

Charakterystyka świądu i ocena zależności między jego nasileniem a wybranymi parametrami psychologicznymi u pacjentów z wypryskiem kontaktowym

Characteristics of pruritus and the assessment of the relationship between its severity and selected psychological parameters in contact dermatitis patients

MAGDALENA ŚWINOGA, ANNA ZALEWSKA-JANOWSKA

Zakład Psychodermatologii, Międzywydziałowa Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Źródło finansowania: praca własna nr 503/03/1-137-04/502-14-029

Streszczenie

Wprowadzenie. Wyprysk kontaktowy jest jedną z najczęstszych chorób dermatologicznych, wiążących się z kłopotliwymi i długotrwałymi objawami, wśród których do najbardziej uciążliwych zalicza się świąd. Jego negatywny wpływ zaznacza się zarówno w fizycznym, jak i mentalnym wymiarze funkcjonowania pacjentów. Dlatego też, bardzo istotne wydaje się identyfikowanie czynników, wpływających na nasilenie świądu.

Cel pracy. Ocena świądu, jak również ocena zależności jego nasilenia a wskaźnikiem tłumienia emocji, preferencjami w doborze strategii radzenia sobie ze stresem i fizycznego i mentalnego wymiaru zdrowia w grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

Materiał i metody. Do badania zakwalifikowano 30 pacjentów z wypryskiem kontaktowym w wieku od 18 do 65 lat, w tym 23 kobiety i 7 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła ($M=45$; $SD\pm 15,21$). Respondenci wypełniali zestaw testów psychologicznych, badających wybrane parametry psychologiczne, a także oceniali nasilenie świądu za pomocą wizualnej skali analogowej VAS oraz wypełniali Kwestionariusz Opisowej Oceny Świądu autorstwa J. Szepletowskiego i A. Reicha. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Uzyskano istotną korelację dodatnią ($r=0,40$) między nasileniem świądu a wskaźnikiem tłumienia gniewu (CESC G), jak również statystycznie istotną korelację ujemną między nasileniem świądu a strategią radzenia sobie związaną z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich (PKT). Nie zaobserwowano wyników istotnych statystycznie między pozostałymi badanymi czynnikami.

Wnioski. Adekwatna ekspresja gniewu, jak również nauka właściwych strategii radzenia sobie ze stresem mogą przyczynić się do złagodzenia nasilenia świądu u pacjentów z wypryskiem kontaktowym

Słowa kluczowe: wyprysk kontaktowy, świąd, stres, tłumienie emocji

Summary

Introduction. Contact dermatitis is one of the most common dermatological diseases associated with annoying and chronic symptoms, including pruritus, which is thought to be the most troublesome one. Its negative effect is noticeable in patients' physical functioning as well as in their mental condition. Thus, it seems essential to identify factors affecting pruritus severity.

Aim. The aim of our study was to assess the pruritus level as well as to evaluate the correlation between its severity and emotional suppression rate, the preference for stress coping strategies and physical and mental functioning in a group of contact dermatitis patients.

Materials and methods. Thirty subjects (23 women and 7 men, age range 18-65 years; mean age 45 ± 15.2) were included in the study. The participants were asked to answer psychological questionnaires evaluating selected psychological parameters. They also assessed their pruritus severity on visual analogue scale (VAS) and filled in Questionnaire of Descriptive Assessment of Pruritus (J. Szepletowski, A. Reich). The results were statistically analyzed.

Results. There was a significant positive correlation ($r=0.40$) between pruritus severity and the anger suppression rate (CESC G), as well as a statistically significant negative correlation between pruritus severity and stress coping strategy associated with seeking of social contacts. No statistically significant relationships were noted between the remaining evaluated parameters.

Conclusion. An adequate anger expression as well as of adaptive stress coping strategies could decrease pruritus severity in patients with contact dermatitis.

Keywords: contact dermatitis, pruritus, stress, emotional suppression

© *Alergia Astma Immunologia* 2015, 20 (1): 57-62

www.alergia-astma-immunologia.eu

Przyjęto do druku: 30.10.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Anna Zalewska-Janowska

Zakład Psychodermatologii, Międzywydziałowa Katedra Immunologii Klinicznej i Mikrobiologii UM w Łodzi

ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź

faks: +48 42 678 22 92

e-mail: anna.zalewska-janowska@umed.lodz.pl

WSTĘP

Wyprysk kontaktowy należy do najczęstszych schorzeń dermatologicznych związanych z przewlekłymi i uciążliwymi dolegliwościami fizycznymi [1]. Szacuje się, że problem ten może dotyczyć od 1 do nawet 20% populacji. Wystąpienie zmian jest uwarunkowane zarówno przez wewnętrzne, jak i zewnętrzne czynniki drażniące czy alergizujące [2-4].

Pacjenci z wypryskiem kontaktowym często zmagają się z uciążliwymi objawami fizycznymi, takimi jak ból, pieczenie, krwawienie czy złuszczenie naskórka, co znacząco wpływa na obniżenie ich jakości życia związanej ze zdrowiem (ang. *health-related quality of life*, HRQoL) [5-7]. Do najbardziej uciążliwych objawów tego schorzenia zalicza się nasilony świąd, który często wiąże się z rozdrażnieniem, zaburzeniami snu i koncentracji, a także znacząco wpływa na upośledzenie wykonywania codziennych czynności i ograniczenie kontaktów społecznych [8-12].

Świąd jest często wywoływany przez czynniki środowiskowe, takie jak nadmierne przesuszenie skóry, miejscowy stan zapalny czy podwyższona temperatura, co prowadzi do drapania, będącego często przyczyną uszkodzenia naskórka i wtórnych infekcji. Dodatkowo mechaniczne podrażnienie skóry aktywuje uwalnianie mediatorów zapalnych (tryptazy, histaminy, neuropeptydów czy prostaglandyn), co potęguje nasilenie świądu i prowadzi do błędnego koła świądu-drapania [10,13].

Biorąc pod uwagę negatywny wpływ świądu na fizyczne i psychiczne funkcjonowanie pacjentów, warto poszukiwać przyczyn tego objawu u pacjentów z wypryskiem kontaktowym, co może przyczynić się do postępu w eliminowaniu jego nasilenia.

Celem pracy była ocena świądu, jak również ocena zależności jego nasilenia między wskaźnikiem tłumienia emocji, preferencjami w doborze strategii radzenia sobie ze stresem i fizycznego i mentalnego wymiaru zdrowia w grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 30 pacjentów z wypryskiem kontaktowym w wieku od 18 do 65 lat, leczących się w Poradni Alergologicznej mieszczącej się w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Alergii i Astmy oraz w Poradni Dermatologicznej Ośrodka Psychodermatologii przy ul. Pomorskiej 251 w Łodzi.

Grupa badawcza składała się z 23 kobiet i 7 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła ($M=45$; $SD\pm 15,2$), stwierdzono normalność rozkładu pod tym względem. Pacjentom biorącym udział w badaniu zlecono wykonanie testów płatkowych za pomocą polskiej serii podstawowej zawierającej 30 haptentów.

Ośmioro pacjentów biorących udział w badaniu uzyskało wyniki negatywne w przeprowadzonych testach płatkowych. U dwóch osób po przeprowadzonych testach płatkowych wystąpił odczyn plastrowy.

Zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Wizualna skala analogowa oceny świądu (ang. *visual analogue scale*, VAS)

Jest to bardzo proste narzędzie służące do oceny stopnia nasilenia świądu, a jednocześnie jedno z najczęściej stosowanych. Pacjent proszony jest o zaznaczenie za pomocą pionowej kreski na poziomej osi, mierzącej 10 cm, natężenia odczuwanego świądu, gdzie 0 oznacza brak świądu, natomiast 10 najsilniejszy świąd, jaki można sobie wyobrazić. Przyjmuje się następującą interpretację wyników:

0-2,9 – łagodny świąd

3-6,9 – umiarkowany świąd

7-8,9 – silny świąd

9-10 – bardzo silny świąd [14].

2. Kwestionariusz Opisowej Oceny Świądu (Szepietowski J, Reich A)

Do oceny świądu zaleca się stosowanie co najmniej dwóch narzędzi, w celu uzyskania bardziej obiektywnych wyników. W tym celu posłużono się Kwestionariuszem Opisowej Oceny Świądu, który jest autorstwa dwóch najwybitniejszych polskich ekspertów badających świąd. Składa się on z 12 pytań, dotyczących szczegółowych doznań związanych ze świądem odczuwanym przez pacjenta, jego częstotliwości i nasilenia w różnych porach dnia. Pacjent jest między innymi proszony o określenie wpływu wybranych czynników na występowanie świądu, a także o określenie jego wpływu na jakość snu i na stan psychiczny [14].

3. Skala Kontroli Emocji CECS (ang. *Courtauld Emotional Control Scale*) (Watson M, Greer S)

Test służy do pomiaru lęku, depresji i gniewu zawiera 3 podskale, z których każda dotyczy sposobów ujawniania tych trzech podstawowych emocji w sytuacjach trudnych, jak również sposobów ich tłumienia. Osoba badana ma za zadanie ocenić częstotliwość danego zachowania w skali 4-stopniowej. Rozpiętość wyników każdej z trzech podskal w zakresie tłumienia emocji wynosi od 7 do 28. Im wyższy uzyskany wynik, tym wyższy wskaźnik tłumienia emocji [15].

4. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (Endler NS, Parker JDA)

Narzędzie jest przeznaczone do oceny działań, jakie człowiek podejmuje, aby poradzić sobie w danej sytuacji stresowej. Kwestionariusz składa się z 48 twierdzeń, ocenianych od 1 do 5, co odpowiada częstotliwości stosowania określonego zachowania przez wypełniającego ankietę. Narzędzie zawiera trzy skale dotyczące stylów radzenia sobie ze stresem, wśród których wyróżniono styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), dotyczący podejmowania aktywności zmierzających do rozwiązania problemu w obliczu stresu, styl skoncentrowany na emocjach (SSE), polegający na skupianiu się w sytuacjach trudnych na doznaniach emocjonalnych (takich jak złość, napięcie, poczucie winy) oraz styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) oznaczający uciekanie

od sytuacji trudnej poprzez angażowanie się w inne czynności (np. objadanie się, zapadanie w sen), czy poszukiwanie towarzystwa innych osób. Każdej skali przyporządkowanych jest 16 pozycji. Można więc uzyskać w teście od 16 do 80 punktów. Otrzymane wyniki zamienia się następnie na normy stenowe, zgodnie z wiekiem badanego [16].

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu Statistica (numer licencji: JGZP401E 504324AR-S). Obliczono średnią arytmetyczną \pm odchylenie standardowe, podano zakres wartości badanych zmiennych. Normalność rozkładu oszacowano testem Kołmogorowa-Smirnowa. Do oceny korelacji między czynnikami użyto współczynnika korelacji Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Sześćdziesiąt trzy osoby (34%) pacjentów biorących udział w badaniu deklarowało, że odczuwało świąd w ciągu ostatnich 3 dni, a 43,33% doświadczało go codziennie. Również 43,33% respondentów deklarowało, że epizod świądowy utrzymuje się u nich powyżej 10 minut. 90% pacjentów zgłaszało stosowanie leków mających na celu obniżenie nasilenia świądu.

Pacjenci z wypryskiem kontaktowym biorący udział w przeprowadzonym badaniu samodzielnie dokonywali oceny ciężkości procesu chorobowego w skali od 0 do 10 i uzyskali średnią świadczącą o umiarkowanym nasileniu choroby ($M=6$; $SD\pm 2,06$). Średni czas trwania choroby w grupie badanej wyniósł ($M=4,68$; $SD\pm 4,42$).

Średnia ocena świądu odczuwanego przez pacjentów wyniosła ($M=5,7$; $SD\pm 2,88$). Zgodnie z interpretacją skali VAS pacjenci biorący udział w badaniu odznaczyli się umiarkowanym nasileniem świądu. Dwie osoby zadeklarowały, że nie odczuwają w ogóle świądu.

Tabela I pokazuje częstość występowania świądu w badanej grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

Tabela II przedstawia czynniki wpływające na intensywność świądu u badanych pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

Tabela III ilustruje średnie wyniki uzyskane w zakresie stopnia tłumienia emocji trudnych (gniewu, depresji i lęku) i preferencji w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem oraz otrzymane istotne zależności między nasileniem świądu a wybranymi parametrami w badanej grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym. Otrzymane istotne zależności oznaczają, że im wyższe było nasilenie świądu w badanej grupie, tym bardziej związane to było ze skłonnością do tłumienia gniewu, a ponadto im silniejszy był świąd, tym rzadziej pacjent przejawiał chęć do kontaktów towarzyskich w sytuacji stresu. Nie wykryto istotnych korelacji między pozostałymi badanymi czynnikami.

DYSKUSJA

Świąd należy do najczęstszych i najbardziej dokuczliwych objawów w przebiegu alergicznych chorób skóry. Jego występowanie znacząco upośledza codzienne funkcjonowanie pacjentów, co przekłada się na ograniczenia w aktywności

fizycznej i społecznej, a także wywołuje uczucia rozdrażnienia czy irytacji [17-19]. U pacjentów cierpiących na świąd często stwierdza się zaburzenia natury psychologiczno-psychiatrycznej [19].

W badanej grupie pacjentów ponad 60% zgłaszało występowanie świądu w obrębie ostatnich trzech dni, przy czym należy podkreślić, że aż 90% respondentów stosowało leki mające na celu zredukować jego poziom. 43,33% badanych deklarowało, że odczuwa świąd codziennie, taka sama liczba pacjentów zgłaszała, że epizod świądowy utrzymuje się u nich ponad 10 minut, co według Kwestionariusza Opisowej Oceny Świądu jest najdłuższym okresem trwania [14]. Można więc stwierdzić, świąd często występował w badanej grupie chorych.

Pacjenci odczuwający świąd często skarżą się na zaburzenia jakości snu [8]. Wśród badanych pacjentów świąd występował najczęściej wieczorem (u niemal 57% badanych), a najrzadziej nocą (niecałe 7%). Wyjaśnieniem tej obserwacji może być twierdzenie, że świąd często pojawia się w godzinach wieczornych i nocą ze względu na mniejszy dopływ bodźców i odczucie ciepła w łóżku [20].

Pacjenci z wypryskiem kontaktowym deklarowali, że świąd utrudnia im zasypianie (23,34% respondentów), nie było natomiast istotnych problemów z jakością snu nocą – u aż 83,33% uczestników nigdy nie zaistniała konieczność zażywania środków nasennych z uwagi na utrzymujący się świąd.

Wiadomo, że istnieją czynniki zewnętrzne mogące potęgować nasilenie świądu. Należą do nich m.in. podwyższona temperatura, nadmierna suchość skóry czy miejscowy stan zapalny [10,13]. Do najczęstszych zjawisk nasilających świąd w badanej grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym należały suche powietrze (u 53,33% pacjentów), pot i ciepło (46,67% pacjentów), a także stres (40% pacjentów). Zwiększenie świądu w obliczu stresu zostało udokumentowane we wcześniejszych doniesieniach, jest ono związane z zachodzącymi zmianami w sympatycznym układzie nerwowym, prowadzącymi do aktywacji uwalniania mediatorów zapalnych, jak również obniżenia progu świądowego [21,22]. Uzyskany wynik niewątpliwie potwierdza dane piśmiennictwa.

Godny uwagi wydaje się fakt, że znaczna liczba uczestników badania nie potrafiła podać konkretnej przyczyny, mającej w ich przypadku wpływ na zintensyfikowanie świądu, a więc można stwierdzić, że nasilenie tego objawu pozostawało w dużym stopniu poza kontrolą pacjentów. W konsekwencji mogło się to przekładać na dodatkowe podenerwowanie i irytację w wyniku pojawienia się świądu. Zaburzenia nastroju związane ze świądem deklarowało aż 60% respondentów. Znalazły się wśród nich trudności w koncentracji uwagi (36,66% badanych), irytacja (23,34% badanych), w przypadku 10% pacjentów pojawienie się świądu generowało uczucie lęku. Świąd w omawianej grupie wiązał się także z uczuciem uciążliwości (u 56,67% respondentów) i podenerwowaniem (u 66,67% pacjentów).

Liczne doniesienia naukowe wskazują na istotny wpływ świądu na stan emocjonalny badanych [10-12]. Wiąże się to głównie z poirytowaniem, rozdrażnieniem czy ogólnie złym samopoczuciem, a nawet odczuciem lęku [11,12,18,22]. Doniesienia literaturowe znajdują odzwierciedlenie w badaniach własnych.

Tabela I. Częstość występowania świądu w badanej grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

Pora dnia	Częstość występowania świądu						Długość występowania świądu							
	rzadko		często		cały czas		krótko		średnio długo		długo			
	liczba osób N	%	liczba osób N	%	liczba osób N	%	liczba osób N	%	liczba osób N	%	liczba osób N	%		
Rano	11	36,67	7	23,33	3	10	7	23,33	9	30	3	10		
Południe	9	30	9	30	3	10	8	26,66	10	33,34	3	10		
Wieczór	4	13,34	17	56,67	3	10	5	16,67	13	43,33	6	20		
Noc	3	10	11	36,67	2	6,66	5	16,67	4	13,34	8	26,66		
Określenie świądu			Liczba osób N			%								
uciążliwy			17			56,67								
denerwujący			20			66,67								
nieznośny			11			36,67								
niepokojący			8			26,67								
Wpływ świądu na stan psychiczny														
bez zmian			2			6,66								
powoduje obniżenie nastroju			18			60								
powoduje podwyższenie nastroju			0			0								
powoduje trudności w koncentracji			11			36,66								
powoduje lęk			3			10								
Wpływ świądu na sen			prawie zawsze		rzadko		nigdy							
			liczba osób N	%	liczba osób N	%	liczba osób N	%						
trudności z zasypianiem			7	23,34	13	43,33	10	33,33						
budzenie się ze snu			5	16,66	10	33,34	15	50						
konieczność stosowania środków nasennych			4	13,34	1	3,33	1	83,33						

Tabela II. Czynniki wpływające na intensywność świądu u badanych pacjentów z wypryskiem kontaktowym

Czynnik	Intensywność świądu		
	zwiększenie	zmniejszenie	bez wpływu
	liczba osób N	liczba osób N	liczba osób N
sen	1	9	20
aktywność fizyczna	12	1	17
stres	12	0	18
zmęczenie	8	0	22
stosowanie diety	1	2	27
gorąca woda	18	4	8
zimna woda	1	14	15
suche powietrze	16	0	14
pot	14	0	16
ciepło	14	2	14
zimno	3	10	17

Warto podkreślić, iż zgodnie z interpretacją kwestionariusza VAS, w badanej grupie pacjentów świąd utrzymywał się na poziomie umiarkowanym ($M=5,70$; $SD\pm 2,88$). Nie sposób przy tym nie zauważyć wielu negatywnych skutków tego objawu wśród respondentów, zwłaszcza w zakresie funkcjonowania emocjonalnego. Potwierdza to więc twierdzenie, że świąd należy do wyjątkowo uciążliwych objawów dermatologicznych chorób skóry, nawet jeśli jego nasilenie nie jest zbyt wysokie.

Badania dowodzą, że pacjenci z wypryskiem kontaktowym charakteryzują się nadmierną wrogością i agresją w stosunku do otoczenia [23]. Pewnym wyjaśnieniem tej tendencji może być obecność trudnych do wyleczenia i zarazem dokuczliwych objawów chorobowych, jak również brak pewności co do trwałych i skutecznych efektów terapii. Z drugiej strony jednak już w latach 80-tych sugerowano, że tłumienie negatywnych uczuć może skutkować wystąpieniem objawów alergicznych, zwłaszcza, jeśli dotyczy to sytuacji konfliktowych, jak również wywoływać zaostrzenie zmian chorobowych [24]. Wśród pacjentów biorących udział w przeprowadzonym badaniu zaobserwowano pozytywną korelację nasilenia świądu, mierzonego skalą VAS, ze skłonnością do tłumienia gniewu. Można zatem stwierdzić, że tendencja do nie ujawniania gniewu u osób badanych była związana z aktywacją receptorów świądowych, co prowadziło następnie do zwiększenia odczucia świądu. Podobne zjawisko zaobserwowano u pacjentów z pokrzywką idiopatyczną. Zwracano także uwagę na znaczenie gniewu jako cechy i składowej temperamentu u osób z idiopatycznym świądem [25]. Brak jednak doniesień w tej kwestii, jeśli chodzi o pacjentów z wypryskiem kontaktowym. Użytkany wynik sugeruje więc, że adekwatna ekspresja gniewu mogłaby przyczynić się do zmniejszenia odczuwania świądu w tej grupie klinicznej.

Zaobserwowano także związek między poziomem odczuwanego świądu a poszukiwaniem kontaktów towarzyskich (PKT), stosowanym jako strategia radzenia sobie ze

stresem. Okazało się, że im silniejszy był świąd, tym częściej pacjenci unikali innych ludzi w sytuacjach trudnych.

Zwiększony lęk społeczny i niechęć do interakcji z innymi ludźmi oraz powiązanie tych czynników z nasileniem objawów chorobowych (w tym świądu) stwierdzono u pacjentów z wypryskiem kontaktowym już we wcześniejszych doniesieniach literaturowych [26]. Jednym z wytłumaczeń tej obserwacji w obecnym badaniu może być fakt, że odczuwanie świądu często prowadzi do drapania i złego samopoczucia, co potencjalnie przekłada się na niechęć do kontaktów społecznych w tej sytuacji. Warto jednak również zwrócić uwagę na wyniki badań van Os-Medendorpa i wsp., poświęconych analizie problemów psychospołecznych pacjentów z chorobami dermatologicznymi przebiegającymi ze świądem [27]. Zaobserwowano, że osoby te znacznie częściej preferowały katastrofizowanie i unikanie społeczne, a także miały tendencje do zwiększonego odczuwania uczucia beznadziejności w porównaniu z pozostałymi respondentami. Czynniki takie jak świąd, drapanie i skłonności do zamartwiania się uznano za najważniejsze przyczyny problemów psychospołecznych. Odczuwanie świądu może współwystępować z doświadczaniem stresu i brakiem efektywnej pomocy ze strony otoczenia [28]. Można więc zasugerować, że stosowanie nie adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem, do których zaliczamy unikanie społeczne, przekłada się na zwiększone odczuwanie świądu przez pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

Wnioski

1. Świąd należy do częstych i uciążliwych objawów wyprysku kontaktowego i w istotny sposób negatywnie wpływa na stan emocjonalny pacjentów.
2. Nauka adekwatnej ekspresji gniewu, jak również adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do obniżenia nasilenia świądu u pacjentów z wypryskiem kontaktowym.

Tabela III. Średnie wyniki uzyskane w zakresie stopnia tłumienia emocji trudnych (gniewu, depresji i lęku) i preferencji w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem oraz otrzymane istotne zależności między nasileniem świądu a wybranymi parametrami w badanej grupie pacjentów z wypryskiem kontaktowym

Współczynnik tłumienia emocji	CESC G	CESC D	CESC L	SSZ	SSE	SSU	ACZ	PKT
Zakres wyników	8-25	10-28	8-28	44-77	17-67	20-55	9-27	6-23
M	16,47	17,93	19,33	55,67	43,27	40,47	18,33	15,93
SD	5,05	4,50	5,31	7,31	7,97	7,97	5,12	3,02
Nasilenie świądu VAS		CESC G				PKT		
		0,40*				-0,57*		

*współczynnik korelacji Pearsona

CESC G – wskaźnik tłumienia gniewu

CESC D – wskaźnik tłumienia depresji

CESC L – wskaźnik tłumienia lęku

PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

SSZ – styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu

SSE – styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach

SSU – styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu

ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze

PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Piśmiennictwo

1. Usatine RP, Riojas M. Rozpoznanie i postępowanie w kontakto-
wym zapaleniu skóry. *Lek Rodz* 2011; 1: 68-74.
2. Szczepaniak E, Prokop J. Wyprysk kontaktowy. *Post Derm Alerg*
2004; 4: 205-10.
3. Wojciechowska M, Bartuzi Z. Analiza wyników naskórkowych
testów płatkowych u pacjentów z wypryskiem kontaktowym.
Alergia Astma Immunologia 2012; 17: 89-96.
4. Zalewska-Janowska A. Wyprysk kontaktowy. *Lek Rodz* 2013; 6:
412-19.
5. Dalgard F, Holm J, Sundby J. Self-reported skin morbidity among
adults: associations with quality of life and general health in a
Norwegian survey. *J Invest Dermatol Symp Proc* 2004; 9: 120-5.
6. Kadyk DL, McCarter K, Achen F i wsp. Quality of life in patients
with allergic contact dermatitis *J Am Acad Dermatol* 2003; 49:
1037-48.
7. Ayala F, Nino M, Fabrocini G i wsp. Quality of life and contact
dermatitis: a disease-specific questionnaire. *Dermatitis* 2010;
21: 84-90.
8. Yosipovitch G, Ansari N, Goon A i wsp. Itch characteristic in Chi-
nese patients with atopic dermatitis using a new questionnaire
for the assessment of pruritus. *Int J Dermatol* 2002; 41: 212-16.
9. Halvorsen J A, Dlagard F, Thoresen M i wsp. Itch and mental
distress: a cross-sectional study among late adolescents. *Acta
Derm Venereol* 2009; 89: 39-44.
10. Kmieć L, Borniarczyk-Dyła G. Aspekty psychologiczne związane
z atopowym zapaleniem skóry. *Derm Klin* 2009; 11: 237-40.
11. Zalewska-Janowska A. Psychodermatologia w alergologii. *Aler-
gia Astma Immunologia* 2010; 15: 109-17.
12. Tyc-Zdrojewska E, Trznadel-Grodzka E, Kaszuba A. Wpływ prze-
wlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatol Klin*
2011; 13: 155-60.
13. Hashizume H, Takigawa M. Anxiety in allergy and atopic derma-
titis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006; 6: 335-9.
14. Szepietowski J, Reich A. Świąd. Patomechanizm, klinika, lecze-
nie. Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010.
15. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdro-
wia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
16. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K. Kwestionariusz radze-
nia sobie w sytuacjach stresowych CISS. Podręcznik do polskiej
normalizacji. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego To-
warzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
17. Harlow D, Poyner T, Finaly AY i wsp. Impaired quality of life of
adults with skin disease in primary care. *Br J Dermatol* 2000;
143: 979-82.
18. Yosipovitch G, Goon A, Wee J i wsp. Clinical characteristic of
pruritus in chronic idiopathic urticaria. *Br J Dermatol* 2002; 147:
32-6.
19. Schneider G, Driesch G, Heuft G i wsp. Psychosomatic cofactors
and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. *Clin
Exp Dermatol* 2006; 31: 762-7.
20. Krajnik M, Zylicz Z. Understanding pruritus in systemic disease.
J Pain Symptom Manage 2001; 21: 151-68.
21. Radmanesh M, Shafei S. Underlying psychopathologies of psy-
chogenic pruritic disorders. *Dermatol Psychosom* 2001; 2: 130-
3.
22. Seiffert K, Hilbert E, Schaechinger H i wsp. Psychophysiological
reactivity under mental stress in atopic dermatitis. *Dermatology*
2005; 210: 286-93.
23. Kieć-Świerczyńska M, Kręcisz B, Potocka A i wsp. Czynniki psy-
chologiczne w przebiegu chorób alergicznych skóry. *Med Pracy*
2008; 59: 279-85.
24. Wirth K. Psychosomatik des Kontaktekzems. *Psychomedicine*
1989; 1: 43-6.
25. Kretzmer GE, Gelpkopf M, Kretzmer G i wsp. Idiopathic pruritus
in psychiatric inpatients: an explorative study. *Gen Hosp Psy-
chiatry* 2008; 30: 344-8.
26. Hald M, Berg ND, Elberling J i wsp. Medical consultations in
relation to severity of hand eczema in the general population.
Br J Dermatol 2008; 158: 773-7.
27. van Os-Medendorp H, Eland-de Kok PCM, Grypdonck M i wsp.
Prevalence and predictors of psychosocial morbidity in patients
with chronic pruritic skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Vene-
reol* 2006; 20: 810-17.
28. Dalgard F, Lien L, Dalen I. Itch in the community: association
with psychosocial factors among adults. *J Eur Acad Dermatol
Venereol* 2007; 21: 1215-19.