

## Subiektywna ocena objawów i efektów leczenia a natężenie stresu i poziomu lęku wśród pacjentów z wybranymi chorobami skóry i układu pokarmowego

### Subjective evaluation of symptoms and effects of treatment and the intensity of the stress and anxiety levels among patients with selected diseases of the skin and gastrointestinal tract

Agata Orzechowska, Monika Talarowska, Krzysztof Zboralski,  
Antoni Florkowski, Piotr Gałęcki

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

#### Summary

**Aim.** Aim of this study was to evaluate the relationship between subjective evaluation of disease (the intensity of symptoms, complaints and nuisance effects of treatment) in selected skin diseases and digestive system and investigated psychological factors: the level of stress and severity of state anxiety and trait anxiety.

**Method.** Verification of the research hypothesis was made using the following test methods: medical survey prepared by the authors and standardized psychological tests, such as Medical Questionnaire, Perceived Stress Scale (PSS) by S. Cohen, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by C.D. Spielberger. The study was conducted among 120 patients, including patients with psoriasis, rosacea, gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome.

**Results.** Patients received average results in the level of stress and anxiety. The highest degree of severity of the disease and its nuisance reported patients with gastrointestinal disease. All invited to the study patients evaluated effects of treatment of their disease as relatively low. In patients with psoriasis significant relationships concerned the largest number of tested variables, as compared to other groups.

**Conclusions.** In all groups of patients partial correlation between the examined determinants of psychological and subjective assessment of symptoms and effects of its treatment was shown. The higher rating of the variables was most associated with a higher intensity of stress and anxiety.

**Słowa kluczowe:** subiektywna ocena choroby, stres, lęk

**Key words:** subjective evaluation of disease, stress, anxiety

## Wstęp

Każda choroba, a tym bardziej choroba traktowana jako przewlekła czy nieuleczalna, stwarza problemy z przystosowaniem się do niej. Adaptacja psychiczna do choroby wyraża się zarówno w procesach poznawczych, jak i w zachowaniach i stanowi integralną część jakości życia jednostki [1]. W wyniku zachorowania w umyśle człowieka powstaje poznawcza reprezentacja (ocena, koncepcja) sytuacji. Obraz własnej choroby zawiera różne treści, które stanowią podstawę regulacji zachowania osoby chorej. Treści te dotyczą przede wszystkim informacji o jej przyczynach, przebiegu oraz skuteczności leczenia i rokowaniu [2].

Rozpoznanie u człowieka choroby przewlekłej niesie ze sobą wiele obiektywnych i subiektywnych niedogodności. Do tych pierwszych zalicza się na przykład długotrwałą konieczność zażywania leków, samodzielne wykonywanie pewnych procedur medycznych, zmianę upodobań żywieniowych oraz stylu życia, przebywanie w stałym kontakcie z placówkami ochrony zdrowia. Niedogodności subiektywne związane są z przeżyciami natury psychicznej i duchowej. Rodzaj oraz natężenie owych niedogodności uzależnione są od kompleksowego obrazu choroby przewlekłej, od faktu, czy ma ona złe rokowanie i stawia człowieka w sytuacji bezsilności oraz czy chory ma poczucie samodzielnej kontroli i panowania nad nią [3].

W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost liczby prac dotyczących relacji między funkcjonowaniem psychologicznym pacjentów z chorobami dermatologicznymi i pacjentów z chorobami gastroenterologicznymi a subiektywnym postrzeganiem objawów i efektów leczenia ich choroby [4–6].

Większość chorób dermatologicznych jest widoczna dla otoczenia, w związku z tym często znacznie upośledzają one komfort życia pacjentów oraz bywają przyczyną napiętnowania ze strony otoczenia. Ocena jakości życia chorych pozwala stwierdzić, w jakim stopniu stan zdrowia danej osoby wywiera wpływ na jej stan fizyczny i psychiczny oraz jej funkcjonowanie w życiu społecznym [7]. Związek pomiędzy schorzeniami dermatologicznymi a psychiką człowieka polega na wzajemnym oddziaływaniu. Skóra odzwierciedla stan psychiczny człowieka i odwrotnie. Dla psychologów, psychiatrów i dermatologów zjawisko to jest wyzwaniem do dalszych poszukiwań najbardziej optymalnych sposobów terapii. W ostatnich latach prowadzonych jest coraz więcej badań w zakresie tej problematyki w celu ukazania jej szerokiego i złożonego spektrum oraz traktowania pacjenta z chorobami skóry w sposób interdyscyplinarny [6, 8–10].

Choroby układu pokarmowego są w dalszym ciągu poważnym problemem terapeutycznym z racji częstości występowania i uciążliwości leczenia. Jak wynika z badań psychosomatycznych, cechy osobowości, czynniki emocjonalne i stopień odczuwanego stresu odgrywają znaczącą rolę w rozwoju zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Są one najczęściej wyrazem potrzeby bezpieczeństwa i obniżenia poczucia pewności siebie [11, 12]. Wrażliwość przewodu pokarmowego, jego funkcji i motoryki na zakłócenia emocjonalne i stresory środowiskowe została szeroko poznana odkąd dokonano najwcześniejszych medycznych obserwacji i badań [13]. Stopień zaburzenia czynności układu pokarmowego, obszar i intensywność objawów mogą mieć znaczny wpływ na jakość życia tych pacjentów [14–16]. Podczas klinicznej praktyki gastroentero-

lodzi zwracają uwagę na relację między intensywnością dolegliwości i obecnością okoliczności, które stanowią psychologiczny ciężar dla pacjentów opisujących swoje problemy podczas wywiadu medycznego. Ta relacja jest wyraźnie zauważalna w grupie pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego i chorobą refluksową [17, 18].

### **Material**

Badania będące podstawą pracy przeprowadzane zostały w Klinice Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W większości wykonano je w trakcie leczenia szpitalnego respondentów podczas ich pobytu na oddziałach, a także podczas wizyt pacjentów w poradni. Dane medyczne dotyczące subiektywnej oceny choroby (natężenia objawów, uciążliwości dolegliwości i efektów leczenia) uzyskiwane były bezpośrednio od pacjentów oraz od lekarzy prowadzących (za zgodą pacjentów).

Dobór osób do badanej grupy był losowy. Każda z badanych osób wyrażała świadomą, pisemną zgodę na udział w badaniu. Każde badanie prowadzone było zgodnie z zasadami Ustawy o ochronie danych osobowych, a jego projekt został zatwierdzony przez Komisję Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (RNN/117/07/KB).

Badane osoby zostały podzielone na cztery grupy: pacjentów z rozpoznaniem łuszczycy, pacjentów z rozpoznaniem trądziku różowatego, pacjentów z rozpoznaniem choroby refluksowej przełyku, pacjentów z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego. Każda z grup liczyła po 30 osób. Średni wiek wszystkich przebadanych osób wynosi  $M = 38,15$  roku, odchylenie standardowe ( $SD$ ) = 11,38, minimalny wiek to 18 lat, maksymalny – 55 lat.

Kryteria włączenia tych pacjentów do badań były następujące:

- spełnione kryteria diagnostyczne jednej z wybranych do badań chorób: łuszczycy, trądziku różowatego, choroby refluksowej przełyku lub zespołu jelita nadwrażliwego,
- wiek od 18 do 55 lat,
- świadoma zgoda na udział w badaniu,
- brak towarzyszących innych chorób somatycznych,
- brak towarzyszących chorób psychicznych.

### **Metoda**

W badaniach zastosowano następujące metody badawcze: Ankietę Medyczną w wykonaniu własnym autorów badań oraz standaryzowane testy psychologiczne, takie jak Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) S. Cohena [19, 20], Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) C. D. Spielbergera ) [21, 22].

Skala Odczuwanego Stresu pozwala na pomiar stopnia, w jakim doświadczane sytuacje odczuwane są jako stresujące. Zawiera ona 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Pytania odnoszą się do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową w ciągu ostatniego miesiąca, ale dotyczą również skuteczności radzenia sobie [19].

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL) C. D. Spielbergera opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości [22]. Kwestionariusz ten składa się z dwóch odrębnych podskal, z których jedna mierzy lęk jako stan, druga natomiast służy do pomiaru lęku jako cechy. Na każdą podskale przypada krótka instrukcja i po 20 krótkich twierdzeń odnoszących się do subiektywnych odczuć jednostki.

Wśród zmiennych zależnych poddanych badaniu znalazły się:

- poziom odczuwanego stresu,
- lęk jako aktualnie odczuwany stan i jako stała cecha osobowości mierzony wymienionymi wyżej standaryzowanymi testami psychologicznymi.

Wśród zmiennych niezależnych uwzględnionych w badaniu znalazła się subiektywna ocena choroby mierzona przy użyciu Ankiety Medycznej:

- poczucie natężenia objawów (będące sumą wybranych przez pacjenta odpowiedzi na pytania w skali od 0 do 10, dotyczące najbardziej charakterystycznych objawów swojej choroby),
- poczucie uciążliwości choroby w sytuacjach codziennych i relacjach interpersonalnych będące sumą wybranych przez pacjentów odpowiedzi na pytania w skali od 0 do 10, dotyczące najbardziej charakterystycznych objawów dla swojej choroby,
- efekty leczenia – oceniane przez pacjenta w skali od 0 do 10.

Za pomocą Ankiety Medycznej w każdej z grup pacjentów osoby badane miały określić natężenie objawów na podstawie 6 najbardziej typowych objawów dla swojego schorzenia, co oznacza, że maksymalny wynik w tej zmiennej mógł wynieść 60 punktów. Tylko pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego oceniali nasilenie objawów swojej choroby na podstawie 5 najbardziej charakterystycznych symptomów, mogąc uzyskać maksymalny wynik w tej zmiennej równy 50 punktom. Opisu wybranych objawów choroby dokonano przy współpracy z lekarzem specjalistą z zakresu dermatologii i lekarzem specjalistą z zakresu gastroenterologii. Ponadto pacjenci oceniali poczucie uciążliwości dolegliwości choroby, na które składały się dwa pytania dotyczące jej uciążliwości w kontaktach z innymi ludźmi oraz w wykonywaniu codziennych obowiązków, a także efekty leczenia w skali 0–10.

## Wyniki

Wszystkie badane grupy wypełniając Ankietę Medyczną uzyskały średni wynik w skali natężenia objawów na poziomie około 30 punktów. Odnosząc ten wynik do maksymalnego dla każdej z grup, można stwierdzić, że pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego uzyskali najwyższy rezultat w tej zmiennej.

Maksymalny wynik w zmiennej uciążliwość dolegliwości to 20 punktów. Największą średnią wartość w tej kategorii uzyskały osoby z zespołem jelita nadwrażliwego ( $M = 13,30$ ,  $SD = 5,41$ ), a najniższe subiektywne poczucie uciążliwości własnej choroby zgłosili pacjenci z trądzikiem różowatym ( $M = 8,87$ ;  $SD = 5,93$ ).

Efekty swojego leczenia (w skali 0–10) lepiej ocenili pacjenci z chorobami dermatologicznymi (średnia wartość dla tych osób to ponad 4 punkty). Badani z chorobami gastroenterologicznymi ocenili efekty leczenia średnio na ponad 2 punkty. Jak widać, wszystkie grupy pacjentów mają względnie niskie subiektywne poczucie efektywności leczenia swojej choroby.

Zmienne składające się na subiektywną ocenę własnej choroby i średnią wartość wyników uzyskanych przez pacjentów z poszczególnych grup przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Natężenie objawów i uciążliwość dolegliwości oraz efekty leczenia w poszczególnych grupach pacjentów**

	Łuszczyca		Trądzik różowaty		Choroba refluksowa przełyku		Zespół jelita nadwrażliwego	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
natężenie objawów	29,70	10,21	28,23	9,33	31,83	11,72	29,23	9,27
uciążliwość dolegliwości	11,13	6,81	8,87	5,93	12,20	6,06	13,30	5,41
efekty leczenia	4,43	2,40	4,27	1,46	2,57	2,13	2,93	2,46

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

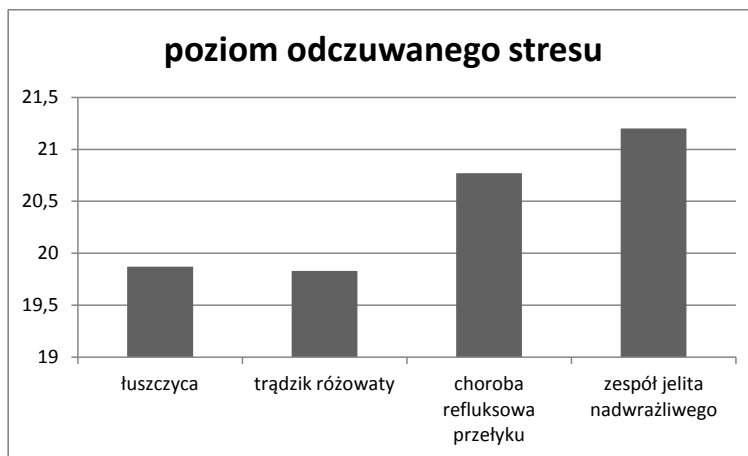
Badani pacjenci w Skali Odczuwanego Stresu uzyskali średnie wyniki oscylujące między  $M = 19,83$  ( $SD = 6,09$ ) dla pacjentów z trądzikiem różowatym a  $M = 21,20$  ( $SD = 7,24$ ) dla pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego – przy możliwym maksymalnym wyniku równym 40 punktów. Biorąc pod uwagę Kwestionariusz Spielbergera, wszystkie badane osoby w skali lęku jako stanu i lęku jako cechy otrzymały rezultaty, które oscylują na poziomie wyników niskich i wyników przeciętnych. Przyjęły one następujące wartości: od  $M = 45,83$  ( $SD = 14,36$ ) dla skali lęku jako stanu i  $M = 45,00$  ( $SD = 8,3$ ) dla skali lęku jako cechy do  $M = 48,5$  ( $SD = 10,56$ ) dla skali lęku jako stanu i  $M = 49,00$  ( $SD = 8,79$ ) dla skali lęku jako cechy wśród pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Tabela 2 zawiera wartości średnie i odchylenia standardowe w zmiennych oceniających poziom natężenia stresu i lęku dla poszczególnych grup pacjentów.

Tabela 2. **Średnie i odchylenia standardowe w badanych zmiennych we wszystkich grupach pacjentów**

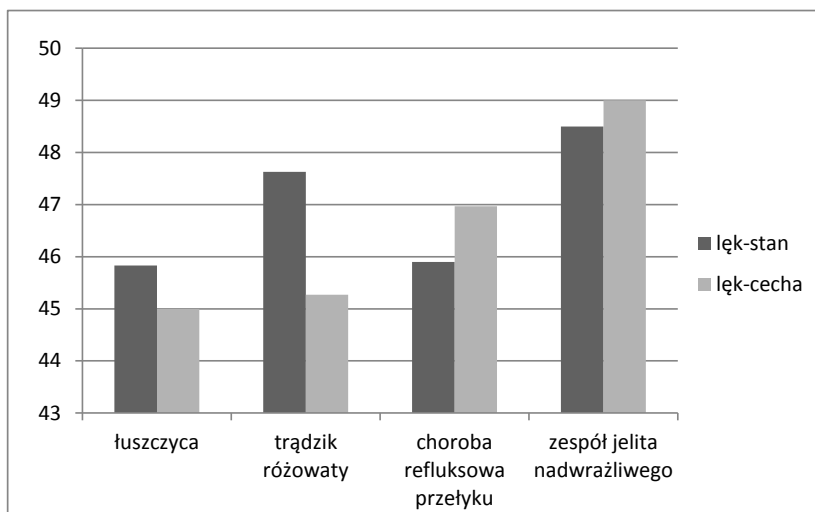
	Łuszczyca		Trądzik różowaty		Choroba refluksowa przełyku		Zespół jelita nadwrażliwego	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
stres	19,87	5,14	19,83	6,09	20,77	7,12	21,20	7,24
lęk jako stan	45,83	14,36	47,63	13,81	45,90	12,00	48,50	10,56
lęk jako cecha	45,00	8,30	45,27	8,81	46,97	8,33	49,00	8,79

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Graficzną prezentację wyników w skalach PSS-10 i ISCL przedstawiają rycina 1 i rycina 2.



Rycina 1. Poziom odczuwanego stresu wśród badanych pacjentów



Rycina 2. Poziom lęku jako stanu i lęku jako cechy wśród badanych pacjentów

Różnice w średnich wynikach opisanych zmiennych (stres i lęk) mierzone za pomocą analizy wariancji ANOVA (F) nie wykazały istotności statystycznej:

- dla zmiennej poziom odczuwanego stresu  $F = 0,33$ ,  $p = 0,803$ ,
- dla zmiennej lęk jako stan  $F = 0,32$ ,  $p = 0,811$ ,
- dla zmiennej lęk jako cecha  $F = 1,39$ ,  $p = 0,248$ .

Weryfikacji poddano hipotezę, że istnieje związek pomiędzy subiektywnym postrzeganiem natężenia objawów i uciążliwości dolegliwości wybranych chorób i efektów

leczenia a badanymi zmiennymi psychologicznymi (poziomem odczuwanego stresu i poziomem lęku) między pacjentami z chorobami dermatologicznymi i gastrologicznymi. Oceny tej zależności dokonano, stosując korelację nieparametryczną R-Spearmana dla każdej grupy pacjentów oddzielnie. Biorąc pod uwagę istotność statystyczną, analiza wykazała, że w grupie pacjentów z łuszczycą współwystępowanie badanych zmiennych prezentuje się w następujący sposób:

- uciążliwość dolegliwości wiąże się ze stopniem odczuwanego stresu:  $R = 0,42$ ;  $p = 0,021$ ,
- uciążliwość dolegliwości wiąże się z lękiem jako cechą:  $R = 0,47$ ;  $p = 0,009$ ,
- ocena efektów leczenia, ma związek z lękiem jako stanem:  $R = -0,44$ ;  $p = 0,015$  (współzależność odwrotnie proporcjonalna).

W grupie pacjentów z trądzikiem różowatym zależność istotna statystycznie wiąże się z jedną z analizowanych zmiennych: oceniane efekty leczenia współwystępowały z lękiem jako cechą ( $R = 0,42$ ;  $p = 0,021$ ). Współwystępowanie badanych zmiennych w grupie pacjentów z chorobą refluksową przełyku nie wykazało istotności statystycznej. W grupie pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego powiązanie badanych zmiennych na poziomie istotności statystycznej również dotyczyło tylko jednej cechy funkcjonowania psychologicznego: lęku jako stałej cechy osobowości i uciążliwości dolegliwości ( $R = 0,41$ ;  $p = 0,024$ ).

### Omówienie

Opierając się na opisanych wyżej wynikach analizy statystycznej, można stwierdzić, że wysunięta w badaniach hipoteza, mówiąca o zależności między zmiennymi psychologicznymi a subiektywną oceną badanych chorób, została częściowo potwierdzona. Badania własne nie potwierdziły tej relacji w tak dużym stopniu, jak oczekiwano. Może mieć to związek ze stosunkowo niedużą liczbą osób w poszczególnych grupach respondentów. W grupie pacjentów z chorobami dermatologicznymi i pacjentów z chorobami gastrologicznymi natężenie, uciążliwość objawów i subiektywna ocena efektów leczenia współwystępują jedynie z wybranymi aspektami funkcjonowania psychologicznego dotyczącymi odczuwanego stresu i lęku. W grupie pacjentów z łuszczycą w porównaniu z pozostałymi grupami istotne zależności dotyczyły największej liczby badanych zmiennych.

Zjawisko stresu jest najczęściej analizowaną zmienną w badaniach metodologicznych z zakresu psychosomatyki w dermatologii i gastroenterologii. Większość autorów wiąże występowanie zaburzeń układu pokarmowego, w tym choroby refluksowej i zespołu jelita nadwrażliwego, ze sposobem i intensywnością przeżywania emocji powodowanych występującym stresem. Stres – nawet u całkowicie zdrowych osób – wyzwala silne emocje, które powodują zmiany funkcjonowania narządów wewnętrznych, wśród których zaburzenia funkcjonowania narządów gastroenterologicznych zajmują istotne miejsce [23].

W przeciwieństwie do badań własnych w badaniach Kamolz [14] udowodniono wyjątkowo silny wpływ przeżywanego stresu na wzmożony odbiór dolegliwości zgła-

szanych przez pacjentów z chorobą refluksową. Ci, jak i inni badacze wiążą pojawienie się objawów choroby, i tym samym stopień jej nasilenia, ze stresem występującym u pacjentów, a przede wszystkim ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz sposobami radzenia sobie z bólem i lękiem, który jest źródłem przeżywanych dolegliwości [24].

Od 50% do 80% chorych z zespołem jelita nadwrażliwego podkreśla zależność między nasileniem objawów a stresem. Do najczęstszych stresorów w tej grupie pacjentów należą śmierć bliskiej osoby, rozwód lub separacja rodziców, troska o rodzinę, obawa o karierę zawodową, stresy z okresu wczesnego dzieciństwa [25].

W zaprezentowanych badaniach istotny związek między subiektywną oceną własnej choroby został potwierdzony jedynie w grupie pacjentów z łuszczycą [26]. Jak obszernie donosi literatura, stres jest często bezpośrednią przyczyną wielu dermatoz. W wyniku znacznego stopnia integralności pomiędzy skórą a systemem neuroendokrynnym skóra aktywnie uczestniczy w odpowiedzi na stres. Uważa się, że jakość tej odpowiedzi jest w dużej mierze uwarunkowana genetycznie, ale zależy również od wieku, płci i kondycji ogólnej chorego. Skórę uważa się za zewnętrzną powłokę układu nerwowego, a jej wygląd jest odzwierciedleniem naszego odbioru sytuacji stresogennych i stanów emocjonalnych zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych [27].

W piśmiennictwie odnoszącym się do wpływu stresu na wystąpienie łuszczycy i trądziku oraz ich zaostrzenia spotykamy szereg doniesień opartych na różnorodnych badaniach [7, 28, 29]. Wyniki badań prowadzonych w ciągu ostatnich 15 lat potwierdzają związek między wydarzeniami stresowymi a pojawieniem się łuszczycy, jej nawrotów i zaostrzenia [7, 30, 31].

Autorzy artykułów przeglądowych proponują przyjmując, że stres psychologiczny prowokuje pojawienie się łuszczycy i wpływa na jej przebieg u 40–80% pacjentów [32]. Inni jednak uważają, że wyniki badań z zakresu psychodermatologii należy wciąż traktować jako wstępne, bowiem większość doniesień ma wyraźne braki metodologiczne. Ponadto badania te wykazały, że pacjenci z łuszczycą stanowią niejednorodną grupę w sposobie percepcji i radzenia sobie ze stresem, a występujące w tym zakresie różnice indywidualne są prawdopodobnie odpowiedzialne za rozbieżności w wynikach badań i należy je uwzględnić w dalszych poszukiwaniach badawczych [33].

O'Leary i wsp. [34] w swoich badaniach obejmujących 141 pacjentów z łuszczycą wykazali, że około 66% chorych było przekonanych, że stres jest czynnikiem wywołującym chorobę. To przekonanie było istotnie związane z wyższym poziomem lęku, objawów depresyjnych oraz odczuwanego stresu. W badaniach nie dowiedziono natomiast relacji między odczuwanym stresem a obiektywnie potwierdzoną ciężkością choroby.

Ostatecznie większość pacjentów zgłaszających nasilenie objawów łuszczycy wywołane stresem opisuje, że związany z chorobą stres wynika bardziej z oszpeceń kosmetycznych i ze społecznej stygmatyzacji niż ze stresowych wydarzeń życiowych czy nieokreślonego dystresu. Bardziej bezpośredni związek mają natomiast skutki lęku i objawów depresyjnych w obniżeniu progu wrażliwości świadku u pacjentów z łuszczycą [35, 36].



W badaniach własnych pacjenci dermatologiczni uzyskali nieznacznie niższe wyniki w skali lęk jako cecha i lęk jako stan w porównaniu z pacjentami z chorobami gastrologicznymi. W obydwu rodzajach doświadczanego lęku osoby badane uzyskały wyniki przeciętne. Ponadto potwierdzono współwystępowanie poziomu lęku jako stanu i lęku jako cechy z subiektywną oceną własnej choroby wśród pacjentów z chorobami skóry i pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego.

Łoza i wsp. [37] badali natężenie lęku jako stanu i lęku jako cechy w grupie 82 pacjentów z oddziałów kardiologii, dermatologii, chirurgii, ginekologii i położnictwa. Stwierdzili, że poziom lęku w obydwu rozpatrywanych aspektach jest najwyższy w grupie pacjentów kardiologicznych i dermatologicznych w porównaniu z osobami zdrowymi. Autorzy wysunęli wniosek, iż lęk – powszechnie kojarzony tylko z chorobami i zaburzeniami znajdującymi się w kręgu zainteresowania psychiatrii – jest równie istotnym objawem występującym w wielu dziedzinach medycyny. Należy zapoznać lekarzy „niepsychiatrów” z bezpiecznymi sposobami jego zwalczania, by negatywny wpływ tej emocji nie zakłócał procesu leczenia choroby somatycznej.

Liczne doniesienia naukowe podkreślają istotną rolę lęku, zarówno jako stanu emocjonalnego, jak i cechy osobowości w powstawaniu i rozwoju chorób psychosomatycznych skóry [38]. Śpila i wsp. [39], analizując wybrane czynniki psychogenne u pacjentów z łuszczycą, atopowym zapaleniem skóry, wypryskiem przewlekłym i łysieniem plackowatym stwierdziły, iż nasilenie lęku i depresji było istotnie wyższe w grupie chorych dermatologicznych w porównaniu z osobami zdrowymi. Lękowi towarzyszyła depresja i silne zażenowanie wyglądem swojej skóry.

W przeciwieństwie do badań własnych pacjenci z grupy z chorobami układu pokarmowego (choroba refluksowa i jelito nadwrażliwe) w literaturze opisywani są jako charakteryzujący się podwyższonym niepokojem ogólnym i lękami fobicznymi [40]. Pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego często mają poczucie niebezpieczeństwa, chociaż nic im nie zagraża. Skarżą się na niedostatecznie poważne traktowanie swojej choroby, zgłaszają wątpliwości co do diagnozy oraz mają poczucie nieuzyskania odpowiedniej ilości informacji dotyczących swojego schorzenia, co może powodować wzrost przeżywanego lęku [18, 41].

Wpływ czynników psychologicznych, w tym lęku, na chorobę refluksową, jest obecnie przedmiotem wielu badań. Z tego powodu na razie możemy mówić jedynie o pewnych tendencjach i wysuwać wstępne wnioski dotyczące tej relacji. Dolegliwości psychiczne, takie jak lęk i depresja, mogą nasilać negatywny przebieg choroby refluksowej przełyku, a te zwrótnie powodować pogorszenie kondycji psychicznej [42, 43]. Badania Jansson i wsp. [44] na populacji 3 153 osób dorosłych ze zdiagnozowaną chorobą refluksową wykazały silną dodatnią zależność między natężeniem lęku a objawami choroby w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Autorzy badań nie potrafili jednoznacznie stwierdzić, czy gorszy stan psychiczny chorych spowodowany uciążliwymi dolegliwościami schorzenia wywołuje stan lęku o własne zdrowie i towarzyszący temu obniżony nastrój, czy też lęk i depresja obniżają umiejętność radzenia sobie z przykrymi dolegliwościami choroby refluksowej i w konsekwencji ich nasilenie.

## Wnioski

We wszystkich grupach pacjentów zależność pomiędzy badanymi determinantami psychologicznymi a subiektywną oceną objawów choroby i efektów jej leczenia nie uzyskała istotności statystycznej we wszystkich aspektach analizowanych zmiennych. Wyższa ocena w zakresie subiektywnego postrzegania własnej choroby najczęściej wiązała się z większym natężeniem stresu i lęku. W grupie pacjentów z łuszczycą natężenie dolegliwości, uciążliwość objawów i efektów leczenia choroby współwystępowała w największym stopniu z poziomem doświadczanego stresu i lęku.

### Субъективная оценка симптомов и эффектов лечения среди пациентов с некоторыми кожными болезнями и пищеварительного тракта

#### Содержание

**Задание.** Основным заданием работы было проведение оценки зависимости между течением заболевания (утяжеление симптомов, трудная переносимость болевых ощущений и эффектом лечения). В исследование вошли больные с кожными болезнями и пищеварительного тракта и их связи с исследованными психологическими факторами, уровнем стресса и степени тяжести фобии – состояния и фобии – черты.

**Метод.** Верификация поставленного гипотеза исследования проведена при помощи следующих исследовательских методов: Медицинской анкеты собственного образца Авторов работы, а также стандартных психологических тестов, таких как шкала чувствования стресса (ПСС-10) С. Коэна, Инвентарь состояния и черты фобии ИСПЛ Ц.Д. Шпильбергера. Исследования проведены у 120 пациентов, в том числе больных псориазом, розоватым угрем, рефлюксной болезнью пищевода и синдромом гиперчувствительной кишки.

**Результаты и выводы.** Течение болезни частично сосуществовало с избранными аспектами психологического функционирования, относящегося к чувству стресса и фобии. Более высокая оценка в радиусе изменчивых, составляющих течение болезни, связывалась с большим напряжением фобии. В группе пациентов с псориазом, в сравнение с иными группами, существенные зависимости относились самого большого числа исследованных изменчивых.

**Ключевые слова:** течение болезни, стресс, страх

### Subjektive Bewertung von Symptomen und Wirksamkeit der Behandlung unter Patienten mit ausgewählten Hauterkrankungen und Verdauungstrakterkrankungen

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Das hauptsächliche Ziel der Studie war die Bewertung der Abhängigkeiten zwischen dem Verlauf der Erkrankung (Intensität der Symptome, Last der Beschwerde und Behandlungswirksamkeit) in den ausgewählten Haut- und Verdauungstrakt - Erkrankungen und untersuchten psychologischen Faktoren: Level von Stress und Intensität der Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft.

**Methode.** Die gestellte Hypothese wurde mittels folgender Untersuchungsmethoden verifiziert: Medizinische Umfrage als eigene Version der Autoren der Studie und standardisierte psychologische Tests, wie PSS-10 von S. Cohen, Inventar des Zustandes und Angsteigenschaften ISCL von C.D. Spielberger. Die Studie wurde unter 120 Patienten, darunter Patienten mit Schuppenflechte, Rosazea, Refluxösophagitis und Reizdarmsyndrom durchgeführt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerungen.** Der Verlauf der Krankheit war teilweise mit ausgewählten Aspekten der psychologischen Funktionsweise komorbid, die Stress und Angst betreffen. Die höhere Bewertung bei den Variablen, die den Krankheitsverlauf bestimmen, hing mit der höheren Intensität von Stress und Angst zusammen. In der Gruppe der Patienten mit der Schuppenflechte betreffen die

meisten Abhängigkeiten die größte Zahl der untersuchten Variablen im Vergleich mit den anderen Gruppen.

**Schlüsselwörter:** Krankheitsverlauf, Stress, Angst

### L'évaluation subjective des symptômes et des effets thérapeutiques des patients souffrant des maladies de la peau et de l'appareil digestif

#### Résumé

**Objectif.** Evaluer les relations du cours des maladies choisies de la peau et de l'appareil digestif (intensité des symptômes, gravité, effets thérapeutiques) et de certains facteurs psychologiques : niveau du stress et intensité d'anxiété-état et d'anxiété-trait.

**Méthode.** On vérifie l'hypothèse posée avec : questionnaire médical des auteurs, testes standardisés : PSS-10 (Perceived Stress Scale de S. Cohen), STAI (State-Trait Anxiety Inventory de C.D. Spielberg). On examine 120 patients (y compris les patients souffrant du psoriasis, de la rosacée, du reflux gastro-oesophagien, du côlon irritable).

**Résultats et Conclusions.** Le cours de la maladie partiellement coexiste avec certains aspects du fonctionnement psychologique touchant le stress et l'anxiété. Dans le cas des patients avec le psoriasis les corrélations sont notées dans les plusieurs variables.

**Mots clefs.** Cours de la maladie, stress, anxiété

#### Piśmiennictwo

1. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin; 2008.
2. Jakubowska-Winecka A, Chylińska J, Dziurawicz-Kozłowska A. *Zagadnienia zdrowia i choroby w głównych nurtach teoretycznych psychologii*. W: Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D. red. *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007. s. 15–41.
3. Hołub G. *Etyczne problemy chorób przewlekłych*. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia*. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2007.
4. Nybaek H, Knudsen DB, Laursen TN, Karlsmark T, Jemec GB. *Quality of life assessment among patients with peristomal skin disease*. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2010; 22 (2): 139–143.
5. Orzechowska A. *Psychologiczne uwarunkowania wybranych chorób somatycznych*. W: Talarowska M, Florkowski A, Galecki P. red. *Podstawy psychologii*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2011. s. 309–323.
6. Wehrmann J. *Dermatologic-psychosomatic rehabilitation*. *Hautarzt*. 2010; 61 (4): 317–322.
7. Hrehorów E, Reich A, Szepietowski J. *Jakość życia chorych na łuszczycę: zależność od świądu, stresu i objawów depresyjnych*. *Dermatol. Klin.* 2007; 9 (1): 19–23.
8. Locala JA. *Current concepts in psychodermatology*. *Curr. Psychiatr. Rep.* 2009; 11 (3): 211–218.
9. Kay J, Tasman A. *Psychological factors affecting medical condition*. W: Kay J, Tasman A. red. *Essential psychiatry*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2006: s. 811–822.
10. Potocka A, Turczyn-Jabłońska K, Merecz D. *Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance*. *Acta Dermatovenereol. Alp. Panonica Adriat.* 2009; 18 (2): 53–58.
11. Adsett A. *Psychosomatic medicine*. *Can. J. Psychiatry*. 2006; 51 (8): 547–549.
12. Bragee B, Bullington J. *From health to disease: a new approach to study the emergence of psychosomatic symptoms*. *Psychother. Psychosom.* 2003; 72 (4): 228–229.
13. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2004.

14. Kamolz T, Pointner R. *Gastroesophageal reflux disease. Heart-burn from a psychological view*. Minerva Gastroenterol. Dietol. 2004; 50: 261–268.
15. Kalinowska E, Tarnowski W, Banasiewicz J. *Metody pomiaru jakości życia u chorych z chorobą refluksową przełyku*. Gastroenterol. Pol. 2005; 12 (6): 531–536.
16. Przytułski K. *Jakość życia w chorobie refluksowej*. Gastroenterol. Pol. 2004; 11 (6): 559–563.
17. Nowak A, Marek T, Rydzewska G, Paradowski L, Chojnicki J, Wallner G, Poniewierka E, Wróblewki T. *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego: choroba refluksowa przełyku*. Gastroenterol. Pol. 2005; 12: 313–319.
18. Sulkowska A, Swinarska-Naumiuk M, Jasiński A, Janiak M, Burkiewicz A, Sulkowski B, Adrych K, Guzek M, Majkovicz M, Borys B, Smoczyński M. *Description and comparison of emotional factors in patients with irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease*. Gastroenterol. Pol. 2008; 15 (4): 219–224.
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. *A global measure of perceived stress*. J. Health Soc. Behav. 1983; 24: 385–396.
20. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem – podręcznik*. Warszawa: Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
21. Spielberger CD. *The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues*. W: Levi L. red. *Emotions – their parameters and measurement*. New York: Razaen Press; 1975.
22. Wrześniewski K, Sosnowski T. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1996.
23. Hyphantis TN, Triantafyllidis JK, Pappa S, Mantas C, Kaltsouda A, Cherakakis P, Alamanos Y, Manousos ON, Mavreas VG. *Defense mechanisms in inflammatory bowel disease*. J. Gastroenterol. 2005; 40 (1): 24–30.
24. Wright CE, Ebrecht M, Mitchell R, Anggiansah A., Weinman J. *The effect of psychological stress on symptom severity and perception in patients with gastro-oesophageal reflux*. J. Psychosom. Res. 2005; 59 (6): 415–424.
25. Kovács Z, Kovács F. *Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease*. Int. J. Psychiatry Med. 2007; 37 (3): 245–255.
26. Zalewska A, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Narbutt J. *Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients*. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2007; 21 (2): 235–242.
27. Kmiec ML, Broniarczyk-Dyła G. *Wpływ stresu na kondycję naszej skóry*. Dermatol. Klin. 2008; 10 (2): 105–107.
28. Gupta MA, Gupta AK, Chen SJ, Johnson AM. *Współwystępowanie trądziku różowatego i depresji: analiza opierająca się na National Ambulatory Medical Care Survey i National Ambulatory Care Survey-Outpatient Department, danych zgromadzonych przez U.S. National Center for Health Statistics w latach od 1995 do 2002 roku*. Dermatol. Estet. 2006; 8: 64–72.
29. Pacan P, Szepietowski J, Kiejna A. *Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy*. Przegl. Dermatol. 2002; 5 (89): 401–408.
30. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF. *Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for first episode of acute guttate psoriasis. Results of a case-control study*. J. Am. Dermatol. 2001; 44: 433–438.
31. Niemeier V, Nippesen M, Kupfer J, Schill WB, Gieler U. *Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup need additional psychological care?* Br. J. Dermatol. 2002; 146: 1031–1037.
32. Picardi A, Abeni D. *Stressful life events and skin diseases. Disentangling evidence from myth*. Psychother. Psychosom. 2002; 71: 123–126.

33. Janowski K. *Czynniki psychologiczne w łuszczycy: przegląd piśmiennictwa*. Przegł. Dermatol. 2006; 1 (93): 65–71.
34. O’Leary CJ, Creamer D, Higgins E, Weinman J. *Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis*. J. Psychosom. Res. 2004; 57: 465–471.
35. Arnold L. *Dermatology*. W: Levenson JL. red. *The american psychiatric publishing textbook of psychosomatic medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. s. 629–646.
36. Arnold L. *Dermatology*. W: Levenson JL. red. *Essentials of psychosomatic medicine*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2007. s. 237–260.
37. Łoza B, Opielak G, Szkodziak P, Bronikowska A, Bartyzel M. *Lęk jako objaw łączący psychiatrię z innymi dziedzinami medycyny somatycznej – poziom lęku u pacjentów wybranych oddziałów somatycznych*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek., 2004; 4 (4): 193–196.
38. Tuszyńska-Bogucka V, Czelej D, Lecewicz-Toruń B, Krasowska D. *Profil osobowości oraz nasilenie przeżyć o charakterze lękowym u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry*. Przegł. Dermatol. 2002; 89 (6): 469–475.
39. Śpila B, Jazieniecka I, Pucula J. *Analiza czynników psychogennych u chorych na schorzenia skóry*. Dermatol. Klin. 2004; 6 (3): 137–141.
40. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, Arcà M, Berto E, Milite G, Marcheggiano A. *Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission*. Am. J. Gastroenterol. 2000; 95 (5): 1213–1220.
41. Irvine E, Ferrazzi S, Pare P, Thompson WG, Rance L. *Health-related Quality of Life in functional GI disorders: Focus on constipation and resource utilization*. Am. J. Gastroenterol. 2002; 97 (8): 1986–1993.
42. Aina Y, Susman JL. *Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders*. J. Am. Osteopath. Assoc. 2006; 5 (2): 9–14.
43. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. *Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population?* Scand. J. Gastroenterol. 2002; 37: 294–298.
44. Jansson C, Nordestedt H, Wallender MA, Johansson S, Johansen R, Hveem K, Lagergren J. *Severe gastro-oesophageal reflux symptoms in relation to anxiety, depression and coping in a population-based study*. Aliment. Pharmacol. Ther. 2007; 26: 683–691.

Adres: Agata Orzechowska  
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi  
91-229 Łódź, ul. Aleksandrowska 159

Otrzymano: 21.10.2011  
Zrecenzowano: 9.01.2013  
Otrzymano po poprawie: 24.03.2013  
Przyjęto do druku: 26.03.2013  
Adiustacja: A. K.