

Poczucie stygmatyzacji a objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę

Feelings of stigmatization and depressive symptoms in psoriasis patients

Tomasz Zięciak¹, Teresa Rzepa¹, Joanna Król², Ryszard Żaba³

¹ Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński

³ Zakład Dermatologii i Wenerologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Summary

Aim. The objective of the study was to show the correlation between the feelings of stigmatization and depressive symptoms in psoriasis patients. The study has considered severity of feelings of stigmatization and depressive symptoms, as well as factors such as gender and skin lesions visibility.

Methods. The study involved 54 adult subjects suffering from psoriasis – 26 women and 28 men. The patients filled in the 33-item Feelings of Stigmatization Questionnaire and the Beck Depression Inventory. Moreover, the subjects were asked to mark the location of their psoriatic lesions on a schematic drawing.

Results. A correlation was found between feelings of stigmatization and depressive symptoms in the psoriasis patients. No differences between women and men were found with regard to depressive symptoms and feelings of stigmatization (except for the secretiveness aspect). It was found that location of skin lesions did not have an effect on occurrence of depressive symptoms and feelings of stigmatization (except for the shame and guilt aspect).

Conclusions. It is still necessary to change the public attitude to patients with psoriasis. It is also very important to provide the patients with psychotherapeutic support aimed at enhancing their self-acceptance in order to overcome any feelings of stigmatization and to prevent them from depression.

Słowa kluczowe: łuszczycyca, poczucie stygmatyzacji, objawy depresyjne

Key words: psoriasis, feelings of stigmatization, depressive symptoms

*Wszyscy autorzy wnieśli równy wkład w powstanie publikacji.

Wstęp

Łuszczyca to najczęściej występująca choroba skóry, o przewlekłym i nawrotowym przebiegu. Łuszczyca rzadko zagraża życiu, choć może prowadzić do niepełnosprawności ruchowej (łuszczycowe zapalenie stawów), a wskutek obciążenia psychicznego związanego z zewnętrznymi objawami choroby – do pogorszenia jakości życia [1].

Przyczyny łuszczycy są wciąż nieznanne. Często upatruje się ich w predyspozycji genetycznej. Do pierwszego pojawienia się łuszczycy, a potem jej nawrotów dochodzi najczęściej pod wpływem czynnika spustowego, którym mogą być infekcje bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze, zaburzenia i wahania hormonalne, zażywane leki, a także stres i napięcie psychiczne [1]. Wyniki badań wskazują, że wysiew zmian łuszczycowych bardzo często wiąże się ze stanem psychicznym chorych [2, 3]. Również sami chorzy wymieniają stres jako czynnik zaostrzający chorobę [4]. Ustalono, że 60% pacjentów uznało stres za przyczynę pojawienia się łuszczycy [5]. Z powodu łuszczycy 89% chorych czuje wstyd i zakłopotanie, 58% odczuwa niepokój, 42% wykazuje brak pewności siebie, a 24% doświadczyło epizodu depresji [6].

Nasilenie zmian skórnych pojawiające się m.in. po przeżyciu silnego stresu czy zaburzeń nastroju może wskazywać na związek łuszczycy z chorobami psychosomatycznymi. Z kolei na somatopsychiczne podłoże łuszczycy wskazuje to, że silny stres i obniżenie nastroju wynikające z doświadczania choroby odgrywają ważną rolę w jej nawrotach. Zatem stan psychiczny chorych może być zarówno przyczyną choroby, jak i jej skutkiem [7].

Najtrafniej sprzężenie zwrotne między stresem a objawami łuszczycy ujmuje model biopsychospołeczny [8], który zakłada, że łuszczyca jest wynikiem interakcji między procesami fizjologicznymi, stanami psychicznymi i sytuacjami społecznymi, działającymi na zasadzie „błędnego koła”. Objawy łuszczycy powodują obniżenie nastroju, niepokój i obawy, co wpływa na spadek samoakceptacji, samooceny i poczucia własnej wartości. To z kolei rodzi lęk społeczny i prowadzi do ograniczenia lub zaniechania kontaktów z innymi ludźmi, w tym – kontaktów seksualnych. Osamotnienie i/lub izolacja wtórnie nasilają lęk i obawy, co sprawia, że stan skóry się pogarsza, a depresyjny nastrój, lęk i obawy nasilają się jeszcze bardziej. Do tego dochodzi aspekt przewlekłości łuszczycy, który na długo stygmatyzuje chorych i utrudnia przystosowanie się do choroby.

Skóra jest najbardziej widocznym narządem, szczególnie w okolicy głowy, szyi i rąk, więc zmiany w takich miejscach mogą być źródłem dotkliwego piętna [8], wzmocnianego przez negatywne zachowania ze strony otoczenia. Poczucie stygmatyzacji towarzyszy osobom z łuszczycą zwłaszcza w relacjach intymnych, gdyż deformacje ciała mogą zawstydząć, powodując uczucie niepewności i problemy na tle seksualnym [9]. Ponadto chorzy na łuszczycę piętnują się sami już choćby przez niechęć do swego wyglądu fizycznego oraz przekonanie, że inni postrzegają ich w podobny sposób [10–12]. Wydarzenia stygmatyzujące mogą rozwinąć u chorych schemat lęku, który odnosi się do reprezentacji umysłowej siebie i otoczenia, organizując sposób przyswajania informacji. Są one skanowane w poszukiwaniu zagrożenia, związanego z oceną i reakcją innych ludzi na zmiany skórne. Tą drogą u osób chorych na łuszczycę może

rozwijać się nadmierna „wrażliwość na odrzucenie” przejawiająca się w tendencji do interpretowania nawet neutralnych zdarzeń jako stygmatyzujących [10, 12, 13].

Ekspozycja na przewlekły stres związany z poczuciem stygmatyzacji, brakiem akceptacji własnego wyglądu i chronicznym przebiegiem choroby znacząco obniża jakość życia chorego i wiąże się z zaburzeniami nastroju [14]. Wyniki badań dowodzą, że symptomy depresyjne występują częściej u osób z łuszczycą niż w populacji ogólnej [15], a nawet – niż u innych pacjentów dermatologicznych [16]. W Polsce przeprowadzono badania z wykorzystaniem Skali Depresji Becka i stwierdzono, że 28,12% pacjentów wykazuje objawy depresyjne [17]. Ustalono także, że pacjenci, którzy czuli się stygmatyzowani w sytuacjach społecznych, mieli bardziej nasilone objawy depresyjne niż pacjenci, którzy nie odczuwali przejawów napiętnowania [18].

Postanowiono zatem sprawdzić: 1) czy kobiety cierpiące na łuszczycę odczuwają stygmatyzację z powodu choroby bardziej dotkliwie niż mężczyźni; 2) czy istnieje związek między poczuciem stygmatyzacji a objawami depresyjnymi u chorych na łuszczycę; 3) czy umiejscowienie zmian skórnych wpływa na poczucie stygmatyzacji i występowanie objawów depresyjnych.

Material

W badaniu uczestniczyło 54 pacjentów (26 kobiet i 28 mężczyzn) ze zdiagnozowaną łuszczycą, leczących się od kilku lat (dane orientacyjne) w Przyklinicznej Poradni Dermatologii SPSK2 oraz w Oddziale Klinicznym Dermatologii, należącym do Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Badanie przeprowadzono w 2015 roku, za zgodą Komisji Bioetycznej UM (uchwała nr 192/15).

Metoda

Zastosowano Kwestionariusz Poczucia Stygmatyzacji służący do badania chorych na łuszczycę [19], opracowany na podstawie angielskiego oryginału [20]. Narzędzie składa się z 33 pytań jednokrotnego wyboru, punktowanych od 0 do 5. Poszczególne pozycje tworzą 6 wymiarów stygmatyzacji, takich jak: odczuwanie odrzucenia, odczuwanie bycia gorszym, wrażliwość na opinię innych, wina i wstyd, pozytywne nastawienie oraz tajemniczość. Nasilenie poczucia stygmatyzacji mieści się w przedziale od 0 do 165 punktów [19, 20].

Zastosowano także Skalę Depresji Becka służącą do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych. Skala składa się z 21 pytań jednokrotnego wyboru, punktowanych od 0 do 3. Nasilenie objawów depresyjnych mieści się w przedziale od 0 do 63 [21]. Ponadto osoby badane proszono o zaznaczenie miejsc występowania zmian łuszczycowych na schematycznym rysunku.

Za pomocą testu Shapiro–Wilka sprawdzono zgodność uzyskanych wyników z rozkładem normalnym. Test nie potwierdził zgodności z krzywą Gaussa dla większości parametrów, dlatego do dalszych analiz posłużyły testy nieparametryczne. Do porównania wyników dotyczących nasilenia objawów depresji, stygmatyzacji i jej składowych (między kobietami a mężczyznami oraz ze względu na widoczność zmian

łuszczycowych) wykorzystano nieparametryczny test Manna–Whitneya dla zmiennych niepowiązanych. Obliczenia współczynnika korelacji między poczuciem stygmatyzacji a objawami depresyjnymi przeprowadzono z użyciem korelacji rang Spearmana, w programie STATISTICA PL v. 10.0 firmy StatSoft. Wyniki uznano za istotne przy $p < 0,05$.

Wyniki

Większość (72%) chorych na łuszczycę cechuje przeciętne poczucie stygmatyzacji ($M = 77,07$; $SD = 15,15$). Około 2% badanych ma bardzo niskie poczucie stygmatyzacji, około 20% – niskie i około 6% – wysokie. Wśród mężczyzn nie odnotowano bardzo niskiego poczucia stygmatyzacji, które okazało się charakterystyczne dla 4% kobiet. Niskie poczucie stygmatyzacji wystąpiło u około 18% mężczyzn i 23% kobiet, powyżej przeciętnego – u 71% mężczyzn i 73% kobiet, a wysokie – u 11% mężczyzn. W przypadku kobiet nie stwierdzono wysokiego poczucia stygmatyzacji. Spośród wymiarów poczucia stygmatyzacji na pierwszym miejscu znalazło się poczucie odrzucenia, następnie wina i wstyd, odczuwanie bycia gorszym, wrażliwość na opinie innych, pozytywne nastawienie oraz tajemniczość.

Poczucie stygmatyzacji u mężczyzn ($M = 77,79$; $SD = 14,20$) i kobiet ($M = 76,31$; $SD = 16,35$) nie różniło się statystycznie ($p = 0,8167$). Jedyny istotny wyjątek dotyczy wymiaru „tajemniczość”. Poziom tajemniczości jest wyższy w przypadku mężczyzn ($M = 9,00$; $SD = 3,75$) niż kobiet ($M = 6,69$; $SD = 3,64$) i jest to różnica istotna statystycznie ($p = 0,0303$) (tab. 1).

Tabela 1. Stygmatyzacja i jej wymiary a płeć

Wyszczególnienie	Płeć	N	M	Med.	Min.	Maks.	SD	p
Poczucie stygmatyzacji	mężczyźni	28	77,79	72,50	55,00	107,00	14,20	0,8167
	kobiety	26	76,31	77,50	31,00	97,00	16,35	
Odczuwanie odrzucenia	mężczyźni	28	22,00	22,50	8,00	33,00	6,39	0,7941
	kobiety	26	22,42	23,00	8,00	38,00	7,24	
Odczuwanie bycia gorszym	mężczyźni	28	12,82	12,50	2,00	22,00	5,10	0,2665
	kobiety	26	11,15	10,00	1,00	20,00	5,36	
Wrażliwość na opinie innych	mężczyźni	28	10,71	11,00	6,00	17,00	2,55	0,3223
	kobiety	26	11,77	11,00	5,00	18,00	3,83	
Wina i wstyd	mężczyźni	28	12,32	12,50	6,00	19,00	3,50	0,2177
	kobiety	26	13,31	14,00	5,00	20,00	3,33	
Pozytywne nastawienie	mężczyźni	28	10,93	11,00	7,00	16,00	2,49	0,8234
	kobiety	26	10,96	11,00	5,00	17,00	2,44	
Tajemniczość	mężczyźni	28	9,00	9,50	3,00	18,00	3,75	0,0303*
	kobiety	26	6,69	6,50	0,00	15,00	3,64	

Źródło: badanie własne. * $p < 0,05$

Ustalono, że u badanych pacjentów objawy depresyjne wystąpiły w nasileniu poniżej przeciętnego poziomu ($M = 9,87$; $SD = 8,97$) oraz że około 68% mężczyzn i 65% kobiet nie wskazało na symptomy tego typu. Łagodna depresja wystąpiła u 7% mężczyzn i 31% kobiet, umiarkowana – u 18% mężczyzn i 4% kobiet, ciężka – u 7% mężczyzn i nie wystąpiła u kobiet.

Wykazano, że istnieje związek między poczuciem stygmatyzacji a objawami depresyjnymi u pacjentów chorych na łuszczycę, gdyż $r = 0,610$ ($p = 0,0001$). Taką zależność stwierdzono również przy podziale na płeć, tj. w przypadku mężczyzn: $r = 0,634$ ($p = 0,0003$) oraz kobiet: $r = 0,584$ ($p = 0,0017$) (tab. 2).

Tabela 2. Zależność między poczuciem stygmatyzacji a objawami depresyjnymi

Wyszczególnienie	N	r	p
Ogółem	54	0,610	0,0001**
Kobiety	26	0,584	0,0017*
Mężczyźni	28	0,634	0,0003**

Źródło: badanie własne. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Nie wykazano statystycznie istotnej różnicy ($p = 0,7050$) pomiędzy objawami depresyjnymi u osób, które mają widoczne zmiany łuszczycowe ($M = 10,66$; $SD = 9,94$), a objawami depresyjnymi u osób, u których zmiany łuszczycowe są niewidoczne ($M = 8,96$; $SD = 7,80$). Podobnie poczucie stygmatyzacji u osób z widocznymi zmianami ($M = 75,72$; $SD = 15,44$) nie różni się statystycznie istotnie ($p = 0,5936$) od poczucia stygmatyzacji u osób z niewidocznymi zmianami łuszczycowymi ($M = 78,64$; $SD = 14,95$). Wśród wymiarów stygmatyzacji wykazano jedną różnicę statystycznie istotną ($p = 0,0123$), która dotyczy poczucia winy i wstydu u osób z widocznymi ($M = 11,72$; $SD = 2,64$) oraz z niewidocznymi ($M = 14,04$; $SD = 3,83$) zmianami łuszczycowymi (tab. 3).

Tabela 3. Symptomy depresyjne, poczucie stygmatyzacji oraz jej wymiary a widoczność zmian łuszczycowych

Wyszczególnienie	Zmiany łuszczycowe	N	M	Med.	Min.	Maks.	SD	p
Objawy depresyjne	widoczne	29	10,66	9,00	0,00	42,00	9,94	0,7050
	niewidoczne	25	8,96	8,00	0,00	24,00	7,80	
Poczucie stygmatyzacji	widoczne	29	75,72	73,00	31,00	107,00	15,44	0,5936
	niewidoczne	25	78,64	81,00	49,00	104,00	14,95	
Odczuwanie odrzucenia	widoczne	29	22,07	22,00	8,00	38,00	7,61	0,8905
	niewidoczne	25	22,36	24,00	11,00	32,00	5,76	
Odczuwanie bycia gorszym	widoczne	29	11,97	12,00	1,00	22,00	5,39	0,9314
	niewidoczne	25	12,08	12,00	2,00	21,00	5,17	
Wrażliwość na opinię innych	widoczne	29	11,31	11,00	5,00	18,00	3,57	0,9178
	niewidoczne	25	11,12	11,00	6,00	17,00	2,89	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wina i wstyd	widoczne	29	11,72	12,00	6,00	16,00	2,64	0,0123*
	niewidoczne	25	14,04	14,00	5,00	20,00	3,83	
Pozytywne nastawienie	widoczne	29	11,03	11,00	5,00	16,00	2,43	0,5467
	niewidoczne	25	10,84	10,00	6,00	17,00	2,51	
Tajemniczość	widoczne	29	7,62	7,00	0,00	18,00	4,46	0,4694
	niewidoczne	25	8,20	8,00	3,00	14,00	3,04	

Źródło: badanie własne. * $p < 0,05$

Omówienie wyników

Ustalono, że u pacjentów z łuszczycą występują zarówno poczucie stygmatyzacji, jak i objawy depresyjne, choć ich nasilenie jest zróżnicowane. Około 78% badanych przejawiało średnie i wysokie poczucie stygmatyzacji, a około 33% wskazało na objawy depresyjne. Najbardziej piętnującym wymiarem stygmatyzacji okazało się odrzucenie, kolejnym – wina i wstyd, co potwierdza rezultaty wcześniejszych badań [18].

W odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze ustalono, że nie występują różnice w zakresie poczucia stygmatyzacji pomiędzy kobietami i mężczyznami chorymi na łuszczycę. Jedyna istotna różnica dotyczyła wymiaru tajemniczości, wskazując na częstsze jej występowanie u mężczyzn niż u kobiet. Wyniki dotychczasowych badań są niejednoznaczne, ponieważ niektórzy autorzy opisują wyższe poczucie stygmatyzacji u kobiet [22, 23], a inni – brak różnic płciowych w odniesieniu do tej zmiennej [18, 24]. Brak różnic wyjaśnia się tym, że coraz więcej mężczyzn zaczyna przykładac dużą wagę do swej atrakcyjności fizycznej [7, 25].

Wymiar tajemniczości jest rozumiany jako ważny komponent codziennych doświadczeń osób chorych na łuszczycę [20]. Wszak dbają one o noszenie ubrań zakrywających skórę dotkniętą łuszczycą i unikają sytuacji, w których zmiany mogłyby stać się widoczne. Ustawiczna czujność związana z łuszczycą wiąże się z tendencją do ukrywania prawdy o swej chorobie [26, 27]. Tajemniczość polega także na zatajaniu przed osobami bliskimi faktu zachorowania czy w wyrażaniu prośby o nieinformowanie innych ludzi o łuszczycy. Ponadto tajemniczość przejawia się w przeświadczeniu o słuszności takiej postawy, wynikającej z doświadczania odrzucenia przy próbach nawiązywania relacji społecznych. Chorzy na łuszczycę niejednokrotnie przekonują się bowiem, że bardziej korzystne jest nieprzyznawanie się do choroby, nawet przy bezpośrednim zapytaniu o zmiany skórne [19, 20]. Fakt, że mężczyźni częściej zdradzają taką postawę, można tłumaczyć tendencją do nieokazywania słabości, powiązaną ze stereotypowym ujmowaniem społecznej roli mężczyzny [25]. Wpływa na to przebieg procesu socjalizacji, kiedy to kształtuje się ekspresja emocjonalna związana z tą rolą i akcentująca takie zalety, jak gotowość do rywalizacji, siła, odporność i kontrola emocjonalna, zaradność i opieka nad słabszymi [28]. Przyznanie się do łuszczycy może być oceniane jako wyraz słabości, co prawdopodobnie spowoduje dysonans poznawczy w związku z pełnieniem „męskiej roli”. Tak rozumiana tajemniczość może

także wyjaśniać częstsze u mężczyzn niż u kobiet z łuszczycą obawy o utratę pracy [29]. Przyznanie się do choroby mogłoby bowiem obniżyć wartość prezentowanych zalet i dyspozycji, a tym samym zmniejszyć konkurencyjność na rynku pracy.

W odpowiedzi na drugie pytanie badawcze wykazano bardzo silny związek między poczuciem stygmatyzacji i nasileniem objawów depresyjnych, i odwrotnie. Taki sam związek został potwierdzony, kiedy wzięto pod uwagę czynnik płci: im większe poczucie stygmatyzacji u mężczyzn i kobiet, tym większe nasilenie symptomów depresyjnych, i odwrotnie. Te ustalenia są zgodne z rezultatami wcześniejszych badań [17, 18]. Przy występowaniu objawów depresyjnych w nasileniu poniżej przeciętnego związek tej zmiennej z poczuciem stygmatyzacji dowodzi przede wszystkim siły poczucia napiętnowania z powodu łuszczycy.

Gupta i wsp. [30] porównali dwie grupy pacjentów z łuszczycą: doznających poczucia stygmatyzacji i bez takich doznań. Pacjenci z grupy niedoświadczającej stygmatyzacji zgłosili mniej objawów depresyjnych, co może wskazywać na modyfikujący charakter poczucia stygmatyzacji w odniesieniu do symptomów depresyjnych. Odczuwana stygmatyzacja może bowiem wpływać nie tylko na negatywne zmiany wizerunku samego siebie, na występowanie błędów logicznego myślenia, wyuczonej bezradności i trudności w funkcjonowaniu społecznym, lecz również na zaburzenia nastroju i formowanie się triady depresyjnej [10, 13, 31]. Związek symptomów depresyjnych i poczucia stygmatyzacji w przebiegu łuszczycy trafnie wyjaśnia model biopsychospołeczny [8], w którym jedna zmienna wpływa na drugą (i odwrotnie). Można zatem przypuszczać, że poczucie stygmatyzacji związane z łuszczycą częściej dotyka osoby z objawami depresyjnymi (m.in. zaburzeniami nastroju, negatywnymi przekonaniami o sobie, otoczeniu i własnej przyszłości), zdradzające postawę rezygnacyjną, a także tendencję do „samopiętnowania” (piętna uwewnętrznionego) [7, 10, 12, 14, 31]. Odczuwanie stygmatyzacji, objawy depresyjne i łuszczycy są zatem wzajemnie napędzającym się mechanizmem, który wpływa negatywnie nie tylko na nastrój i samopoczucie, funkcjonowanie społeczne czy wybór form aktywności, lecz także na samoakceptację, samoocenę i poczucie własnej wartości, a w konsekwencji na życiowe cele, potrzeby i oczekiwania chorego człowieka.

Uzyskano negatywną odpowiedź na trzecie pytanie badawcze, dotyczące wpływu umiejscowienia zmian skórnych w widocznym miejscu ciała (ręce, szyja, twarz) na nasilenie poczucia stygmatyzacji i objawów depresyjnych. Wyniki przeprowadzonego badania w zestawieniu z rezultatami innych badań [10, 18, 22] mogą sugerować, że negatywne (w obszarze indywidualnym i psychospołecznym) skutki łuszczycy powinny być przypisane samemu procesowi chorowania, niezależnie od umiejscowienia zmian skórnych. Można to tłumaczyć w odwołaniu do wspomnianego mechanizmu samopiętnowania, uruchamianego zwłaszcza przez tych pacjentów z łuszczycą, którzy nie akceptują jakichkolwiek zmian pogarszających ich wygląd i którzy są przekonani, że otoczenie również będzie tak reagować [7, 10, 12]. Innym wytłumaczeniem może być to, że także miejsca zakryte ubraniem są w niektórych sytuacjach ekspozowane (np. współżycie seksualne, basen, plaża, sport), co może w znaczący sposób wpływać na odczuwaną stygmatyzację i obniżać nastrój [23]. Wyniki badań wskazują, że okolice intymne są szczególnie narażone na doświadczanie stygmatyzacji [32]. Ponadto już

samo przekonanie o posiadaniu takich obszarów ciała, których nie warto pokazywać innym, wzmaga „wrażliwość na odrzucenie” i może prowadzić do znacznego obniżenia nastroju, złego samopoczucia, spadku samoakceptacji, samooceny i poczucia własnej wartości.

Jedynym statystycznie istotnym wyjątkiem spośród wymiarów poczucia stygmatyzacji były wstyd i wina, które częściej dotyczyły osób z niewidocznymi zmianami łuszczycowymi. Niestety, autorzy narzędzia badawczego zestawili obie emocje w ramach jednego wymiaru, rozumiejąc wstyd jako reakcję na niespełnianie idealnego obrazu siebie, a winę jako odpowiedź na nieposłuszeństwo nakazom moralnym [20]. Tymczasem w psychologii wstyd jest z reguły odróżniany od poczucia winy, mimo że istnieje poważny problem z ustaleniem jasnych kryteriów różnicujących oba pojęcia [33–35]. Według teorii samoświadomości publicznej i prywatnej wstyd wiąże się ze świadomością publiczną i jest generowany wskutek porównywania się do innych, a wina wiąże się ze świadomością prywatną i wyrzutami sumienia [34, 36].

Wyniki przeprowadzonego badania nie są zgodne z rezultatami innych badań, na podstawie których ustalono, że silniejsze doświadczenie wstydu wiązało się z widocznym umiejscowieniem zmian łuszczycowych [33, 37]; a także z tymi, które wykazały, że wstyd nie łączy się z umiejscowieniem zmian skórnych [38]. Jednakże wstyd badany oddzielnie od poczucia winy stanowi zupełnie inną zmienną. Pacjenci z niewidocznymi zmianami skórnymi odczuwali silniej winę i wstyd niż pacjenci z widocznymi zmianami być może dlatego, że osoby z widocznymi zmianami nie mają już nic do ukrycia. Widoczność zmian, a więc codzienna ich ekspozycja w sytuacjach społecznych, może być powodem wygaszania wstydu. Natomiast pacjenci, u których zmiany skórne są niewidoczne, mogą silniej odczuwać wstyd w sytuacjach, w których muszą pokazać coś, czego na co dzień nie widać. Do takich sytuacji można zaliczyć wizytę na basenie, udział w rozgrywkach sportowych czy kontakty seksualne [23, 32].

Z kolei poczucie winy może wiązać się u osób z niewidocznymi zmianami skórnymi ze świadomością ukrywania choroby i pozorowania zdrowia, a tym samym – powodować wyrzuty sumienia przy nawiązywaniu nowych relacji. Zawsze bowiem pozostaje coś, co z czasem, wraz z zacieśnianiem więzi należałoby wyznać, a o czym trudno mówić zwłaszcza w przypadku relacji intymnych. Innym czynnikiem wzbudzającym poczucie winy może być lęk przed przekazaniem swemu dziecku genu odpowiedzialnego za rozwój choroby.

Wnioski

Przeprowadzone badanie dowodzi, że ciągle aktualnym zadaniem jest zmiana postawy społecznej wobec osób chorych na łuszczycę. Równie ważna jest praca psychoterapeutyczna z osobami chorymi, ukierunkowana na samoakceptację w celu przezwyciężenia poczucia stygmatyzacji i ochrony przed depresją [8, 18, 39]. W przypadku pacjentów z łuszczycą pozytywne skutki może dać Terapia Akceptacji i Zaangażowania [40, 41]. Dermatolodzy powinni zwracać uwagę na objawy depresji i tendencję do samopiętnowania u osób chorych na łuszczycę, informować o jej przebiegu, leczeniu,

rokowaniach i profilaktyce, co pozytywnie wpływa na postrzeganie choroby i zapobiega negatywnym skutkom psychologicznym i społecznym [8].

Piśmiennictwo

1. Łuczowska M, Żaba R. *Łuszczycyca*. W: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R red. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis; 2011. s. 166–172.
2. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. *Psoriasis and psychiatry: An update*. Gen. Hosp. Psychiatry 1987; 9: 157–166.
3. Richards HL, Fortune DG, Chong SLP, Mason DL, Sweeney SKT, Main CJ i wsp. *Divergent beliefs about psoriasis are associated with increased psychological distress*. J. Invest. Dermatol. 2004; 123: 49–56.
4. Zachariae R, Zachariae J, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mørk C i wsp. *Self-reported stress reactivity and psoriasis – related stress of Nordic psoriasis sufferers*. J. Eur. Acad. Dermatol. 2004; 18: 27–36.
5. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CEM. *What patients with psoriasis believe about their condition*. J. Am. Acad. Dermatol. 1998; 39(2): 196–201.
6. Russo PA, Ilchel R, Cooper AJ. *Psychiatric morbidity in psoriasis: A review*. Australian Journal of Dermatology 2004; 45(3): 155–159.
7. Makowska I, Gmitrowicz A. *Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2014; 14(2): 100–105. Doi: 10.15557/PiPK.2014.001.
8. Papadopoulos L, Bor R. *Psychological approaches to dermatology*. London: The British Psychological Society; 1999.
9. Anthis L. *Skin disease and relationships*. W: Walker C, Papadopoulos L red. *Psychodermatology. The psychological impact of skin disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. s. 72–88.
10. Kent G. *Stigmatization and skin conditions*. W: Walker C, Papadopoulos L red. *Psychodermatology. The psychological impact of skin disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. s. 44–56.
11. Kent G, Keohane S. *Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience*. Brit. J. Clin. Psychol. 2001; 40: 23–34.
12. Cechnicki A. *Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody*. Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2009; 2(1): 41–54.
13. Kent G. *Testing a model of disfigurement: Effects of skin camouflage service on well-being and appearance anxiety*. Psychol. Health 2002; 17: 377–386.
14. Böhm D, Stock Gissendanner S, Bangemann K, Snitjer I, Werfel T, Weyergraf A i wsp. *Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life*. JEADV. 2013; 23: 220–226. Doi: 10.1111/j.1468-3083.2012.04451.x.
15. Devrimci-Ozguven H, Kundakci N, Kumbasar H, Boyvat A. *The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients*. J. Eur. Acad. Dermatol. 2000; 14: 267–271.
16. Gupta MA, Gupta AK. *Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis*. Brit. J. Dermatol. 1998; 139: 846–850.

17. Hawro T, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Sysa-Jędrzejowska A, Zalewska A. *Lęk i depresja a wsparcie społeczne u chorych na łuszczycę*. Przegląd Lekarski 2007; 64(9): 568–571.
18. Hrehorów E, Salomon J, Matusiak Ł, Reich A, Szepietowski JC. *Patients with psoriasis feel stigmatized*. Acta Derm.-Venereol. 2012; 92: 67–72. Doi: 10.2340/00015555-1193.
19. Hrehorów E, Szepietowski J, Reich A. *Narzędzia do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: polskie wersje językowe*. Dermatologia Kliniczna 2006; 8: 253–258.
20. Ginsburg IH, Link BG. *Feelings of stigmatization in patients with psoriasis*. J. Am. Acad. Dermatol. 1989; 20: 53–63.
21. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. *Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka*. Psychologia, Etologia, Genetyka 2009; 19: 71–95.
22. Schmid-Ott G, Schallmayer S, Calliess IT. *Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience*. Clin. Dermatol. 2007; 25: 547–554.
23. Hawro T, Janusz I, Zalewska A, Miniszewska J. *Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u osób chorych na łuszczycę*. W: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R. red. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis; 2011. s. 42–51.
24. Lu Y, Duller P, Valk van der PGM, Evers AWM. *Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis*. Dermatology and Psychosomatic 2003; 4: 146–150.
25. Renzetti CM, Curran DJ. *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005.
26. Goffman E. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
27. Rzepa T. *Choroby skóry jako niszczące piętno*. W: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R red. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis; 2011. s. 12–21.
28. Brody LR. *Gender, emotion and the family*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
29. Gupta MA, Gupta AK. *Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life*. Int. J. Dermatol. 1995; 34(10): 700–703.
30. Gupta MA, Gupta AK, Watteel GN. *Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: An index of the stigma experience in dermatologic disorders*. Cutis. 1998; 61: 339–342.
31. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Zaburzenia nastroju. Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003. s. 268–323.
32. Schmid-Ott G, Kuensbeck HW, Jaeger B, Werfel T, Frahm K, Ruitman J i wsp. *Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients*. Acta Derm.-Venereol. 1999; 79: 443–447.
33. Rzepa T, Żaba R, Jakubowicz O. *Wstyd doświadczany z powodu własnej choroby a satysfakcja z życia*. Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal 2014; 20(1): 111–118.
34. Strus W. *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Liberi Libri; 2012.
35. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and guilt (emotions and social behavior)*. New York: Guilford Press; 2002.
36. Buss AH. *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman; 1980.
37. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. *Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life*. Acta Derm.-Venereol. 2012; 92: 299–303. Doi: 10.2340/00015555-1273.

38. Ludwig MW, Oliveira S, Muller MC, Moraes JF. *Quality of life and site of the lesion in dermatological patients*. An. Bras. Dermatol. 2009; 84(2): 143–150.
39. Ogłodek E, Araszkiewicz A, Placek W. *Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę*. Zdrowie Publiczne 2009; 119(3): 335–337.
40. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. *A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems*. Psychother. Psychosom. 2015; 84: 30–36. Doi: 10.1159/000365764.
41. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka ważnej zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.

Adres: Joanna Król
Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński,
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 69

Otrzymano: 3.12.2016

Zrecenzowano: 3.02.2017

Otrzymano po poprawie: 7.02.2017

Przyjęto do druku: 7.02.2017