

Związek nastroju z cechami choroby u osób z łuszczycą

Relationship of mood with characteristics of the disease among a group of psoriasis patients

Małgorzata Anna Basińska, Liliana Szymańska

Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. Małgorzata Anna Basińska, prof. nadzw. UKW

Przeegl Dermatol 2013, 100, 146–153

STRESZCZENIE

SŁOWA KLUCZOWE:
łuszczycyca, stan kliniczny,
nastój.

KEY WORDS:
psoriasis, clinical state, mood.

Wprowadzenie. Łuszczycyca wywiera ogromny wpływ na stan psychiczny chorego, szczególnie na nastój, a przeżycia i nastój modyfikują przebieg choroby.

Cel pracy. Próba oceny związku zachodzącego pomiędzy cechami choroby a nastojem u chorych na łuszczycyca.

Materiał i metodyka. Badanie przeprowadzono u 93 osób chorych na łuszczycyca, grupę porównawczą stanowiło 90 osób zdrowych. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: ankietę osobową, skalę oceny nasilenia łuszczycyca (PASI) oraz kwestionariusz samopoczucia (POMS).

Wyniki. Stwierdzono, że występuje związek między cechami choroby a nastojem. Kobiety, osoby młodsze, krócej chorujące, z bardziej nasilonymi dolegliwościami i większym odsetkiem zajętej powierzchni ciała cechują się bardziej negatywnym nastojem niż mężczyźni, osoby starsze, dłużej chorujące, z mniej nasilonymi dolegliwościami i mniejszą rozległością zmian skórnych.

Wnioski. Ważnym elementem leczenia chorych na łuszczycyca powinna być poprawa ich stanu psychicznego, szczególnie nastroju.

ABSTRACT

Introduction. Psoriasis has a huge impact on the mental state of the patient, and especially the mood and experiences modify the course of the disease.

Objective. The evaluation of the relationship between characteristics of the disease and subjective assessment of mood in patients with psoriasis.

Material and methods. The study was conducted among 93 patients with psoriasis and 90 healthy persons as a control group. The following instruments were applied: a personal questionnaire, Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and Profile of Mood State Questionnaire (POMS).

Results. The study confirmed the relationship between characteristics of the disease and mood in patients with psoriasis. Women, younger persons, with shorter duration of the disease, more severe complaints and with higher PASI had a more negative mood than men, older persons, those who were sick longer, with less severe complaints and smaller PASI.

Conclusions. An important part of treating patients with psoriasis should be improvement of their mental state, and especially the mood.

ADRES DO KORESPONDENCJI:
dr hab. Małgorzata A. Basińska,
prof. nadzw. UKW
Zakład Psychopatologii
i Diagnostyki Klinicznej
Instytut Psychologii
Uniwersytet
Kazimierza Wielkiego
w Bydgoszczy
ul. Leopolda Staffa 1
85-867 Bydgoszcz
e-mail: mbasinska@ukw.edu.pl

WPROWADZENIE

Większość prowadzonych badań u chorych na łuszczycę dotyczy jej aspektów medycznych, natomiast niezbyt częste są badania dotyczące związku między przebiegiem chorób dermatologicznych a psychiką chorego.

Łuszczyca (*psoriasis*) jest jedną z najczęstszych chorób skóry; dotyczy ok. 3% populacji. Jest ona schorzeniem zapalnym o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, w którym dochodzi do nadmiernego namnażania się komórek skóry i jej przyspieszonego rogowacenia [1, 2]. Łuszczyca występuje w kilku postaciach klinicznych różniących się stopniem nasilenia, umiejscowieniem oraz czasem trwania zmian skórnych [1]. Wydaje się, że w łuszczycy uwarunkowania genetyczne oraz zaburzenia immunologiczne odgrywają główną rolę w patogenezie choroby, jednak jej rozwój może być modyfikowany przez stres, konflikty emocjonalne czy skłonność do tłumienia uczuć [3]. Szczególną rolę przypisuje się stresowi i towarzyszącym mu negatywnym emocjom [2]. Te wzajemne powiązania psychiki i ciała są analizowane przez medycynę psychosomatyczną, która opiera się na holistycznym ujmowaniu człowieka i zwraca uwagę na aspekty biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Według podejścia całościowego *psyche* i *soma* nie są ujmowane jako oddzielne układy, lecz są różnymi aspektami jednostki ludzkiej [4]. Psychodermatologia jest dziedziną, która zajmuje się powiązaniem psychiki z chorobami skóry [5, 6]. Jej prekursorzy próbowali sprecyzować związek pomiędzy strukturą osobowości, konfliktami emocjonalnymi a chorobami skóry [7]. W latach 30. i 50. ubiegłego wieku nastąpił rozwój teorii, wzrost liczby badań oraz publikacji na temat psychodermatoz, czyli tych schorzeń dermatologicznych, w których etiologii i przebiegu czynniki psychologiczne odgrywają istotną rolę [3, 8].

Nastrój i jego związek ze zdrowiem i chorobą

Nastrój jest definiowany jako stan emocjonalny trwający zwykle kilka godzin, dni lub tygodni [9]. Jest to stan doświadczany subiektywnie, zawsze obecny, który nadaje afektywny koloryt wszystkiemu, co robimy [10].

Związek nastroju ze stanem somatycznym człowieka jest procesem dwukierunkowym. Nastrój zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio wpływa na chorobę, jest nie tylko jej przyczyną, lecz także czynnikiem pośredniczącym między stanem zdrowia a doświadczanym stresem. Nastrój może być także konsekwencją choroby. Odczuwany nastrój przyczynia się do wystąpienia choroby, gdyż zmienia aktywność biochemiczną organizmu [11] lub pod jego wpływem człowiek podejmuje działania ryzykowne. Wyniki badań świadczą o tym, że często choroba somatyczna prowadzi do pogorszenia aktywności

człowieka i jego funkcjonowania, co z kolei pogłębia nastrój depresyjny [11]. Osoby cechujące się optyzyzmem w trudnych sytuacjach doświadczają mniejszego dystresu, odczuwają mniejszy ból oraz niepokój, a także charakteryzują się pozytywnym nastawieniem do życia [12, 13]. Pozytywny nastrój dodatnio koreluje ze zdrowiem, a zdrowie pozytywnie oddziałuje na nastrój [14]. Osoby chore przewlekłe często przeżywają lęk, gniew, przygnębienie, a nastrój miewają obniżony. U osób chorych somatycznie pojawia się nastrój przygnębienia, pod wpływem którego obniża się aktywność układu nerwowego oraz zostają uruchomione mechanizmy działające demobilizująco na organizm człowieka. Przyczynia się to do negatywnego przebiegu choroby [15].

CEL PRACY

Głównym celem podjętych badań była próba oceny związków zachodzących pomiędzy cechami choroby i stanem klinicznym chorych na łuszczycę a ich nastrojem. Przedstawiona problematyka badań dotycząca osób chorych na łuszczycę pozwoliła na sformułowanie następujących pytań badawczych:

1. Czy różnica między ogólnym nastrojem, pozytywnym a negatywnym, jest specyficzna dla osób chorych? Oczekuje się bardziej nasilonego nastroju negatywnego u osób chorych na łuszczycę.

2. Czy istnieje różnica w nastroju u chorych na łuszczycę ze względu na płeć i wiek? Oczekuje się u kobiet i u osób młodszych bardziej nasilonego nastroju negatywnego.

3. Czy istnieją różnice w nastroju chorych na łuszczycę ze względu na stan kliniczny wyrażony w: a) nasileniu zmian łuszczycowych, b) czasie trwania choroby, c) występowaniu powikłań chorobowych, d) współwystępowaniu innych chorób. Oczekuje się gorszego nastroju u osób z bardziej zaawansowaną chorobą i jej cięższym przebiegiem.

4. Czy istnieje związek pomiędzy nastrojem a: a) powierzchnią ciała zajęta przez zmiany łuszczycowe, b) częstością występowania dolegliwości chorobowych, c) liczbą hospitalizacji? Oczekuje się bardziej nasilonego nastroju u osób z dużym obszarem ciała zajęтым przez zmiany łuszczycowe, u osób odczuwających duże nasilenie dolegliwości oraz częściej hospitalizowanych.

MATERIAŁ I METODYKA

Grupę badanych stanowiły osoby cierpiące na łuszczycę, które miały postawioną diagnozę przez lekarza specjalistę w zakresie dermatologii; łuszczyca była ich pierwotną chorobą, pacjenci wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Równoległe do badania chorych na łuszczycę przeprowadzono badanie osób zdrowych, które dobierano odpowiednio pod względem płci, wykształcenia i wieku. Nie chorowały one na chorobę somatyczną i/lub psychiczną oraz wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniu.

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia: ankietę osobową, skalę oceny nasilenia łuszczycy (ang. *Psoriasis Area and Severity Index* – PASI) oraz kwestionariusz samopoczucia (ang. *Profile of Mood States* – POMS). Ankieta zawierała podstawowe informacje społeczno-demograficzne na temat osób badanych oraz ich zdrowia i przebiegu choroby. Skala PASI autorstwa T. Fredrikssona i U. Petterssona [16] jest szacunkowa. Dzięki niej określa się stopień nasilenia objawów skórnych pojawiających się w przebiegu łuszczycy oraz procentowo szacuje się powierzchnię ciała zajętą przez zmiany chorobowe. Końcowy wynik może wynosić 0–72. Im wyższy jest wynik, tym cięższa jest postać łuszczycy. PASI to standaryzowane narzędzie mierzące nasilenie stanu klinicznego łuszczycy [2]. Kwestionariusz samopoczucia opracowali D.M. McNair, M. Lorr i L.F. Droppleman [17]. Kwestionariusz POMS przeznaczony jest do badania młodzieży oraz dorosłych i może być wypełniany indywidualnie bądź grupowo. Obejmuje 65 przymiotników charakteryzujących różnorodne stany emocjonalne i nastroje, w jakich może znajdować się człowiek. Osoba badana określała natężenie występowania danego samopoczucia na pięciostopniowej skali 0–4, gdzie 0 oznacza zdecydowanie nie, a 4 – zdecydowanie tak. Osoba badana ustosunkowała się do podanych przymiotników, odpowiadając na pytanie: W jakim stopniu doznawałeś tego odczucia w ostatnim tygodniu?

Tworzące test przymiotniki wchodziły w skład 6 skal mierzących odrębne stany nastrojów: (1) Napięcie–Lęk – składa się z 9 itemów; definiuje się jako napięcie mięśniowe, czasem niewidoczne w obserwacji; jest to uogólniony stan dyskomfortu; (2) Depresja–Przygnębienie – składa się z 15 itemów; jest definiowana jako nastrój smutku z poczuciem nieadekwatności, poczucie winy i emocjonalna izolacja od innych, poczucie mniejszej wartości; (3) Gniew–Wrogość – składa się z 12 itemów; jest definiowany jako gniew i niechęć do innych, złośliwość, drażliwość, buntowniczość, zgorzkniałość oraz podstępność; (4) Wigor–Aktywność – składa się z 8 itemów; jest definiowany jako stan dużej energii, ciągłej gotowości do działania i ożywienia, nastrój pogodny; ta skala negatywnie koreluje z pozostałymi pięcioma; (5) Zmęczenie–Znużenie – składa się z 7 itemów; jest definiowana jako poczucie bezwładności, znużenia i niskiego poziomu energii, powolność i wyczerpanie; (6) Zakłopotanie–Zmieszanie – składa się z 7 itemów; jest definiowana jako stan zdezorientowania, zagmatwania, trudność w koncentracji uwagi, zapominanie oraz poczucie braku skuteczności w działaniu [17].

Wśród zdefiniowanych skal pięć odnosi się do negatywnych stanów (Napięcie–Lęk, Depresja–Przygnębienie, Gniew–Wrogość, Zmęczenie–Znużenie, Zakłopotanie–Zmieszanie), natomiast stan pozytywny opisuje tylko jedna (Wigor–Aktywność). Odpowiedzi zaznaczane na arkuszu są następnie zliczane według klucza.

Zebrano wiele dowodów wskazujących na to, że POMS jest testem zarówno trafnym, jak i rzetelnym. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla sześciu wyżej wymienionych skal wynosiły 0,84–0,95 [18].

Badania rozpoczęto po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej oraz kierownika Kliniki. Zostały przeprowadzone indywidualnie. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każda badana osoba była informowana o celu i problematyce badania, a także o sposobie wypełniania i odbioru kwestionariuszy. Każde spotkanie z pacjentem rozpoczynało się od wyrażenia zgody na udział w badaniu i od uzupełnienia ankiety osobowej. Podobnie do grupy osób chorych, przeprowadzono badania wśród osób zdrowych, które tworzyły grupę kontrolną.

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu statystycznego Statistica 9.0. Do opisanie zmiennych wykorzystano podstawowe statystyki opisowe, takie jak liczebność (n), procent, średnia arytmetyczna (M) i odchylenie standardowe (SD). Do określenia istotności różnic między średnimi zastosowano parametryczny test t -Studenta (t), gdy rozkład danych w poszczególnych zmiennych był normalny, a nieparametryczny test istotności różnic U Manna-Whitneya (z), gdy rozkład nie był zgodny z normalnym. Stopień korelacji zmiennych ustalono za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona (r), gdy rozkład zmiennych był zgodny z normalnym lub testem korelacji R -Spearmana (R), gdy rozkład odbiegał od normalnego. W celu określenia roli wszystkich analizowanych cech choroby i zmiennych demograficznych zastosowano analizę regresji wielorakiej.

WYNIKI

Przebadano łącznie 183 osoby, w tym 91 kobiet i 92 mężczyzn. Spośród badanych 93 osoby miały zdiagnozowaną łuszczycę, w tym 46 kobiet i 47 mężczyzn. Grupa kontrolna liczyła 90 osób, w tym 45 kobiet i 45 mężczyzn (tab. I).

Analizując cechy badanej grupy, uwzględniono również wykształcenie i stan cywilny badanych. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie, a najmniej podstawowe. Większość osób pozostawała w związku małżeńskim, a najmniej było wdowców lub rozwodników. Zależności te odnosiły się zarówno do osób chorych na łuszczycę, jak i osób zdrowych.

Tabela I. Statystyki opisowe dla wieku badanych osób
Table I. Descriptive statistics for age of study group

Parametr	Osoby chore na łuszczycę (n = 93)			Osoby zdrowe (n = 90)		
	kobiety	mężczyźni	ogółem	kobiety	mężczyźni	ogółem
rozpiętość wieku	18–66	19–70	18–70	20–68	20–70	20–70
średnia wieku	41,20	42,28	41,74	40,27	42,80	41,53
odchylenie standardowe	14,60	12,99	13,75	14,59	12,84	13,72

Tabela II. Statystyki opisowe dla stanu zdrowia badanych chorych na łuszczycę
Table II. Descriptive statistics for state of health in psoriasis patients

Parametr	Osoby chore na łuszczycę									Zakres punktów możliwy do uzyskania
	kobiety			mężczyźni			ogółem			
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
czas trwania choroby	46	17,30	13,05	47	19,06	12,49	93	18,19	12,73	–
liczba hospitalizacji	46	4,17	10,35	47	5,36	8,41	93	4,77	9,39	–
nasilenie łuszczycy	43	14,07	8,58	46	17,17	9,00	89	15,67	8,89	0–72
odsetek zajętej powierzchni ciała	42	9,02	5,72	44	10,73	5,66	86	9,90	5,72	0–24

U pacjentów badano następujące wskaźniki stanu klinicznego: czas chorowania, liczba hospitalizacji, nasilenie łuszczycy oraz powierzchnia ciała zajęta przez zmiany łuszczycowe (tab. II). W analizie stanu zdrowia osób chorych na łuszczycę odnotowano zróżnicowaną liczbę badanych ze względu na nieudzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania.

Średnia czasu trwania choroby u osób z łuszczycą była podobna u mężczyzn i kobiet. U badanych chorych wartość średniego nasilenia objawów łuszczycy mierzonego PASI wskazywała na umiarkowany stopień nasilenia choroby. U kobiet i mężczyzn średni wynik nasilenia objawów łuszczycy był podobny. Średnia powierzchnia ciała zajęta przez zmiany łuszczycowe u kobiet i u mężczyzn również była podobna.

Stan zdrowia chorych na łuszczycę przedstawiono za pomocą współwystępowania innych chorób lub ich braku. Większość badanych osób nie miała innych chorób somatycznych. Tylko 6 (13%) kobiet i 4 (9%) mężczyzn zgłaszało ich występowanie.

Nastroj negatywny i pozytywny oraz struktura nastroju – analiza porównawcza chorych na łuszczycę z osobami zdrowymi

Nastroj negatywny określono na podstawie wyniku średniego, obliczonego za pomocą sumy wyników surowych skal nastroju, takich jak lęk, przygnębienie, gniew, znużenie i zakłopotanie, podzielonej przez liczbę przymiotników składających się na te wymiary. Nastroj pozytywny był natomiast średnią wyników surowych pochodzących ze skali Wigor-Aktywność.

Stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy chorymi na łuszczycę a osobami zdrowymi zarówno w nastroju negatywnym, jak i pozytywnym oraz w ich strukturze (tab. III). Osoby chore były bardziej przygnębione, zakłopotane i miały mniejszy wigor w porównaniu z osobami zdrowymi. W związku z powyższym można pozytywnie odpowiedzieć na pierwsze pytanie badawcze – osoby chore na łuszczycę mają bardziej nasilony nastrój negatywny.

Związek nastroju z płcią i wiekiem u chorych na łuszczycę

W celu stwierdzenia istotności różnic w nastroju negatywnym i pozytywnym pomiędzy kobietami i mężczyznami chorymi na łuszczycę zastosowano test *t*-Studenta. Analiza danych wykazała istotne statystycznie różnice tylko w nastroju pozytywnym pomiędzy kobietami a mężczyznami chorymi na łuszczycę ($M_K = 1,89$, $M_M = 2,24$, $t = -2,153$, $p = 0,034$) oraz w skali wigor ($M_K = 15,11$, $M_M = 17,92$, $t = -2,153$, $p = 0,034$) i znużenie ($M_K = 11,76$, $M_M = 9,23$, $Z = 2,013$, $p = 0,044$). Mężczyźni chorzy na łuszczycę znacznie częściej odczuwali nastrój pozytywny niż kobiety, cechowała ich także większa aktywność. Z kolei kobiety chore na łuszczycę częściej odczuwały znużenie i miały mniejszy wigor. W grupie osób zdrowych kobiety i mężczyźni nie różnili się istotnie ani w zakresie ogólnego nastroju negatywnego i pozytywnego, ani w zakresie jego struktury.

W celu zbadania związku pomiędzy nastrojem a wiekiem u chorych na łuszczycę zastosowano współ-

Tabela III. Istotność różnic między średnimi w zakresie nastroju u chorych na łuszczycę i osób zdrowych – wyniki analizy testem U Manna-Whitneya**Table III.** The significance of differences between means in mood in psoriasis patients and healthy persons – results of the Mann-Whitney U test

Zmienne	Osoby chore na łuszczycę (n = 93)		Osoby zdrowe (n = 90)		Z	p
	M	SD	M	SD		
napięcie	14,87	7,55	12,67	6,69	1,943	0,052
przygnębienie	18,20	12,54	11,71	8,95	3,675	<0,001
gniew	14,61	8,50	12,93	7,22	1,285	0,199
wigor	16,53	6,41	19,22	5,04	-2,935	0,003
znużenie	10,48	5,88	10,14	6,03	0,373	0,709
zakłopotanie	9,27	4,90	7,02	3,97	3,009	0,003
nastrój negatywny	1,16	0,59	0,94	0,48	2,311	0,021
nastrój pozytywny	2,07	0,80	2,40	0,63	-2,935	0,003

czynnik korelacji R-Spearmana. Wykazano ujemny związek pomiędzy skalą gniewu i znużenia a wiekiem chorych na łuszczycę (gniew: $R = -0,261$, $p = 0,012$; znużenie: $R = -0,227$, $p = 0,029$). Przy podziale na płeć związek ten obserwowano tylko u kobiet (gniew: $R = -0,407$, $p = 0,005$; znużenie: $R = -0,346$, $p = 0,018$), natomiast u mężczyzn chorych na łuszczycę nie stwierdzono istotnie statystycznego związku między wiekiem a nastrojem. Nie ujawniono istotnego statystycznie związku między wiekiem a odczuwanym ogólnym nastrojem negatywnym bądź pozytywnym u osób chorych i u osób zdrowych.

Otrzymane wyniki pozwoliły odpowiedzieć twierdząco na drugie pytanie badawcze – u kobiet i u osób młodszych, także przede wszystkim kobiet, obserwowano bardziej nasilony nastrój negatywny. Różnica ta występowała tylko w grupie osób chorych.

Różnice w nastroju chorych na łuszczycę ze względu na stan kliniczny

W celu uzyskania odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze, dotyczące występowania różnic w nastroju chorych na łuszczycę ze względu na stan kliniczny wyrażony w nasileniu zmian łuszczycowych, czasie trwania choroby i występowaniu powikłań chorobowych, zastosowano testy istotności różnic.

Różnice w nastroju ze względu na nasilenie zmian łuszczycowych

W grupie chorych na łuszczycę nie występowały istotne statystycznie różnice w odczuwanym nastroju ze względu na nasilenie objawów choroby. Na podstawie analizy wykazano u kobiet chorych na łuszczycę istotne statystycznie różnice ze względu na nasilenie zmian łuszczycowych w jednej ze skal nastroju – Zakłopotanie ($M_{\text{Małe}} = 9,37$, $M_{\text{Duże}} = 12,56$, $Z = -2,035$, $p = 0,043$), natomiast u mężczyzn chorych na łuszczycę

nie stwierdzono istotnie statystycznych różnic w nastroju ze względu na stopień nasilenia zmian choroby. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że zakłopotanie istotnie częściej jest doświadczane przez kobiety chore na łuszczycę z dużym nasileniem zmian w porównaniu z tymi z niewielkim nasileniem zmian.

Różnice w nastroju ze względu na czas trwania choroby

Osoby chore, które krócej cierpią na łuszczycę, istotnie różnią się od osób dłużej chorujących w zakresie odczuwanego nastroju. Im krótszy jest czas trwania choroby, tym są one bardziej napięte, przygnębione, gniewne i znużone. Osoby te znacznie bardziej odczuwają negatywny nastrój niż osoby długo chorujące (tab. IV).

Analizę wykonano także u kobiet i mężczyzn (tab. V). Stwierdzono występowanie różnic w nastroju na poziomie istotnym statystycznie ze względu na czas trwania choroby tylko u chorych kobiet. Krótko chorujące na łuszczycę kobiety zdecydowanie częściej odczuwały napięcie, przygnębienie, gniew, znużenie i zakłopotanie, natomiast kobiety długo chorujące znacznie częściej czuły się pełne wigoru. Uwzględniając ogólny odczuwany nastrój, można stwierdzić, że kobiety krótko chorujące na łuszczycę częściej odczuwały negatywny nastrój, natomiast im dłużej trwała choroba, tym częściej kobiety miały nastrój pozytywny.

U mężczyzn chorych na łuszczycę nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w nastroju ze względu na czas trwania choroby.

Różnice w nastroju ze względu na występowanie powikłań chorobowych

U chorych na łuszczycę nie wykazano istotnych statystycznie różnic w analizowanych wymiarach nastroju pomiędzy osobami z powikłaniami w przebiegu łuszczycy a osobami bez powikłań.

Tabela IV. Istotność różnic między średnimi w zakresie nastroju ze względu na czas trwania choroby u osób z łuszczycą
Table IV. Significance of differences between means in mood in relation to disease duration in the group of psoriasis patients

Zmienne	Czas trwania choroby				Test statystyczny	p
	krótko (n = 46)		długo (n = 47)			
	M	SD	M	SD		
napięcie	17,24	8,27	12,55	5,99	t = -3,134	0,002
przygnębienie	22,39	14,22	14,11	9,06	Z = -2,732	0,006
gniew	17,00	9,40	12,28	6,83	t = -2,777	<0,001
wigor	14,24	6,67	18,77	5,31	Z = 3,070	0,002
znużenie	12,09	6,51	8,92	4,77	Z = -2,186	0,029
zakłopotanie	10,46	5,34	8,11	4,17	Z = -1,910	0,056
nastrój negatywny	1,37	0,65	0,97	0,46	t = -3,446	0,001
nastrój pozytywny	1,78	0,83	2,35	0,66	Z = 3,070	0,002

Tabela V. Istotność różnic między średnimi w zakresie nastroju ze względu na czas trwania choroby u kobiet z łuszczycą
Table V. Significance of differences between means in mood in relation to disease duration in women with psoriasis

Zmienne	Czas trwania choroby				Test statystyczny	p
	krótko (n = 27)		długo (n = 19)			
	M	SD	M	SD		
napięcie	19,56	8,24	11,84	5,84	t = -3,503	0,001
przygnębienie	25,07	14,66	14,68	8,20	Z = -2,287	0,022
gniew	17,63	8,96	11,05	7,12	t = -2,660	0,011
wigor	12,89	7,03	18,26	4,85	t = 2,880	0,005
znużenie	13,56	6,34	9,21	4,70	t = -2,535	0,015
zakłopotanie	11,82	5,52	8,00	3,84	t = -2,598	0,013
nastrój negatywny	1,51	0,63	0,95	0,44	t = -3,361	0,002
nastrój pozytywny	1,61	0,88	2,28	0,61	t = 2,880	0,006

Różnice w nastroju ze względu na współwystępowanie innych chorób

Z przeprowadzonych analiz wynikało, że u chorych na łuszczycę nie występują istotne statystycznie różnice pomiędzy nastrojem ze względu na współwystępowanie innych chorób. Nie stwierdzono także zmian w nastroju ze względu na obecność bądź nie innych chorób zarówno u chorych kobiet, jak i mężczyzn.

Należy stwierdzić, ustosunkowując się do trzeciego pytania badawczego, że oczekiwanie niższego nastroju u osób z bardziej zaawansowaną chorobą i jej gorszym przebiegiem nie było w pełni zasadne. To przede wszystkim kobiety reagują obniżeniem nastroju, gdy zmiany skórne są bardziej nasilone, a czas trwania choroby jest krótszy.

Związek nastroju z rozległością zmian skórnych

U chorych na łuszczycę zaobserwowano istotny statystycznie związek pomiędzy odsetkiem powierzchni ciała zajętej przez zmiany chorobowe a nastrojem – zakłopotanie. Otrzymane wyniki wskazują, że im większa jest powierzchnia ciała zajęta przez zmiany

łuszczycowe, tym bardziej chorzy czują się zakłopotani (tab. VI).

Ponadto u kobiet wykazano istotną zależność pomiędzy odsetkiem zajętej powierzchni ciała a napięciem, przygnębieniem i zakłopotaniem oraz ogólnym nastrojem negatywnym. Z kolei u mężczyzn chorych na łuszczycę nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy odsetkiem powierzchni ciała zajętej przez zmiany łuszczycowe a pozostałymi wymiarami nastroju.

Związek nastroju z liczbą hospitalizacji

Nie wykazano istotnego statystycznie związku między liczbą hospitalizacji a nastrojem u chorych, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. W związku z czym, ustosunkowując się do czwartego pytania badawczego, można ponownie stwierdzić, że nie wszystkie cechy choroby ujawniają związek z nastrojem. Odsetek zajętej powierzchni ciała odgrywa istotną rolę, natomiast liczba hospitalizacji – nie.

W celu określenia łącznego udziału analizowanych parametrów w wyjaśnianiu zmienności nastroju pozytywnego i negatywnego wykonano analizę regresji wie-

Tabela VI. Istotność korelacji między powierzchnią ciała zajęta przez zmiany łuszczycowe a nastrojem w całej grupie chorych ($n = 83$), w grupie kobiet ($n = 40$) i mężczyzn ($n = 43$)**Table VI.** Significance of correlation between body surface area affected by psoriasis and the mood of the whole group of patients ($n = 83$), in women ($n = 40$) and men ($n = 43$)

Zmienne	Odsetek zajętej powierzchni ciała					
	ogół badanych		kobiety		mężczyźni	
	R	p	R	p	r, R	p
napięcie	0,15	0,175	0,41	0,009	-0,04	0,807
przygnębienie	0,16	0,147	0,41	0,009	-0,02	0,880
gniew	0,10	0,364	0,28	0,077	-0,06	0,686
wigor	0,01	0,900	-0,13	0,410	0,13	0,424
znużenie	0,09	0,414	0,24	0,130	0,02	0,915
zakłopotanie	0,22	0,046	0,41	0,009	0,05	0,745
nastrój negatywny	0,16	0,161	0,41	0,008	-0,05	0,763
nastrój pozytywny	0,01	0,900	-0,13	0,410	0,13	0,424

lorakiej, wprowadzając do modelu: płeć i wiek badanych pacjentów, czas trwania choroby, występowanie powikłań, współwystępowanie innych chorób, liczbę hospitalizacji, wynik ogólny PASI i odsetek zajętej powierzchni ciała. Uzyskane wyniki pozwalają na poniższe stwierdzenia. Nastrój negatywny wyjaśniany jest przez wszystkie zmienne w ok. 19% ($R = 0,43$, $R^2 = 0,19$, poprawione $R^2 = 0,10$, $F = (8,74) = 2,12$, $p < 0,04$). Żadna ze zmiennych samodzielnie nie wyjaśniała tej zmienności w sposób istotny. Nastrój pozytywny wyjaśniany jest przez wszystkie zmienne w ok. 16% ($R = 0,40$, $R^2 = 0,16$, poprawione $R^2 = 0,08$; $F = (8,74) = 1,87$; $p < 0,08$). Spośród analizowanych zmiennych istotną statystycznie rolę w tym wyjaśnianiu odgrywała płeć ($\beta = 0,22$, $p = 0,04$) i czas trwania choroby ($\beta = 0,29$, $p = 0,03$). Bycie mężczyzną i osobą dłużej chorującą pozwalało przewidywać nastrój pozytywny.

OMÓWIENIE

Celem niniejszej pracy było sprawdzenie w grupie osób chorych na łuszczycę, jaki charakter ma związek między cechami choroby a nastrojem. Z przeprowadzonych analiz wynika, że chorzy na łuszczycę znacznie częściej odczuwają przygnębienie i zakłopotanie niż osoby zdrowe, co najprawdopodobniej wiąże się z chorobą, natomiast osoby zdrowe przejawiają wigor i są bardziej aktywne niż osoby chore. Także w innych badaniach wykazano, że osoby chore częściej odczuwają nastrój negatywny oraz że są mniej aktywne niż osoby zdrowe. I tak, u osób z chorobą Parkinsona [19], bulimią [20], z zapaleniem wątroby typu C [21] czy z reumatoidalnym zapaleniem stawów [22] zauważono wzrost napięcia, lęku i depresji. Wyniki badań wskazują, że u osób z chorobą Gravesa-Basedowa przeważa negatywny nastrój, z kolei nastrój pozytywny wiąże się z niedoczynnością tarczycy [23]. U niektórych chorych na stwardnienie rozsiane i miażdżycę naczyń

mózgowych stwierdzono występowanie podwyższonego nastroju, którego podłożem były uszkodzenia organiczne [15]. Ponadto mężczyźni chorzy na łuszczycę znacznie częściej odczuwali nastrój pozytywny niż kobiety, a także cechował ich większy wigor.

Chorzy na łuszczycę różnili się od osób zdrowych w zakresie odczuwania ogólnego nastroju – osoby chore częściej odczuwały nastrój negatywny, natomiast osoby zdrowe – nastrój pozytywny. Znalazło to potwierdzenie w stwierdzeniu, że pozytywny nastrój dodatnio koreluje ze zdrowiem, a ponadto zdrowie pozytywnie oddziałuje na nastrój [14].

Osoby chore na łuszczycę nie różniły się istotnie od osób zdrowych w zakresie odczuwania gniewu i znużenia. Do powyższych wyników znaleziono odniesienie wśród osób chorych endokrynologicznie. Osoby z cukrzycą typu 1 wyróżniały się odczuwaniem negatywnego nastroju, głównie lęku, napięcia i zakłopotania, natomiast podobnie jak w łuszczycy, chorzy na cukrzycę reagowali podobnie jak osoby zdrowe w zakresie odczuwania gniewu i znużenia [23]. W badaniach własnych chorzy na łuszczycę byli bardziej przygnębieni i zakłopotani w porównaniu z osobami zdrowymi. Podobne wyniki otrzymano w badaniach Basińskiej [23], w których różnice w nastroju między osobami z cukrzycą i z chorobą Gravesa-Basedowa w porównaniu z osobami zdrowymi dotyczyły nie tylko stanu zakłopotania, przygnębienia, depresyjności, lecz także napięcia – osoby chore zdecydowanie częściej odczuwały napięcie. Zarówno w badaniach własnych dotyczących chorych na łuszczycę, jak i w badaniach dotyczących osób z cukrzycą i chorobą Gravesa-Basedowa wystąpiła istotna różnica w zakresie wigtora. W obu badaniach osoby chore charakteryzowały się mniejszą aktywnością niż osoby zdrowe [23].

Ginsburg [24] stwierdziła, że pojawienie się zmian łuszczycowych na skórze może wywoływać depresję.

Z analizy stanu klinicznego wynika, że większe nasilenie zmian łuszczycowych wiąże się z odczuwaniem zakłopotania. Ponadto im krócej osoby chorują na łuszczycę, tym bardziej są one napięte, przygnębione, gniewne i znużone. Osoby te znacznie bardziej odczuwają nastrój negatywny niż osoby długo chorujące. Na podstawie badań własnych stwierdzono, że nastrój kobiet różni się istotnie w zależności od czasu trwania choroby. W początkowym okresie choroby kobiety zdecydowanie częściej odczuwały napięcie, przygnębienie, gniew, znużenie i zakłopotanie, natomiast wraz z upływem czasu pojawiał się nastrój bardziej pozytywny. Z kolei u mężczyzn nie stwierdzono związku czasu trwania choroby z nastrojem. Podobne wyniki otrzymano w badaniach z udziałem chorych na reumatoidalne zapalenie stawów [22]. Mężczyźni chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów, podobnie jak kobiety z łuszczycą, wraz z czasem trwania choroby odczuwali mniejsze napięcie, zmęczenie i zakłopotanie, natomiast u kobiet chorych na reumatoidalne zapalenie stawów wraz z upływem czasu trwania choroby pojawiał się bardziej negatywny nastrój. Kobiety dłużej chorujące odczuwały smutek, przygnębienie, znużenie, były także bardziej gniewne.

U chorych na łuszczycę współwystępowanie innych schorzeń oraz przebieg łuszczycy z powikłaniami nie wpływały na odczuwany nastrój, natomiast u osób z chorobą Hashimoto współwystępowanie innych chorób przyczyniało się do mniejszego odczuwania gniewu, a występowanie powikłań powodowało nasilenie zmęczenia [25].

Najważniejszym wnioskiem z badań własnych jest to, że nastrój chorych na łuszczycę ciągle się zmienia w zależności od wielu czynników, takich jak czas trwania choroby czy nasilenie zmian łuszczycowych, oraz że kobiety i osoby krócej chorujące częściej doświadczają nastroju negatywnego niż mężczyźni i osoby chorujące dłużej. Wydaje się, że w procesie leczenia łuszczycy kobiety i osoby krócej chorujące powinny być otoczone szczególną opieką.

Piśmiennictwo

1. Łuczowska M., Żaba R.: Łuszczycyca. *Przew Lek* 2005, 7, 38-49.
2. Janowski K.: Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy. Wydawnictwo Polihymnia, Lublin, 2006.
3. Steuden S., Janowski K.: Schorzenia psychodermatologiczne. *Przeł Dermatol* 2002, 89, 175-183.
4. Giejbatow D.: Psychoneuroimmunologia. Nowe podejście do starego zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne* 2000, 4, 5-24.
5. Mercan S., Kivanc Altunay I.: Psychodermatology: a collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turk J Psychiat* 2006, 17, 1-7.
6. Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A.: Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przeł Lek* 2008, 65, 244-248.
7. Barańska-Rybak W., Nowicki R., Jakuszkowiak K., Cubała W.J.: Psychodermatologia – nowa dziedzina medycyny. *Przew Lek* 2005, 1, 50-55.
8. Wojas-Pelc A., Jaworek A.: Psychodermatologia – istotny element dermatologii estetycznej. *Dermatol Est* 2003, 26, 145-150.
9. Oatley K., Jenkins J.M.: Zrozumieć emocje. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2003.
10. Davidson R.: O emocji, nastroju i innych pojęciach afektywnych. [w:] *Natura emocji*. P. Ekman, R.J. Davidson (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 1993, 50-54.
11. Leventhal H., Patrick-Miller L.: Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. [w:] *Psychologia emocji*. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005, 657-675.
12. Scheier M.F., Carver C.S.: Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985, 4, 219-247.
13. Taylor S.E., Kemeny M.E., Aspinwall L.G., Schneider S.G., Rodriguez R., Herbert M.: Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *J Pers Soc Psychol* 1992, 63, 460-473.
14. Argyle M.: Is happiness a cause of health? *Psychol Health* 1997, 12, 769-781.
15. Pilecka W.: Psychologiczne następstwa chorób przewlekłych. [w:] *Psychologia defektologiczna*. A. Wyszynska (red.), Państwowe Wydawnictwa Naukowe, Warszawa, 1987, 157-173.
16. Fredriksson T., Pettersson U.: Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978, 157, 238-244.
17. McNair D.M., Lorr M., Droppleman L.F.: POMS. Profile of mood states manual. Edits, San Diego, 1992.
18. Dudek B., Koniarek J.: Adaptacja testu D.M McNaira, M. Lorra, L.F. Droppelmana Profile of Mood States (POMS). *Przeł Psychol* 1987, 3, 753-761.
19. Hoogendijk W.J.G., Sommer I.E.C., Tissingh G., Deeg J.H., Wolters E.C.: Depression in Parkinson's disease: the impact of symptom overlap on prevalence. *Psychosomatics* 1998, 39, 416-421.
20. Keel P.K., Mitchell J.E., Miller K.B., Davis T.L., Crow S.J.: Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostics category. *Am J Psychiat* 2000, 157, 136-138.
21. Yovtcheva S.P., Rifai M.A., Moles J.K., Van Der Linden B.J.: Psychiatric comorbidity among hepatitis C-positive patients. *Psychosomatics* 2001, 42, 411-415.
22. Basińska M.A.: Reumatoidalne zapalenie stawów: obraz psychologiczny. Wydawnictwo UKW, Bydgoszcz, 2006.
23. Basińska M.A.: Funkcjonowanie psychiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2009.
24. Ginsburg I.H.: Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Dermatol Clin* 1995, 4, 793-804.
25. Basińska M.A., Merc M., Juraniec O.: Nastrój osób z chorobą Gravesa-Basedowa i chorobą Hashimoto. *Endokrynol Pol* 2009, 60, 461-468.

Otrzymano: 22 III 2013 r.

Zaakceptowano: 14 V 2013 r.