

**Barbara Czuba**Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna  
im. ks. B. Markiewicza w Jarosławiubarbara.czuba@pwste.edu.pl  <https://orcid.org/0000-0002-7213-5751>DOI: <https://doi.org/10.52934/eto.145>

## Rola czynników psychologicznych w przebiegu atopowego zapalenia skóry

### *The role of psychological factors in the course of atopic dermatitis*

**Abstrakt:** Celem niniejszego artykułu jest omówienie najważniejszych psychologicznych aspektów leczenia chorób dermatologicznych.

**Słowa kluczowe:** atopowe zapalenie skóry, wybrane aspekty jakości życia, zaburzenia psychodermatologiczne

**Abstract:** The aim of this article is to discuss the most important psychological aspects of treating dermatological diseases

**Keywords:** atopic dermatitis, selected aspects of the quality of life, psychodermatological disorders

## Wprowadzenie

Ostatnimi czasy nastąpił wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe wśród dzieci i młodzieży, ze szczególnym wzrostem chorób alergicznych, o czym świadczą dane statystyczne. Rosnąca liczba alergików w szkołach, gabinetach i poradniach alergologicznych stanowiła motywację do podjętej przeze mnie analizy literatury. Z dotychczas przeprowadzonych badań

wynika, że choroby dermatologiczne o przewlekłym przebiegu wpływają niekorzystnie na wiele aspektów życia chorego. Przyczyn jest wiele, ale na pewno jedną z ważniejszych jest negatywna reakcja otaczających ludzi, która często wynika z braku wiedzy o chorobie i nieuzasadnionego lęku przed zakażeniem. Powoduje to, że duża grupa pacjentów dermatologicznych ma silne poczucie stygmatyzacji. Brak dobrych relacji z otoczeniem skutkuje często u dzieci pogorszeniem wyników w nauce, a u dorosłych brakiem sukcesów zawodowych. Ponadto, występujące ograniczenia przy wyborze zawodu powodują, że wśród chorych leczonych dermatologicznie zauważa się większy odsetek ludzi pozostających bez pracy. Niezmiernie ważną kwestią jest również życie rodzinne, które niejednokrotnie jest podporządkowane chorej osobie. Wszystko to sprawia, że u wielu pacjentów dermatologicznych rozwijają się różne wtórne zaburzenia psychiczne, które pogarszają przebieg schorzenia podstawowego. Tym samym często wymagają oni postępowania wielokierunkowego i oprócz skutecznego leczenia dermatologicznego, także wsparcia psychologicznego, a czasem nawet leczenia psychiatrycznego. Celem niniejszego artykułu jest omówienie najważniejszych psychologicznych aspektów leczenia chorób dermatologicznych.

Według najbardziej uniwersalnej definicji Gilla i Feinsteina (1994) jakość życia to sposób, w jaki człowiek odczuwa i reaguje na stan swojego zdrowia i na inne niemedyczne aspekty życia.

Problem jakości życia związanej ze zdrowiem ujęty został również, choć nie w sposób bezpośredni, w definicji zdrowia sformułowanej przez WHO (de Walden-Gałuszko, 1994). Zdrowie, zgodnie z tą definicją, jest stanem pełnego, psychicznego i społecznego, dobrego samopoczucia, a nie tylko brakiem choroby. Wskazuje to na subiektywny wymiar jakości życia – samopoczucie, a także na obszary jakości życia wykraczające poza chorobę somatyczną.

Jakość życia obejmuje następujące dziedziny:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
- doznania somatyczne (Kowalczyk, 1999).

Dlaczego jakość życia w chorobach dermatologicznych jest ważna? Bowiem choroby dermatologiczne są dobrze widoczne i dotyczą największego organu ludzkiego – skóry. Wygląd skóry szczególnie wpływa na samoocenę pacjenta i jego relacje z otoczeniem. W odczuciach pacjentów najgorsze są właśnie choroby widoczne dla otoczenia. Efekt szpecący choroby jest przeżywany przez pacjenta szczególnie boleśnie. Choroby skóry wywierają znaczny wpływ na psychikę pacjenta i właśnie temu aspektowi powinno poświęcić się zdecydowanie więcej uwagi.

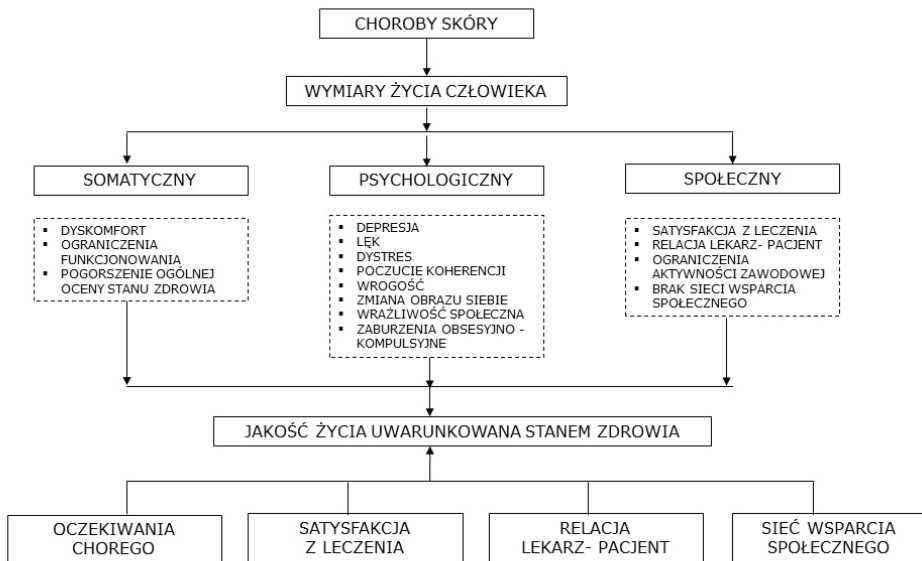
Każda choroba ma negatywny wpływ na jakość życia nie tylko samych pacjentów, ale również znacząco modyfikuje życie członków ich rodzin i partnerów. Oddziałuje na trzy obszary funkcjonowania człowieka, na które składa się funkcjonowanie somatyczne (dyskomfort, pogorszenie ogólnej oceny stanu zdrowia, ograniczenie funkcjonowania), społeczne (ograniczenie aktywności zawodowej, problemy z wypełnianiem ról społecznych) oraz emocjonalne (depresja, lęk, zaburzone postrzeganie samego siebie, nadwrażliwość społeczna). Objawy somatyczne atopowego zapalenia skóry (AZS), do których należą: świąd, pieczenie skóry, jej bolesność, krwawienie, złuszczenie naskórka, wielokrotnie są przyczyną wywołującą u chorych negatywne emocje i odczucia takie jak rozdrażnienie, przygnębienie, poczucie bezsilności, a także powodują trudności w zasypianiu. Ponadto badanie Kieć-Świerczyńskiej i wsp. (2008) ukazuje, iż 48% osób stwierdziło, że AZS jest chorobą uciążliwą. Żadna z osób biorąca udział w badaniu nie określiła, aby AZS było nieuciążliwą chorobą. W tym samym badaniu analizie poddano prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych. Wśród osób z AZS wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych stwierdzono u 24% badanych, jednak w zestawieniu z wynikami osób z pokrzywką (40%) czy wypryskiem kontaktowym (36%), ryzyko to było najniższe.

Występujące w rodzinie atopowe zapalenie skóry (AZS) oddziałuje na życie codzienne chorych, ale jest również dużym obciążeniem finansowym, gdyż wydatki związane z leczeniem i codziennym stosowaniem emolientów były odczuwalne dla 97% badanych. Obciążenie to bardziej odczuwają kobiety i może to wynikać z większej dbałości o wygląd oraz systematyczności w stosowaniu środków pielęgnacyjnych, jak i być spowodowane faktem, iż kobiety w Polsce nadal mają niższe dochody od mężczyzn. Natomiast 80% chorych ma obniżoną samoocenę ze względu na AZS, i dotyczy to zwłaszcza ludzi młodych w wieku 16–30 lat, kiedy to podejmuje się ważne decyzje wpływające na całe dalsze lata życia związane z podjęciem dalszej nauki czy pracy zawodowej. Obniżona samoocena może determinować niepewność siebie i tu 66% ankietowanych przyznaje, że ma to związek z ich chorobą. Co więcej, wiąże się z tym szereg negatywnych emocji, które nawzajem się potęgują (Kowalewska, Krajewska-Kułak, Baranowska i wsp., 2008).

Analizując literaturę przedmiotu, można zauważyć, iż w celu podniesienia poziomu jakości życia chorych, określa się czynniki wpływające na ich jakość życia, które mogą być modyfikowane przez lekarzy oraz system opieki zdrowotnej. Te działania wpływające na poprawę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mogą prowadzić do wzrostu skuteczności leczenia (rys. 1). Ponadto we współczesnej literaturze podkreśla się, że skuteczna terapia chorób somatycznych, w tym chorób dermatologicznych, powinna uwzględniać

aspekty psychologiczne wynikające ze specyfiki danej choroby i jej leczenia oraz z indywidualnego sposobu doświadczania przez pacjenta jego choroby (Steuken, Janowski, 2002).

Oddziaływania psychologiczne polegają przede wszystkim na wsparciu chorych w tych obszarach funkcjonowania, które najczęściej ulegają zaburzeniu w wyniku choroby oraz uwzględnianiu oczekiwań pacjentów dotyczących terapii, co zwiększa satysfakcję z leczenia (Greenberg, Constantino, Bruce, 2006). Szeroko rozumiana pomoc psychologiczna wobec pacjentów z chorobami skóry obejmuje takie formy oddziaływań, jak kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, techniki relaksacyjne, medytację, biofeedback, zachęcanie do udziału w grupach wsparcia, włączanie chorych w psychoterapię w sytuacjach tego wymagających oraz psychoedukację pacjentów i ich rodzin.



**Rysunek 1.** Uwarunkowania jakości życia pacjentów z chorobami skóry

Źródło: opracowanie własne.

Podstawową rolę w rozwoju chorób skóry o etiologii psychogennej odgrywają czynniki psychologiczne, takie jak stres, konflikty emocjonalne oraz interpersonalne, frustracja, cechy osobowości. Psychoterapia i zastosowanie technik behawioralnych oraz technik relaksacyjnych powinny uwzględniać analizę konfliktów emocjonalnych, które mogą stanowić przyczynę świądu. Metodami wspomagającymi mogą być biofeedback oraz techniki relaksacyjne. Dzięki temu treningowi chorzy nabywają umiejętności kontrolowania swoich reakcji, a regularne ich powtarzanie prowadzi do utrwalenia nowych wzorców

reagowania. Należy również podkreślić pomocniczą rolę treningu autogennego dla skuteczności metody biofeedback (Shenefelt, 2002).

Choroby skóry, których przebieg jest modyfikowany przez czynniki psychologiczne – w obrębie tej grupy chorób psychodermatologicznych znajdują się dermatozy, w patogenezie których podstawową rolę odgrywają czynniki biologiczne (genetyczne, immunologiczne), jednak ich przebieg kliniczny może być modyfikowany przez czynniki psychologiczne (wyższy poziom neurotyzmu, skłonne do tłumienia uczuć, wyższy poziom lęku, stres, konflikty emocjonalne) (Steuden, Janowski, 2002).

Natomiast pomoc psychologiczna w atopowym zapaleniu skóry (AZS) u dzieci polega przede wszystkim na psychoedukacji rodziców. Oddziaływania psychoedukacyjne powinny obejmować zagadnienia rozumienia stanu emocjonalnego dziecka, właściwego kształtowania postaw rodzicielskich i technik wychowawczych, przeciwdziałania stygmatyzacji dzieci w środowisku rówieśniczym oraz kształtowania pozytywnego obrazu siebie u dziecka. Z kolei wśród dorosłych chorych stosuje się interwencje psychoterapeutyczne, pomagające w określaniu czynników wywołujących stres i sposobów konstruktywnego radzenia sobie z nim oraz umożliwiające wyrażanie gniewu (Gupta, Gupta, 1996).

Wiele badań potwierdza, że oddziaływania psychologiczne mogą uzupełniać proces leczenia chorób skóry. Pozytywne skutki przynależności do grup wsparcia stwierdza się również w przypadku chorych na atopowe zapalenie skóry w uzyskaniu stabilnego i satysfakcjonującego statusu psychospołecznego. Najbardziej efektywna wydaje się psychoterapia grupowa (Rumsey, Harcourt, 2004).

Ważnym aspektem psychologicznym leczenia pacjentów z chorobami skóry jest zarówno uwzględnianie i próba wyjścia naprzeciw oczekiwaniom chorych, jak też podnoszenie satysfakcji z leczenia (Staniszewska, Ahmed, 2004). Wykazano, że udział chorych w psychoterapii, polegający na aktywnym uczestniczeniu w procesie leczenia, jest bardzo korzystny i wpływa na szybszą poprawę ich stanu zdrowia (Zachariae, Oster, Bjerring, Kragballe, 1996). Postępowanie z chorym i spełnienie lub niespełnienie jego oczekiwań pozostają ważnym czynnikiem współdecydującym o efektywności różnych form psychoterapii. Z drugiej jednak strony, psychoterapia powinna pomagać choremu w formowaniu realnych oczekiwań związanych z metodami i wynikami leczenia (Greenberg, Constantino, Bruce, 2006).

Kolejnym celem opieki psychologicznej nad chorym jest podnoszenie satysfakcji z leczenia. Dotyczy ona nie tylko pozytywnych odczuć chorych wobec czasu trwania i wyników leczenia, ale również stosowanych metod i procesu powrotu do zdrowia. Zadowolenie z leczenia jest ważnym czynnikiem

wpływającym na jakość życia, szczególnie w grupie pacjentów z chorobami skóry, którzy często wymagają leczenia długoterminowego oraz regularnych wizyt kontrolnych (Fan, Burman, McDonell, Fihn, 2005).

Innym ważnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję z leczenia jest szczególna relacja, która powstaje między lekarzem a pacjentem, istotnym czynnikiem dla tego rodzaju kontaktu są umiejętności interpersonalne lekarza. Ujawniają się one nie tylko przez przedstawienie wskazówek dotyczących leczenia, ale również przez udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na pytania pacjenta, wyjaśnianie przyczyny choroby, a także okazywanie empatii (Galil, Bachner, Merrick, Flusser, Lubetzky, Heiman, Carmel, 2006). Satysfakcja z leczenia zwiększa prawdopodobieństwo stosowania się do zaleceń lekarza oraz aktywnej współpracy z nim, przez co pozytywnie wpływa na skuteczność leczenia. Natomiast niespełnienie oczekiwań chorego dotyczących wyników terapii, niezależnie od stanu rzeczywistego, może być przyczyną niewypełniania zaleceń lekarskich i wynikającego z tego pogorszenia stanu zdrowia.

Niezaspokojenie oczekiwań chorego, brak psychologicznego wsparcia i związana z tym obniżona jakość życia mogą prowadzić do pojawienia się poczucia osamotnienia, które wtórnie ogranicza funkcjonowanie społeczne pacjentów. Dodatkowo może być związane m.in.: z obniżoną samooceną, brakiem umiejętności społecznych, problemami zdrowia psychicznego. Ponadto, osoby z poczuciem osamotnienia mogą również ujawniać zaburzenia zachowania (uzależnienie od alkoholu i/lub narkotyków, zaburzenia odżywiania), lęk, depresję oraz bóle głowy (Heinrich, Gullone, 2006).

Badania przeprowadzone w ostatnich latach dowiodły, że stan skóry jest silnie związany z poziomem stresu, jaki odczuwa pacjent, a w patomechanizmie choroby duże znaczenie odgrywa zarówno ośrodkowy, jak i obwodowy układ nerwowy (Taieb, 1999). Zmiany na skórze są przyczyną szeregu dolegliwości przedstawionych w niniejszej pracy, powodują dyskomfort psychiczny i zaburzenia emocjonalne, odpowiednie techniki relaksacyjne oraz radzenia sobie ze stresem mogą być bardzo przydatne. Chorzy ci żyją w stanie przewlekłego stresu, a długotrwały stan pobudzenia organizmu przyczynia się do utrwalenia dolegliwości somatycznych i psychicznych. Problemami tymi zajmuje się psychodermatologia, a istotnym elementem pracy psychologicznej są techniki relaksacyjne oraz uczenie chorych, aby potrafili stworzyć pozytywny obraz siebie samego, wyzbyli się nadmiernego smutku i zażenowania stanem swojej skóry, wytworzyli pozytywne schematy myślenia o życiu, umieli nawiązywać kontakty społeczne. Aby poradzić sobie z piętnującymi zachowaniami ze strony społeczeństwa, konieczna jest pomoc i wsparcie osób bliskich, które nie ulegają stereotypom i przekonaniom wskazującym na winę chorego za wystąpienie u niego zmian skórnych. Jednak, by takich ludzi było coraz więcej,

nasze społeczeństwo musi przejść dużą transformację i posiadać umiejętność zrozumienia i szanowania ciężaru, jaki spoczywa na ludziach z różnymi chorobami, w tym dermatologicznymi. Największym problemem jest złamanie stereotypu, który wiąże choroby skóry z brakiem higieny i dbałości o swój wygląd. Jest to celem nadrzędnym, ponieważ stygmatyzacja ze strony ludzi z zewnątrz i ich nieodpowiednie zachowania prowadzą do silnych zaburzeń w relacjach społecznych i więziach uczuciowych pomiędzy chorym a jego rodziną i przyjaciółmi, co więcej – często są przyczyną zaburzeń osobowościowych chorego (Fan, Burman, McDonell, Fihn, 2005).

## Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że zmiany chorobowe w widocznych miejscach, zwłaszcza na nieosłoniętych częściach ciała, jak np. dłonie, twarz powodują, że chory może spotkać się z brakiem akceptacji otoczenia, mylnym postrzeganiem zmian skórnych jako zakaźne, bądź wynikające z braku higieny osobistej. Dodatkowym czynnikiem nasilającym prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego są cechy osobowościowe, często towarzyszące chorym na AZS. Do takich zaliczamy: niską samoocenę, brak wiary we własne możliwości, obniżoną pewność siebie, a także kłopoty z wyrażaniem własnych emocji. Dotychczas przeprowadzone badania wybranych aspektów jakości życia chorych na atopowe zapalenie skóry wykazały istotny wpływ atopowego zapalenia skóry na poziom samooceny i mniejszą pewność siebie. Stwierdzono częste zaburzenia snu, seksualności oraz liczne zaburzenia emocjonalne wśród chorych. Wskutek tego, co czwarta osoba miała stany depresyjne, a co siódma myśli samobójcze. Atopowe zapalenie skóry wpływa negatywnie na wiele aspektów życia chorego, ma swoje konsekwencje fizyczne, emocjonalne i psychologiczne, a także finansowe. Leczenie tej choroby powinno być wsparte psychoterapią oraz spotkaniami w ramach grup wsparcia, co pomaga w tworzeniu pozytywnych schematów myślenia, wzmacnia samoocenę i pewność siebie chorego, a także ułatwia radzenie sobie w trudnych sytuacjach i panowanie nad stresem poprzez techniki relaksacyjne. Ponadto udzielanie pomocy psychologicznej, podnoszenie satysfakcji chorego z leczenia oraz wychodzenie naprzeciw jego oczekiwaniom powinny być stałym elementem opieki zdrowotnej w leczeniu dermatologicznym. Skuteczność terapii jest uzależniona od jakości współpracy między personelem medycznym a pacjentem. W celu zwiększenia efektywności leczenia istotne jest całościowe traktowanie procesu terapii, co oznacza, że chorych należałoby objąć równoczesną opieką medyczną oraz psychologiczną. Udzielanie pomocy psychologicznej wymaga od

psychologów i terapeutów stałego doskonalenia umiejętności terapeutycznych i stosowania odpowiednich metod oddziaływań na pacjentów z różnymi chorobami skóry. Natomiast z uwagi na odpowiedzialność za efektywność leczenia, jaka spoczywa na lekarzach, którzy powinni nie tylko podnosić kwalifikacje w zakresie swoich specjalności, ale również doskonalić umiejętności nawiązywania i podtrzymywania szczególnej relacji, która łączy lekarza z pacjentem i innymi osobami zaangażowanymi w sprawowanie opieki nad chorym.

## References

- De Walden-Gałuszko, K. (1994). Jakość życia – rozważania ogólne. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (ss. 13–38). Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół jakości życia. *Psychologia jakości życia*, 1, 77–100.
- Ernst, E., Kanji, N. (2000). Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 8(2), 106–110. <https://doi.org/10.1054/ctim.2000.0354>
- Fan, V. S., Burman, M., McDonell, M. B., Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 226–233. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x>
- Galil, A., Bachner, Y. G., Merrick, J., Flusser, H., Lubetzky, H., Heiman, N., Carmel, S. (2006). Physician–parent communication as predictor of parent satisfaction with child development services. *Research in Developmental Disabilities*, 27(3), 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.03.004>
- Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619–626. <https://doi.org/10.1001/jama.272.8.619>
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657–678. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Gupta, M. A., Gupta A. K. (1996). Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1030–1046. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)90284-4](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(96)90284-4)
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>



- Kieć-Świerczyńska, M., Kręcisz, B., Potocka, A. i wsp. (2008). Czynniki psychologiczne w przebiegu chorób alergicznych skóry. *Medycyna Pracy*, 59(4), 279–285.
- Kowalczyk-Zieleniec, E., Nowicki, R., Majkowicz, M. (1999). Jakość życia w dermatologii. Metody pomiaru. *Przegląd Dermatologiczny*, 86, 153–158.
- Kowalewska, B., Krajewska-Kułak, E., Baranowska, A. i wsp. (2010). Problem stygmatyzacji w dermatologii. *Dermatologia Kliniczna*, 12, 181–184.
- Rumsey, N. & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 1(1), 83–97. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00005-6](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00005-6)
- Shenefelt, P. D. (2002). Complementary psychotherapy in dermatology: hypnosis and biofeedback. *Clinics in Dermatology*, 20(5), 595–601. [https://doi.org/10.1016/S0738-081X\(02\)00264-X](https://doi.org/10.1016/S0738-081X(02)00264-X)
- Staniszewska, S. & Ahmed, L. (2000). Patient involvement in the evaluation of health care: identifying key issues and considering the way forward. *Coronary Health Care*, 4(1), 39–47. <https://doi.org/10.1054/chec.1999.0052>
- Studen, S., Janowski, K. (2002). Schorzenia psychodermatologiczne. *Przegląd Dermatologiczny*, 89(3), 175–183.
- Taieb, A. (1999). Hypothesis: from epidermal barrier dysfunction to atopic disorders. *Contact Dermatitis*, 41(4), 177–180. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.1999.tb06125.x>
- Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: A preliminary report. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 34(6), 1008–1015. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(96\)90280-7](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(96)90280-7)