

## Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienie wstępne\*

### Psychiatric comorbidities of psoriasis: pilot study

Katarzyna Parafianowicz<sup>1</sup>, Justyna Sicińska<sup>2</sup>, Anna Moran<sup>3</sup>,  
Jakub Szumański<sup>4</sup>, Krzysztof Staniszewski<sup>5</sup>, Lidia Rudnicka<sup>2</sup>,  
Andrzej Kokoszka<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Fundacja „Serce Dziecka”, Warszawa

Prezes: mgr B. Kulesza

<sup>2</sup> Klinika Dermatologii, 2 CSK MSWiA w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Rudnicka

<sup>3</sup> Penn State University, Milton S. Hershey Medical Center, Hershey, Pennsylvania, USA

<sup>4</sup> Zintegrowane Centrum Diagnostyki i Terapii w Warszawie

Kierownik:

<sup>5</sup> II Klinika Psychiatryczna WUM w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A Kokoszka

#### Summary

**Aim.** There are some reports about the relatively frequent occurrence of depression in the case of psoriasis and some hypothesis about interactions between those two diseases. However there are no studies verifying those hypothesis based on reliable structured psychiatric interviews according to the current diagnostic criteria of mental disorders. The aim of the study was to compare the frequency of depression in patients suffering from psoriasis and from other chronic skin diseases with the use of a structured questionnaire for the diagnosis of the main mental disorders Mini International Neuropsychiatric Interview.

**Method.** 32 consecutive outpatients (9 males and 23 females), age M=43.9 with psoriasis were examined by a team of dermatologists, psychiatrists and a psychologist using a standard set of methods. In addition, 32 patients with other chronically occurring skin diseases, including 11 males and 21 females, age M=31.6, were also examined and formed the control group.

**Results.** The point prevalence of mental disorders was significantly higher in the psoriatic group – 20 (62.5%) versus 5 (15.62%) in the control group ( $p<0.001$ ). In all of the cases, affective disorders were diagnosed. Mild anxiety disorders were additionally found in 10 psoriatic patients (31.25%) and in 2 controls (6.25%) ( $p<0.001$ ). The level of depression was much higher in the study group than in the control group, both in the Beck Depression Inventory (M=15.28, SD=8.72 versus M=8.13, SD=6.31,  $p<0.001$  respectively) and in the Hamilton Rating Scale for Depression (M=9.63, SD=5.71 versus M=5.09, SD=4.26,  $p<0.001$  respectively).

---

\* Badanie nie było sponsorowane

The neurotic symptoms measured by the Symptoms Check List–II by Aleksandrowicz were also significantly more intense in the psoriatic group ( $M=54.37$ ;  $SD=40.99$ ) than in the control group ( $M=35.28$ ;  $SD 23.96$ ) ( $F=8.55$ ,  $p<0.005$ ).

**Conclusion.** The results imply the need for the careful examination of the mental state of patients with psoriasis in order to offer and provide treatment of any concomitant psychiatric conditions.

*Słowa klucze:* łuszczyca, depresja, lęk, przewlekłe choroby skóry

*Key words:* psoriasis, depression, anxiety and chronic skin diseases

## Wstęp

Związki łuszczycy z depresją stwierdzane są od wielu lat [1]. Z opublikowanego w 2008 roku przeglądu piśmiennictwa wynika, że u wielu pacjentów z łuszczycą występują objawy depresyjne oraz że pomiędzy tymi chorobami istnieją szczególne powiązania [2]. W przekrojowych badaniach włoskich [3], obejmujących 2391 chorych na łuszczycę, u 1482 (62%) zauważono objawy depresyjne. Jednak w bazie Medline znajduje się jedynie jedno badanie, w którym współwystępujące z łuszczycą zaburzenia depresyjne stwierdzono na podstawie ustrukturyzowanego wywiadu, jednak nie miało ono na celu oceny częstości występowania tych zaburzeń [4]. Celem niniejszego badania było:

- ustalenie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów chorych na łuszczycę na podstawie wyników standaryzowanego wywiadu,
- wstępna weryfikacja hipotezy o szczególnym powiązaniu między łuszczycą a depresją, polegająca na ocenie częstości występowania zaburzeń depresyjnych u osób z łuszczycą w porównaniu z grupą pacjentów z innymi ciężkimi dermatozami.

## Material

Badaniem objęto 32 kolejnych pacjentów ambulatoryjnych (9 mężczyzn i 23 kobiety), w wieku od 19 do 72 lat ( $M = 43,9$ ;  $SD = 13,94$ ) z rozpoznaniem łuszczycy (28 z nich z łuszczycą typu-II) oraz 32 kolejnych pacjentów (11 mężczyzn i 21 kobiety), w wieku od 17 do 65 lat ( $M = 31,6$ ;  $SD = 14,19$ ), z innymi przewlekłymi chorobami skórными (atopowe zapalenie skóry u 7 (21,8%), egzema u 4 (12,5%), pokrzywka u 3 (9,4%), twardzina układowa u 3 (9,4%), trądzik pospolity u 3 (9,4%), brodawka wirusowa u 3 (9,4%), kontaktowe zapalenie skóry u 2 (6,6%), choroba Durhinga u 1 (3,1%), łysienie całkowite u 1 (3,1%), bielactwo nabyte u 1 (3,1%), krostowatość dłoniowo-podeszwowa u 1 (3,1%), liszaj płaski u 1 (3,1%) toczeń rumieniowaty układowy u 1 (3,1%), trądzik różowaty u 1 (3,1%)).

## Metoda

Badania przeprowadził zespół składający się z dermatologów, psychiatrów i studentek psychologii. Częstość zaburzeń psychicznych oceniano na podstawie wyników Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI [5]. Nasilenie objawów nerwicowych mierzono za pomocą Kwestionariusza Objawowego (S-II) [6], będącego

modyfikacją szeroko stosowanego na świecie kwestionariusza SCL-90-R [7], a objawów depresyjnych – wykorzystując Skalę Depresji Becka (BDI) [8] (wersja polska [9]) oraz Skalę Depresji Hamiltona (HRSD) [10]. Nasilenie łuszczycowych zmian skórnych oceniano na podstawie skali PASI – The Psoriasis Activity Severity Index [11]. W analizie statystycznej użyto pakietu SPSS for Windows.

## Wyniki

Stwierdzono, że zaburzenia psychiczne u pacjentów chorujących na łuszczycę występują 4 razy częściej niż u pacjentów z innymi chorobami skórnymi. Zaburzenie psychiczne występowało u 20 osób z grupy chorych na łuszczycę (62,5%), a jedynie u 5 w grupie kontrolnej (15,62%) ( $p < 0,001$ ). W każdym przypadku były to objawy depresji. U połowy pacjentów z depresją stwierdzono także zaburzenia lękowe – u 10 pacjentów (31,25%), w porównaniu z 2 pacjentami z grupy kontrolnej (6,25%) ( $\text{Chi}^2 = 10,256$ )  $p < 0,001$ ).

Tabela 1. Częstość występowania zaburzeń psychicznych, wg kryteriów diagnostycznych DSM-IV, oceniona na podstawie Mini International Neuropsychiatric Interview

Zaburzenie psychiczne	Grupa z łuszczycą		Grupa kontrolna	
	N	%	N	%
Epizod dużej depresji	15	46,8	3	9,37
Epizod dużej depresji o typie melancholicznym	3	9,37	0	0
Tendencje samobójcze	9	28,1	1	3,12
Dystymia	3	9,37	0	0
Epizod hipomaniakalny	3	9,37	2	6,25
Lęk paniczny	5	15,6	0	0
Agorafobia	3	9,37	1	3,12
Fobia społeczna	7	21,8	1	3,12
Zespół uzależnienia od alkoholu	1	3,12	1	3,12
Lęk uogólniony	4	12,5	0	0
Bez jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego	11	34,3	24	75

Przedstawione wyniki obejmują występowanie u jednej osoby kilku zaburzeń psychicznych

Kryteria dla dużej depresji spełniło 46,8% pacjentów z łuszczycą, 28,1% manifestowało objawy zwiększonego ryzyka zachowań samobójczych, a 21,8% miało objawy fobii społecznej.

Na podstawie wyników Skali Depresji Becka patologiczne nasilenie objawów depresyjnych ( $\text{BDI} > 7$ ) stwierdzono u 27 (84,37%) pacjentów z łuszczycą oraz u 15 (46,87%) pacjentów z grupy kontrolnej. Z kolei według Skali Depresji Hamiltona (HRSD), patologiczne nasilenie objawów (wynik większy niż 8 punktów) miało 21

(65,62%) pacjentów z łuszczycą i jedynie 6 (18,75%) w grupie kontrolnej. Średnie nasilenie objawów depresyjnych było znacznie wyższe w grupie z łuszczycą niż w grupie z innymi dermatozami, zarówno według pomiarów z użyciem BDI ( $M = 15,28$ ,  $SD = 8,72$  versus  $M = 8,13$ ,  $SD = 6,31$ ,  $p < 0,001$  odpowiednio) jak i HRSD ( $M = 9,63$ ,  $SD = 5,71$  versus  $M = 5,09$ ,  $SD = 4,26$ ,  $p < 0,001$  odpowiednio). Również nasilenie objawów nerwicowych (średni wynik ogólny kwestionariusza S-II) było istotnie ( $F = 8,55$ ,  $p < 0,005$ ) wyższe w grupie z łuszczycą ( $M = 54,37$ ;  $SD = 40,99$ ) niż w grupie porównawczej ( $M = 35,28$ ;  $SD = 23,9$ ). Szczegółowe różnice przedstawione zostały w tabeli 2. Na uwagę zasługuje fakt, że u żadnego z pacjentów – z obu porównywanych grup – spełniających kryteria zaburzenia lękowego wg MINI, nasilenie objawów nerwicowych, mierzone za pomocą S-II nie przekroczyło poziomu 165 punktów, który stanowi dolną granicę istotnego klinicznie nasilenia objawów.

Tabela 2. Porównanie średniego nasilenia objawów mierzonego za pomocą Kwestionariusza Objawowego S-II

Podskale objawów	Osoby z łuszczycą	Osoby z innymi dermatozami	Istotność statystyczna
Zaburzenia lękowe	0,68	0,37	$p < 0,05$
Zaburzenia somatyczne	0,61	0,36	$p < 0,05$
Zaburzenie hipochondryczne	0,52	0,39	NS
Zespół zmęczenia	0,79	0,64	NS
Zaburzenia myślenia	0,66	0,45	NS
Zaburzenia snu	0,71	0,50	NS
Dystymia	0,64	0,44	NS
Dysfunkcje seksualne	0,51	0,20	NS
Chwiejność emocjonalna	0,68	0,36	$p < 0,05$
Zakłócenia w relacjach społecznych	0,54	0,41	$p < 0,01$

### Dyskusja wyników

Zaprezentowane wyniki mają charakter doniesienia wstępnego, ze względu na niską liczebność porównywanych grup. Badanie kolejnych pacjentów pozwoli na uzyskanie względnej reprezentatywności analizowanych grup. Rezultaty badania wskazują, że współwystępowanie zaburzeń psychicznych jest problemem klinicznym wielu pacjentów ze schorzeniami skórnymi. Zaburzenia psychiczne stwierdzono u 64% pacjentów ambulatoryjnych z rozpoznaną łuszczycą i 25% pacjentów z innymi przewlekłymi chorobami skórnymi, co jest zgodne z wynikami badań Wessely i Levis [12], w których u 40% pacjentów kliniki dermatologicznej stwierdzono łagodne zaburzenia psychiczne. Jednakże znaczna liczba osób z łuszczycą może cierpieć z powodu cięższych zaburzeń, niosących ryzyko popełnienia samobójstwa. Z tego powodu dokładne badanie ich stanu psychicznego wydaje się mieć swoje uzasadnienie. Znacząco wyższy stopień nasilenia

zaburzeń depresyjnych oraz zaburzeń lękowych u pacjentów z łuszczycą, w porównaniu z pacjentami z innymi dermatozami, sugeruje specyficzne powiązania pomiędzy łuszczycą a depresją. Istnieją dobrze udokumentowane dane w literaturze dotyczące znacznego wpływu łuszczycy, jako choroby przewlekłej, na sferę psychosocjologiczną pacjentów. Może to być powodem negatywnych emocji, takich jak niepokój lub smutek związanych z odrzuceniem przez społeczeństwo. Przedłużające się okresy trwania takich emocji mogą być źródłem gorszego funkcjonowania układu immunologicznego, powodując zarazem zaostrzenie objawów dermatologicznych, czego skutkiem może być efekt błędnego koła. Oprócz tego obecność innych czynników predysponujących do choroby (np. wspólne ektodermiczne źródło skóry i struktur układu nerwowego) wydaje się istotna. Przypuszcza się, że istnieją biologiczne powiązania pomiędzy depresją a łuszczycą, jak np. wzrost stężenia substancji P, który zaobserwowano w obu wspomnianych stanach [13]. Te spostrzeżenia korelują z wynikami testu PASI, które zmniejszają się w trakcie terapii lekami przeciwdepresyjnymi [14]. Badanie kliniczne etanerceptu, leku dermatologicznego, przeprowadzone z randomizowanym doborem do badanych grup i zastosowaniem placebo w grupach liczących około 300 osób, wykazało, że oprócz wpływu na objawy skórne w istotnym stopniu powoduje on spadek nasilenia objawów depresyjnych [15]. Wynik ten stanowi kolejną przesłankę przemawiającą za występowaniem istotnych związków pomiędzy objawami łuszczycy i depresji.

### Wnioski

Zaprezentowane wyniki wskazują na potrzebę powtórzenia badania na większej populacji, jednak na podstawie danych z piśmiennictwa i uzyskanych przez nas można uznać, że:

- depresja bardzo często współwystępuje z łuszczycą,
- należy monitorować stan psychiczny osób chorych na łuszczycę ze szczególną uwagą, ze względu na duże ryzyko wystąpienia depresji,
- hipoteza o specyficznych biologicznych powiązaniach między łuszczycą a depresją wydaje się prawdopodobna,
- z praktycznego, klinicznego punktu widzenia szczególnie ważne są dane wskazujące na wpływ leków przeciwdepresyjnych na zmniejszenie nasilenia łuszczycy oraz leków przeciwłuszczycowych na redukcję objawów depresji.

### Совместное проявление психических нарушений при псориазе. Предварительное сообщение

#### Содержание

**Задание.** В литературе находятся сообщения на тему относительно частого появления депрессии при псориазе и гипотезы о взаимных связях между этими болезнями. До сего времени, однако, не проведены исследования, подтверждающие эти гипотезы с применением стандартизированных диагностических анамнезов, обуславливающих правильный диагноз, согласный, актуально используемых классификаций психических нарушений. Заданием представленного сообщения было сравнение частоты появления депрессии среди больных псориазом, а также иных больных с различными дерматозами.

**Метод.** Использован ультраструктурный глоссарий для диагностики главных психических нарушений Mini International Neuropsychiatric Interview. Исследование проведено в группе 32 больных псориазом в амбулаторных условиях (9 мужчин и 23 женщин), средний возраст исследованных равнялся 43,8 годам. В исследовании приняло участие врачей – дерматологов, психиатров и психолога с использованием стандартизированных диагностических пособий. Кроме того, обследовано 32 больных с иными хроническими кожными болезнями. Средний возраст больных равнялся 31,6 годам, а среди них было 11 мужчин и 21 женщина. Эти пациенты составляли контрольную группу.

**Результаты.** Частота появления психических нарушений была значительно высшая в группе больных псориазом – 20 (62,5%) и 5 (15,62%) в группе контрольной ( $p < 0,001$ ). Во всех случаях обнаружены аффективные нарушения. Умеренные фобийные нарушения обнаружены, дополнительно, у 10 больных псориазом (31,25%), а также у 2 пациентов в контрольной группе (6,25%,  $p < 0,001$ ). Уровень депрессии был значительно высший в исследовательской группе в сравнении с контрольной группой, определенный при помощи Шкалы Бека (соответственно  $M = 15,28$ , средняя  $8,72$  и  $M = 8,13$ , ср.  $6,31$ ,  $p < 0,001$ ) как и в Шкале Гамильтона (соответственно  $M = 9,63$ , ср  $15,71$  и  $M = 5,09$ , ср.  $4,26$ ,  $p < 0,001$ ). Невротические симптомы определенные глоссарием симптоматики S-II Александровича были также выраженным образом более тяжелыми в группе больных псориазом ( $M = 54,37$ , ср.  $40,99$  в сравнении с контрольной группой ( $M = 35,28$ , ср.  $23,96$ )  $F = 8,51$   $p < 0,005$ ).

**Выводы.** Полученные результаты указывают на необходимость докладной диагностики пациентов больных псориазом для обеспечения лечения каждого с совместным присутствием психических нарушений.

### **Komorbidity der psychischen Störungen bei Psoriasis – Leitmeldung**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Es gibt Meldungen zu häufigen Begleiterkrankungen - Depression in der Psoriasis und zur Hypothese über gegenseitige Zusammenhänge zwischen diesen Krankheiten. Wie bisher wurden noch keine Verifizierungsstudien mit der Anwendung der standardisierten diagnostischen Anamnesen durchgeführt, die eine sichere Diagnose gemäß den Kriterien der aktuell angewandten Klassifikationen der psychischen Störungen ermöglichen. Das Ziel der vorliegenden Studie ist der Vergleich der Häufigkeit der Depression unter den Personen mit Psoriasis mit den Personen mit anderen Dermatosen bei der Anwendung eines strukturalisierten Fragebogens zur Diagnostik der psychischen Hauptstörungen – Mini International Neuropsychiatric Interview.

**Methode.** An die Studie wurden 32 ambulant behandelte Patienten eingeschlossen, die an Psoriasis krank waren (9 Männer, 23 Frauen), Durchschnittsalter  $SD = 43,9$  Jahre. Die Studie wurde durch die Gruppe durchgeführt, die aus Dermatologen, Psychiater und eines Psychologen bestand. Es wurden dabei die standardisierten psychiatrischen Instrumente angewandt. Außerdem wurden 32 Patienten mit anderen chronischen Hautkrankheiten untersucht, darunter 11 Männer und 21 Frauen, Durchschnittsalter  $SD = 31,6$ ; diese Patienten bildeten eine Kontrollgruppe.

**Ergebnisse.** Die Häufigkeit der psychischen Störungen war in der Gruppe der Psoriasis-kranken signifikant höher – 20 (62,5%) versus 5 (15,62%) in der Kontrollgruppe ( $p < 0,001$ ). In allen Fällen wurden affektive Störungen diagnostiziert. Milde Angststörungen wurden zusätzlich bei 10 Patienten mit Psoriasis (31,25%) und 2 Patienten aus der Kontrollgruppe (6,25%) ( $p < 0,001$ ) beobachtet. Der Depressionsspiegel war in der untersuchten Gruppe bedeutend höher im Vergleich mit der Kontrollgruppe, sowohl gemessen mit der Beck-Depressionsskala (dementsprechend  $M = 15,28$ ,  $SD = 8,72$  versus  $M = 8,13$ ,  $SD = 6,31$ ,  $p < 0,001$ ) als auch mit der Hamilton Depressionsskala (dementsprechend  $M = 9,63$ ,  $SD = 5,71$  versus  $M = 5,09$ ,  $SD = 4,26$ ,  $p < 0,001$ ).

Die Symptome der Neurose, gemessen mit dem Fragebogen S-II von Alexandrowicz, waren auch in der Gruppe der Psoriasis-kranken ( $M = 54,37$ ,  $SD = 40,99$ ) weniger intensiviert in Vergleich mit der Kontrollgruppe ( $M = 35,28$ ,  $SD = 23,96$ ) ( $F = 8,55$ ,  $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerungen.** Die erzielten Ergebnisse suggerieren die Notwendigkeit einer genauen Diagnose des psychischen Zustandes der Patienten, die an Psoriasis krank sind, zwecks richtiger Behandlung jeder komorbiden psychischen Störung.

## La comorbidité des troubles psychiques et du psoriasis – étude préliminaire

### Résumé

**Objectif.** Il y a des travaux qui parlent de la coexistence assez fréquente de la dépression et du psoriasis et de l'hypothèse de corrélation de ces deux maladies. Pourtant personne n'a pas vérifié cette hypothèse avec les entretiens diagnostiques standardisés, facilitant le diagnostic d'après les critères des classifications des troubles psychiques. Ce travail vise à comparer la fréquence de la dépression pendant le psoriasis ou pendant d'autres dermatoses, la comparer avec le questionnaire structuré Mini International Neuropsychiatric Interview.

**Méthode.** On examine 32 patients (9 hommes et 23 femmes, moyenne de l'âge – SD=43.9). Les examens sont faits par les dermatologues, les psychiatres et les psychologues. De plus on examine 32 patients souffrant de dermatoses chroniques (11 hommes, 21 femmes, moyenne de l'âge – 31.6) qui constituent le groupe de contrôle.

**Résultats.** Les troubles mentaux sont plus fréquents dans le groupe de patients avec le psoriasis : 20 (62.5%) versus 5 (15.62%) du groupe de contrôle ( $p < 0.001$ ). Dans tous les cas on note des troubles affectifs. Les troubles anxieux faibles sont notés chez 10 patients avec le psoriasis (32.25%) et chez 2 patients du groupe de contrôle (6.25%,  $p < 0.001$ ). Le niveau de la dépression est plus élevé dans le groupe de patients que dans le groupe de contrôle (mesuré avec the Beck Depression Inventory –  $M=15.28$ ,  $SD=8.72$  versus  $M=8.13$ ,  $SD=6.31$ ,  $p < 0.001$ , et avec the Hamilton Rating Scale for Depression –  $M=9.63$ ,  $SD=5.71$  versus  $M=5.09$ ,  $SD=4.26$ ,  $p < 0.001$ ). Les symptômes névrotiques sont aussi plus forts dans le groupe de patients (mesuré avec the Sumpstoms Chech List II d'Aleksandrowicz,  $M=54.37$ ,  $SD=40.99$  versus  $M=35.28$ ,  $SD=23.96$ ,  $F=8.55$ ,  $p < 0.005$ ).

**Conclusion.** Ces résultats suggèrent la nécessité d'un diagnostic plus détaillé de l'état psychique des patients souffrant du psoriasis pour mieux traiter aussi les troubles coexistant.

### Piśmiennictwo

1. Szumański J, Kokozska A. *Czynniki psychiczne w łuszczycy – przegląd piśmiennictwa*. Psychiatr. Pol. 2001; 35: 831–838.
2. Gottlieb AB, Chao Ch, Dann F. *Psoriasis comorbidities*. J. Dermatol. Treat. 2008; 19: 5–21.
3. Esposito M, Saraceno R, Giunta A, Maccarone M, Chimenti S. *An Italian study on psoriasis and depression*. Dermatol. 2006; 212: 123–127.
4. Consoli SM, Rolhion S, Martin C, Ruel K, Cambazard F, Pellet J, Misery L. *Low levels of emotional awareness predict a better response to dermatological treatment in patients with psoriasis*. Dermatol. 2006; 212: 128–136.
5. Lecrubier Y, Sheehan D., Weiller E, Amorin P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar C. *The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI*. Europ. Psychiatry 1997; 12: 224–231.
6. Aleksandrowicz JW. *Kwestionariusz objawowy S-II*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 945–959.
7. Derogatis LR. *SCL-90-R. Administration, scoring & procedures. Manual II*. Towson MD, USA: Clinical Psychometric Research: 1983.
8. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An Inventory for Measuring Depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
9. Parnowski T, Jernajczyk K. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1997; 11: 417–425.
10. Hamilton M. *A Rating Scale for Depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23: 56–62.
11. Fredriksson T, Pettersson U. *Sever psoriasis – oral therapy with a new retinoid*. Dermatol. 1978; 157: 238–244.

12. Wessely SC, Levis GH. *The classification of psychiatric morbidity in attendees at a dermatology clinic*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155: 686–691.
13. Naukkarinen A, Nickoloff BJ, Farber EM. *Quantification of cutaneous sensory nerves and their substance P content in psoriasis*. J. Investig. Dermatol. 1989; 92: 126–129.
14. Alpsoy E, Ozcan E, Cetin L, Ozgur O, Er H, Yilmaz E, Karaman T. *Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? A double blind, placebo-controlled study*. J. Am. Acad. Dermatol. 1998; 38: 197–200.
15. Tyring S, Gottlieb A, Papp K, Gordon K, Leonardi C, Wang A, Lalla D, Woolley M, Jahreis A, Zitnik R, Cella D, Krishnan R. *Etanercept and clinical outcomes, fatigue, and depression in psoriasis: double-blind placebo-controlled randomised phase III trial*. Lancet 2006; 367: 29–35.

Adres: Andrzej Kokoszka  
II Klinika Psychiatryczna  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 20.04.2009  
Zrecenzowano: 6.05.2009  
Otrzymano po poprawie: 6.07.2009  
Przyjęto do druku: 30.07.2009