

Marta Makara-Studzińska¹, Magdalena Lewicka²,
Magdalena Sulima², Daniel Pietrzak³,
Andrzej Borzęcki⁴

Występowanie depresji u kobiet chorych na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym a potrzeba wsparcia – przegląd literatury

The occurrence of depression in women with psoriasis in the perimenopausal period and the need for support – a review

¹ Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴ Katedra i Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres do korespondencji: Dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska, Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin, e-mail: marta.makara-studzinska@umlub.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Zaburzenia hormonalne okresu okołomenopauzalnego niekorzystnie wpływają na stan psychiczny kobiety oraz przebieg łuszczycy. Biologiczną przyczyną występowania większości objawów psychicznych w perimenopauzie jest niedobór estrogenów. Obniżenie ich poziomu w tym okresie powoduje nastroje depresyjne, objawy lękowe, problemy ze snem, zły nastrój, kłopoty z pamięcią i ogólne poirytowanie. Najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym u kobiet w okresie okołomenopauzalnym jest depresja. Dotyczy ona blisko 50% pacjentek. Zmniejszenie poziomu estrogenów wpływa również na stan skóry, powodując wystąpienie niekorzystnych zmian, zarówno w zdrowej, jak i zmienionej chorobowo skórze, w tym pogorszenie przebiegu łuszczycy. Łuszczycą jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, niezagrażającą bezpośrednio życiu dotkniętych nią osób, jednak w znacznym stopniu obniżającą komfort życia pacjentów, co może przyczynić się do powstania u chorych osób zaburzeń psychicznych, w tym depresji. Depresja w stosunku do łuszczycy może mieć charakter dwukierunkowy – pierwotny lub wtórny, ponadto obydwa schorzenia mogą wzajemnie modulować swój przebieg – poprzedzać wystąpienie pierwszych objawów, indukować kolejne nawroty i zaostrzenia. Istnieje potrzeba dokonywania oceny nasilenia depresji wśród kobiet chorych na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym, w celu wyodrębnienia spośród nich grupy pacjentek wymagających wczesnego podjęcia działań psychoterapeutycznych. Okazanie wsparcia kobietom chorym na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym może przyczynić się do obniżenia odczuwanej depresji i poprawienia komfortu życia.

Słowa kluczowe: depresja, łuszczycą, okres okołomenopauzalny, wsparcie społeczne, kobieta

Summary

Hormonal disorders in perimenopausal period can affect the mental state of women and psoriasis. The biological cause of psychiatric symptoms in perimenopause is oestrogen deficiency. The decrease in oestrogen level in this period causes depressed mood, anxiety, sleep problems, bad mood, memory problems and general irritability. The most common psychiatric disorder occurring in women in perimenopausal period is depression. It refers to nearly 50% of patients. The reduction in oestrogen levels also affects the skin, causing the occurrence of adverse changes in both the healthy and the affected skin, including worsening of psoriasis. Psoriasis is a chronic, inflammatory disease of the skin, not directly threatening the life of those affected, but the disease significantly impacts the patients' quality of life, which may contribute to the development of psychiatric disorders, including depression. Depression, as compared to psoriasis, may have a dual approach – primary or secondary, in addition both diseases may mutually modulate its course, precede the onset of symptoms, induce further relapses and exacerbations. There is a need to assess the severity of depression among women with psoriasis in perimenopausal period in order to undertake an early

psychotherapeutic action. Offering support to women suffering from psoriasis in the period around menopause may help to reduce depression and improve the perceived quality of life.

Key words: depression, psoriasis, perimenopausal period, social support, woman

WPROWADZENIE

Zaburzenia hormonalne okresu okołomenopauzalnego niekorzystnie wpływają na stan psychiczny kobiety oraz przebieg łuszczycy. Średni wiek, w jakim kobieta wchodzi w okres menopauzalny, to 51,5 roku. O menopauzie można mówić wtedy, gdy od ostatniej miesiączki upłynął rok, czyli od pełnych 12 miesięcy jajniki nie produkują hormonów, które wcześniej działały pobudzająco na czynność mózgu. Spada stężenie estrogenów, a wraz z nim poziom oksytocyny, hormonu istotnego dla tworzenia bliskich więzi międzyludzkich⁽¹⁻⁶⁾.

Biologiczną przyczyną występowania większości objawów psychicznych w perimenopauzie jest niedobór estrogenów. Estrogeny należą do ważniejszych czynników decydujących o stężeniu neuroprzekaźników: serotoniny, dopaminy, noradrenaliny i acetylocholiny. Substancje te kontrolują nastrój i pamięć. Obniżenie ich poziomu w tym okresie powoduje nastroje depresyjne, objawy lękowe, problemy ze snem, zły nastrój, kłopoty z pamięcią i ogólne poirytowanie. Zastosowanie w tym okresie sertraliny lub innych środków z grupy SSRI może przynieść kobiecie ulgę i znacząco poprawić jej codzienne funkcjonowanie emocjonalne⁽¹⁻⁶⁾. Obniżony poziom tych hormonów wpływa również na stan skóry, powodując wystąpienie niekorzystnych zmian, zarówno w zdrowej, jak i zmienionej chorobowo skórze, w tym pogorszenie przebiegu łuszczycy. Łuszczycą jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, niezagrażającą bezpośrednio życiu dotkniętych nią osób, jednak w znacznym stopniu obniżającą komfort życia pacjentów, co może przyczynić się do powstania u chorych osób zaburzeń psychicznych, w tym depresji⁽⁷⁻¹⁰⁾. Wystąpienie depresji u kobiet chorych na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym wskazuje na potrzebę wsparcia społecznego tej grupy pacjentek.

DEPRESJA W OKRESIE OKOŁOMENOPAUZALNYM

W okresie okołomenopauzalnym w organizmie kobiety dochodzi do istotnych zmian związanych z wygasaniem czynności hormonalnej jajników. Zaburzenia hormonalne okresu menopauzalnego niekorzystnie wpływają na funkcjonowanie wielu narządów, układów, w tym psychiki kobiet^(5,11-14). Najczęstszym zaburzeniem psychicznym występującym u kobiet w okresie okołomenopauzalnym jest depresja. Dotyczy ona blisko 50% pacjentek zgłaszających się do lekarza z powodu innych dolegliwości tego okresu⁽¹⁵⁾.

Istnieją dwie koncepcje wyjaśniające przyczyny występowania depresji w okresie okołomenopauzalnym. Pierwsza z nich to teoria efektu bezpośredniego, zwana również hipotezą biochemiczną, odwołująca się do mechanizmów biologicznych zachodzących w organizmie kobiety. Według tej koncepcji istnieje bezpośredni związek między spadkiem poziomu estrogenów a procesami biochemicznymi zachodzącymi w mózgu, które wpływają na wystąpienie depresji. Deficyt hormonów wywiera bezpośredni wpływ na ośrodkowy układ nerwowy oraz przyczynia się do spadku wydzielania neurotransmiterów oddziałujących na różne obszary mózgu. Druga z koncepcji, zwana hipotezą domina, odwołuje się do uwarunkowań psychospołecznych. Mówi ona o skutkach obniżającego się poziomu estrogenów, które stanowią przyczynę występowania i nasilenia objawów wazomotorycznych; intensyfikacja tych objawów prowadzi do zmęczenia, drażliwości oraz obniżenia nastroju. W związku z tym za przyczynę depresji uznaje się następstwa spadku poziomu estrogenów, a nie sam obniżony jego poziom^(16,17).

Do czynników ryzyka pojawienia się depresji w okresie okołomenopauzalnym należą uwarunkowania biologiczne i środowiskowe. Wśród uwarunkowań biologicznych wymienia się współistniejące choroby somatyczne oraz genetyczne, a także depresję w wywiadzie. Spośród czynników środowiskowych na zachorowanie wpływają status społeczny i ekonomiczny, uwarunkowania kulturowe oraz spożywanie alkoholu^(3,5,15,16,18).

Rozpoznanie depresji ustala się w oparciu o występowanie nietypowych objawów. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wskazuje na następujące symptomy: obniżenie nastroju, apatię (zmniejszenie zainteresowania), zwiększenie lub zmniejszenie masy ciała (5% w ciągu miesiąca) niewynikające ze stosowania diety, zaburzenia snu, spowolnienie ruchowe lub niepokój, utratę energii (uczucie zmęczenia), poczucie winy (małej wartości), trudności z podejmowaniem decyzji, zaburzenia koncentracji oraz myśli o samobójstwie i śmierci. Rozpoznanie depresji wymaga stwierdzenia co najmniej 5 wymienionych objawów. Ponadto objawy muszą manifestować się niemal przez cały dzień i utrzymywać co najmniej przez 2 tygodnie. W depresji charakterystyczne jest nasilenie objawów w rytmie dobowym. Nasilają się one we wczesnych godzinach porannych, a zmniejszają lub ustają porą wieczorną⁽¹⁹⁾.

Depresję można podzielić ze względu na nasilenie objawów. Wyróżnia się postać łagodną, umiarkowaną i ciężką. Depresję łagodną często nazywa się także depresją maskowaną. Dominują w niej pojedyncze objawy o niewielkim

nasileniu; mimo że jest najbardziej rozpowszechniona, najtrudniej ją rozpoznać. Z powodu niewielkiego nasilenia objawów depresyjnych na pierwszy plan wysuwają się dolegliwości somatyczne – z ich powodu pacjentki najczęściej zgłaszają się do lekarza. W ten sposób nawet typowe dla depresji objawy osiowe, takie jak utrata zainteresowania, spadek aktywności, obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, stają się jedynie tłem dominujących dolegliwości niepsychiatrycznych^(5,19). Depresja umiarkowana jest łatwiejsza do zdiagnozowania, ma znaczący wpływ na pogorszenie się funkcjonowania kobiety w życiu społecznym i zawodowym, a nasilenie charakterystycznych objawów jest wyraźne. W przebiegu depresji ciężkiej mogą występować objawy psychotyczne: urojenia, podniecenie ruchowe oraz zahamowanie ruchowe. Dominują w niej takie objawy, jak: zubożenie, smutek, lęk oraz myśli samobójcze. Tendencje samobójcze są najgroźniejszym powikłaniem, będącym realnym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentki. Osoby dotknięte ciężką depresją nie są w stanie wykonywać pracy zawodowej, a ich funkcjonowanie społeczne jest silnie zaburzone^(5,19).

Objawy depresji częstą współwystępują z zaburzeniami lękowymi. Przykładem takiego zjawiska w okresie okołomenopauzalnym jest fobia społeczna. Często wiąże się ona z występowaniem objawów wypadowych, głównie uderzeń gorąca, czerwienienia się i zlewnych potów. Z powodu nasilających się dolegliwości nawet dobrze funkcjonujące w społeczeństwie kobiety zaczynają się powoli z niego wycofywać. Unikanie ludzi, izolacja społeczna mogą przyczyniać się do problemów w życiu zawodowym, opuszczania dni w pracy, a w konsekwencji jej utraty, a nawet zaprzestania jakiegokolwiek wychodzenia z domu^(3,4,19-21).

W okresie okołomenopauzalnym poza depresjami i fobiami społecznymi występują także inne zaburzenia psychologiczne. Zalicza się do nich między innymi kryzys wieku średniego oraz syndrom „pustego gniazda”. W pierwszym przypadku kobieta próbuje przeprowadzić swoisty bilans swojego życia. Na bilans ten składają się rozmyślenia o niewykorzystanych szansach, niewłaściwych decyzjach czy też zaniedbanych zdolnościach, co może prowadzić nie tylko do przewartościowania dotychczasowych ideałów, ale także do pesymistycznych myśli o życiu. W drugiej sytuacji mamy do czynienia z narastającym i przygnębiającym kobietę poczuciem osamotnienia. Okres okołomenopauzalny zbiega się zwykle z czasem, kiedy dzieci opuszczają rodzinny dom. W efekcie kobieta może poczuć się nieprzydatna i niepotrzebna, zwłaszcza jeśli swoją główną rolę widziała w opiece nad potomstwem^(16,20,21).

DEPRESJA W ŁUSZCZYCY

Skóra jest najbardziej ekspozowanym narządem wobec świata zewnętrznego, poprzez który człowiek jest postrzegany społecznie. Łuszczycę traktuje się jako chorobę, która zaburza skórę nie tylko na poziomie fizjologicznym

i morfologicznym, ale również psychologicznym, utrudniając choremu realizację wielu istotnych potrzeb i celów. W związku z negatywnym wpływem łuszczycy na jakość życia stan ten prowadzi do podwyższenia wskaźników depresji w grupie chorych. Depresja w stosunku do łuszczycy może mieć charakter dwukierunkowy – pierwotny lub wtórny, ponadto obydwie schorzenia mogą wzajemnie modulować swój przebieg – poprzedzać wystąpienie pierwszych objawów, indukować kolejne nawroty i zaostrzenia⁽²²⁾.

Devrimci-Ozguven i wsp.⁽²³⁾ na podstawie badań 50 pacjentów z łuszczycą i 50 osób z grupy kontrolnej stwierdzili znacznie wyższy stopień nasilenia depresji u pacjentów chorych na łuszczycę w porównaniu z grupą kontrolną. Łoza i wsp.⁽²⁴⁾ wykazali, że średni wynik Inwentarza Depresji Becka w grupie 40 pacjentów hospitalizowanych z powodu łuszczycy wyniósł 12,1 (wynik powyżej 11 wskazuje na wystąpienie depresji). Hawro i wsp.⁽²⁵⁾ stwierdzili depresyjne zaburzenia nastroju u 28,12% pacjentów chorych na łuszczycę – im bardziej były nasilone zmiany chorobowe i odczuwany świąd, tym wyższy odnotowano poziom depresji.

Depresja i uciążliwe objawy łuszczycy mogą być przyczyną wystąpienia u pacjentów myśli i tendencji samobójczych. W badaniach przeprowadzonych przez Gupta i Gupta⁽²⁶⁾, oceniających częstość występowania depresji i myśli samobójczych u 217 pacjentów chorych na łuszczycę, 9,7% pacjentów przyznało się do pragnienia śmierci, a 5,5% do aktywnych myśli samobójczych. W badaniach tych stopień nasilenia depresji był proporcjonalny do natężenia świądu – zmniejszenie świądu powodowało zmniejszenie poziomu depresji. W badaniach Rappa i wsp.⁽²⁷⁾ przeprowadzonych na grupie 317 pacjentów chorych na łuszczycę jedna czwarta badanych przynajmniej raz w życiu pragnęła śmierci z powodu choroby, 8% badanych twierdziło, że nie warto żyć z łuszczycą, a dla 1,6% choroba była powodem próby okaleczenia lub targnięcia na życie.

OKRES OKOŁOMENOPAUALNY, ŁUSZCZYCA, DEPRESJA A POTRZEBA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Wsparcie społeczne ma ogromny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie człowieka. Przeprowadzone badania naukowe wykazały, że ludzie otoczeni rodziną, przyjaciółmi są w lepszej kondycji psychicznej, lepiej radzą sobie z trudnościami oraz stresem. U osób o mniejszym wsparciu społecznym częściej występują choroby fizyczne (zawał serca, nowotwory) i psychiczne (zaburzenia zachowania, depresja)^(25,28,29).

Sęk⁽²⁹⁾ określa wsparcie społeczne jako rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacyjnej, emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, może być stała lub zmieniać się. Zawsze istnieje w takim układzie osoba pomagająca

i odbierająca wsparcie. Aby taka wymiana była skuteczna, konieczna jest spójność między potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. Celem tej interakcji jest zbliżenie do rozwiązania problemu jednego lub obu uczestników. W piśmiennictwie wskazuje się na różne rodzaje wsparcia społecznego, najczęściej na wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne oraz wartościujące⁽²⁹⁾.

W okresie okołomenopauzalnym konsekwencją wygasania czynności endokrynnej jajników są przykre dla kobiet objawy kliniczne. Do objawów klinicznych dołączają się niekorzystne doznania psychologiczne, w tym ryzyko wystąpienia depresji. Kobieta w okresie menopauzy wymaga więc interdyscyplinarnej opieki medycznej uwzględniającej okazywanie wsparcia społecznego^(5,30,31).

Ponieważ łuszczyca wiąże się z występowaniem całej gamy konsekwencji psychologicznych, takich jak niska samoocena, lęk oraz występowanie depresji⁽³²⁾, personel medyczny powinien zwracać szczególną uwagę na niską samoocenę i samoakceptację chorych na łuszczycę oraz dbać o „cieplejszy kontakt” niż z innymi grupami chorych. Pacjentki chore na łuszczycę należy umiejętnie informować o przebiegu, leczeniu i profilaktyce łuszczycy, unikać akcentowania niemożności osiągnięcia trwałej poprawy stanu klinicznego i stale podnosić na duchu^(22,33,34).

Niezbędny jest każdy rodzaj wsparcia w odniesieniu do kobiet chorych na łuszczycę. Wsparcie instrumentalne pozwala lepiej zrozumieć przebieg okresu okołomenopauzalnego i choroby, wsparcie informacyjne – przekazywać niezbędne informacje o sposobie postępowania, z kolei wsparcie wartościujące i emocjonalne pozwalają łagodzić napięcia, zmniejszać dyskomfort oraz zapewniać bezpieczeństwo^(35,36).

Opieka wobec kobiet chorych na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym powinna polegać również na okazaniu wsparcia psychologicznego, uwzględniającego oczekiwania dotyczące terapii i przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia. Wsparcie psychologiczne obejmuje takie metody, jak trening umiejętności radzenia sobie ze stresem, trening relaksacyjny, medytacja, *biofeedback*, prowadzenie psychoterapii w sytuacjach tego wymagających oraz psychoedukacja rodzin. Udzielanie psychologicznego wsparcia, zwiększenie satysfakcji chorej z leczenia oraz wychodzenie naprzeciw jej oczekiwaniom powinny być stałym elementem opieki zdrowotnej. Istotne jest również tworzenie grup wsparcia dla kobiet w okresie menopauzy chorych na łuszczycę⁽²⁵⁾.

PODSUMOWANIE

Wskazane jest dokonywanie oceny nasilenia depresji u kobiet chorych na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym, w celu wyodrębnienia kobiet wymagających wczesnego podjęcia działań psychoterapeutycznych. Okazanie wsparcia kobietom chorym na łuszczycę w okresie okołomenopauzalnym może przyczynić się do obniżenia odczuwanej depresji i poprawienia komfortu życia.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Makowska G., Sadynica S.A., Kochanowski J.: Wybrane aspekty endokrynne a proces starzenia się mózgu. *Terapia* 2008; 16: 30-33.
2. Bielawska-Batorowicz E.: Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych. *Przegląd Menopauzalny* 2007; 11 (2): 70-76.
3. Droszdzol A., Skrzypulec V., Rozmus-Warcholińska W., Nowosielski K.: Wybrane aspekty życia psychicznego i seksualnego kobiet w okresie okołomenopauzalnym. *Ginekol. Pol.* 2003; 74 supl. 1: 36.
4. Krogulski S., Lipińska-Szałek A.: Depresje menopauzalne – nietypowy obraz kliniczny, leczenie. *Przegląd Menopauzalny* 2004; 8 (3): 31-38.
5. Pertyński T., Stachowiak G.: Menopauza – fakty i kontrowersje. *Endokrynol. Pol.* 2006; 57: 525-534.
6. Steiner M., Dunn E., Born L.: Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J. Affect. Disord.* 2003; 74: 67-83.
7. Ogłodek E., Araszkiwicz A., Placek W.: Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę. *Zdrow. Publiczne* 2009; 119: 335-337.
8. Pastuszka M., Tyc-Zdrojewska E., Uczniak S. i wsp.: Współczesne poglądy na etiopatogenezę łuszczycy. *Postępy Dermatologii i Alergologii* 2011; 3: 117-131.
9. Reich A., Szepietowski J.: Aspekty genetyczne i immunologiczne w patogenezie łuszczycy. *Wiad. Lek.* 2007; 60: 270-276.
10. Reich A., Wójcik-Maciejewicz A., Słomski A.T.: Stress and the skin. *G. Ital. Dermatol. Venereol.* 2010; 145: 213-219.
11. Drews K., Seremak-Mrozikiewicz A., Pieńkowski W.: Menopauza. W: Słomko Z. (red.): *Ginekologia*. Tom 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 431-451.
12. Opala T.: Okres okołomenopauzalny i pomenopauzalny. W: Opala T. (red.): *Ginekologia*. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 126-132.
13. Rabiej M., Dmoch-Gajzlerska E., Andrzejewska A.: Okres okołomenopauzalny – zagrożenia zdrowotne. *Położna. Nauka i Praktyka* 2011; 1 (13): 36-41.
14. Stanosz S., von Mach-Szczypiński J., Stanosz M., Grobelny W.: Wybrane aspekty okresu przekwitania. *Ginekol. Prakt.* 2005; 13 (3): 22-26.
15. Słopień R., Wärenik-Szymankiewicz A.: Przekwitanie. W: Bręborowicz G.H. (red.): *Położnictwo i ginekologia*. Tom 2, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 716-725.
16. Bielawska-Batorowicz E.: Koncepcje menopauzy. Część III – ujęcie psychopatologiczne. *Przegląd Menopauzalny* 2005; 9 (5): 24-31.
17. Gyllstrom M.E., Schreiner P.J., Harlow B.L.: Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2007; 21: 275-292.
18. Właszek P., Mazur P., Płachta Z. i wsp.: Stan hormonalny czy uwarunkowania psychospołeczne są przyczyną zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie klimakterium? *Ginekol. Pol.* 2005; 76: 788-798.
19. Zalewska-Juzwa A., Częstochowska E.: Depresja w okresie okołomenopauzalnym. *Pol. Merkur. Lek.* 2003; 14: 261-264.
20. Bielawska-Batorowicz E.: Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45-55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny* 2006; 10 (2): 68-74.
21. Bielawska-Batorowicz E., Mikołajczyk M.: Ocena zysków i strat związanych z menopauzą a intensywność objawów menopauzalnych. Analiza w oparciu o teorię zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla. *Przegląd Menopauzalny* 2009; 13 (1): 53-60.
22. Pietrzak A., Janowski K., Lechowska-Mazur I., Krasowska D.: Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Med.* 2006; 1: 14-19.

23. Devrimci-Ozguven H., Kundakci T.N., Kumbasar H., Boyvat A.: The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2000; 14: 267-271.
24. Łoza K., Borzęcki A., Cielica W., Łoza B.: Zaburzenia psychosomatyczne w przebiegu łuszczycy. *Nowa Med.* 2003; 120: 34-37.
25. Hawro T., Miniszewska J., Chodkiewicz J. i wsp.: Lęk i depresja a wsparcie społeczne u chorych na łuszczycę. *Przegl. Lek.* 2007; 64: 568-571.
26. Gupta M.A., Gupta A.K.: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br. J. Dermatol.* 1998; 139: 846-850.
27. Rapp S.R., Exum M.L., Reboussin D.M. i wsp.: The physical, psychological and social impact of psoriasis. *J. Health Psychol.* 1997; 2: 525-537.
28. Knoll N., Schwarzer R.: „Prawdziwych przyjaciół” – wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć. W: Sęk H., Cieślak R. (red.): *Wsparcie społeczne, stres, zdrowie.* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 29-49.
29. Sęk H.: O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.): *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia.* Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 13-32.
30. Mishra G., Kuh D.: Perceived change in quality of life during the menopause. *Soc. Sci. Med.* 2006; 62: 93-102.
31. Parry B.L.: Perimenopausal depression. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: 23-27.
32. Karabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A.: Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegl. Lek.* 2008; 65: 244-248.
33. Bogaczewicz J., Kuryłek A., Sysa-Jędrzejowska A. i wsp.: Aspekt psychologiczny w leczeniu chorób skóry. *Dermatol. Klin.* 2007; 9: 263-267.
34. Picardi A., Mazzotti E., Gaetano P. i wsp.: Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005; 46: 556-564.
35. Dyga-Konarska M.: Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Standardy Medyczne* 2004; 1: 599-604.
36. Piotrowska M.: Konieczne jest wsparcie społeczne. *Nowa Szkoła* 2006; 62: 18-25.