

Barbara Bartoszek¹

Doktorantka w Katedrze Psychologii Rehabilitacji KUL

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY (AZS) JAKO CHOROBA PSYCHOSOMATYCZNA: ANALIZA BADAŃ²

Streszczenie

Skóra jest jednym z narządów zmysłów, reagującym na bodźce zewnętrzne: ciepło, zimno, dotyk, przyjemność i ból. Jak wiadomo, skóra jest z jednej strony celem licznych reakcji autoimmunologicznych, z drugiej – ważnym źródłem mediatorów, niezbędnym do prawidłowego przebiegu reakcji obronnych przeciw szkodliwym czynnikom środowiskowym. Wśród problemów skórnych coraz większym staje się atopowe zapalenie skóry (AZS), przewlekłe, dokuczliwe i trudne do całkowitego wyleczenia. Jest to jeszcze nie do końca zbadana choroba, której przyczyny powstawania i występowanie są powiązane ze stanami psychicznymi. W chorobach skóry ogromną rolę odgrywają określone cechy osobowości pacjentów oraz historia ich życia rodzinnego, a także problemy, jakie napotykać oni w toku swego funkcjonowania osobistego. Liczne badania wykazały istniejące u pacjentów dermatologicznych problemy natury przystosowania. Istnieją badania, które dowodzą, że pacjenci z dermatozami wykazują podwyższony poziom lęku i depresji w porównaniu z ogólną populacją. W latach 40. i 50. dwudziestego wieku odkryto, iż AZS występowało częściej u dzieci odrzucanych przez matki bądź traktowanych przez nie wrogo czy surowo. Inne badania sugerują, iż rodzice dzieci chorych cechowali się często emocjonalnym napięciem, poczuciem winy oraz prezentowali zachowania typowe dla nadopiekuńczości. Chociaż

¹ E-mail do korespondencji: basia.bartoszek@gmail.com

² Pragnę podziękować dr. hab. Wojciechowi Otrębskiemu, za merytoryczną pomoc i czas mi poświęcony.

choroby skóry nie są zaliczane do zagrażających życiu, to z powodu ich widoczności mogą być zakwalifikowane do rujnujących życie. Osoby cierpiące z powodu przewlekłych i nawrotowych chorób skóry mogą czuć się zarówno fizycznie, jak i psychicznie zdruzgotane.

Słowa kluczowe: psychosomatyka, atopowe zapalenie skóry, analiza badań, choroby skóry

ATOPIC DERMATITIS AS A PSYCHOSOMATIC ILLNESS: AN ANALYSIS OF RESEARCH

Abstract

Skin is one of the sense organs reacting to exogenous stimuli: heat, cold, touch, pleasure, and pain. It is known to be, on the one hand, a target of numerous (auto-)immune reactions and, on the other, a significant source of mediators indispensable to the right course of defence reactions against harmful environmental factors. Among skin diseases, neurodermatitis is the one becoming a more and more serious problem. It is chronic, bothersome, and difficult to cure completely. This is a skin disease that has not been completely examined yet, one whose causes and occurrence are connected with mental states. In skin diseases, an immense role is played by some of the patients' personality traits, their family life history, and the problems they face in their personal functioning. Numerous studies have demonstrated adaptation problems in dermatological patients. There are studies proving that patients with dermatoses show a higher level of anxiety and depression compared with the overall population. In the 1940s and 1950s it was discovered that neurodermatitis was more common among children abandoned by their mothers or treated by them in a hostile or harsh manner. Other research suggests that the parents of ill children are often characterized by emotional tension and a sense of guilt, and that they exhibit behaviour typical of overprotectiveness. Although skin diseases are not categorized as life-threatening, they may be classified as life-ruining because of their visibility. People suffering from chronic and recurrent skin diseases feel both physically and mentally crushed.

Key words: psychosomatics, atopic dermatitis, data analysis, skin diseases

ATOPOWE ZAPALENIE SKÓRY (AZS) JAKO CHOROBA PSYCHOSOMATYCZNA: ANALIZA BADAŃ

Wprowadzenie

Niemieckie przysłowie mówi: „Skóra jest zwierciadłem wnętrza człowieka”. Granica ludzkiego organizmu – skóra – jest narządem o bardzo złożonej budowie i fizjologii, oddzielającym organizm człowieka od środowiska zewnętrznego. Składa się z naskórka oraz skóry właściwej, pod którą leży tkanka podskórna. W skórze znajdują się również tzw. przydatki skóry, takie jak gruczoły potowe, łojowe, mieszki włosowe, paznokcie. Skóra chroni ciało przed uszkodzeniami mechanicznymi, zapobiega utracie wody, reguluje ciepłotę ciała. Jest więc organem, który, podobnie jak wątroba czy serce, wypełnia liczne funkcje. Podobnie też jak inne organy, może chorować (Gliński, Rudzki, 2003).

Skóra może być nie tylko celem ataku bodźców egzogennych, ale także bodźców od wewnątrz – chorób i bodźców psychicznych. Pomyślmy na przykład o zaczerwienieniu twarzy przy zdenerwowaniu, poceniu się przy strachu, jeżeniu się włosów w odpowiedzi na zimno. Skóra pełni rolę oddechową, ochronną i bierze udział w regulacji cieplnej. Zajmuje ona powierzchnię ok. 1,5-2,0 m².

Naskórek rozwija się z ektodermy, blaszki zarodkowej, z której wywodzi się również ośrodkowy układ nerwowy. Stąd skóra jest jednym z narządów zmysłów, reagującym na bodźce zewnętrzne: ciepło, zimno, dotyk, przyjemność i ból. Jak obecnie wiadomo, skóra jest z jednej strony celem licznych reakcji (auto) immunologicznych, z drugiej strony jest ważnym źródłem mediatorów, niezbędnym do prawidłowego przebiegu reakcji obronnych przeciw szkodliwym czynnikom środowiskowym (Januszewska, 2001; Gliński, 2003).

Wśród chorób skóry coraz większym problemem staje się atopowe zapalenie skóry (AZS), inaczej *neurodermitis*, przewlekłe, dokuczliwe i trudne do całkowitego wyleczenia. Jest to jeszcze nie do końca zbadana dolegliwość skóry, której przyczyny powstawania i występowanie są powiązane ze stanami psychicznymi (Bartoszak, 2007; Januszewska, 2001; Nowicki, 2009).

Na obecnym etapie badań niejasne pozostają wszystkie związki tej relacji, nie do końca zbadano wpływ środowiska społecznego na występowanie/intensywność AZS. Co ważne, ze względu na specyfikę objawów, AZS praktycznie nie da się wyleczyć. Na początku choroby nie można określić jak długo będzie ona trwała ani czy jest wyleczalna. Istnieją jednak możliwości zlikwidowania objawów choroby

i utrzymania skóry w stanie bezobjawowym przez długi czas. Wymaga to jednak dobrej współpracy z lekarzem oraz zaangażowania pacjenta w proces leczenia.

Niniejszy artykuł koncentruje się na przedstawieniu AZS, jej powstawania, przebiegu, stanu aktualnej wiedzy na ten temat, a także wskazuje luki poznawcze związane z tą chorobą i jej jeszcze nie do końca wyjaśnione aspekty. Układ tekstu został tak pomyślany, aby jasno i czytelnie przedstawić poruszaną problematykę oraz by mogli po niego sięgać nie tylko specjaliści. Pierwsze trzy części opisują charakter chorób psychosomatycznych, następnie opisane jest samo AZS, objawy, przebieg i powstawanie w świetle aktualnej wiedzy. Na końcu przedstawione zostały sposoby prowadzenia terapii osób cierpiących na AZS.

Psychofizjologiczne mechanizmy i symptomatologia zaburzeń psychosomatycznych

Definicyjne ujęcie przewlekłej choroby somatycznej

Literatura medyczna przedstawia definicję choroby przewlekłej za A. Mattson, która definiuje ją jako: „zaburzenie o długim okresie trwania, które może być postępujące oraz o złym rokowaniu lub też związane z relatywnie normalnym biegiem życia pomimo nieprawidłowości występujących w fizycznym lub psychicznym funkcjonowaniu” (Thompson, Gustafson, 1996, s. 28).

W Encyklopedii Zdrowia Śródka (1994) opisuje choroby przewlekłe jako te, które cechują się niewielkim nasileniem objawów, jednakże często prowadzą do trwałych zmian narządowych, mogą trwać kilka lat, a wyzdrowienie nie musi być jednoznaczne z odzyskaniem pełnej sprawności.

Natomiast Komisja Chorób Przewlekłych przy Światowej Organizacji Zdrowia definiuje choroby przewlekłe jako wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji lub opieki (Pilecka, 2001).

Od najdawniejszych czasów człowiek był przekonany, że czynniki psychiczne odgrywają znaczącą rolę w powstawaniu chorób somatycznych, a praktyki religijne stanowiły integralną część procesu leczenia. Od ponad pięćdziesięciu lat medycyna psychosomatyczna stanowi zorganizowany obszar naukowy. Zajmuje się ona badaniem interakcji czynników psychologicznych i medycznych, które mogą mieć wpływ na zdrowie, a także na chorobę.

Powstanie terminu „zaburzenia lub choroby psychosomatyczne” datuje się na początek XIX stulecia, kiedy to po raz pierwszy terminem tym posługiwali się niemieccy i angielscy autorzy (Szewczyk, 2006).

Często zamiennie stosuje się określenia takie, jak zaburzenia psychofizjologiczne, psychobiologiczne lub biopsychosocjalne. Termin „choroba psychosomatyczna”

oznacza taką chorobę somatyczną, w której powstawaniu i przebiegu czynniki psychiczne odgrywają podstawową rolę (Namysłowska, 2003). Biorąc pod uwagę pierwszą klasyfikację zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zaburzenia psychosomatyczne zostały określone terminem „psychofizjologiczne”, a w ostatniej (DSM –IV) mieszczą się one w kategorii „czynniki psychiczne wpływające wpływ na stan somatyczny”. Z kolei w dziesiątej edycji klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia ICD-10 (1997) wprowadzono kategorię określoną jako „czynniki psychologiczne i behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami klasyfikowanymi w innych rozdziałach, zawierające zaburzenia uważane tradycyjnie za choroby psychosomatyczne”.

Reasumując w efekcie podejmowanych w tym zakresie licznych badań wysunięto wnioski, że czynniki biologiczne, społeczne i psychologiczne współdziałają ze sobą i wspólnie wpływają na zdrowie czy powstanie choroby. Cechy osobowości wykazują związek z klinicznymi aspektami wielu chorób

Zaburzenia psychosomatyczne

Zaburzenia, w których znaczącą rolę odgrywają czynniki psychospołeczne określa się mianem psychosomatycznych. Po raz pierwszy tego terminu użył na początku XIX wieku lekarz Heinroth, chcąc ująć wzajemne relacje między psychą i somą. Spostrzeżenia psychologów i fizjologów (Szewczyk, 2003) dowodzą, że zasadniczą rolę w zaburzeniach psychosomatycznych odgrywają czynniki emocjonalne o różnym stopniu nasilenia, przedłużając tym samym zmiany czynności układu endokrynnego, immunologicznego (Szewczyk, 2001). Dlatego też długotrwałe utrzymywanie się niektórych emocji prowadzi do rozstrojenia normalnych funkcji organizmu, a w konsekwencji do powstawania zmian chorobowych. Procesy emocjonalne są regulowane przez ośrodki znajdujące się na różnych poziomach układu nerwowego. Regulacja ta dokonuje się przez ośrodki o antagonistycznych zadaniach: jedne z nich działają pobudzająco, a inne hamująco.

Za prekursora psychosomatyki uważa się Alexandra. Stworzył on listę siedmiu podstawowych chorób psychosomatycznych, do których zaliczył: nadciśnienie samoistne, dychawicę oskrzelową, wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę wrzodową, nadczynność tarczycy, atopowe zapalenie skóry i gościec pierwotny przewlekły. Alexander uważał, że objawy somatyczne są fizjologicznymi wskaźnikami towarzyszącymi stanom emocjonalnym i pojawiają się na skutek braku rozładowania emocjonalnego. Badacz ten przypisywał konfliktom emocjonalnym odpowiednie reakcje ze strony układu współczulnego i przywspółczulnego.

Według Fonberg (1974, za: Szewczyk, 2001), stan emocjonalny wytwarza rozlane pobudzenie w ośrodkowym układzie nerwowym, co wpływa na powstanie patologicznego zachowania. Natomiast Canzon (1975, za: Szewczyk, 2001) stwierdził, iż w stanach zagrożenia życia występuje większa gotowość do walki lub ucieczki, a emocje sprawiają, że organizm może błyskawicznie zareagować zmianami fizjologicznymi. Jednak gdy reakcja alarmowa trwa dłuższy czas, to utrzymują-

ca się aktywacja neurofizjologiczna może doprowadzić do wystąpienia zaburzeń czynnościowych.

Wielu danych na temat radzenie sobie ze stresem dostarczyła nam teoria Sely'ego (1976), która wyróżnia w ramach procesu adaptacji trzy fazy: fazę reakcji alarmowej, fazę przystosowania do działającego stresora i fazę wyczerpania występującą przy zbyt długotrwałym lub zbyt silnym działaniu stresora. W ramach tej koncepcji mieści się także stres psychologiczny wywołujący zjawiska emocjonalne i wegetatywne oraz zaburzenia w funkcjonowaniu kory nadnerczy. Okazało się, że ta koncepcja stresu stanowi pomost między oceną zjawisk psychicznych i fizjologicznych, gdyż jakikolwiek wzrost pobudzenia jest mechanizmem adaptacji do stresu, a przetrwanie pobudzenia powoduje zaburzenia czynności fizjologicznych i staje się czynnikiem chorobotwórczym.

Teoria Eysencka (1983) jest ogniwem łączącym dwie koncepcje wpływu ciała na psychikę – uwzględniając zarówno osobowość, jak i stres. Według niego choroba psychosomatyczna jest efektem łącznego wpływu dwu rodzajów czynników: określone cechy osobowości, przede wszystkim neurotyzm i psychotyzm, a także skrajne nasilenie ekstrawersji, jak i introwersji. Oprócz nich czynnikiem ułatwiającym powstawanie AZS okazała się także „słabość” organizmu, jego słaba odporność, która potęguje efekt oddziałującego stresu (Eysenck, 1983).

Obecnie uważa się, że bodźce psychiczne i środowiskowe zmieniają czynność struktur korowych i podkorowych, wywołując w efekcie stany emocjonalne, a zgodnie z koncepcją Mc Leana (1975 za: Ekman, Dawidson, 2000) układ limbiczny stanowi centralny ośrodek emocji i jest też odpowiedzialny za ich ekspresję. Ponadto procesy emocjonalne powstające w OUN pod wpływem bodźców psychicznych uwarunkowanych środowiskowo pobudzają ośrodki układu autonomicznego oraz podwzgórze i układ endokryny, rezultatem czego jest zespół zmian w czynnościach całego organizmu z większą lub mniejszą przewagą pewnych narządów. Zmiany mające początkowo charakter czynnościowy, po dłuższym utrzymywaniu się lub powtarzaniu mogą powodować zaburzenia somatyczne i objawy stwierdzane badaniami i rozpatrywane jako choroby psychosomatyczne.

Obserwacje i badania lekarzy oraz psychologów dowodzą, że u dzieci i młodzieży zaburzenia na podłożu psychogennym mogą dotyczyć większości układów (Szewczyk, 2001):

- *Układ krążenia* – tutaj zmiany obejmują tempo akcji serca oraz ciśnienie krwi. Emocje związane z sytuacjami krytycznymi lub zagrażającymi powodują wzrost ciśnienia i tętna. Pewne dane wskazują, że poczucie bezradności może prowadzić do zwolnienia tętna i obniżenia ciśnienia krwi.
- *Układ oddechowy* – częstym zmianom ulega tempo oddychania. Bodźce dodatnie i ujemne zwykle powodują przyspieszenie i pogłębienie oddechu, bodźce silne i nagłe powodują chwilowe jego wstrzymanie, natomiast przy gwałtownym lęku mogą występować zmiany spastyczne.

- *Układ pokarmowy* – hamująco na czynność ruchową i wydzielniczą tego układu działają silne negatywne emocje wynikłe z niebezpieczeństwa, np. lęk, gniew. Te same emocje, ale słabiej działające i utrzymujące się przewlekłe, mogą prowadzić do wzrostu tej aktywności, np. niepokój. Natomiast zbyt silne bodźce mogą pobudzić czynność parasympatyczną. Z kolei obniżająco na czynność przewodu pokarmowego mogą wpływać takie emocje jak przygnębienie i smutek.
- *Układ moczowy* – zaburzenia często dotyczą częstomocz, niemającego związku z infekcją dróg moczowych oraz z moczeniem mimowolnym, zwłaszcza nocnym. U dzieci moczących się częściej obserwuje się objawy zahamowania emocjonalnego oraz reakcje lękowe.
- *Układ mięśniowy* – w tym układzie napięcie mięśni szkieletowych zwiększa się w miarę wzrostu napięcia nerwowego. Niektóre grupy mięśni są szczególnie związane z napięciem emocjonalnym, np. długotrwałym stanem o charakterze agresji, co wiąże się ze wzrostem napięcia mięśni okolic czaszki i szyi – a to wpływa na powstawanie bólów głowy. Ponadto skurcze niektórych grup mięśniowych dają takie zaburzenia, jak tiki głowy, kończyn górnych oraz zaburzenia wymowy, głównie w postaci jąkania.
- *Układ immunologiczny* – pod wpływem działania stresu emocjonalnego może dochodzić do obniżenia odporności.
- *Układ endokrynnny* – pojawianie się, szczególnie w okresie dojrzewania, zaburzeń endokrynnnych, ma najczęściej podłoże psychogenne, np. zaburzenie czynności tarczycy, zaburzenia miesiączkowania spotykane u dziewcząt z konfliktami uczuciowymi, często brakiem akceptacji siebie lub psychicznym jadłowstrętem.
- *Skóra* – pojawiająca się w stanach niepokoju pokrzywka i świąd, zaburzenia naczyń skóry oraz nadmierna emocjonalna potliwość.

Inni badacze, jak Horney (1926, za: Szewczyk, 2001), zwracają szczególną uwagę na czynniki kulturowe w rozwoju zaburzeń psychosomatycznych. Najbardziej użyteczna w rozumieniu powstawania i przebiegu zaburzeń psychosomatycznych jest właśnie teoria systemów. Teoria ta nakreśla rozumienie człowieka nie tylko jako złożonego systemu biopsychospołecznego, ale także jako części systemu rodzinnego. Interakcja pomiędzy tymi podsystemami odbywa się na trzech obszarach – biologicznym, psychologicznym i społecznym. Relacja ta determinuje komunikację – bardzo ważną dla każdego systemu. To znaczy, że zachowania chorobowe są rozpatrywane w kategoriach całego systemu – choroba jednego z członków systemu wskazuje na problem całego rodzinnego systemu (Namysłowska, 2000).

Obecnie uważa się, że mechanizmy warunkujące powstawanie określonych wzorów reagowania mogą wpływać na rodzaj schorzeń jakim jednostka ulega. Takimi mechanizmami mogą być cechy osobowości lub też reaktywność układu wegetatywnego (Krasowska, 2006; Szewczyk, 2006).

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jako schorzenie psychosomatyczne

Specyfika przebiegu

Atopowe zapalenie skóry (*neurodermitis* lub też wyprysk atopowy) jest to przewlekłe, swędzące, powierzchowne zapalenie skóry. Należy ono do chorób atopowych, do których zalicza się schorzenia, w których występują reakcje alergiczne na substancje pochodzące ze środowiska naturalnego, np. pyłki traw, kurz domowy oraz pozanaturalnego – np. produkty spożywcze. Dodatkowo obciążenia psychiczne czy czynniki środowiskowe (klimat, zanieczyszczenia powietrza, zakażenia itp.) mogą powodować zaostrzenie choroby.

Atopowe zapalenie skóry (AZS), określane według aktualnie obowiązującej nomenklatury Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1990) jako wyprysk, jest przewlekłą, nawrotową chorobą zapalną skóry, przebiegającą ze świądem, z typową lokalizacją i charakterystyczną morfologią zmian.

Według Hanifina i Rajki (1980), aby rozpoznać atopowe zapalenie skóry należy stwierdzić występowanie co najmniej trzech z czterech objawów głównych podanych w definicji, do których należą świąd, typowa morfologia i lokalizacja zmian, przewlekły i nawrotowy przebieg oraz osobniczy lub rodzinny wywiad atopowy (zob. tabela 1).

U chorych na AZS można stwierdzić również występowanie objawów mniejszych. Mają one znaczenie pomocnicze w ustaleniu rozpoznania w przypadku

Tabela 1. Kryteria większe i kryteria mniejsze atopowego zapalenia skóry wg Hanifina i Rajki (1980, za: Waszczykowska, 2004)

Główne objawy AZS	Objawy mniejsze AZS
<ul style="list-style-type: none"> • świąd, • przewlekły i nawrotowy przebieg, • charakterystyczna morfologia • rodzinny wywiad atopowy 	<ul style="list-style-type: none"> • suchość skóry, • stożek rogówki • rybia łuska, • zaćma • natychmiastowe reakcje skórne, • zacienienie wokół oczu • podwyższony poziom IgE, • łupież biały • wczesne pojawienie się zmian skórnych, • fałd szyjny • skłonność do nawrotowych zakażeń skóry, • świąd po spoceniu • wpływ stresu i czynników środowiskowych na zaostrzenia • nieswoisty wyprysk rąk i/lub stóp, • nietolerancja pokarmów • wyprysk wokół sutków, • nietolerancja wełny, • zapalenie czerwień warg, • nawrotowe zapalenia spojówek, • fałd Dennie-Morgana • rumień twarzy, • akcentacja mieszków włosowych

braku jednego z objawów głównych. Według najnowszych badań u dzieci (Wanat-Krzak, 2003), w zależności od kraju, występuje ono u 5 do 20% populacji. Zmiany skórne najczęściej pojawiają się w 1. roku życia i w 50% ustępują do 2. roku życia. U pozostałych 50% chorych zmiany skórne utrzymują się dłużej lub nawracają w okresie późniejszym. U ok. 40% z tych chorych dochodzi w wieku późniejszym do rozwoju innych chorób alergicznych, a zwłaszcza astmy oskrzelowej (AO).

W pracy Wanat-Krzak wraz ze współpracownikami (2003) najczęściej stwierdzono współistnienie atopowego zapalenia skóry z astmą oskrzelową. Ponadto atopowe zapalenie skóry było najczęściej pierwszą manifestacją kliniczną choroby alergicznej. W drugiej kolejności częściej dołączały się objawy astmy oskrzelowej niż alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa.

W przebiegu choroby wyróżnia się trzy odmiany:

- 1) wyprysk atopowy wczesnego dzieciństwa – chorują przeważnie dzieci do 2. roku życia. U nich pierwsze zmiany skórne pojawiają się już do 3 miesiąca życia, głównie na twarzy. Mają charakter wykwitów rumieniowych, łuszczą się i śączą. Okresowo dolegliwości mogą ulegać złagodzeniom lub zaostrzeniom, co często doprowadza do zakażeń drobnoustrojami. Wystąpienie pierwszych objawów chorobowych u dziecka w przypadku, gdy chorują (lub chorowali w dzieciństwie) na AZS jego rodzice jest pierwszym sygnałem świadczącym o skłonności do nadwrażliwości;
- 2) wyprysk atopowy późnego dzieciństwa – zmiany mają inny charakter niż poprzednio, występują głównie w zgięciach kończyn, na nadgarstkach, karku, twarzy, tułowi, wykwity są silnie swędzące, mają charakter pęcherzykowato-grudkowaty, przypominają liszaje.
- 3) wyprysk atopowy okresu młodzieńczego – liszajowate silnie swędzące zmiany mogą występować na całym ciele. Mogą powiększyć się węzły chłonne pod pachami i w pachwinach, włosy są suche i łamliwe. W zależności od pory roku zmiany skóry mogą się nasilać (wiosna, jesień, zima) lub zmniejszać i łagodzieć (lato). AZS występuje u 50% pacjentów z astmą oskrzelową i katarem siennym.

Jedną z koncepcji wpływu czynników psychologicznych na powstawanie chorób dermatologicznych przedstawił Griesemer (1979, za: Sheridan, Radmacher, 1998), który prowadził metodę tzw. dziennika. Za pomocą wywiadu badał dokładnie chorych, pytając ich o przebieg dnia poprzedzającego wystąpienie pogorszenia objawów chorobowych. Obecnie krytykuje się jednak dokonania tego autora, przypisując mu zbyt uproszczenie wpływu czynników psychologicznych na rozwój choroby. Aczkolwiek jego badania ukazały dużą rolę stresu w rozwoju większości chorób skóry i zwróciły uwagę badaczy na tę grupę schorzeń.

Badania ostatnich lat całkowicie potwierdziły jedność psychiki i ciała (Juszkiewicz-Borowiec, 1999). Udokumentowano, że stres w bardzo istotny sposób wpływa na naszą skórę. Związki między stanem psychicznym a stanem skóry są udokumentowane w wielu związkach frazeologicznych języka polskiego, jak chociażby

– gęsia skóra (strach), czy zbladł jak ściana (przerażenie). Stres odgrywa istotną rolę w wielu dermatozach, szczególnie tych, o charakterze zapalnym, tj: natrętne nawyki, trichotillomania (nawykowe wyrwanie włosów), nadgryzanie warg, obgryzanie paznokci, myśli obsesyjne. Wyróżniono również grupę schorzeń, w których czynnikiem etiologicznym powodującym określoną patologię był stres, który to podtrzymywał lub zaostrzał przebieg choroby. Do tej grupy należą: łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, łysienie plackowate, pokrzywka, liszaj płaski, bielactwo, nadmierna potliwość, opryszczka nawracająca.

Najnowsze badania wskazują na wzajemne powiązania pomiędzy układami neuroendokrynnym i immunologicznym a skórą. Jak już wspomniano, skóra i OUN są powiązane embrionalnie, tzn. naskórek i płytka nerwowa powstają z ektodermy. Ponadto w skórze, jak i w OUN, a także układzie immunologicznym stwierdza się występowanie pewnych wspólnych hormonów, neurotransmiterów i receptorów (Szewczyk, 2001).

Obecnie przypuszcza się, iż mogą istnieć dwie główne drogi wpływu czynników psychologicznych na stan skóry człowieka (Tuszyńska-Bogucka, 2007):

1. przez doświadczenia związane ze stresem;
2. przez reakcje psychologiczne i behawioralne w sytuacji choroby – spowodowane określonymi cechami osobowości oraz określone zachowania, tzw. wzory zachowań.

W ciągu ostatnich lat ukazało się wiele prac, które wskazują, że przewlekły i długotrwały stres może się przyczynić do wywołania choroby lub zaostrzenia już istniejącej (Heszen-Niejodek, 1997; Hoes, 1997; Selye, 1963). Hoes (1997) dowodzi, iż zbyt długie poddawanie jednostki sytuacjom przeciążeniowym może wyczerpać jej odporność, czego wyrazem są objawy o charakterze psychosomatycznym. To znaczy, że choroba psychosomatyczna może być efektem niezdolności do przystosowania się do zmienności, jaka nas otacza.

Współcześnie uważa się, że istnieje kilka „ścieżek dostępu” stresu do skóry. Pierwsza hipoteza zakłada, że pacjenci ze schorzeniami skóry wykazują silniejszą reakcję fizjologiczną na bodźce stresowe. Zagadnienie to było badane w odniesieniu do pacjentów z atopowym zapaleniem skóry. Badano tu reakcję na prowokację histaminową, gdzie w każdym przypadku stwierdzono korelację z negatywnym nastrojem pacjenta (Tuszyńska-Bogucka, 2007).

Inna ścieżka, która może wyjaśniać mechanizm wpływu OUN na zaburzenia skórne, to wyzwianie z końcówek nerwowych, tkwiących w skórze, neuropeptydów, jako odpowiedź na stres. Wydzielanie neuropeptydów pod wpływem stresu wywołuje świąd oraz reakcje zapalne. Zwraca się na to szczególną uwagę w przypadku atopowego zapalenia skóry oraz łuszczycy (Tuszyńska-Bogucka, 2007). Liczne badania wskazują, iż pacjenci dermatologiczni zgłaszają wysoką liczbę stresujących wydarzeń życiowych, jakie nastąpiły w okresie poprzedzającym chorobę. Wykonane badania dotyczyły pacjentów z atopowym zapaleniem skóry (AZS) (Benea, Muresian, Manolache, Robu, Diafonu, 2001; Brown, 1972). Pogorszenie

stanu ich zdrowia zwykle wiązało się z nagromadzeniem w ich życiu wydarzeń o wyraźnie stresowym charakterze, zwykle dotyczących relacji międzyludzkich. Pacjenci tacy z reguły sygnalizowali nadmierną tendencję rodzin do zbyt surowego karania ich w dzieciństwie (Tuszyńska-Bogucka, 2007). Niestety nie pojawiły się jeszcze badania mówiące o wpływie konfliktów w rodzinie na przebieg AZS.

W przypadku poszukiwania źródeł stresu należy pamiętać o tym, że objawy chorobowe czy kuracja zmian skórnych mogą powodować wtórne nasilenie stresu. Na przykład świad może wzmacniać napięcie, zaburzać koncentrację, powodować bezsenność, podwyższać poziom irytacji oraz ograniczać możliwości fizyczne organizmu (Tuszyńska-Bogucka, 2007). Ponadto widoczne zmiany skórne, np. na twarzy i innych odkrytych częściach ciała, mogą powodować negatywne efekty psychologiczne. Pacjent widzi je nieustannie, ma też świadomość tego, że tak samo widzą je inni. Dodatkowo leczenie chorób dermatologicznych jest zwykle długotrwałe lub czasochłonne a nasilenie lęku z powodu uporczywości objawów jest jednym z najczęściej spotykanych następstw choroby (Tuszyńska-Bogucka, 2007). Kolejnym źródłem stresu u pacjentów dermatologicznych jest fakt, iż stan zdrowia może wyrzucić negatywny wpływ na ich stan relacji interpersonalnych. Gieler (2002, za: Tuszyńska-Bogucka, 2007) wykazał, że pacjenci z AZS mają znacząco wyższy poziom zachowań negatywnych (lecz niestety nie podał dokładnie o jakie zachowania chodziło) oraz szybciej tracą kontrolę nad własnym zachowaniem.

W chorobach skóry ogromną rolę odgrywają określone cechy osobowości pacjentów oraz historia ich życia rodzinnego, a także problemy, jakie napotykają oni w toku swego funkcjonowania osobistego. Wszystkie czynniki determinują reakcje emocjonalne i behawioralne na sytuację choroby. Poczucie danej sytuacji życiowej może uruchomić dość typowe stany emocjonalne, które w efekcie mogą doprowadzić do zmian w obrębie funkcjonowania jednostki – wśród nich na pierwszy plan wysuwa się podwyższone napięcie. Objawia się ono przede wszystkim w psychofizjologicznych reakcjach typu: ból głowy, ból krzyża, podwyższona czujność, palpacje serca oraz zaburzenia nastroju (Tuszyńska-Bogucka, 2007). Liczne badania wykazały istniejące u pacjentów dermatologicznych problemy natury przystosowania (Borzęcki, Cielica, 2002; Januszewska, 2001; Tuszyńska-Bogucka 2007). Istnieją badania (White, Horn, Varigos, 1990), które dowodzą, że pacjenci z dermatozami wykazują podwyższony poziom lęku i depresji w porównaniu z ogólną populacją.

Seria badań dowiodła istnienia wysokiego poziomu lęku (jako cechy) u pacjentów z AZS, aczkolwiek istnieją też badania zaprzeczające tym doniesieniom. U osób dorosłych ten właśnie rodzaj schorzenia łączony był z pewnymi cechami osobowości, takimi jak: nadmierne napięcie, ponadprzeciętna inteligencja, nieefektywna ekspresja emocjonalna – szczególnie negatywnych uczuć oraz zależność od dominującej matki (Januszewska, 2001).

Obecnie wśród komponentów psychologicznych chorób za najważniejsze uznaje się lęk i depresję, dezadaptacyjne style radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, towarzyszące im reakcje fizjologiczne organizmu, które mogą wpływać na stan

skóry, a także dezadaptacyjne zachowania zdrowotne, tj nadmierne skupianie się na chorobie, które na zasadzie samospełniającego się proroctwa może pogorszyć stan skóry pacjenta. Lęk odgrywa istotną rolę w etiopatogenezie zaburzeń psychosomatycznych (Jankowski, 1975a,b; Puchalski, 1983). Lęk przed utratą osoby znaczącej, ideału czy innych wartości nadrzędnych może być krytycznym czynnikiem w genezie wielu chorób.

Epidemiologia AZS

Atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą i nawrotową dermatozą zapalną, której towarzyszy znaczny świąd i charakterystyczny obraz zmian skórnych. Atopowe zapalenie skóry silnie wiąże się z alergicznymi chorobami dróg oddechowych, takimi jak astma i alergiczny nieżył nosa, stąd nazwa „triada alergiczna”.

Zdaniem alergologów, u 80% dzieci z AZS w późniejszym wieku rozwijają się inne choroby alergiczne. W ostatnich latach przeprowadzono kilka dokładnych badań i analiz epidemiologicznych, oceniających częstość występowania atopowego zapalenia skóry. Najbardziej znane są publikacje szwajcarskich dermatologów i alergologów Wuthricha, Schindlera, Leuenbergera oraz Ackerman-Liebricha (1995), którzy przeanalizowali dane 25 000 dzieci z pięciu krajów europejskich. Stwierdzili oni, że częstość atopowego zapalenia skóry, podobnie jak innych chorób alergicznych, szybko narasta. W latach 50. w Kopenhadze częstość występowania atopowego zapalenia skóry wynosiła zaledwie 0,1%, w Zurychu w latach 60. AZS wykrywano zaledwie u około 0,1-0,5% dzieci.

Częstość występowania AZS u dzieci w krajach Europy Zachodniej wynosi 9-24%. Częściej chorują dziewczynki niż chłopcy. Po okresie dojrzewania choroba utrzymuje się tylko u około 10-15% chorych, czyli 85-90% dzieci wyrasta z AZS. U około 20% dzieci z AZS rozwija się astma oskrzelowa. Badania Bergman i jego współpracowników (1998 za: Kurzawa, 2009) pokazują, że częstość występowania AZS w pierwszych 2 latach życia wynosi 20,1%; 4,8% u niemowląt do 3. miesiąca życia; 8,7% u niemowląt do 6. miesiąca życia oraz 13% u niemowląt do 12. miesiąca życia. W badaniach epidemiologicznych prowadzonych w 1999 roku w Łodzi na podstawie badania dermatologicznego, AZS wykryto u 12,2% dzieci mieszkających w mieście i 10,7% dzieci wiejskich. Zaskakująca jest mała różnica w rozpowszechnieniu AZS wśród dzieci miejskich i wiejskich. W grupie osób dorosłych AZS jest bardzo rzadko spotykane i wśród mieszkańców miasta częstość występowania choroby oceniono na około 1,5%, zaś na wsi na zaledwie 0,5%.

W ciągu ostatnich dwudziestu lat zaobserwowano istotny wzrost częstości zachorowań na choroby alergiczne: astmę oskrzelową, atopowe zapalenie skóry oraz alergiczny nieżył nosa. Odnotowany wzrost nie wynikał, jak próbowano sugerować, wyłącznie z poprawy metod diagnostyki. Był to wzrost rzeczywisty, udokumentowany w badaniach powtarzanych w odstępach kilku lub kilkunastu lat, prowadzonych przy pomocy tego samego protokołu, tymi samymi metodami. Przyczyny tej niekorzystnej tendencji epidemiologicznej nie są w pełni jasne. Dotychczasowe obserwacje pozwoliły na identyfikację szeregu czynników ryzyka zachorowań, ale

opinie na temat ich znaczenia nie są w pełni zgodne. Aktualna sytuacja nie ma związku z genetycznymi uwarunkowaniami alergii, bowiem trudno przyjąć, że na przestrzeni tak niedługiego czasu nastąpiła wymiana materiału genetycznego. Dlatego też szczególne znaczenie przypisuje się czynnikom środowiskowym. Podjęto także badania nad rolą środowiska wewnątrzdomowego, wpływem nawyków żywieniowych, stylu życia, spożywania leków oraz uwarunkowań społecznych i ekonomicznych (Bręborowicz, 2002).

Czynniki rodzinne a AZS

„Rodzina jest pierwszą grupą społeczną, z którą spotyka się dziecko, stąd jego szczególna podatność na wpływ tego wszystkiego, z czym zetknie się w kręgu życia rodzinnego. Oddziaływanie rodziny trafia na *tabula rasa* psychiki dziecięcej, a pozostawiony w niej zapis posiada cechy szczególnej trwałości” (Plopa, 2004, s. 248).

Większa liczba przykrych, obciążających wydarzeń o charakterze stresowym pociąga zwykle za sobą zakłócenia więzi w rodzinie – zjawiska te łączy ze sobą typowe sprzężenie zwrotne. Niekorzystne odnoszenie się do siebie w rodzinie może być przyczyną wielu wydarzeń o charakterze stresu, które z kolei mogą wyzwalać bądź zaostrzać objawy psychosomatyczne (Pilecka, 2002), a objawy te mogą z kolei wywołać niekorzystne zmiany w rodzinnych zachowaniach interakcyjnych, a nawet generować niekorzystne wydarzenia o charakterze obciążenia.

W literaturze psychologicznej od dawna rozważany jest problem wpływu rodziny i rodziców zarówno na proces powstawania choroby, jak i leczenia. Taylor (1985, za: Tuszyńska-Bogucka, 2007) proponuje model biopsychospołeczny, w którym kondycja fizyczna zarówno wpływa, jak i jest modyfikowana przez stan psychiczny, kiedy stosunki dziecka ze znaczącymi dla niego osobami (czyli rodzicami) budują podstawowe determinanty jego zdrowia fizycznego i emocjonalnego.

Status ekonomiczny i socjalny, rozmiar rodziny, sposób karmienia niemowląt czy zanieczyszczenie środowiska odgrywają istotną rolę w jednych badaniach, podczas gdy w innych nie mają większego znaczenia (Romańska-Gocka, Gocki, Placek, Zegarska, 2006). Autorzy są zgodni, że ekspozycja na alergenów bakterii, zwierząt i roślin we wczesnym dzieciństwie ma korzystny wpływ na profilaktykę chorób atopowych. Zgodnie z hipotezą higieniczną, wyprysk atopowy częściej występuje u dzieci niemających rodzeństwa, rzadko narażonych na pospolite zakażenia. Hipotezy tej nie potwierdzają badania niektórych autorów, np. badacze niemieccy Zutavern, Hirsch oraz Leupold (2005, za: Romańska-Gocka, Gocki, Placek, Zegarska, 2006) nie wykazali dodatkowej korelacji AZS z wielkością rodziny. Przeciwnie wnioski przedstawili natomiast autorzy węgierscy Sebok, Schneider oraz Harangi (2006, za: Romańska-Gocka, Gocki, Placek, Zegarska, 2006), według których wyprysk atopowy statystycznie częściej dotyczył jedynaków. Nie miało natomiast znaczenia, czy dziecko uczęszczało do przedszkola i częściej przechodziło pospolite infekcje, czy też było wychowywane w domu.

Badania polskie w tym zakresie dotyczyły głównie młodzieży z trądzikiem oraz atopowym zapaleniem, choroby uważanej za psychomodyfikowalną, w której nadmierna więź między dzieckiem a jego rodzicami, jego chęć podporządkowania się i spełnienia oczekiwań za wszelką cenę, doprowadziła do zaostrzenia symptomów choroby (Tuszyńska-Bogucka, 2007).

W latach 40. i 50. dwudziestego wieku odkryto, iż AZS występowało częściej u dzieci odrzucanych przez matki (Tuszyńska-Bogucka, 2007) bądź traktowanych przez nie wrogo czy surowo.

Inne badania (Palos, Ring, 1984) sugerują, iż rodzice dzieci chorych cechowali się często emocjonalnym napięciem, poczuciem winy oraz prezentowali zachowania typowe dla nadopiekuńczości. Niekiedy związek ujawniał całkowitą bezradność tych dzieci w podejmowaniu nawet najprostszych decyzji.

Dlatego też konieczna jest analiza funkcjonowania systemu rodzinnego z dzieckiem chorym na atopowe zapalenie skóry (AZS).

Terapia AZS

Biorąc pod uwagę dużą liczbę czynników zewnętrznych, jak i wewnętrznych, biorących udział w patogenezie AZS oraz związek choroby z genami atopii, istnieje mała szansa na opracowanie leku powodującego całkowite i trwałe ustąpienie choroby. Obecnie celem leczenia jest poprawa jakości życia chorego przy mini-

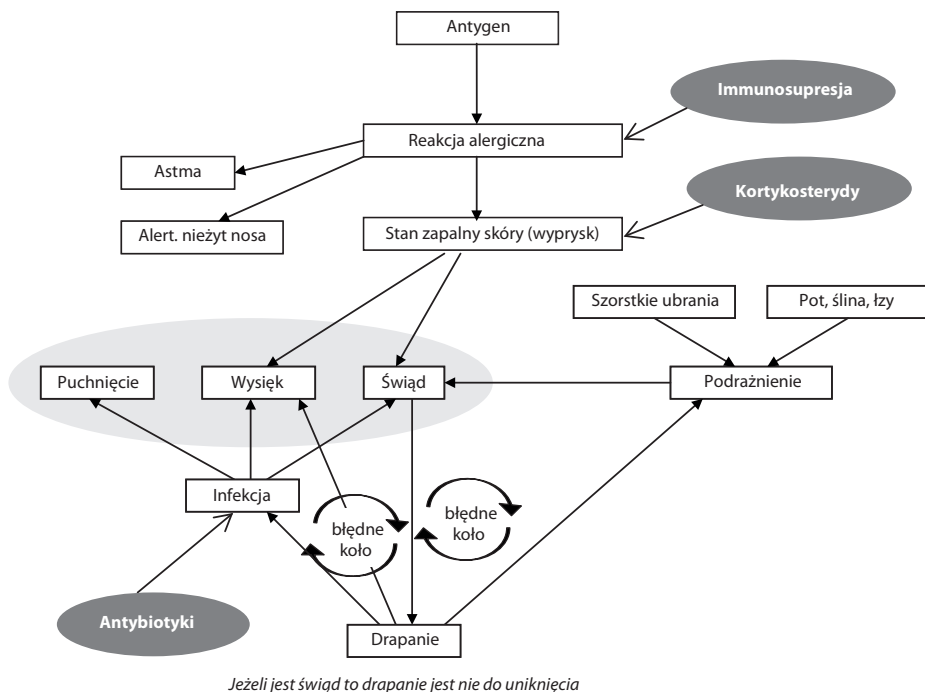


Diagram 1. źródło: <http://www.atopowe-zapalenie.pl/atopedia/terapia>, autor: nieznan

malnym zagrożeniu wystąpienia powikłań miejscowych, jak i ogólnych. Diagram 1 przedstawia zjawiska towarzyszące AZS.

Do podstawowych metod leczenia AZS zalicza się:

- Terapię mikrobiologiczną – przyczyną wielu chorób skóry jest zaburzenie flory bakteryjnej jelita, przez co dochodzi do upośledzenia wyprowadzania toksyn na zewnątrz. Z tego powodu, przy jednoczesnym uszkodzeniu układu chłonnego jelita, toksyny są wchłaniane z jelita. Zatem organizm, nie mogąc pozbyć się toksyn przez jelito, usiłuje wyprowadzić je przez skórę. Zważywszy na te uwarunkowania należy sądzić, że terapia mikrobiologiczna może być pomocna w leczeniu endogennych schorzeń skóry. Leczenie mikrobiologiczne jest oparte na przywracaniu równowagi symbiotycznej, optymalizacji pH jelita, niszczeniu ewentualnych drobnoustrojów patologicznych, dostatecznej podaży płynów, bilansowanej, pełnowartościowej diecie i na podawaniu drobnoustrojów symbiotycznych i autoszczepionek.
- Psychoterapia – wieloletni przebieg AZS z uporczywym świadem i obecnością zmian skórnych, które stanowią istotny defekt kosmetyczny i ograniczają niekiedy podstawowe funkcje życiowe, są przyczyną zaburzeń w sferze psychicznej – nerwic i psychoz, dlatego w trakcie leczenia ważna jest współpraca pacjentów z psychologiem, a niekiedy lekarzem psychiatrą.
- Fototerapia – światło ultrafioletowe ma działanie antyproliferacyjne i immunosupresyjne. Szczególnie zaleca się naświetlanie promieniami UVA i UVB.
- Pielęgnacja ciała – sprawa częstoci kąpeli pod prysznicem czy w wannie u chorych z suchą skórą wymaga indywidualnego podejścia. Dobrze jest dodać do wody jedną łyżkę mondaminy i niewielką porcję oliwy z wyciskanych na zimno oliwek. W każdym wypadku należy wystrzegać się płynów do kąpieli i mydeł alkalicznych, gdyż powodują one odłuszczenie i wysychanie skóry.
- Leczenie miejscowe – w ostrym rzucie choroby medycyna klasyczna zaleca maści steroidowe, a okresowo maści podstawowe. Pod wpływem steroidoterapii miejscowej zmiany skórne znikają szybko, ale po krótkim czasie powracają z jeszcze większym nasileniem.
- Farmakoterapia.

Należy zwrócić uwagę, że większość działań terapeutycznych skupia się obecnie na podejściu czysto medycznym, głównie poprzez stosowanie różnego rodzaju leków. W świetle przedstawionych w artykule argumentów można wyciągnąć wniosek, iż nie jest to wystarczające dla złagodzenia występujących objawów.

Wnioski

Nie podlega dyskusji fakt wpływu czynników psychicznych na przebieg niektórych chorób skóry. Podejście psychoterapeutyczne, czy choćby wsparcie od lekarza, powinno stanowić element kompleksowego leczenia przewlekłych dermatoz.

Szczególnie przydatne wydają się tu być techniki relaksacyjne i podejście poznawcze (Januszewska, 2001; Pilecka, 2001), nie można też pominąć roli grup wsparcia dla przewlekle chorych pacjentów. Ważna dla dobra pacjenta wydaje się współpraca lekarzy na pozór całkowicie odrębnych dziedzin medycyny – dermatologa i psychologa.

Chociaż choroby skóry nie są zaliczane do zagrażających życiu, to z powodu ich widoczności mogą być zakwalifikowane do rujnujących życie. Osoby cierpiące z powodu przewlekłych i nawrotowych chorób skóry czują się zarówno fizycznie, jak i psychicznie zdruzgotane. Dodatkowo schorzenia dermatologiczne utrudniają zdobycie pracy, w której wygląd ma istotne znaczenie (Januszewska, 2001; Szewczyk, 2006). Z obawy przed zarażeniem się otoczenie niechętnie odnosi się do takich chorych.

Większość dotychczas przeprowadzonych badań koncentrowała się na matkach dzieci z problemami zdrowotnymi. Mało jest natomiast informacji o funkcjonowaniu rodziny dzieci z AZS. Nieprzebadane zostają np. style komunikowania się, postawy rodzicielskie, więź emocjonalna pomiędzy członkami rodziny, zdolność do zmian w systemie rodzinnym. Publikacje dotyczące badań nad AZS nie podają informacji ukazujących wszystkie wymiary życia rodzinnego z dzieckiem cierpiącym na tę chorobę. Można by było je przeprowadzić w kilku aspektach, np. jaki wpływ na rodzinę ma choroba dziecka?, czy może sytuacja rodzinna powoduje występowanie albo nasilenie AZS? Czy lub jak rodzina może wspierać dziecko chore na AZS?

Należy spodziewać się, że w kontekście zwiększającej się liczby zachorowań na AZS, te luki wkrótce zostaną zapełnione.

Literatura cytowana

- Bartoszak, L., Czarnecka-Operacz, M. (2007). Alergia kontaktowa u dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 24(3), 120-126.
- Benea, V., Muresian, D., Manolache, L., Robu, E., Diaconu, J.D. (2001). Stress and atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics*, 2(4), 205-207.
- Borzęcki, A., Cielica, W. (2002). Psychologiczne aspekty łuszczycy. *Nowa Medycyna*, 116, 40-42.
- Bręborowicz, A.. (2002). Teoria „higieniczna” rozwoju alergii. *Nowa Pediatria*, 4, 260-262.
- Brown, D.G. (1972). Stress as a precipitant of egzema. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 323-327.
- Czabała, J.C. (1988). *Rodzina a zaburzenia psychiczne. Koncepcje i studia nad percepcją interpersonalną*. Kraków: Instytut Psychoneurologiczny, sekcja psychoterapii.
- Czarnecka-Operacz, M. (2009). Atopowe zapalenie skóry – aktualna wiedza w zakresie zjawisk immunologicznych i możliwości terapeutycznych. *Przegląd Dermatologiczny*, 96, 145-147.
- Ekman, P., Davidson, P. (2000). *Natura emocji*. Gdańsk: GWP
- Eysenck, H.J. (1983). Stress, disease, and personalisty: The „inoculation effect” W: C.L. Cooper (red.), *Stress research* (s. 121-146). New York: Wiley.
- Gliński, W., Rudzki, E. (2003). *Alergologia dla lekarzy dermatologów*. Lublin: Czelej.
- Hanifin, J.M, Rajka, G. (1980). Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 92, 44 – 47.

- Heszen-Niejodek, I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 1-28.
- Hoes, M.J.A.J.M (1997). Adverse life events and psychosomatic disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 10(6), 462 – 465.
- Jankowski, K. (1975a). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa: PTW.
- Jankowski, K. (1975b). *Człowiek i choroba*. Warszawa: PWN.
- Januszewska E. (2001). Psychosomatyczne aspekty choroby skóry (neurodermitis). W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka* (s. 79-96). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Juszkiewicz-Borowiec, M. (1999). Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry. *Przegląd Dermatologiczny*, 86(1), 61-65.
- Krasowska, D., Tuszyńska-Bogucka, W. (2006) Ocena wybranych aspektów osobowości i poziomu oraz poziomu stresu i stylu radzenia sobie ze stresem lęku u chorych na liszaj płaski. *Przegląd Dermatologiczny*, 94(2), 265-272.
- Kurzawa, R., Wanat-Krzak, M., Widderska-Kurzawa, A. (2009). *Atopowe zapalenie skóry. Poradnik lekarzy*. Wydawnictwo Help-Med. Kraków.
- Lis, G., (1997). Występowanie chorób alergicznych u dzieci szkolnych w Krakowie i Poznaniu (na podstawie badań ankietowych ISAAC). *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 65, 621-627.
- Miller, B.D., Wood, B.L. (1997). The influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthma children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 669-677.
- Namysłowska, I. (2000). *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN.
- Namysłowska, I. (2003). System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne. W: L. Szewczyk, M. Skowrońska (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży* (s. 35-48). Warszawa: Wydawnictwo EMU.
- Nowicki, R. (2009). Co nowego w leczeniu atopowego zapalenia skóry? *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 24(5), 350-353.
- Palos, E., Ring J. (1984). Psychosomatic aspects of parent – child relations in atopic eczema of childhood. *Archives of Dermatological Research*, 276, 256.
- Pilecka, W. (2001). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*. Kraków: Wyd. UJ.
- Płopa, M. (2004). *Psychologia rodziny: teoria i badania*. Elbląg: Wydawnictwo EWSH.
- Puchalski, Z. (1983). Struktura lęku u chorych z alopecia areata, rosaces i lichen planus. *Przegląd Dermatologiczny*, 5, 521-526.
- Rassner, G. (1994). *Dermatologia. Podręcznik i atlas*. Wrocław: Urban & Partner.
- Ratajczak, J., Wojdas, A., Rapijko, P., Jurkiewicz, D. (2004). Nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny jako przyczyna wybranych schorzeń foniatrycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie Skłodowska*, 14(5), 12-16.
- Romańska-Gocka, K., Gocki, J., Placek, W., Zegarska B. (2006). Rola bariery skórnej, wybranych czynników środowiskowych i karmienia piersią w atopowym zapaleniu skóry. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 23(5), 228-233.
- Selye, H. (1963). *Stres życia*. Warszawa: PIW.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Smoliński, B., Hałat, Z., Samolińska, U. (2003) Występowanie alergicznych nieżytów nosa w 2003 roku w Polsce. Allergic rhinitis in POLAND in 2003 year Preliminary report based on ECRHS II questionnaire W: Z.Hałat (red.), *Zagrożenie zdrowia w Polsce* (s. 41-44).
- Szewczyk, L. (2001). Psychobiologiczne mechanizmy zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży. W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka* (s.7-15). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Szewczyk, L. (2003). *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo EMU.
- Szewczyk, L. (2006). Patomechanizm i symptomatologia zaburzeń psychosomatycznych. *Alma Mater*, 59(2), 104-109.

- Śpiewak, R. (2001). Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry u dzieci. *Nowa Medycyna*, 8, 23-26.
- Thompson R.J., Gustafson K.E.(1996). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: APA.
- Tuszyńska-Bogucka, W. (2007). *Funkcjonowanie systemu rodziny z dzieckiem przewlekle chorym dermatologicznie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wanat-Krzak, M., Kurzawa, R., Kapińska-Mrowiecka, M. (2003). Współistnienie i kolejność pojawiania się innych chorób alergicznych u dzieci chorych na atopowe zapalenie skóry. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 20(3), 136-142.
- Waszczykowska, E. (2004). Atopowe zapalenie skóry – postępowanie lecznicze. *Przegląd Alergologiczny*, 1, 24-29.
- White, A., Horne, D.J.De L., Varigos, G.A.(1990). Psychological profile of the atopic eczema patient. *Australasian Journal of Dermatology*, 32, 13-16.
- World Health Organization WHO (1990-1994). *International Classification of Diseases ICD – 10*.
- Wutrich, B., Schindler, C., Leuenberger, P., Ackerman-Liebrich U.(1995). Prevalence of atopy and pollinosis in the adult population in Switzerland (SPALDIA Study). *International Archives of Allergy and Immunology*, 106, 149-156.
- Zegarska, B., Izdebski, P., Barska, K. (2005). Osobowość młodzieży ze zmianami skórными z przebiegu trądziku młodzieńczego na podstawie testu NEO-FFI. *Dermatologia Estetyczna*, 7(1), 17-21.