

Psychologiczne aspekty chorób alergicznych: trudności dorosłych pacjentów z astmą oskrzelową i atopowym zapaleniem skóry

Psychological aspects of allergic disorders: the difficulties of adult patients with bronchial asthma and atopic dermatitis

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Correspondence to: Paulina Albińska, ul. Tylna 8 E m. 7, 90-348 Łódź, tel.: +48 608 369 404, e-mail: albinskapaulina@yahoo.com

Streszczenie

Celem pracy jest zaprezentowanie przeglądu badań na temat psychologicznego funkcjonowania dorosłych cierpiących na choroby alergiczne. Artykuł koncentruje się na dorosłych ze względu na istnienie małej liczby prac naukowych dotyczących zmiany manifestacji symptomów u pacjentów z wyżej wymienionymi chorobami, która może być traktowana jako pierwsze i ostatnie stadium marszu alergicznego, ponieważ jego objawowa manifestacja u dzieci zwykle przybiera postać atopowego zapalenia skóry, podczas gdy u dorosłych jest znana jako astma oskrzelowa. Analiza odpowiada na pytanie, czy wspólnej, alergiczno-zapalnej etiologii tych schorzeń odpowiadają podobieństwa doświadczanych trudności psychologicznych. Omówienie odwołuje się do polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu i uwzględnia kluczowe aspekty chorób psychosomatycznych – astmy i atopowego zapalenia skóry – czyli trudności ze snem, depresję, lęk, inne zaburzenia afektywne, zaburzenia zachowania i trudności poznawcze. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i somatycznych u chorych na alergię to niepodważalny dowód integralności somy i psyche, co rzadko dostrzegają osoby odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej. Ignorują one tym samym ważny element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, istotny dla wyzdrowienia pacjentów z astmą i atopowym zapaleniem skóry.

Słowa kluczowe: schorzenia alergiczne, astma, atopowe zapalenie skóry, psychologiczne aspekty chorób, zaburzenia psychosomatyczne

Abstract

The aim of this article is to present a theoretical review of studies on psychological functioning of adult individuals who suffer from allergic disorders. This article focuses on adults because of a small number of scientific research dealing with a change in manifestation of symptoms in patients with the above-mentioned diseases which can be treated as the first and the last stage of the allergic march, because its symptomatic manifestation in children usually takes the form of atopic dermatitis, while in adults it is known as bronchial asthma. This analysis answers the question whether the common allergic and inflammatory aetiology of these disorders reflects the similarities of experienced psychological difficulties. The discussion refers to Polish and foreign literature from the last decade and takes into account the most common aspects of psychosomatic diseases such as asthma and atopic dermatitis, i.e. sleep disorders, depression, anxiety, other affective disorders, behavioural disorders and cognitive difficulties. The co-occurrence of mental and somatic disorders in patients suffering from allergy is the conclusive evidence on the integrity of the human psyche and soma, which is scarcely noticed by health-care decision makers. Thereby they ignore the important element of diagnostic and therapeutic process which is crucial for the recovery of patients with asthma and atopic dermatitis.

Key words: allergic disorders, asthma, atopic dermatitis, psychological aspects of diseases, psychosomatic disorders

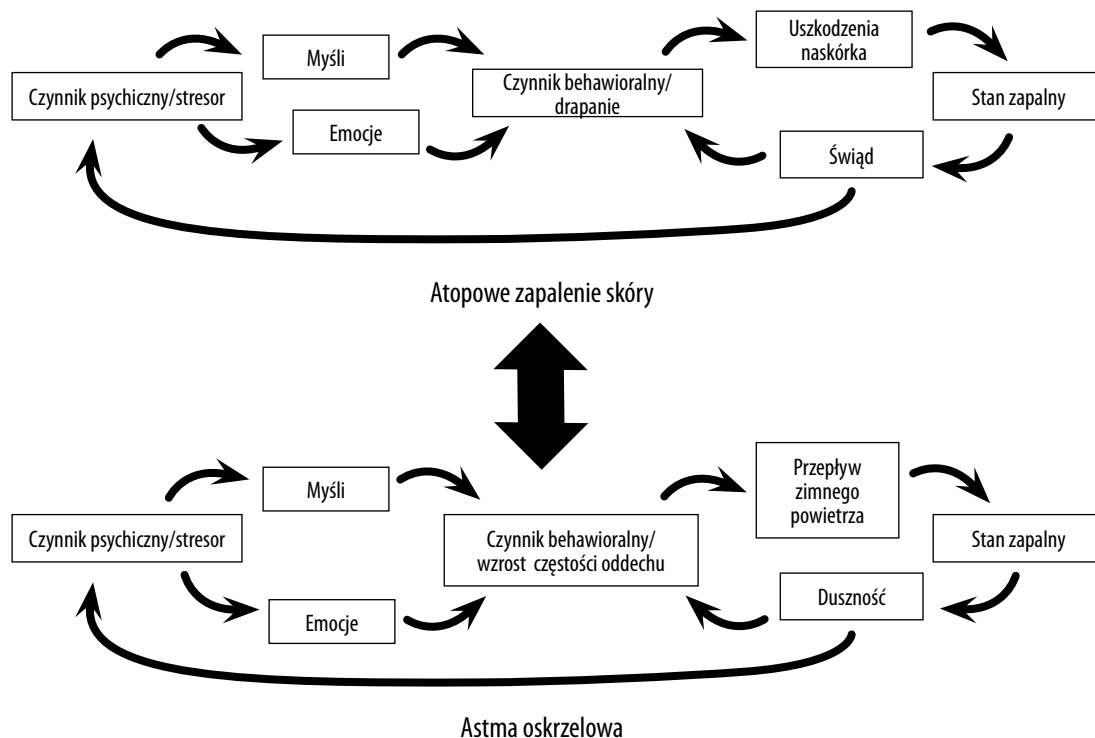
CHOROBY ALERGICZNE JAKO SCHORZENIA PSYCHOSOMATYCZNE

W ostatnich latach schorzeniami o podłożu alergicznym coraz częściej zajmują się przedstawiciele dyscyplin wykraczających poza obszar nauk medycznych. Dostrzega się – zgodnie z biopsychosocjalnym podejściem do człowieka, preferowanym na gruncie nauk o zdrowiu – trudności pacjentów dotyczące nie tylko aspektu biologiczno-materialistycznego, w których podstaw leży jeden z mechanizmów wyróżnionych przez Gella i Coombsa (Rajan, 2003). Choć do wzrostu zainteresowania tą tematyką w dużym stopniu przyczynia się problem z pełną identyfikacją patomechanizmu (Gierus i Popielski, 2011; Witusik i Pietras, 2011), skłaniający do refleksji i prób rozwiązania zagadki, zainteresowanie schorzeniami alergicznymi jest w równym stopniu wymuszane ich niespotykanym dotąd rozpowszechnieniem, zdaniem ekspertów czyniącym z alergii współczesną epidemię (Pawankar *et al.*, 2011).

Mimo że przyczyny wzrostu zachorowalności na choroby alergiczne pozostają nieznane, a pewne jest jedynie ich nie do końca sprecyzowane zapalno-alergiczne podłoże (odzwierciedlane na poziomie werbalnym przykładowo przez nazywanie atopowego zapalenia skóry – AZS – astmą skórną), od najdawniejszych czasów, kiedy to odnotowywano pierwsze przypadki zachorowań, ich czynniki sprawcze łączono z różnorodnie rozumianym komponentem

psychicznym (Majewski, 2000). O ile jednak w plemionach pierwotnych utożsamiano go, jak twierdzi Łazowski (za: Roszyk, 2009), z demonicznymi działaniami duchów czy siłami popędowo-motywacyjnymi niegodziwie żyjącego bliźniego, o tyle w społeczeństwach zachodnich rozumiano komponent psychiczny w sposób zapośredniczony przez psychoanalityczny nurt światopoglądowy, genezą opisywanych schorzeń czyniący nierozwiązane zaburzenia narcystyczne, niedostatki w rozwoju ego, przebyte urazowe doświadczenia relacyjnej traumy czy też dosłowną utratę osoby znaczącej (Basińska, 2012). W tych koncepcjach – podobnie jak np. u Freuda – zaburzenia nazwane psychosomatycznymi były równoznaczne z symboliczną manifestacją uwewnętrznionych konfliktów przeżywanych przez jednostkę. I choć teorie przypisujące poszczególnym zaburzeniom układowym specyficzny rodzaj konfliktu czy osobowości nie przetrwały próby czasu, to ich występowanie od początku (już za czasów Aleksandra) wpisywano w nurt zakładający wspólnotę oddziaływań somy i psyche (Basińska, 2012; Moes-Wójtowicz *et al.*, 2012).

W ten sposób rodziła się pewna prawidłowość – sugerująca, że do wywołania schorzenia oprócz czynnika osobowościowego potrzeba podatności narządu i czynnika aktywizującego, który to proces współcześnie rozumieć można w kategoriach doświadczenia psychologicznego stresu, wymuszającego patologiczną powtarzalność wzorców reagowania emocjonalno-vegetatywnego, odzwierciedlanego na poziomie neuroimmunologicznym (Assad, 1996).



Ryc. 1. Błędne koło objawowe w biegunowych schorzeniach marszu alergicznego (opracowanie własne na podstawie: Gierus i Popielski, 2011; Miniszewska, 2010)

Więzi on osoby cierpiące na alergię w szponach błędnego koła objawowego zaostrzeń i remisji (ryc. 1). Jego dostrzeżenie w różnych grupach pacjentów pozwala zrozumieć podobieństwo doświadczanych przez nich problemów funkcjonalnych mimo niejednokrotnie całkowicie odmiennej manifestacji objawów, klasyfikowanych jako odrębne jednostki chorobowe.

Co więcej, jak pokazują doniesienia z ostatnich lat, owa zmienność objawowa może ulegać istotnym modyfikacjom, jeśli uwzględni się wymiar temporalny. Szczególnie wyraźnie uwidocznia się to w przypadku AZS i astmy oskrzelowej – dwóch dolegliwości wyznaczających początek i koniec przeobrażeń funkcjonujących w literaturze przedmiotu pod nazwą *marsz alergiczny*. Jego obecność tłumaczy nie tylko wspólnotę objawów cielesnych w przebiegu schorzeń alergicznych i ujemnych efektów procesu leczenia, lecz także podobieństwo koncepcji siebie tworzonej przez pacjenta w odpowiedzi na doświadczane dolegliwości (Albińska, 2014; Weidberg, 2010).

NAJCZĘSTSZE ZABURZENIA PSYCHICZNE W PRZEBIEGU ASTMY I AZS

Podobieństwo błędnego koła objawowego w AZS i astmie oskrzelowej nie jest przypadkowe. Znajduje ono uzasadnienie w powiązaniach funkcjonalnych między układem nerwowym i układem immunologicznym a skórą i układem oddechowym. Związki te szczegółowo omawiają m.in. Liezmann i wsp. (2011). Mimo ogromnego postępu naukowego zależność między wymienionymi układami okazuje się kwestią sporną – pytanie o procentowy wkład każdego z tych mechanizmów w genezę omawianych schorzeń pozostaje otwarte.

Zindywidualizowane podejście do pacjenta, propagowane na gruncie nauk o zdrowiu, nakazuje zatem podejmować próby ustalenia udziału poszczególnych komponentów w manifestacji objawowej danego schorzenia. W odniesieniu do każdego chorego istotne wydaje się sprecyzowanie udziału pierwiastka alergii, infekcji i stresu psychicznego w przebiegu zaburzeń. Tym bardziej że przypadki warunkowania schorzeń o podłożu alergicznym lub indukowania ich za pomocą hipnozy czy autosugestii nie są odosobnione (Brown, 2007) i wskazują, iż lekceważenie współdziałania psychiki w ich przebiegu to działanie co najmniej pochopne.

O ile jednak psychologiczny mechanizm zaistnienia alergii pozostaje trudny do określenia, o tyle przekonanie o występowaniu jego niekorzystnych następstw graniczy na obecnym poziomie rozwoju nauki z pewnością, by nie powiedzieć – nie budzi wątpliwości. Fakt ten doskonale obrazuje metaanaliza światowego dorobku naukowego zgłębiająca zagadnienia psychicznego funkcjonowania pacjentów z atopią przeprowadzona przez Chidę i wsp. (2008). Wynika z niej, że udział psychiki, postrzeganej jako komponent determinujący powstanie i progresję chorób atopowych, w ostatecznym rozrachunku często przyćmiewają ich

psychiczne następstwa. Związek przyczynowo-skutkowy między zaistnieniem opisywanych schorzeń a występowaniem problemów psychologicznych pozostaje tajemnicą. Zależnie od doniesienia badawczego bywa rozpatrywany w kategoriach czynnika sprawczego bądź skutku (Potaczek, 2013). Bezsprzeczna jest jedynie duża rozciągłość spektrum zaburzeń współwystępujących z alergiami, które obejmuje obszar od zaburzeń nerwicowych, przez stany pogranicza, aż po psychozy (Schier, 2005).

O tym, jak częste są związki schorzeń alergicznych z zaburzeniami natury psychicznej, przekonują dane szacunkowe dotyczące dermatoz: odsetek współwystępowania tych zaburzeń waha się w przedziale 30–60% (Kieć-Świerczyńska *et al.*, 2008). Część autorów, np. Koblenzer czy Tomá (badający populację osób z AZS), skłania się nawet ku uznaniu za obowiązującą górnej granicy tego przedziału (za: Januszewska, 2001; Sullivan, 2005). Pacjenci cierpiący na choroby alergiczne często okazują się predysponowani do nadmiernej koncentracji na objawach, a ta potęguje ich występowanie – w myśl zasady samospełniającego się proroctwa (Bartoszek, 2010). Założenie o jego istnieniu w pewnym stopniu czyni wy tłumaczalnym również fakt przypisywania alergiom o podłożu dermatologicznym i pulmonologicznym większej subiektywnej uciążliwości w porównaniu z innymi schorzeniami somatycznymi (Krajewska-Kulak i Łukaszuk, 2009). Jak można bowiem przypuszczać, towarzyszące zaburzenia w wielu przypadkach wtórnie pogarszają przebieg choroby pierwotnej (Tyc-Zdrojewska *et al.*, 2011), co niejednokrotnie przyczynia się do drastycznego obniżenia jakości życia (Anvar *et al.*, 2010; El-Mongy *et al.*, 2006). W przypadku przypadłości omawianych w tym artykule – mimo odmienności manifestacji – spadek ten można uznać za porównywalny; objawy z nim związane klasyfikowane są najczęściej jako bardzo uciążliwe (Kieć-Świerczyńska *et al.*, 2006; Kmieć i Broniarczyk-Dyła, 2009).

W przypadku każdego z tych schorzeń jednostka zostaje niejako zmuszona do borykania się nie tylko z dolegliwościami spowodowanymi samą chorobą (zabiegami i badaniami lekarskimi), lecz także z koniecznością mniejszego lub większego tolerowania skutków ubocznych farmakoterapii (Ahmad *et al.*, 2014), mogących wtórnie zakłócać zdolność realizacji życiowych celów, a tym samym stawać się zagrożeniem dla cenionych wartości (Witusik i Pietras, 2011). Choć więc omawiane schorzenia na obecnym poziomie rozwoju procedur medycznych zasadniczo nie łączą się z ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia – z wyjątkiem najcięższych przypadków astmy oskrzelowej – to ich przewlekły, nawrotowy charakter determinuje współwystępowanie psychologicznych deficytów w sferze poznawczej, emocjonalnej czy behawioralnej, uciążliwych w kontekście codziennego funkcjonowania i objawiających się (w zindywidualizowanych proporcjach) u niemal każdego pacjenta (Kłudkowska i Nowicki, 2013; Moes-Wójtowicz *et al.*, 2012). Co jednak ważniejsze, zaburzenia te bywają dostrzegalne już na bardzo wczesnym etapie rozwoju

jednostki, co potwierdza m.in. analiza dokonana przez Zalewską-Janowską (2010), łącząca AZS, alergię zasadniczo uznawaną za wczesnodziecięcą, z obecnością depresji, lęku, zaburzeń nerwicowych i zaburzeń zachowania.

Z przedstawioną listą dolegliwości będących najczęstszymi konsekwencjami utrzymywania się schorzeń o podłożu alergicznym – w tym astmy i AZS – zgadzają się inni autorzy, choć niektórzy wymieniają jeszcze inne, mniej typowe dysfunkcje życia psychicznego współwystępujące z astmą i AZS: zachowania suicydalne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD), zaburzenia afektywne (aleksytymię) czy zaburzenia poznawcze, w tym chorobę Alzheimera (Talarowska *et al.*, 2009). Wszystkie te schorzenia bezpośrednio bądź w sposób odroczone odciskają piętno na życiu pacjenta.

BEZPOŚREDNIE NASTĘPSTWA KRAŃCOWYCH SCHORZEŃ MARSZU ALERGICZNEGO

Wśród psychologicznych następstw chorób alergicznych wyznaczających początek i koniec marszu alergicznego najczęściej wymieniane są zaburzenia snu, traktowane jako naturalna konsekwencja tych problemów zdrowotnych. Astma oskrzelowa i skórna różnią się pod względem manifestacji objawowej ze strony zmienionego narządu końcowego, lecz istnieje wspólny mianownik obu schorzeń – dokuczliwe nasilenie objawów, przybierające postać nocnych napadów świądu bądź duszności. W ich następstwie chorzy cierpiący na astmę często bywają nękani bezsennością i wybudzeniami w nocy, a niejednokrotnie również nadmierną sennością w ciągu dnia. Co więcej, jak donoszą badania, zaburzenia tego typu często są skorelowane z innymi zaburzeniami psychicznymi i absencją szkolną. Obturacyjny bezdech senny – bo o nim mowa – uważany jest za czynnik ryzyka zaostrzeń w przebiegu astmy oskrzelowej (za: Fryt, 2013; Gierus i Popielski, 2011). O skali problemu przekonują m.in. badania Kieczki (2010): aż 64% astmatyków wskazuje duszność lub kaszel jako przeszkodę podczas snu.

Jeszcze silniej zaburzenia snu manifestują się w grupie chorych na AZS. Niezwykle uporczywy przewlekły świąd zaburza funkcjonowanie nie tylko w ciągu dnia, lecz przede wszystkim w godzinach wieczornych i w trakcie snu, kiedy to szczególnie przybiera na sile (Tyc-Zdrojewska *et al.*, 2011). Na świąd nocny skarżą się zarówno dzieci, jak i dorośli. Badania wykazały, że z powodu jego obecności aż 65% dorosłych z AZS ma problemy ze snem, które – jak można przypuszczać – objawiają się kłopotami z porannym przebudzeniem, rozdrażnieniem i wahaniami nastroju w ciągu dnia (Kaszniak-Kocot *et al.*, 2014). Ponadto dolegliwości odczuwane przez dzieci niejednokrotnie zakłócają nocny odpoczynek opiekunów: skracają czas ich snu o średnio 2,6 godziny w ciągu nocy. W jeszcze większym stopniu problem zaburzeń snu objawia się

w populacji dorosłych z AZS. U 84% osób diagnozuje się trudności z zaśnięciem, 79% zgłasza problem wybudzeń spowodowanych uporczywym świądem, a 38% przyznaje się do stosowania leków nasennych w ramach strategii zaradczej. Odsetki wymienionych trudności w populacji polskiej wynoszą 81% i 31% (Szepietowski i Reich, 2010).

Śródnocne ataki świądu często objawiają się na poziomie behawioralnym – w postaci niekontrolowanego odruchu drapania, który z racji towarzyszącej mu zmniejszonej śródsennej kontroli wolicjonalnej często staje się przyczyną obrażeń. Problem ten zaznacza się najsilniej w przypadku dzieci z AZS. Z tego względu rodzicom sprawującym nad nimi pieczę zaleca się stosowanie środków ostrożności, tj. zakładanie dziecku ochronnych rękawiczek na czas snu czy też częste skracanie paznokci w celu zminimalizowania szkód (*Atopowe zapalenie...*, 2012). Odruch drapania bywa bowiem bardzo trudny do opanowania. Jak dowodzą Szepietowski i Reich (2010), świąd w końcowym odcinku przewodzenia pobudza korę przedczołową i oczodołowo-czołową, stanowiącą układ nagrody. Jego nadmierna aktywacja, prowadząca do odczucia przyjemności, wiąże się z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, co w dużym stopniu tłumaczy częstotliwość współwystępowania alergii skórnych, także AZS, z tymi zaburzeniami, na którą wskazują m.in. Bogaczewicz i wsp. (2008) czy Kieć-Świerczyńska i wsp. (2008).

DEFICYTY POZNAWCZE WSPÓŁWYSTĘPUJĄCE Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ I SKÓRNĄ

Konsekwencją doświadczania opisanych wyżej problemów przez osoby z astmą i atopowym zapaleniem skóry bywają trudności poznawcze. O ile w przypadku AZS ich zaistnienie rozpatruje się najczęściej w kategoriach bezpośredniego skutku dolegliwości świądowych i zaburzeń snu, prowadzących niejednokrotnie do przewlekłego zmęczenia, o tyle ich powiązanie z astmą oskrzelową wydaje się znacznie bardziej skomplikowane – z uwagi na niewielkie, ale kumulujące się niedotlenienia mózgowo o charakterze przemijającym, towarzyszące atakom astmatycznym.

Niezależnie od przyczyn tego stanu rzeczy faktem jest, że wielu autorów podkreśla związki między występowaniem astmy czy AZS a upośledzeniem koncentracji uwagi, problemami z pamięcią wzrokową i werbalną, upośledzeniem funkcji percepcyjno-wykonawczych, zaburzeniami myślenia abstrakcyjnego, zdolności krytycznej oceny i podejmowania decyzji (Fryt, 2013; Gierus i Popielski, 2011). Spadek sprawności umysłowej ma najczęściej negatywne przełożenie na funkcjonowanie szkolne i zawodowe osób z AZS i astmą (Fryt, 2013; Tyc-Zdrojewska *et al.*, 2011). Ponadto, jak wykazano w badaniach z udziałem pacjentów astmatycznych, deficyt poznawczy może się wiązać z osłabieniem kontroli choroby i wtórnie spotęgować objawy. U jednostek z bardziej nasilonymi dysfunkcjami poznawczymi dochodzi również niekiedy do spadku

przestrzegania zaleceń lekarskich – wskutek trudności z rozumieniem następstw czynów.

Główny problem polega jednak na tym, że wiele deficytów poznawczych to uboczny skutek farmakoterapii stosowanej w leczeniu alergii (Talarowska *et al.*, 2009). Choć na obecnym poziomie wiedzy trudno wnioskować o zależności przyczynowo-skutkowej, wydaje się to niepokojące, zwłaszcza w obliczu doniesień o częstszym niż w populacji ogólnej współwystępowaniu schorzeń alergicznych z otępieniem czy chorobą Alzheimera, które – jak twierdzą Eriksson i wsp. (2008) – mają wspólne podłoże zapalne.

BEHAVIORALNE POWIKŁANIA W ALERGI SKÓRNEJ I PULMONOLOGICZNEJ

Badacze zgłębiający zagadnienie psychosomatycznych problemów pacjentów z astmą i AZS wskazują na zwiększone prawdopodobieństwo współistnienia tych schorzeń z zaburzeniami zachowania. W odniesieniu do dziecięcej populacji astmatyków powyższą prawidłowość wykazały zarówno metaanaliza 26 badań przeprowadzona przez McQuaid i wsp., jak i badania podłużne z udziałem 150 dzieci zainicjowane przez Mazarka i wsp. (za: Bielous-Wilk *et al.*, 2010; Gierus i Popielski, 2011). Oba zespoły niezależnie dowiodły współwystępowania omawianych zaburzeń z ciężkością przebiegu astmy. Drugi z wymienionych zespołów wskazał na powiązanie między wczesnym początkiem problemów oddechowych a adekwatnie wcześniejszym zaistnieniem problemów behawioralnych.

Inni autorzy potwierdzają te wnioski w odniesieniu do osób dorosłych z dermatozami, przy czym bezpośrednio do AZS można odnosić analizę Gieler. Dowodzi ona nie tylko współwystępowania z omawianą dermatozą wyższego poziomu zachowań negatywnych, lecz także większej skłonności pacjentów do utraty kontroli nad nimi (za: Bartoszek, 2010). Analiza ta nie odbiega od refleksji Buske-Kirschbaum i wsp. (2013), którzy wskazują na wspólne podłoże objawowe schorzeń alergicznych i ADHD. Dowodzą współwystępowania tego zaburzenia zachowania z alergią skórą i pulmonologiczną. Co więcej, zwracają uwagę na udział ADHD w minimalizacji kontroli objawów choroby somatycznej, co pozwala wysunąć wniosek, iż niedobór całkowitego IgE na poziomie behawioralnym często skutkuje nadreaktywnością i rozproszeniem uwagi.

AFEKTYWNE TRUDNOŚCI W PRZEBIEGU ASTMY OSKRZELOWEJ I SKÓRNEJ

Kolejną często wymienianą niedogodnością funkcjonalną, z jaką borykają się osoby dotknięte chorobą alergiczną, są zaburzenia w sferze afektywnej, w pewnym stopniu związane z trudnościami omawianymi wcześniej. Nadwrażliwość biologiczna przekłada się na nadwrażliwość uczuciową, a ta ostatnia sprawia, że osoby z AZS charakteryzują się nadmierną lękliwością, skłonnością do zalegania stanów napięcia emocjonalnego i niestabilnością

emocjonalną, znajdującą odzwierciedlenie w drapaniu się, stanowiącym sposób uzewnętrznienia emocji (Miszewska, 2010). Jednostki te mają skłonność do łatwego wpadania w gniew przy jednoczesnych trudnościach z jego ekspresją (Kieć-Świerczyńska *et al.*, 2006). Często doświadczają negatywnych stanów emocjonalnych (Kieć-Świerczyńska *et al.*, 2008): wrogości, znużenia, przygnębienia, zakłopotania, napięcia. Ponadto przejawiają wyższą (niż grupa kontrolna) skłonność do zaburzeń alektywicznych, których odsetek kształtuje się u nich na poziomie 35,5% (Tyc-Zdrojewska *et al.*, 2011).

Do opisanych chorych z AZS upodabniają się osoby cierpiące na astmę. Wśród nich zaburzenia emocjonalne pojawiają się szczególnie często, w 28–66% przypadków (Czyż *et al.*, 2014). Zaburzenia afektu przybierają tu postać duszności. Emocjom takim jak gniew czy strach przypisuje się niebagatelny udział w występowaniu zaostrzeń chorobowych – przez uruchomienie mechanizmu spustowego hiperwentylacji (Gierus i Popielski, 2011).

Wielu badaczy wskazuje, podobnie jak w odniesieniu do AZS, na współwystępowanie astmy z aleksytymią (Schier, 2005). I choć odsetek aleksytymicznych astmatyków jest trudny do oszacowania – ze względu na sprzeczne wyniki badań, w zależności od grupy kontrolnej oscylujące, jak pokazują w przeglądzie doniesień naukowych Moes-Wójtowicz i wsp. (2012), w granicach 8–22% – to zdaniem Schier (2005) bezsprzeczne jest większe nasilenie tego zaburzenia u chorych na astmę w porównaniu z grupą osób zdrowych. Co więcej, współwystępowanie aleksytymii pociąga za sobą częste problemy w zakresie kontroli objawów astmy oskrzelowej. Może również utrudniać samokontrolę choroby, a co za tym idzie – spowalniać proces leczenia (Witusik i Pietras, 2011).

LĘKOWO-DEPRESYJNE NASTĘPSTWA ASTMY OSKRZELOWEJ I AZS

Większość badaczy wskazuje na triadę objawową modyfikującą sposób funkcjonowania psychicznego osób z AZS i astmą oskrzelową. Do triady często zalicza się współwystępujący lęk, depresję i tendencje samobójcze (Chida *et al.*, 2008; Mann *et al.*, 2010). Określenie ich częstotliwości nie jest jednak łatwe, ze względu na sprzeczne dane przytaczane w literaturze przedmiotu. W odniesieniu do osób z astmą odsetek współwystępowania zaburzeń depresyjnych waha się w przedziale 28–66%, a częstość problemów o podłożu lękowym wynosi 60% (za: Czyż *et al.*, 2014). „Według zespołu kierowanego przez Nascimento, aż 53,3% chorych na astmę oskrzelową cierpi na zespół lęku napadowego. U 13,9% chorych stwierdzono agorafobię, u 33,7% rozpoznano przynajmniej jeden duży niepsychotyczny epizod depresyjny” (Witusik i Pietras, 2011, s. 61). Podobnie 30–60% pacjentów z dermatozami ma zaburzenia depresyjno-lękowe (za: Tyc-Zdrojewska *et al.*, 2011).

Liczni autorzy potwierdzili wyższy poziom lęku jako stanu i jako cechy u chorych na astmę oskrzelową i alergie

skórną. Lęk sprawia, że osoby doświadczające trudności oddechowych – za sprawą wzmocnienia mechanizmu błędnego koła objawowego – często żyją w poczuciu zagrożenia życia (Brzoza *et al.*, 2005); 47% badanych astmatyków doświadcza uczucia paniki w sytuacji niemożności zaczerpnięcia tchu (Kieczka, 2010). Szczególnie silnie zaburzenia lękowe manifestują się w populacji dorosłych z AZS. Co więcej, prawidłowość ta pozostaje względnie niezależna od siły zmian chorobowych, a pacjenci wykazują dużą samoświadomość: określają się jako osoby bardziej lękliwe czy depresyjne (El-Mongy *et al.*, 2006). Dane te nie odnoszą się jednak do grupy astmatyków, u których zależność między głębokością deficytu oddechowego a dotkliwością lęku jest wyraźna (Potoczek, 2011). Duża siła objawów lękowych przejawianych przez tych chorych koreluje z wykształceniem niedojrzałych mechanizmów obronnych, niskim poczuciem koherencji i zaburzeniami życia rodzinnego (Potoczek *et al.*, 2006).

W grupie osób z astmą oskrzelową i skórą wykazano również – podobną jak w przypadku zaburzeń lękowych – zależność między stopniem ciężkości objawów a nasileniem depresji (Potoczek, 2011). Jej występowanie u chorych na astmę najczęściej przejawia się pesymizmem, spadkiem poczucia własnej wartości i niechęcią do uczestnictwa w leczeniu (Talarowska *et al.*, 2009). Z kolei w przypadku osób cierpiących na chroniczne choroby skóry, w tym AZS, modyfikacja poczucia własnej wartości pojawiająca się w następstwie depresji zależy od płci – w większym stopniu odnosi się do kobiet (Brzoza *et al.*, 2005; Mann *et al.*, 2010). Depresja w przebiegu AZS moduluje także zwrotnie odczuwanie świądu – za sprawą obniżenia jego progu przez wzrost przepuszczalności bariery naskórkowej (Szepietowski i Reich, 2010).

Najbardziej drastycznym wyrazem depresji są zachowania suicydalne. Doniesienia badawcze zgłębiające ich częstotliwość w populacji alergików pozostają niejednoznaczne. Przykładowo Kimata (2006) wykazał, że tendencje tego typu przejawia 19,6% dorosłych z ciężkimi objawami AZS i 6% osób o umiarkowanej manifestacji schorzenia. Odsetek osób z astmą i myślami samobójczymi – jak donosi autor – kształtuje się na dużo niższym poziomie: 0,1%. Potwierdzenie tych danych w odniesieniu do osób z AZS uzyskali badacze z dwóch innych zespołów, według których myśli samobójcze nękały odpowiednio 18,9% i 16,1% pacjentów (Dieris-Hirche *et al.*, 2009; Tyc-Zdrojewska *et al.*, 2011). Według badań populacji polskiej co siódma osoba z AZS doświadcza myśli tego typu (Kaszniak-Kocot *et al.*, 2014). W odniesieniu do AZS można ponadto mówić o występowaniu zjawiska samobójstwa rozszerzonego – jego częstotliwość łączy się z nasileniem zmian chorobowych (Kimata, 2006).

Warto zaakcentować doniesienia niepotwierdzające związku omawianej triady objawowej z zaburzeniami astmatycznymi i AZS. Witusik i Pietras (2011), prowadzący badania na populacji polskiej, zaprzeczyli zwiększonej częstotliwości występowania depresji wśród astmatyków.

Skłonności 83% pacjentów z AZS do zachowań suicydalnych nie wykazały natomiast badania porównawcze osób z wypryskiem kontaktowym przeprowadzone przez zespół Ograczyk i wsp. (2012) i analiza zespołu pod przewodnictwem Gupty (1998), wedle którego tendencja do omawianych skłonności – utrzymująca się na poziomie 2,1% – nie przewyższa odsetka w grupie kontrolnej.

TRUDNOŚCI FARMAKOTERAPII PSYCHOSOMATYCZNYCH SCHORZEŃ ALERGICZNYCH

Na marginesie rozważań zaznaczyć należy występowanie w populacji pacjentów z chorobami alergicznymi problemu nieprzybierającego postaci jednostki chorobowej w myśl systemów ICD-10 czy DSM-V, ale funkcjonującego w literaturze przedmiotu pod nazwą fobii glikokortykosteroidowej lub steroidofobii. Jak dowodzą badania, leki sterydowe stosowane w obu omawianych zaburzeniach, stanowiące podstawową formę terapii farmakologicznej, budzą niepokój: aż 40% osób z astmą obawia się ich aplikacji (Rogała, 2007) i zaledwie 26% przejawia gotowość do ich regularnego przyjmowania (Kowalski *et al.*, 2004). Powyższą prawidłowość można odnieść do pacjentów cierpiących na AZS: podobne obawy żywi ponad połowa z nich (Jenerowicz, 2011). Choć nie sposób zaprzeczyć działaniom niepożądanym związanym z zażywaniem leków sterydowych, o czym szerzej piszą m.in. Ahmad i wsp. (2014), to zdaniem wielu badaczy główną przyczyną nieskuteczności niwelowania objawów astmy i AZS stanowi właśnie nieprawidłowa aplikacja medykamentów czy wręcz całkowite lekceważenie zaleceń. Potwierdzają to wypowiedzi lekarzy: zaledwie 18% z nich jest całkowicie przekonanych o przestrzeganiu wytycznych przez chorych na astmę (Rogała, 2007). Można zatem stwierdzić, że terapia schorzeń alergicznych staje się – paradoksalnie – dodatkowym lękotwórczym czynnikiem stresogennym, utrudniającym egzystencję (Ahmad *et al.*, 2014).

CHOROBA ALERGICZNA JAKO TRUDNY TOWARZYSZ CODZIENNOŚCI

Podsumowując: wszystkie zaburzenia towarzyszące pogłębiają proces chorobowy i czynią życie pacjentów ze schorzeniami alergicznymi niełatwym. Zarówno sama choroba, jak i proces leczniczy w wielu przypadkach rzutują na różne dziedziny życia chorego, by wymienić tylko te najczęściej wspomniane w literaturze przedmiotu: sposób spędzania czasu wolnego, możliwość podejmowania zatrudnienia, jakość relacji partnersko-towarzyskich, wymogi specjalnego ubioru czy diety (Anvar *et al.*, 2010). Nie bez znaczenia pozostają również: czasochłonność leczenia medycznego i pozamedycznego oraz rygor w zakresie higieny osobistej i czystości otoczenia, niejednokrotnie pogęszczający poczucie bezsilności i jedynie pozornego wpływu chorego na własne życie (Kaszniak-Kocot *et al.*, 2014).

Niemniej choroba o podłożu alergicznym nie musi eliminować jednostki z codziennej aktywności, nawet jeśli objawy, nie do końca usuwalne, dają o sobie znać. Niewątpliwie astma czy AZS to trudny towarzysz codzienności. Oprócz podłoża medycznego ma on jeszcze drugie, stosunkowo rzadko i niespójnie eksponowane oblicze – w postaci psychologicznych powikłań, które w Polsce teoretycy wciąż dostrzegają znacznie częściej niż osoby mające realny wpływ na kształt systemu opieki zdrowotnej.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

Ahmad DS, Wazaify MM, Absoul-Younes A: The role of the clinical pharmacist in the identification and management of corticophobia – an international study. *Trop J Pharm Res* 2014; 13: 445–453.

Albińska P: Koncepcja siebie a poczucie alienacji dorosłych pacjentów ze zdiagnozowaną alergią (analiza porównawcza). In: Szewczyk L, Kulik A (eds.): *Problemy psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości*. Prokurat, Lublin 2014: 115–144.

Anvar M, Lohrasb MH, Javadpour A: Effect of convenient dermatologic intervention on quality of life in patients with chronic eczematous dermatitis. *Int J Pharm Biol Sci* 2010; 4: 47–50.

Assad G: Future direction of psychosomatic medicine. In: Assad G (ed.): *Psychosomatic Disorders: Theoretical and Clinical Aspects*. Bruner/Mazel, New York 1996: 128–130.

Atopowe zapalenie skóry u dzieci. *Praktyczny poradnik*. Fundacja Alabaster, Warszawa 2012.

Bartoszek B: Atopowe zapalenie skóry (AZS) jako choroba psychosomatyczna: analiza badań. *Studia z Psychologii w KUL* 2010; 16: 57–74.

Basińska MA: Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego. *Przegl Lek* 2012; 69: 260–264.

Bielous-Wilk A, Balińska-Miskiewicz W, Panaszek B: Psychosomatyka w alergologii – astma oskrzelowa. *Współcz Alergol Info* 2010; 5: 20–29.

Bogaczewicz J, Kuryłek A, Woźnicka A *et al.*: Psychoneuroimmunologia a skóra. *Dermatol Klin* 2008; 10: 108–111.

Brown D: Evidence-based hypnotherapy for asthma: a critical review. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55: 220–249.

Brzoza Z, Badura-Brzoza K, Nowakowski M *et al.*: Objawy lęku i depresji w przebiegu zespołu atopowego wyprysku/zapalenia skóry. *Psychiatr Pol* 2005; 39: 691–699.

Buske-Kirschbaum A, Schmitt J, Plessow F *et al.*: Psychoendocrine and psychoneuroimmunological mechanisms in the comorbidity of atopic eczema and attention difficult/hyperactivity disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2013; 38: 12–23.

Chida Y, Hamer M, Steptoe A: A bidirectional relationship between psychosocial factors and atopic disorders: a systematic and meta-analysis. *Psychosom Med* 2008; 70: 102–116.

Czyż P, Furgal M, Nowobilski R *et al.*: Znaczenie wybranych zmiennych psychologicznych i osobowościowych w przebiegu astmy oskrzelowej alergicznej i niealergicznej. *Psychiatr Pol* 2014; 48: 1047–1058.

Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer JP *et al.*: [Suicidal ideation anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis]. *Hautarzt* 2009; 60: 641–646.

El-Mongy S, El-Shahat FA, El-Bahaey W: Atopic dermatitis: relation between disease severity, anxiety and quality of life in children and adults. *Egypt Dermatol Online J* 2006; 2: 6–10.

Eriksson U, Gatz M, Dickman PW *et al.*: Asthma, eczema, rhinitis and the risk for dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 25: 148–156.

Fryt J: *Funkcje wykonawcze i regulacja zachowania u dzieci chorych na astmę i cukrzycę*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2013.

Gierus J, Popielski K: *Astma oskrzelowa. Perspektywa psychologiczno-egzystencjalna*. Difin, Warszawa 2011.

Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846–860.

Januszewska E: Psychosomatyczne aspekty choroby skóry (neurodermitis). In: Szewczyk L, Kulik A (eds.): *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości*. Psychosomatyka. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001: 79–96.

Jenerowicz D: Atopowe zapalenie skóry. In: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R (eds.): *Psychologiczne i medyczne następstwa chorób skóry*. Cornetis, Wrocław 2011: 185–191.

Kasznia-Kocot J, Reichmann K, Wypych-Ślusarska A: Wybrane aspekty jakości życia w atopowym zapaleniu skóry. *Med Środ* 2014; 17: 42–51.

Kieczka KM: Jakość życia u chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. *Pielęg XXI w.* 2010; 1–2: 17–23.

Kieć-Świerczyńska M, Dudek B, Kręcis B *et al.*: Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry. *Med Pr* 2006; 57: 551–555.

Kieć-Świerczyńska M, Kręcis B, Potocka A *et al.*: Czynniki psychologiczne w przebiegu chorób alergicznych. *Med Pr* 2008; 59: 279–285.

Kimata H: Prevalence of suicidal ideation in patients with atopic dermatitis. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36: 120–124.

Kłudkowska J, Nowicki R: Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia pacjentów i ich rodzin. *Alerg Astma Immunol* 2013; 18: 21–24.

Kmieć ML, Broniarczyk-Dyła G: Aspekty psychologiczne związane z atopowym zapaleniem skóry. *Dermatol Klin* 2009; 11: 237–240.

Kowalski ML, Jędrzejczak M, Cirić M: Efektywność leczenia astmy oskrzelowej w Polsce w ocenie pacjentów – wyniki badania AIRCEE (Asthma Insights & Reality in Central and Eastern Europe). *Alerg Astma Immun* 2004; 9: 187–195.

Krajewska-Kuła E, Łukaszk C: Pielęgniarstwo dermatologiczne – co nowego. Wsparcie psychosocjalne. In: Szepietowski J, Reich A (eds.): *Dermatologia – co nowego?* Cornetis, Wrocław 2009: 234–257.

Liezmann C, Klapp B, Peters E: Stress, atopy and allergy: a re-evaluation from psychoneuroimmunologic perspective. *Dermatoendocrinol* 2011; 3: 37–40.

Majewski S: Atopowe zapalenie skóry: „astma skórna” czy tylko świąd? *Alergia* 2000; 3: 6.

Mann MA, Naureen S, Saddiqua A: Anxiety, depression and self-esteem among chronic skin patients. *APMC* 2010; 4: 159–165.

Miniszewska J: Psychologiczne aspekty chorób skóry. In: Zasepa E (ed.): *Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich w teorii i w badaniach*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2010: 230–243.

Moes-Wójtowicz A, Wójtowicz P, Postek M *et al.*: Astma jako choroba psychosomatyczna. Przyczyny, skala problemu, związek z aleksytymią i kontrolą choroby. *Pneumonol Alergol Pol* 2012; 1: 13–19.

Ograczyk A, Malec J, Miniszewska J *et al.*: Psychological aspects of atopic dermatitis and contact dermatitis: stress coping strategies and stigmatization. *Post Dermatol Alergol* 2012; 29: 14–18.

- Orzechowska A, Gałecki P, Talarowska M *et al.*: Znaczenie rodziny dla przebiegu astmy oskrzelowej. *Post Dermatol Alergol* 2010; 27: 477–483.
- Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST *et al.*: WAO White Book on Allergy 2011–2012: Executive Summary. 2011. Available from: www.worldallergy.org/publications/wao_white_book.pdf.
- Potaczek DP: Uczuleni na wszystko. *Charaktery* 2013; 3: 48–52.
- Potoczek A: Różnice w nasileniu i współwystępowaniu zespołu łęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej). *Psychiatr Pol* 2011; 45: 469–480.
- Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek D *et al.*: Związki pomiędzy zespołem łęku napadowego, depresją, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej. *Psychiatr Pol* 2006; 40: 1097–1116.
- Rajan TV: The Gell-Coombs classification of hypersensitivity reactions: a re-interpretation. *Trends Immunol* 2003; 24: 376–379.
- Rogała B: Nowe spojrzenie na współpracę lekarza i chorego na astmę w świetle wyników badania GAPP: praktyczne konsekwencje braku dialogu. *Alerg Astma Immunol* 2007; 12: 63–66.
- Roszyk A: Kiedy ciało choruje. O podejściu psychosomatycznym w rozumieniu fizycznej kondycji człowieka. In: Ziółkowska B, Cwojdzńska A, Chołody M (eds.): *Ciało w kulturze i nauce*. Scholar, Warszawa 2009: 81–94.
- Schier K: *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Sullivan MG: Explore emotions of atopic dermatitis patients. *Clinical Psychiatry News* 2005; 2: 38.
- Szepietowski J, Reich A: *Świad. Patomechanizm, klinika, leczenie*. Termedia, Poznań 2010.
- Talarowska M, Florkowski A, Gałecki P *et al.*: Rola zmiennych psychologicznych w powstawaniu i przebiegu astmy oskrzelowej oraz funkcjonowanie poznawcze pacjentów. *Pneumonol Alergol Pol* 2009; 77: 554–559.
- Teresiak E, Czarnecka-Operacz M, Jenerowicz D: Wpływ nasilenia stanu zapalnego na jakość życia rodzinnego chorych na atopowe zapalenie skóry. *Post Dermatol Alergol* 2006; 23: 249–257.
- Tyc-Zdrojewska E, Trznadel-Grodzka E, Kaszuba A: Wpływ przewlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatol Klin* 2011; 13: 155–160.
- Weidberg EG: The allergic march. *CME* 2010; 28: 65–68.
- Witusik AD, Pietras TB: *Osobowościowe i behawioralne czynniki w obrazie klinicznym astmy oskrzelowej*. Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2011.
- Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HH *et al.*: Psychological symptoms and quality of life of dermatology outpatients and hospitalized dermatology patients. *Acta Derm Venereol* 2004; 84: 205–212.
- Zalewska-Janowska A: *Psychodermatologia w alergologii*. *Alerg Astma Immun* 2010; 15: 109–117.