4]. Klasycznymi objawami choroby są świąd i typowe zmiany skórne. Charakterystyczna dla choroby jest fazowość przebiegu. Chorzy na ZAZS mają obniżony próg świądu i zwiększoną wrażliwość skóry na czynniki drażniące. Nasilenie świądu następuje pod wpływem alergenów, suchego powietrza, pocenia się, wełny, detergentów i niektórych mydeł. Przyczyną zwiększonej suchości skóry są biochemiczne zaburzenia metabolizmu lipidów oraz przewlekły stan zapalny, uwarunkowany obecnością komórek zapalnych oraz cytokin i mediatorów zapalenia, a także obrzęk naskórka [5]. Zwiększona podatność na skórne infekcje bakteryjne, grzybicze i wirusowe, która jest również cechą choroby, powodowana jest spaczoną reaktywnością immunologiczną i upośledzeniem bariery ochronnej skóry oraz obecnością tzw. defektu ektodermalnego (nadmiernie sucha i łamliwa skóra). Infekcje stanowią czynnik przyczyniający się do mechanizmu „błędneho koła atopowego” [6].

Zaostrzenia ZAZS często poprzedzane są stresującymi wydarzeniami, mogącymi wyzwolić świąd z następowym drapaniem. Stąd wynikają sugestie dotyczące psychogennej komponenty etiologii tej choroby. Z drugiej jednak strony sam fakt przedłużania się procesu chorobowego oraz nieprzewidywalność przebiegu sprzyjają występowaniu zaburzeń psychicznych, z których najczęściej wymieniany jest lęk [7]. Przebieg choroby może wiązać się z wyuczonymi już we wczesnych latach życia nieprawidłowymi wzorcami zachowań. W dzieciństwie na przebieg choroby często wpływ mają zaburzone relacje na linii rodzic–dziecko. Chore dzieci wykorzystując objawy choroby często manipulują stosunkami rodzinnymi [8].

Komfort życia chorych na ZAZS kształtują ograniczenia wynikające z konieczności brania pod uwagę objawów choroby oraz czynników mogących je wywołać i zaostrzyć. Wśród ludzi młodych ograniczenia dotyczą m.in. decyzji o wyborze dalszego kształcenia się. Niemożność wykonywania wielu zawodów wiążących się z warunkami stwarzającymi potencjalne ryzyko zaostrzenia objawów choroby, konieczność unikania miejsc stwarzających takie ryzyko, unikanie niektórych rodzajów odzieży, kosmetyków, produktów spożywczych, aktywności fizycznej – sport i turystyka – może prowadzić do poczucia zmniejszonej przestrzeni życiowej, ograniczeń w realizacji planów i dążeń. W przebiegu zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry dochodzi do zmian w wyglądzie chorego, co jest szczególnie zauważalne w przypadku objęcia procesem chorobowym skóry twarzy i szyi. Problem ten jest niezwykle istotny dla codziennego funkcjonowania chorego w społeczeństwie, związanego z tym przekonania o braku własnej atrakcyjności, jakże istotnego dla każdego człowieka.

Dzięki powszechnej dostępności specjalistycznej opieki zdrowotnej większość cierpiących na ZAZS leczona jest w sposób pozwalający na kontrolę objawów choroby. O ile dowiedziono, że w okresie nasilenia dolegliwości omawiana choroba przyczynia się do występowania zaburzeń emocjonalnych, o tyle stosunkowo niewiele wiadomo o ich występowaniu i nasileniu w okresie złagodzenia dolegliwości.

Celem pracy była ocena występowania i nasilenia zaburzeń emocjonalnych u chorych cierpiących na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry, pozostających w fazie kontroli objawów choroby.

Material

Badaniami objęto 55 chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS) o umiarkowanym zaawansowaniu choroby [9, 10, 11]. Wszyscy chorzy leczeni byli w Wojewódzkiej Poradni Alergologicznej w Zabrze. Rozpoznanie choroby postawiono na podstawie kryteriów Hanifina i Rajki [9], natomiast stopień zaawansowania ustalono według kryteriów Rajki i Langelanda [11].

Wszyscy chorzy otrzymali materiały zawierające kwestionariusze badawcze. Zwrot kwestionariuszy wypełnionych w stopniu umożliwiającym przeprowadzenie analizy uzyskano w 38 przypadkach (69% badanych). W grupie tej znalazło się 14 kobiet i 24 mężczyzn w wieku 19–48 lat, śr. wieku – 33,0 lata. Średni czas trwania choroby wynosił $12,1 \pm 9,87$ roku.

W trakcie badania chorzy pozostawali w fazie kontroli objawów choroby, stosując doustne leki przeciwhistaminowe: loratadynę w dawce 10 mg/dobę lub feksofenadynę w dawce 180 mg/dobę, oraz niezawierające steroidów przeciwświądowe środki stosowane zewnętrznie.

Wszyscy chorzy wykazywali cechy alergii na alergeny powietrzno pochodne (kryterium włączenia do badania był dodatni wynik punktowego testu skór nego z przynajmniej jednym alergenem powietrzno pochodnym).

Kryteria wyłączenia:

- stosowanie steroidów systemowo w ciągu 3 miesięcy poprzedzających badanie,
- współistnienie innych chorób przewlekłych (w tym zaburzeń psychicznych),
- brak zgody chorego na udział w badaniu.

Grupę kontrolną (K) stanowiło 62 ochotników (26 kobiet i 36 mężczyzn w wieku 18–49 lat, śr. wieku – 27,4 lat), odpowiednio dobranych pod względem płci i wieku, niewykazujących cech atopii, niechorujących na żadne choroby przewlekłe.

Metody

U wszystkich biorących udział w badaniu:

1. Przeprowadzono badanie podmiotowe i przedmiotowe celem wykluczenia innych, niż będąca przedmiotem analizy, chorób przewlekłych.
2. Wykonano punktowe testy skór ne z wyciągiem podstawowych alergenów

powietrzno pochodnych, zgodnie z metodą zaproponowaną przez Pepysa [12], jako wynik dodatni przyjmując średnią ze średnic „bąbła” ≥ 3 mm (zestaw alergenów do celów diagnostycznych firmy Allergopharma).

W ocenie parametrów będących przedmiotem badania zastosowano następujące kwestionariusze samooceny:

1. *Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka (Beck Depression Inventory – BDI)*, przyjmując następującą punktową skalę oceny stopnia nasilenia depresji: 0–11 pkt. – brak depresji, 12–26 pkt. – depresja łagodna, 27–49 pkt. – depresja umiarkowana, 50–60 pkt. – depresja ciężka [13].

2. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory – STAI)*, wg Spielbergera w opracowaniu Sosnowskiego i Wrześniewskiego [14], składający się z 40 stwierdzeń, z których połowa ocenia lęk jako względnie stałą cechę osobowości (STAI-X2), pozostałe zaś oceniają lęk jako stan uwarunkowany sytuacyjnie (STAI-X1).

Analiza statystyczna danych

W przeprowadzonych analizach porównawczych danych o charakterze ilościowym zastosowano test U Manna-Whitneya; w ocenie danych jakościowych – test χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamiennej statystycznie. Obliczeń dokonano, używając programu „Statistica 5.0 PL” (StatSoft INC., USA).

Wyniki

W grupie chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS) mediana wartości lęku ocenianego jako stan wynosiła 39,0 pkt. i była znamiennej statystycznie większa niż w grupie kontrolnej, w której wynosiła 33,0 pkt. Podobnie w ocenie lęku jako cechy, pomiędzy grupami badanymi stwierdzono różnicę znamiennej statystycznie (wartości w grupach ZAZS i K wynosiły odpowiednio 41,0 i 36,0 pkt.) (tab.1,

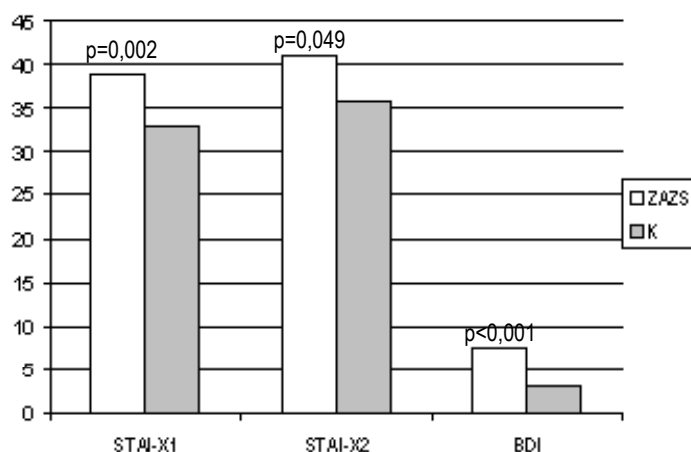
Tabela 1

Wartości parametrów nasilenia objawów lęku ocenianego jako stan (STAI-X1) i jako cecha (STAI-X2) oraz depresji (BDI), w grupie chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS) i w grupie kontrolnej (K) (\bar{X} – wart. średnia, SD – odchylenie standardowe, M – mediana, PŚ – przedział środkowy (25%–75%))

	ZAZS			K		
	\bar{X}	M	PŚ	\bar{X}	M	PŚ
STAI-X1	39,0 ± 10,2	39,0	34,0–45,0	33,0 ± 6,1	33,0	29,0–37,0
STAI-X2	41,0 ± 10,4	41,0	33,0–49,0	36,0 ± 7,0	36,0	33,0–41,0
BDI	7,5 ± 6,9	7,5	4,00–13,0	4,14 ± 5,0	3,00	1,00–6,00

rys.1).

Średnie wartości parametrów nasilenia depresji ocenianej za pomocą kwestionariusza Becka w żadnej z grup nie osiągały progu 11,0 pkt. pozwalającego na rozpoznanie depresji. Jednakże odnotowana w grupie ZAZS mediana wartości wynosząca 7,50 pkt. była znamiennej statystycznie większa aniżeli wynosząca 3,00 pkt. mediana wartości



Rys. 1. Mediana wartości nasilenia objawów lęku jako stanu (STAI-X1) i jako cecha (STAI-X2) oraz depresji (BDI) w grupie chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS) i w grupie kontrolnej (K)

w grupie ludzi zdrowych (K) (tab.1, rys.1).

W grupie ZAZS znalazło się 11 osób, u których stwierdzono występowanie objawów depresji. W grupie kontrolnej objawy depresji występowały u 7 osób (częstość występowania objawów depresji w grupie kontrolnej porównywalna jest z częstością opisywaną dla populacji ogólnej [15]). We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednej osoby w grupie kontrolnej, chorzy demonstrowali łagodne nasilenie objawów (wszyscy badani, u których stwierdzono występowanie objawów depresji, kierowani byli do psychiatry celem przeprowadzenia pełnej oceny stanu psychicznego). Częstość występowania objawów depresji była znamienne statystycznie większa w grupie chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS), w porównaniu z grupą

Tabela 2

Częstość występowania depresji i poszczególnych stopni jej nasilenia w grupie chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry (ZAZS) i w grupie kontrolnej (K) (n – liczba badanych z danym stopniem nasilenia depresji, N – całkowita liczba badanych w grupie)

Stopień nasilenia depresji	ZAZS		K	
	n	%N	n	%N
Brak depresji	27	71,0	55	88,7
Depresja w tym	11	29,0	7	11,3
	← p=0,030 →			
Łagodna	11	29,0	6	9,68
Umiarkowana	0		1	1,62
Ciężka	0		0	

osób zdrowych (K) (tab.2).

Omówienie wyników

Problem występowania lęku u chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry jest od dawna dyskutowany. Panuje przekonanie, że choroba ta szczególnie predysponuje do manifestowania zaburzeń lękowych, które miały nawet pełnić rolę czynnika etiopatogenetycznego. Rola lęku w przebiegu zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry jest bardzo istotna, większe nasilenie lęku prowadzić może bowiem nie tylko do nasilenia objawów choroby, lecz także do mniejszej motywacji stosowania właściwego leczenia [16].

W niniejszym opracowaniu chorzy na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry wykazywali większe niż ludzie zdrowi nasilenie lęku ocenianego jako cecha i jako stan. Fakt ten może wskazywać na pewne osobowościowe skłonności tych chorych do przeżywania stanów lękowych oraz na tendencje do występowania objawów lęku jako następstwa samej choroby (biorący udział w niniejszym badaniu chorzy na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry stosowali pozbawione działania anksjolitycznego preparaty feksofenadyny i loratadyny). Podobne wyniki uzyskali inni badający to zagadnienie [17, 18, 19], jakkolwiek w większości z dotychczas opublikowanych prac nie przeprowadzono analizy poszczególnych form i składowych lęku. Hashiro i Okumura [20], obserwując w zespole atopowego wyprysku/zapalenia skóry większe nasilenie lęku zarówno jako cechy, jak i jako stanu, wysunęli nawet hipotezę immunologicznego podłoża zaburzeń emocjonalnych w przebiegu tej choroby. Inni [16, 21], stosując psychoterapię w tej grupie chorych, równocześnie ze zmniejszeniem nasilenia lęku uzyskiwali poprawę stanu dermatologicznego.

Problem występowania depresji wśród chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry traktowany jest, wobec koncentrowania się badających głównie na problemach lęku, bardziej marginalnie. W nielicznych doniesieniach podejmujących to zagadnienie [19] dowiedziono zależności pomiędzy nasileniem i częstością występowania depresji a stopniem nasilenia choroby, podkreślając tym samym, że chorzy ci często obok leczenia dermatologicznego wymagają również opieki psychiatrycznej [19].

W niniejszym opracowaniu stopień nasilenia objawów depresji w skali Becka wśród chorych na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry był znamienne większy niż w grupie osób zdrowych. W grupie tej częściej też (u 29% badanych) obserwowano wartości przekraczające poziom pozwalający na rozpoznanie depresji, jednakże we wszystkich przypadkach były one klasyfikowane jako depresja łagodna. Powyższe dane świadczą o tym, że w okresie stabilizacji przebiegu choroby nawet co trzeci chory na zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry może wykazywać zaburzenia nastroju o łagodnym nasileniu. Tym bardziej w okresie zaostrzenia dolegliwości powszechność tego zjawiska może być większa, z większym natężeniem zaburzeń, co w niektórych przypadkach może nawet, zgodnie z sugestiami Hashiro i Okumury [19], wymagać wsparcia farmakologicznego.

Przyczyn występowania objawów lęku i depresji w przebiegu zespołu atopowego

Die Depressionssymptome können verursachen, dass ärztliche Anordnungen nicht eingehalten werden, die Angst kann zum Aufbauen der Krankheitsbeschwerden beitragen.

Ziel der Arbeit. Die Beurteilung der Angst- und Depressionssymptome bei Kranken an das Syndrom des atopischen Exems / Dermatitis.

Material. An der Studie nahmen 38 Kranke an atopisches Exem/ Dermatitis von mäßiger Intensität, die in der Phase der Kontrolle der Symptome waren und 62 Probanden in der Kontrollgruppe.

Methoden. Bei der Beurteilung des psychischen Zustandes der Untersuchten wurden das Inventar des Zustandes und Angsteigenschaften (STAI) und das Inventar der Depressionssymptome von Beck (BDI) angewandt.

Ergebnisse. In der Gruppe der Kranken wurde eine größere als bei Gesunden Intensität der Angst als Eigenschaft und als Zustand festgestellt. Gleichzeitig waren in dieser Gruppe größere Werte der Intensität und Häufigkeit der Depression.

Schlussfolgerungen. Die Kranken an atopisches Exem/ Dermatitis sind oft für Angst- und Depressionssymptome prädisponiert. Das Syndrom des atopischen Exems/ Dermatitis ist für Auftreten der Angst- und Depressionssymptome günstig.

Les symptômes d'anxiété et de dépression au cours de l'eczéma atopique/syndrome de dermatite (ZAZS)

Résumé

La maladie chronique est un facteur de risque du développement des troubles anxieux et troubles de l'humeur qui puissent influencer sur l'efficacité et la durée de la thérapie. Les symptômes de la dépression causent parfois la désobéissance aux prescriptions médicales, l'angoisse peut aggraver les symptômes de la maladie.

Objectif. Estimation des symptômes d'anxiété et de dépression des patients souffrant de l'eczéma atopique/syndrome de dermatite (ZAZS).

Matériel. On examine 38 malades souffrant de ZAZS d'intensité moyenne, symptômes contrôlés, et 62 personnes du groupe de contrôle.

Méthodes. On utilise l'inventaire STAI (State and Trait Anxiety Inventory) et l'inventaire de Beck BDI (Beck Depression Inventory) pour analyser l'état psychiques des malades.

Résultats. Les patients souffrant de ZAZS sont disposés à la manifestation des symptômes d'anxiété et de dépression. Cette maladie, même dans la phase contrôlée des symptômes, facilite l'apparition des symptômes d'anxiété et de dépression.

Piśmiennictwo

1. Rajka G. *Essential aspects of atopic dermatitis*. Berlin. Springer-Verlag; 1989.
2. Schultz-Larsen F. *Atopic dermatitis: a genetic-epidemiologic study in population-based twin sample*. J. Am. Acad. Dermatol. 1986; 15: 487-494.
3. Małolepszy J. *Występowanie chorób alergicznych w Polsce*. Alergia Astma Immunol. 2000; 2: 163-169.
4. Bos JD, Wierenga EA, Smitt JHS i in. *Immune dysregulation in atopic eczema*. Arch Dermatol. 1992; 128: 1509-1512.
5. Kuna P, Bocheńska-Marciniak M. *Atopowe zapalenie skóry – klinika i leczenie*. Ter. 2002; 4(1): 38-46.
6. Williams H, Pottier A, Strachan D. *Are viral warts seen more commonly in children with eczema?* Arch. Dermatol. 1993; 129: 717-721.
7. Jordan A, Cole DA. *Relation of depressive symptoms to the structure of self-knowledge in childhood*. J. Abnorm. Psychol. 1996; 105(4): 530-540.
8. Yamamoto K. *How doctor's advice is followed by mothers of atopic children*. Acta Derm. Ve-

- nereol. 1989; 144: 31–33.
9. Hanifin JM, Rajka G. *Diagnostic features of atopic dermatitis*. Acta Derm Venereol 1980; 92: 44–47.
 10. Johansson SGO, O'B Hourihane J, Bousquet J i in. *A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force*. Allergy 2001; 56: 813–824.
 11. Rajka G, Langeland T. *Grading of the severity of atopic dermatitis*. Acta Derm. Venereol. 1989; 144: 13–14.
 12. Pepys J. *Skin testing*. Brit. J. Hosp. Med. 1975; 14: 412–417.
 13. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 383–393.
 14. Sosnowski T, Wrześniewski K. *Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cech lęku*. Przegl. Psychol. 1983; 26(2): 393–412.
 15. Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria* (tom II). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, s. 343–415.
 16. Linnet J, Jemec GBE. *An assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis*. Brit. J. Dermatol. 1999; 140(2): 268–272.
 17. Ehlers A, Stangier U, Gielert U. *Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention*. J. Consult. Clin. Psychol. 1995; 63: 624–635.
 18. Ginsburg IH, Prystowsky JH, Kornfeld DS i in. *Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis*. Int. J. Dermatol. 1993; 32(9): 656–660.
 19. Hashiro M, Okumura M. *Anxiety, depression and psychosomatic symptoms in patients with atopic dermatitis: comparison with normal controls and among groups of different degrees of severity*. J. Dermatol. Sc. 1997; 14(1): 63–67.
 20. Hashiro M, Okumura M. *The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis*. J. Dermatol. Sc. 1998; 16(3): 231–235.
 21. Linnet J, Jemec GBE. *Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients*. Int. J. Dermatol. 2001; 40: 632–636.
 22. Cotterill JA, Cunliffe WJ. *Suicide in dermatological patients*. Brit. J. Dermatol. 1997; 137: 246–250.
 23. Gupta MA, Gupta KA, Kirkby S i in. *Suicidal ideation in psoriasis*. Int. J. Dermatol. 1993; 32: 188–190.

Otrzymano: 16.08.2004

Zrecenzowano: 17.09.2004

Przyjęto do druku: 2.02.2005

Adres: Zenon Brzoza
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Alergologii i Immunologii Klinicznej
ŚAM

