

# Tendencje samobójcze wśród pacjentów dermatologicznych

## Suicidal ideation and behaviour in dermatological patients

Hanna Korabel<sup>1</sup>, Dominika Dudek<sup>1</sup>, Andrzej Jaworek<sup>2</sup>, Anna Wojas-Pelc<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Andrzej Zięba

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Dermatologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, kierownik Katedry i Kliniki: dr hab. n. med. Anna Wojas-Pelc

Post Dermatol Alergol 2008; XXV, 2: 69–75

### Streszczenie

Schorzenia skóry są rzadziej niż choroby narządów wewnętrznych bezpośrednią przyczyną zgonów. Niektórzy pacjenci z chorobami skóry podejmują udane próby samobójcze. Psychodermatologia jest nową dziedziną wiedzy z pogranicza dermatologii, psychologii i psychiatrii. Szacuje się, iż występowanie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów dermatologicznych jest rzędu 30–60%. Z uwagi na charakter pracy dermatologa praktyka wskazane wydaje się przybliżenie pewnych elementów suicydologii, które mogą być przydatne w praktyce klinicznej. Wzajemnymi interakcjami między dermatologią a psychiatrią zajmuje się właśnie psychodermatologia. Wszystkie zmiany skórne są widoczne i mogą oddziaływać na psychikę chorych. Czynniki psychiczne mogą ponadto odgrywać istotną rolę w patologii niektórych schorzeń skóry. W poniższym artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa dotyczącego występowania zachowań samobójczych w grupie pacjentów z chorobami skóry.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, dermatologia, psychiatria.

### Abstract

Dermatological disorders are a less common direct cause of patients' death than internal organ diseases. Nevertheless, some patients with skin disorders commit suicide successfully. Psychodermatology is a new part of medicine, which combines dermatology, psychology and psychiatry. The incidence of psychiatric disorders among dermatological patients is estimated at 30 to 60%. Because dermatology is a very specific branch of knowledge, it is necessary to know the suicidal part of dermatological diseases. Psychodermatology is the branch of medicine that describes the interaction between dermatology and psychiatry. Skin lesions are visible and they may influence the patient's psyche. Psychological factors are important in the pathology of several dermatoses. The article presents a review of the literature concerning the suicidal ideation and behaviour among dermatological patients.

**Key words:** suicide, dermatology, psychiatry.

Schorzenia skóry są rzadziej niż choroby narządów wewnętrznych bezpośrednią przyczyną zgonów. Jednakże niektóre osoby z chorobami skóry wskutek związanego z nimi fizycznego i psychicznego cierpienia podejmują udane próby samobójcze [1, 2].

Zagadnieniami związanymi z występowaniem zaburzeń psychicznych wśród pacjentów dermatologicznych zajmuje się dziedzina medycyny zwana psychodermatologią [3–9]. Opisuje ona współwystępowanie objawów psychopatologicznych z określonymi objawami skórnymi lub też chorobami dermatologicznymi [8, 10–15]. Skóra stanowi więc wspólne pole analiz dermatologów, psychiatrów, psychologów. Związki między tymi dwoma dziedzi-

nami medycyny widoczne są już w okresie życia płodowego, w czasie kształtowania i rozwijania się narządów – skóra i układ nerwowy powstają z tego samego listka zarodkowego, tj. z ektodermy [6].

Skóra jako narząd zauważalny i widoczny dla otoczenia zajmuje miejsce szczególnie w psychiatrii. Poprzez odpowiadanie na bodźce zmysłowe oraz zdolność do wyrażania emocji, takich jak: złość, lęk, wstyd, frustracja, ma duże znaczenie w procesie kształtowania obrazu własnego ja, poczucia własnej wartości, samooceny, a przez to odgrywa istotną rolę w procesie socjalizacji. Skóra jest organem czucia, wrażliwości i seksualności [6]. Kiedy narząd ten jest uszkodzony bądź zniekształcony, uderza to

---

**Adres do korespondencji:** lek. med. Hanna Korabel, Klinika Psychiatrii Dorosłych *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ul. Kopernika 21A, 31-501 Kraków, e-mail: hanared@poczta.onet.pl

w nasze samopoczucie i negatywnie wpływa na jakość życia [16].

Skóra pełni nie tylko funkcje ochronne, ale także: estetyczne, komunikacyjne, seksualne, percepcyjne i ekspresyjne. Wszystko to sprawia, że pacjenci dermatologiczni w sposób szczególny odbierają swój wizerunek oraz nisko oceniają jakość własnego życia [17].

Występowanie zaburzeń psychicznych w grupie pacjentów ze schorzeniami skóry szacuje się na 30–60% [18, 19]. Wskaźnik ten jest znacznie wyższy niż w populacji ogólnej. Wśród najczęściej spotykanych nieprawidłowości natury psychiatrycznej w grupie pacjentów dermatologicznych wymieniać należy w pierwszej kolejności: zaburzenia nastroju, zwłaszcza depresyjne, myśli i tendencje samobójcze, zaburzenia lękowe, obsesyjne oraz urojeniowe [19]. Z tego najbardziej niebezpieczne są myśli i tendencje samobójcze.

W piśmiennictwie często podejmowany jest temat dotyczący występowania zaburzeń depresyjnych w grupie pacjentów z chorobami skóry, a także korelujących z depresją zachowań samobójczych.

Na obecność objawów depresyjnych w grupie pacjentów z chorobami skóry wskazują m.in. Gupta i Gupta [20]. Stwierdzili oni znaczne nasilenie depresji w grupie 480 pacjentów ze schorzeniami skóry, takimi jak: trądzik, łysienie plackowate, atopowe zapalenie skóry (AZS) czy łuszczyca. Chorzy uzupełniali kwestionariusz CRSD (*Carroll rating scale for depression*), który jest 52-punktowym instrumentem służącym do oceny stanów klinicznej depresji. Kwestionariusz CRSD uwzględnia cechy zespołu depresyjnego, takie jak nastrój depresyjny, różne objawy wegetatywne (np. zaburzenia snu, zmiany apetytu), a także takie objawy, jak trudności z koncentracją, utrata energii życiowej, uczucie beznadziejności czy myśli samobójcze. Na każde z pytań pacjenci odpowiadali *tak* lub *nie*. Całkowita liczba punktów powyżej 10 oznaczała występowanie depresji klinicznej. Występowanie myśli samobójczych było szacowane na podstawie 4 z 52 stwierdzeń, takich jak:

- *śmierć jest dla mnie najlepszym rozwiązaniem,*
- *często życzę sobie śmierci,*
- *czuję, że nadal warto żyć,*
- *myślałem, żeby się zabić.*

W analizie odpowiedzi dotyczących myśli i tendencji samobójczych wykazano, że 4% pacjentów dermatologicznych ujawniało czynne myśli samobójcze w chwili badania. Pacjenci ci zgodzili się ze stwierdzeniem *myślałem, żeby się zabić*. Natomiast 7,3% osób potwierdziło życzenie *bycia martwym*, zgadzając się ze stwierdzeniem *często życzę sobie śmierci*.

Najwyższe wartości w zakresie objawów depresyjnych stwierdzono w grupie chorych na łuszczycę, którzy z powodu rozległości zmian skórnych byli hospitalizowani, oraz wśród pacjentów z trądzikiem, zwłaszcza tym o łagodnym lub umiarkowanie ciężkim przebiegu. Średni wynik testu wśród tych osób wyniósł >10 pkt i wskazywał na występowanie objawów depresji klinicznej. Pacjenci

z trądzikiem mieli więcej punktów niż osoby z łysieniem plackowatym, AZS i łuszczycą leczoną w warunkach ambulatoryjnych. Doniesienia te wskazują, że łuszczyca i trądzik wiążą się z wyższymi wskaźnikami w zakresie depresyjności niż w przypadku łysienia plackowatego i atopii.

Duże wartości w zakresie objawów depresji u pacjentów z łagodną lub umiarkowanie ciężką postacią trądziku wskazują na silną zależność między występowaniem trądziku a postrzeganiem własnego ciała. Pacjentami z trądzikiem w tym badaniu byli głównie młodzież i młodzi dorośli. Wyniki uzyskane w teście przedstawiają, że właśnie w tej grupie wiekowej, która jest szczególnie podatna na rozwój objawów depresyjnych, estetyczny defekt związany z nawet łagodną postacią trądziku może być bardzo trudny emocjonalnie. Stanowi on czynnik przyspieszający wystąpienie depresji.

W porównaniu poszczególnych grup diagnostycznych w zakresie występowania myśli samobójczych pokazano, że 7,2% pacjentów hospitalizowanych z łuszczycą oraz 5,6% osób z trądzikiem potwierdziło występowanie aktywnych myśli samobójczych [20].

Cotterill i Cunliffe [1] opisali 16 pacjentów z chorobami skóry, którzy dokonali samobójstwa. Była to grupa 7 mężczyzn i 9 kobiet w wieku 16–73 lat. Siedmiu z tych 16 chorych cierpiało z powodu trądziku. Wpływ trądziku na samoocenę i obraz własnej osoby został uznany za istotny czynnik przyczyniający się do wywołania depresji i samobójstwa. Badacze podali, że istnieją 4 grupy pacjentów z chorobami skóry, którzy znajdują się w grupie ryzyka popełnienia samobójstwa.

Do pierwszej grupy należą osoby z rozpoznaniem dysmorfofobii, wśród których bardzo często współwystępuje depresja, w mniejszym odsetku natomiast schizofrenia czy zaburzenia osobowości. Wysokie wyniki w skalach depresji uzyskują kobiety, u których doznania dysmorfofobiczne koncentrują się w obrębie twarzy. Świadomość tych zmian łączy się z obecnością wysokiego ryzyka zachowań samobójczych.

Do drugiej grupy zalicza się młodych pacjentów z rozpoznaniem wspomnianego trądziku. Najczęściej zmiany skórne lokalizują się w obrębie twarzy, co wiąże się z negatywnym wpływem na obraz własnego ciała. Często w przebiegu tego schorzenia dochodzi do powstania szpecących blizn i przebarwień, które w znacznym stopniu mogą się przyczynić do zaniżenia samooceny, negatywnego obrazu siebie i mniejszego poczucia wartości. Wszystko to sprawia, że wśród tej populacji może dochodzić do nasilenia stanów depresyjnych i związanych z nimi tendencji samobójczych.

Trzecią grupę stanowią pacjenci cierpiący na choroby skóry o przewlekłym i utrudniającym codzienne funkcjonowanie przebiegu. Do schorzeń takich zaliczono łuszczycę i AZS. Pojawienie się kolejnych rzutów choroby może wtórnie powodować depresję z myślami samobójczymi.

W czwartej grupie znaleźli się pacjenci dermatologiczni, którzy w wywiadzie ujawnili poważne objawy psycho-

patologiczne, zwłaszcza z kręgu zaburzeń afektywnych. Do dermatologa zgłaszają się częściej ci pacjenci z chorobą afektywną dwubiegunową, u których zmiany na skórze są związane ze skutkami ubocznymi stosowanych leków psychotropowych, np. soli litu. Z kolei zalecane w różnych zmianach skórnych doustne leki kortykosteroidowe u osób ze współwystępującą chorobą afektywną dwubiegunową mogą powodować wystąpienie głębokiej depresji z myślami i tendencjami samobójczymi [1, 19].

Problem występowania myśli i tendencji samobójczych wśród pacjentów dermatologicznych jest podejmowany w piśmiennictwie również przez innych autorów. Picardi i wsp. próbowali oszacować częstość pojawiania się myśli i tendencji samobójczych oraz zidentyfikować mające wpływ na ich pojawianie się czynniki: demograficzne, kliniczne i psychospołeczne [21]. Przebadali dwie grupy pacjentów dermatologicznych hospitalizowanych (172) i leczonych ambulatoryjnie (294), posługując się testami PHQ (*Patient Health Questionnaire*), GHQ-12 (*General Health Questionnaire*) i Skindex-29.

PHQ jest narzędziem umożliwiającym wykrywanie zaburzeń psychicznych na poziomie podstawowej opieki medycznej. Składa się z kilku części koncentrujących się na specyficznych objawach psychopatologicznych. Każda z tych części może być używana oddzielnie. Autorzy tego badania wykorzystali rozdział związany z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, który dotyczy również występowania i nasilenia myśli samobójczych. Postawili m.in. pytanie *jak często w ciągu ostatnich 2 tyg. myślałeś/aś o tym, że lepiej dla Ciebie byłoby nie żyć, lub aby zrobić sobie coś złego?* Możliwe odpowiedzi na pytanie to: *wcale, przez kilka dni, przez cały tydzień, prawie codziennie*.

Test 12 item *General Health Questionnaire* (GHQ-12) jest skalą złożoną z 12 pkt, oceniającą stan psychiczny przez pytanie pacjenta o występowanie objawów depresji, stanów niepokoju, dysfunkcji społecznej czy utraty wiary w siebie.

Skindex-29 ocenia jakość życia osób z dermatozami. Składa się z 29 pytań, jest podzielony na 3 skale oceniające odpowiednio ciężar objawów dermatologicznych, funkcjonowanie społeczne oraz stan emocjonalny [21, 22].

Głównym wnioskiem wysnutym przez badaczy na podstawie analiz wyników powyższych testów było, iż myśli samobójcze są zjawiskiem powszechnym wśród pacjentów dermatologicznych. Oszacowano, iż nasilenie myśli samobójczych w grupie osób leczonych z powodu łuszczycy wynosi 10%, a u pacjentów z trądzikiem 7,1%. Występowanie myśli samobójczych w całej badanej grupie wynosiło 8,6%. Tak jak zakładano – na podstawie wcześniejszych doniesień – myśli samobójcze występowały częściej w grupie pacjentów hospitalizowanych niż leczonych ambulatoryjnie (jednakże nawet w tej drugiej grupie częstość obliczono na 5%).

Zaobserwowano ponadto, że myśli o charakterze suicydalnym częściej pojawiały się w populacji kobiet. Spośród 8 osób z rozpoznaną łuszczycą i deklarujących myśli

samobójcze, aż 7 stanowiły kobiety. Kobiety poświęcają dużo więcej uwagi i energii wyglądowi zewnętrznemu, mogą więc być bardziej wrażliwe na występowanie jakichkolwiek defektów powierzchowności. Może to potwierdzać zależność między występowaniem zmian skórnych widocznych dla otoczenia w populacji kobiet i zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych.

Autorzy uważają – podobnie jak inni badacze – iż uzasadnione jest szacowanie ryzyka samobójstwa u pacjentów leczonych dermatologicznie, zwłaszcza kobiet z nasilonymi zmianami zapalnymi skóry oraz z innymi znanymi czynnikami ryzyka podjęcia próby samobójczej, np. alkoholizmem, utratą pracy, żałobą czy rozwodem [21, 23, 24].

Wiele uwagi w piśmiennictwie poświęca się częstości występowania myśli samobójczych w grupie pacjentów z trądzikiem. W analizie badań naukowców z Pakistanu pokazano, iż odsetek ten sięga 8% [25]. Ponadto część pacjentów z powstającymi w wyniku choroby bliznami zgłaszała myśli samobójcze, nawet po skutecznym wykonaniu zabiegu dermabrazji.

Doniesienia te sugerują, że traktowanie trądziku tylko jako problemu natury kosmetycznej i lekceważenie jego wymiaru psychologicznego może być bardzo nierozważne [21].

Również inni badacze podejmują ten temat i analizują związki między występowaniem objawów depresyjnych, lękowych i zachowań samobójczych wśród pacjentów z trądzikiem. Purvis i wsp. [26] przeprowadzili badania przesiewowe wśród młodzieży szkolnej w wieku 12–18 lat w Nowej Zelandii. W badaniu zadawano pytanie o subiektywnie przeżywane objawy skórne związane z trądzikiem – *czy trądzik i pryszcze są dla Ciebie problemem?* Dopuszczono kilka możliwych odpowiedzi – *trądzik nie stanowi dla mnie problemu, nie jest z tym tak źle, jest bardzo źle, jest okropnie*. Osoby, które podały dwie ostatnie odpowiedzi, zostały uznane za mające problem z trądzikiem – *problem acne*.

Objawy depresyjne analizowano na podstawie testu RADS (*Reynolds Adolescent Depression Scale*). Jest to narzędzie skonstruowane do wykrywania nasilenia objawów depresji wśród młodzieży w wieku 13–18 lat.

Występowanie objawów lękowych szacowano na podstawie wyników ADI (*Anxiety Disorder Index*), który wywodzi się z testu MASC (*Multidimensional Anxiety Scale for Children*).

Aby określić natężenie myśli i tendencji samobójczych, sformułowano dwa pytania, tj. *czy w ciągu ostatnich 12 mies. kiedykolwiek myślałeś o popełnieniu samobójstwa, czy w ciągu ostatnich 12 mies. próbowałeś popełnić samobójstwo?*

Do badania przystąpiło 12 934 uczniów ze 133 szkół średnich. Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto wniosek, że występowanie problemów skórnych związanych ze zmianami trądzikowymi zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia objawów depresyjnych oraz myśli i prób samobójczych. Na pytania dotyczące trądziku od-

powiedzieli 9398 uczniów, z czego 14,1% podawało, że stanowi on dla nich problem (ang. *problem acne*). Objawy depresji klinicznej odnotowano w 14,1% przypadków, a lękowe w 4,8% z całej grupy badanej. Myśli samobójcze deklarowało 23,6% osób, a aż 7,8% przyznawało się do próby samobójczej w ciągu ostatnich 12 mies. [26].

Problem trądziku związanego z występowaniem objawów psychopatologicznych pojawia się również w innych badaniach. Kilkenny i wsp. przeprowadzili badania ankietowe wśród 2525 adolescentów na terenie Australii i stwierdzili występowanie objawów psychiatrycznych u osób ze średnio nasilonym trądzikiem. W przeciwieństwie do powyższych, badania na terenie Turcji nie ujawniły istotnego związku między trądzikiem a pojawianiem się trudności natury psychicznej [za 26]. Jednak przeważają doniesienia potwierdzające tezę o współwystępowaniu objawów depresyjnych wśród pacjentów z trądzikiem.

Należałoby się zastanowić, jaka jest przyczyna takiej korelacji. Może jest tak, że trądzik jest czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju depresji wskutek pojawiającej się niskiej samooceny, trudności w relacjach, wycofania? Depresja w tym przypadku okazuje się zjawiskiem wtórnym. Niewykluczone jednak, że objawy psychiczne tłą się jeszcze przed pojawieniem się dolegliwości dermatologicznych, czyli problem psychiczny czy psychologiczny jest pierwotny.

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Celowe wydawałoby się przeprowadzenie szczegółowych badań psychologicznych w tej grupie pacjentów, zwłaszcza w zakresie profilu cech osobowości.

Istnieją nieliczne doniesienia polskich badaczy w tym zakresie. Zegarska i wsp. [27] zajęli się badaniem wpływu trądziku młodzieńczego na osobowość pacjentów. Grupa badana składała się z 54 osób, w tym 24 kobiet i 30 mężczyzn w wieku 14–31 lat. Do badań wykorzystano test NEO-FFI, w którym oznaczano poziomy cech osobowości w zakresie: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności. W badaniu tym stwierdzono, że osoby z trądzikiem przejawiają niższy poziom neurotyzmu, są bardziej ugodowe i sumienne. Nie zaobserwowano istotnych różnic w zakresie ekstrawersji i otwartości na doświadczenie. Kobiety chore na trądzik w porównaniu z mężczyznami charakteryzują się jedynie wyższym poziomem sumienności. Autorzy, analizując uzyskane wyniki, dochodzą do wniosku, że większa sumiennosc i ugodowosc może pomagać tym chorym w kontaktach z innymi ludźmi. Bo przecież jeśli ktoś jest bardziej życzliwy, rzetelny, pomocny, zyskuje w oczach innych lepszą ocenę, co dla osób z niedoskonałościami w obrębie skóry i niższą samooceną może mieć bardzo istotne znaczenie [27].

Wiele uwagi w piśmiennictwie poświęca się tematu depresji i samobójstwa u pacjentów z rozpoznany trądzikiem leczonych doustnie pochodną witaminy A i izotretinoiną. Wskazaniami do jej stosowania są: trądzik ropowiczy, guzkowo-torbielowaty, skupiony, bli-

znowcowy czy rozsiane zmiany na plecach i dekolcie. Może być również stosowany u osób z niezbyt nasilonym trądzikiem, gdy choroba ta znacznie wpływa na psychikę pacjenta [28].

Chociaż udowodniono wysoką skuteczność izotretinoiny w leczeniu ciężkich postaci trądziku, to coraz częściej spotkać można doniesienia na temat ubocznych objawów psychiatrycznych po stosowaniu tego leku [2, 28–36].

W wielu ośrodkach na świecie prowadzone są liczne badania mające wyjaśnić możliwe następstwa w postaci depresji, samobójstwa, psychozy u pacjentów leczonych izotretinoiną. Interesującą analizę przeprowadzili autorzy Bremner i wsp. [37], którzy starali się ocenić wpływ izotretinoiny na funkcję ośrodkowego układu nerwowego u pacjentów z trądzikiem [37]. Czynność układu nerwowego mierzono za pomocą pozytronowej tomografii emisyjnej z użyciem F-18-fluorodeoksyglukozy (FDG), przed i po 4 mies. leczenia izotretinoiną lub antybiotykiem. W badaniu uczestniczyło 28 kobiet i mężczyzn w wieku 18–50 lat z rozpoznaną oporną na leczenie odmianą trądziku. Każdego z uczestników poddano badaniu obrazowemu 2-krotnie – na wstępie i po 4 mies. terapii izotretinoiną (13 pacjentów) lub antybiotykiem (15 osób). Użyto standardowo stosowanych w leczeniu trądziku antybiotyków, takich jak: doksylicykina (10), minocyklina (2) i erytromycyna (1).

Pojawienie się objawów depresyjnych mierzono za pomocą *Hamilton Depression Rating Scale* na początku prowadzonego badania oraz po każdym miesiącu leczenia. Nasilenie zmian trądzikowych oceniano na podstawie kwestionariusza w liczbie punktów od 0 (bez zmian trądzikowych) do 6 (bardzo nasilony trądzik). Subiektywne odczucia pacjentów związane z nasileniem zmian skórnych i odczuwanych objawów depresyjnych korelujących ze stanem skóry oceniano na podstawie kwestionariusza Skindex.

Na podstawie przeprowadzonych analiz stwierdzono, iż podawanie izotretinoiny, a nie antybiotyku łączyło się ze zmniejszonym metabolizmem mózgowym w rejonach oczodołowo-czołowych po 4-miesięcznym leczeniu. Zmiany w metabolizmie w rejonach oczodołowo-czołowych wiąże się z występowaniem objawów depresyjnych. Stosowanie izotretinoiny nie łączyło się jednak w badaniu z żadnymi zmianami w zakresie objawów depresyjnych mierzonych w teście Hamiltona. W wynikach tego badania sugeruje się, że leczenie izotretinoiną pacjentów z trądzikiem jest związane ze zmianami w zakresie funkcjonowania określonych obszarów mózgu [37].

Również w innych badaniach wykazano, że stosowanie izotretinoiny może przyczyniać się do rozwoju objawów depresyjnych. Depresja ustępuje po odstawieniu leku. Czasem może powracać, gdy jest on ponownie wprowadzany. Pojawiają się doniesienia o występujących zaburzeniach zachowania, objawach psychotycznych, próbach samobójczych podczas leczenia izotretinoiną [37].

W przeciwieństwie do tych doniesień pojawiają się również takie, które zaprzeczają związkowi stosowania izotretinoiny z występowaniem stanów depresyjnych [38]. Jak na razie nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jaki jest wpływ powyższej substancji na stan psychiczny. Należałoby więc kontynuować badania w tym kierunku.

W piśmiennictwie można również spotkać doniesienia o samobójstwie popełnianym przez pacjentów z AZS. Szacuje się, iż częstość pojawiania się myśli samobójczych w grupie pacjentów w wieku 15–49 lat z postacią łagodną, umiarkowaną i ciężką AZS wynosi odpowiednio 0,2, 6 i 19,6%. Ponadto występowanie myśli samobójczych u matek lub ojców pacjentów w wieku do 14 lat, a dotyczących tzw. samobójstwa rozszerzonego jest rzędu 0,11% u rodziców dzieci z AZS w postaci lekkiej, 0,35% w postaci średniej i 3,28% w postaci ciężkiej.

Tak wysokie odsetki w przypadku pacjentów leczonych na AZS mogą wskazywać na występowanie bardzo nasilonej depresji w tej grupie pacjentów i ich rodzin. Objawy depresyjne w przypadku tej choroby łączą się z uporczywym świądem, który może doprowadzać do nasilonych zaburzeń snu, co z kolei może pogłębiać istniejący już stan depresyjny [39].

Liczy mówiące o stopniu nasilenia myśli o samobójstwie rozszerzonym u rodziców dzieci z AZS, którego motywem jest uchronienie najbliższych przed nieszczęściem i cierpieniem, sugerują, że AZS może być przeżywane zarówno przez pacjentów, jak i ich bliskich jako sytuacja bez wyjścia, mogąca łatwo doprowadzić do dekompensacji emocjonalnej całej rodziny.

Problem samobójstw jest badany również w przypadku innych schorzeń dermatologicznych. Menninger przedstawił bardzo interesującą koncepcję tzw. samobójstwa ogniskowego (ang. *focal suicide*), zakładając związek między onychofagią (formą samookaleczenia) a samobójstwem [15, 40].

Do tej teorii odnosił się także cykl prac autorstwa Lee i Weinlandera. Starali się oni odnaleźć zależność między występowaniem onychofagii w dzieciństwie a zachowaniami samobójczymi lub ich brakiem u dorosłych pacjentów szpitala psychiatrycznego. Autorzy poddali badaniu 150 chorych z rozpoznaniem psychozy, 60 z nerwicą oraz 70 z zaburzeniami osobowości. W każdej z tych grup połowę stanowiły osoby prezentujące zachowania samobójcze, a połowę bez takich zachowań. W czasie typowo przeprowadzanego badania psychiatrycznego szczególną uwagę zwracano na fakt obgryzania paznokci w dzieciństwie. Analizując wyniki badań, autorzy nie stwierdzili zależności między występowaniem onychofagii w dzieciństwie a wystąpieniem lub niewystępowaniem zachowań samobójczych w dorosłości. Jedynie w grupie osób z zaburzeniami osobowości udało się wykazać związek między brakiem onychofagii w dzieciństwie i brakiem prób samobójczych w wieku dojrzałym [15].

Należałoby się zastanowić, co takiego sprawia, że pacjenci z chorobami skóry podejmują próby samobójcze,

jakie są ich postawy wobec choroby i jak radzą sobie z chorobą dermatologiczną [41].

Maleszka i wsp. [42] próbowali znaleźć odpowiedzi na te pytania, badając pacjentów pod kątem ich zachowań chorobowych i sposobów radzenia sobie z nimi. Badaniem objęto 80 losowo wybranych dorosłych osób spośród pacjentów leczonych powyżej 14 dni na oddziale dermatologicznym. Do oceny postawy wobec choroby użyto *kwestionariusza zachowań chorobowych*, który składa się z 52 pytań dotyczących zachowań chorobowych, zgrupowanych w 7 następujących skalach:

- uogólniona hipochondria (przesadne zainteresowanie swoim zdrowiem i wyolbrzymianie objawów chorobowych),
- przeświadczenie o chorobie (koncentracja uwagi na objawach i chorobie),
- psychologiczna percepcja choroby (choroba staje się najważniejszym problemem życiowym),
- zahamowanie emocjonalne (przejawia się trudnością w komunikowaniu swoich obaw w kontaktach z innymi),
- zaburzenia emocjonalne (kategoria pytań, w których pacjent skupia się na swoich przeżyciach wewnętrznych, głównie negatywnych),
- wyparcie (wylimitowanie faktu choroby ze świadomości),
- irytacja (łatwe wpadanie w złość).

Drugim testem był *kwestionariusz zmagania się z chorobą*, który opisuje formy zmagania się zarówno intrapsychiczne, jak i różne aspekty zachowania. Można wyróżnić 5 kategorii zachowań zaradczych:

- ruminalcja – opisuje postawę pokonywania choroby odnoszącą się do przeszłości, a polegającą na rozmyślaniu i szukaniu przyczyn choroby,
- poszukiwanie społecznych związków, aspekty radzenia sobie (*copingu*) przy współudziale innych osób,
- poznawcza kontrola zagrożenia – czynnik opisujący intrapsychiczną postawę zaradczą, w której dominuje racjonalizm, bagatelizowanie zdarzeń lub zachowania optymistyczne,
- szukanie informacji o chorobie i wymiana doświadczeń związanych z chorobą (koncentracja uwagi na chorobie i możliwościach leczenia),
- szukanie wsparcia w religii [42].

W badaniu autorzy próbowali ustalić, jakie wzory zachowań prezentują chorzy, jakie są style radzenia sobie z chorobą, jaki jest związek między nimi a wiekiem, płcią, stanem cywilnym i miejscem zamieszkania.

Z analizy *kwestionariusza zachowań chorobowych* wynika, że płęć pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi ma istotne znaczenie dla ich zachowania chorobowego. Kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie skal, takich jak: uogólniona hipochondria, koncentracja na chorobie, zaburzenia emocjonalne. W przypadku mężczyzn znamienne było wypieranie faktu choroby ze świadomości. Istotnie statystycznie były również cechy, takie jak miejsce zamiesz-

kania czy wiek. Nie wykazano wpływu wykształcenia czy stanu cywilnego na zachowania chorobowe.

Również w przypadku *kwestionariusza zmagania się z chorobą* u pacjentów dermatologicznych płęć miała znaczenie. Kobiety uzyskały wyższe wyniki w zakresie dwóch skal – ruminacji i szukania wsparcia w religii [42].

Aby ocenić udział czynników psychicznych w etiopatogenezie chorób skóry, należy zwrócić uwagę na trudne sytuacje w życiu chorego oraz umiejętność radzenia sobie z nimi, zwłaszcza sytuacje konfliktowe oraz frustracje. Pacjenci dermatologiczni rzadziej niż chorzy ze schorzeniami internistycznymi są narażeni na bezpośrednią utratę życia, ale dolegliwości przez nich odczuwane doprowadzają do licznych problemów natury psychologicznej. Wykazano, że występowanie objawów dermatologicznych zlokalizowanych na odkrytych częściach ciała wybitnie obniża samoocenę oraz zaburza postrzeganie własnej osoby [42].

Potwierdzają to badania Boguszyńskiej-Górnickiej i wsp. [43], którzy próbowali określić profil osobowości kobiet chorych na łuszczycę. Zbadano 25 pacjentek w wieku 17–54 lat testem MMPI. W badaniu stwierdzono, że kobiety leczone na łuszczycę wykazują: specyficzne zaburzenia emocjonalne, podwyższony poziom lęku, skłonność do reakcji konwersyjnych, znaczną koncentrację na problemach związanych ze stanem zdrowia i silne przeżywanie wewnętrznych konfliktów emocjonalnych.

Z powyższych przykładów wynika, iż pojawianie się myśli i tendencji samobójczych w przypadku pacjentów leczonych dermatologicznie nie jest rzadkie. Chorzy ci nie powinni być pozostawiani sami sobie ze swoimi trudnościami natury emocjonalnej. Próba nawet pobieżnego oszacowania przez lekarza stanu psychicznego może często ustrzec przed tragicznymi następstwami. Jest to zwłaszcza zasadne w przypadku schorzeń, takich jak: łuszczycę, trądzik, atopowe zapalenie skóry i dysmorfofobia. Powiązanie objawów depresyjnych z możliwością pojawienia się myśli samobójczych może być pomocne w zidentyfikowaniu pacjentów z grupy zwiększonego ryzyka popełnienia samobójstwa.

Należy również pamiętać, że szczególnie dla kobiet skóra to delikatna materia i gdy pojawiają się w niej najdrobniejsze nawet defekty, może stać się przyczyną emocjonalnego dyskomfortu i społecznego wycofania.

Holistyczne podejście do pacjenta przejawiające się współdziałaniem dermatologa i psychiatry wydaje się być uzasadnione w celu dążenia do polepszenia procesu diagnostycznego i terapeutycznego pacjentów ze schorzeniami skóry.

#### Piśmiennictwo

- Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137: 246-50.
- Hull PR, D'Arcy C. Acne, depression and suicide. *Dermatol Clin* 2005; 23: 665-74.
- Aktan S, Özmen E, Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology* 1998; 197: 230-4.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1997; 34: 1030-46.
- Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 848-53.
- Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 237-42.
- Studen S, Janowski K. Schorzenia psychodermatologiczne. *Przegl Dermatol* 2002; 3: 175-83.
- Wojas-Pelc A, Jaworek AK. Psychodermatologia – istotny element dermatologii estetycznej. *Dermatol Estet* 2003; 26: 145-50.
- Mercan S, Kivanç Altunay I. Psychodermatology: a collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turk J Psych* 2006; 17: 305-13.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 833-42.
- Gupta MA. Incidence of psychiatric disorders in dermatological patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 155-9.
- Humphreys F, Humphreys MS. Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *Br J Dermatol* 1998; 139: 679-81.
- Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1873-8.
- Millard L. Dermatological practice and psychiatry. *Br J Dermatol* 2000; 143: 920-21.
- Wojas-Pelc A, Jaworek AK. Onychofagia jako problem interdyscyplinarny. *Przegl Lek* 2003; 60: 737-9.
- Chuh A, Wong W, Zawar V. The skin and the mind. *Aust Fam Physician* 2006; 35: 723-5.
- Krajewska-Kułak E, Krajewska K, Popik M i wsp. Zastosowanie wskaźnika DLQI w ocenie jakości życia młodzieży z trądzikiem popolitym. *Dermatol Klin* 2006; 8: 23-6.
- Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin disease. *Dermatol Clin* 2005; 23: 657-64.
- Studen S, Janowski K. Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne. *Przegl Dermatol* 2000; 3: 257-61.
- Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846-50.
- Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 420-6.
- Kanikowska A, Pawlaczyk M. Narzędzia wykorzystywane do oceny jakości życia chorych na łuszczycę. *Dermatol Klin* 2006; 8: 132-6.
- Bilikiewicz A. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2003; 356-61.
- Psychiatria. Tom II. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.) Urban & Partner, Wrocław 2002; 396-9.
- Khan MZ, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2001; 13: 7-8.
- Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety depression and suicide in teenagers: A cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. *J Paediatr Child Health* 2006; 42: 793-6.
- Zegarska B, Izdebski P, Barska K. Osobowość młodzieży ze zmianami skórnymi w przebiegu trądziku młodzieńczego na podstawie testu NEO-FFI. *Dermatol Estet* 2005; 7: 17-21.
- Kwiek B, Langner A. Doustna izotretynoina w leczeniu trądziku zwykłego-wskazania i ograniczenia. *Post Dermatol Alergol* 2005; 22: 105-11.

29. Brown CA, Lane JE, Davis LS, et al. Suicidal ideation in the dermatology clinic. *J Drugs Dermatol* 2005; 4: 495-89.
30. Hull PR, D'Arcy C. Isotretinoin use and subsequent depression and suicide: presenting the evidence. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 493-505.
31. Jick SS, Kremers HM, Vasilakis-Scaramozza C. Isotretinoin use and risk of depression, psychotic symptoms, suicide, and attempted suicide. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1231-6.
32. Kaymak Y, Kalay M, Ilter N, Tatner E. Incidence of depression related to isotretinoin treatment in 100 acne vulgaris patients. *Psychol Rep* 2006; 99: 897-906.
33. Kellett SC, Gawkrödger DJ. A prospective study of the responsiveness of depression and suicide ideation in acne patients to different phases of isotretinoin therapy. *Eur J Dermatol* 2005; 15: 484-8.
34. Magin PJ, Pond CD, Smith WT. Isotretinoin, depression and suicide: a review of the evidence. *Br J General Pract* 2005; 55: 134-8.
35. Marqueling AL, Zane LT. Depression and suicidal behaviour in acne patients treated with isotretinoin: a systematic review. *Semin Cutan Med Surg* 2005; 24: 92-102.
36. Ng CH, Tam MM, Hook SJ. Acne, isotretinoin treatment and acute depression. *World J Biol Psychiatry* 2001; 2: 159-61.
37. Bremner JD, Fani N, Ashraf A, et al. Functional brain imaging alterations in acne patients treated with isotretinoin. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 983-91.
38. Cohen J, Adams S, Patten S. No association found between patients receiving isotretinoin for acne and the development of depression in a Canadian prospective cohort. *Can J Clin Pharmacol* 2007; 14: 227-33.
39. Kiamata H. Prevalence of suicidal ideation in patients with atopic dermatitis. *Suicide and life-threatening behaviour* 2006; 36: 120-4.
40. Synopsis of Psychiatry. Kaplan HJ, Sadock BJ, Grebb JA (eds). Baltimore, Williams & Wilkins 1998; 1242.
41. Bremner JD. Does isotretinoin cause depression and suicide? *Psychopharmacol Bull* 2003; 37: 64-78.
42. Maleszka R, Wawrzynowicz H, Ratajczak V. Aspekty radzenia sobie z chorobą pacjentów leczonych w oddziale dermatologicznym. *Post Dermatol* 1998; 15: 99-112.
43. Boguszyńska-Górnicka H, Górnicki A, Borkowska A i wsp. Profil osobowości kobiet chorych na łuszczycę. *Przegl Dermatol* 1997; 84: 433-9.