

## Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą

Beliefs about health, illness and acceptance of the limitations of chronic somatic disease in people with psoriasis

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Correspondence to: Dr Joanna Miniszewska, Instytut Psychologii UŁ, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, tel.: +48 605 346 935,

e-mail: jminisz@poczta.onet.pl

Source of financing: Department own sources

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Pojawienie się choroby przewlekłej oznacza dla pacjenta znaczące zmiany w życiu. Schorzenie bywa postrzegane w różnych kategoriach, a jego ocena często wpływa na akceptację, co z kolei oddziałuje na wybór strategii zaradczych. Przekonania na temat łuszczycy – będącej przewlekłą chorobą skóry, powodującą liczne psychospołeczne konsekwencje – mogą mieć wpływ na jej akceptację. **Cel pracy:** Określenie zależności między sposobami oceny własnej choroby i przekonaniem o posiadaniu wpływu na swoje zdrowie a akceptacją ograniczeń wynikających z choroby. **Materiał i metody:** Badaniem objęto grupę 61 chorych na łuszczycę. Użyto Skali Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale*, AIS), Skali Oceny Własnej Choroby (SOWC), Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*Multidimensional Health Locus of Control Scale*, MHLC) i Skali Subiektywnej Oceny Nasilenia Łuszczycy (*Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index*, SAPASI). **Wyniki:** Płeć i występowanie choroby u członków rodziny nie różnicują badanych pod względem poziomu akceptacji łuszczycy. Postrzeganie schorzenia jako krzywdy, zagrożenia, przeszkody i zakłócenia równowagi życiowej, traktowanie stanu zdrowia jako dzieła przypadku oraz duże subiektywne nasilenie schorzenia (mierzone skalą SAPASI) negatywnie korelują z akceptacją, a przekonanie o wewnętrznej kontroli zdrowia wiąże się z nią dodatnio. Ze względu na prezentowane przekonania na temat własnej choroby i zdrowia wyodrębniono dwie homogeniczne podgrupy badanych. Ocena łuszczycy w kategoriach przeszkody/straty, wewnętrzna kontrola zdrowia i postrzeganie jej jako dzieła przypadku pozwalają przewidywać poziom akceptacji schorzenia. **Wnioski:** Znaczenie, jakie pacjenci nadają własnej chorobie, oraz przekonanie na temat posiadanego (bądź nie) wpływu na stan zdrowia somatycznego wiążą się z poziomem akceptacji ograniczeń wynikających ze schorzenia. Innymi słowy, przekonania na temat choroby korelują z przystosowaniem do niej.

**Słowa kluczowe:** akceptacja choroby, łuszczycyca, psychodermatologia, przewlekła choroba somatyczna, postrzeganie choroby, umiejscowienie kontroli zdrowia

### Summary

**Introduction:** Occurrence of a chronic disease means for an affected person significant changes in life and the disease itself can be seen in various categories. Assessment of the disease often affects its acceptance, which in turn affects the choice of coping strategies in dealing with it. Beliefs about psoriasis, a chronic skin disease that causes numerous psychosocial consequences, may influence its acceptance. **Aim of the study:** To determine the relationship between the way the disease is perceived, beliefs about having an impact on one's own health, and acceptance of limitations of the disease. **Material and methods:** The study included 61 psoriasis patients. The following measures were employed: Acceptance of Illness Scale (AIS), Disease-Related Appraisals Scale (SOWC), Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI). **Results:** Sex and occurrence of the disease in family members did not differentiate the respondents in terms of the level of acceptance of the disease. Their perception of the disease as a threat, harm, obstacles and imbalances of life and treatment of health in terms of a chance, and severity of psoriasis measured with SAPASI correlated negatively with the disease acceptance. Internal health locus of control affected it positively. Two homogeneous subgroups were separated.

Assessment of the disease in terms of an obstacle/loss, internal health locus of control and treatment of health in terms of a chance allow to predict the level of psoriasis acceptance. **Conclusions:** People's beliefs relating to their own illness and their belief in having (or not) an influence on their own health are associated with the level of accepting the disease. In other words, beliefs about a disease correlate with adaptation to it.

**Key words:** acceptance of disease, psoriasis, psychodermatology, chronic somatic disease, perception of the disease, health locus of control

## WPROWADZENIE

Rozpoznanie choroby przewlekłej często oznacza dla pacjenta zmianę dotychczasowych przyzwyczajzeń, warunków życia i postrzegania siebie oraz stawia przed nim wymóg dopasowania się do nowej sytuacji<sup>(1,2)</sup>. Zgodnie z popularnym transakcyjnym ujęciem stresu<sup>(2)</sup> procesy poznawcze mogą się przyczyniać do postrzegania choroby jako źródła stresu. Chory somatycznie tworzy poznawczą reprezentację schorzenia, która odzwierciedla jego położenie życiowe i decyduje o adaptacji<sup>(2-5)</sup>. Taka reprezentacja to rezultat procesów poznawczych polegających na przetwarzaniu i kodowaniu wszelkich informacji związanych z chorobą. Obraz ten jest z upływem czasu poszerzany, co jednak nie musi być równoznaczne z posiadaniem rzetelnych informacji o schorzeniu. Wyobrażenia o chorobach są zwykle fragmentaryczne, nietrafne, mało podatne na zmiany. Pacjent ma zazwyczaj niewystarczającą wiedzę o własnym schorzeniu, co prowadzi do poszukiwania dalszych informacji – te zaś, ze względu na sztywną strukturę schematu poznawczego, są odbierane selektywnie. Dopływ nowych danych jest na ogół modyfikowany przez wcześniej ukształtowane schematy odnoszące się do zdrowia/choroby<sup>(5-8)</sup>. Często zdarza się więc, że nie choroba sama w sobie jest problemem, lecz sposób, w jaki pacjent ją postrzega, a co za tym idzie – brak akceptacji. Znaczenie, jakie człowiek nadaje chorobie, i sposób, w jaki o niej myśli, mogą zatem decydować o tym, jak będzie się z nią zmagał i jakie strategie zaradcze wybierze. Adaptacja do choroby przewlekłej okazuje się więc złożonym procesem, zależnym od wielu czynników.

Jednym z ważniejszych wyznaczników procesu adaptacji do choroby jest jej akceptacja, czyli swoista zgoda na zmiany w życiu. W stanach chronicznych, nawracających i nieuleczalnych brak akceptacji ograniczeń prowadzi wcześniej czy później do wyczerpania i bezradności, co niekiedy skutkuje rozwojem zaburzeń psychicznych<sup>(9)</sup>. Wśród osób przewlekle chorych zaburzenia takie występują znacznie częściej niż w populacji ludzi zdrowych<sup>(10-12)</sup>. W przypadku pacjentów z dermatozami – zarówno dorosłych, jak i dzieci – zaburzenia psychiczne dotyczą 30–60% chorych<sup>(13-18)</sup>. Prezentowane badania dotyczą osób cierpiących na łuszczycę zwykłą, czyli jedną z najczęstszych chorób skóry. Ma ona złożoną etiologię i przewlekły, nawrotowy przebieg. Charakteryzuje się zwiększoną proliferacją naskórka i złuszczeniami się wykwitami grudkowymi na jego

## INTRODUCTION

Diagnosis of a chronic disease is often tantamount to a change of the patients' habits, living conditions and self-perception and makes him/her face the requirement to adapt to a new situation<sup>(1,2)</sup>.

Pursuant to the popular transactional presentation of stress<sup>(2)</sup> the cognitive processes may contribute to perceiving the disease as a source of stress. The somatic patient creates a cognitive representation of the disease, which reflects his life situation and determines his adaptation<sup>(2-5)</sup>. Such representation is a result of cognitive processes consisting in processing and coding of various information related to the disease. This image is gradually extended, which, however, not necessarily is tantamount to having reliable information about the disease. The ideas about diseases are usually fragmentary, inaccurate and poorly susceptible to changes. The patient usually has insufficient knowledge about his disease, which results in seeking further information which – because of a rigid structure of cognitive schema – is perceived selectively. The inflow of new data is usually modified by earlier developed schemata related to health/disease<sup>(5-8)</sup>. Therefore, it often happens that it is not the disease that is a problem but the way the patient perceives it, and consequently – the lack of acceptance. So the meaning that the patient imparts to the disease and the way he/she thinks about it may influence his battling against it and his choice of coping strategies. Thus, adaptation to a chronic disease appears to be a complex process which depends on many factors. One of the important determinants of the process of adaptation to a disease is its acceptance, i.e. a specific consent to changes in one's life. In chronic, recurrent and incurable conditions the lack of acceptance of limitations sooner or later leads to exhaustion and helplessness, which sometimes results in the development of mental disorders<sup>(9)</sup>. Among chronically ill patients the incidence of such disorders is much higher than in healthy population<sup>(10-12)</sup>. In the case of patients with dermatoses – both adults and children – mental disorders refer to 30–60% of the patients<sup>(13-18)</sup>.

The presented studies refer to patients with psoriasis vulgaris, i.e. one of the most prevalent skin diseases. It is characterized by a complex aetiology and chronic, recurrent course as well as enhanced proliferation of epidermis and desquamating papular eruptions on its surface.

powierzchni. Istnieje duża różnorodność obrazu morfologicznego i nasilenia zmian: od nielicznych ognisk, ograniczonych do szczególnych okolic, aż do postaci ciężkich – zajmujących całą skórę i stawy, a nawet prowadzących do inwalidztwa<sup>(19–21)</sup>.

W literaturze znaleźć można dużą liczbę opracowań na temat negatywnych psychospołecznych konsekwencji tego schorzenia<sup>(22–31)</sup>. Łuszczycy najczęściej towarzyszą zaburzenia nastroju: rozpowszechnienie depresji szacuje się na około 57%, a 5% pacjentów podejmuje próbę samobójczą<sup>(27)</sup>. Wykazano również, że zaburzenia psychiczne (w szczególności depresja i zaburzenia lękowe) występują u osób z łuszczycą cztery razy częściej niż u ludzi z innymi schorzeniami skórnyimi<sup>(28)</sup>. Wczesny początek choroby jest uważany za czynnik aktywujący dysfunkcjonalne i depresyjne elementy schematu poznawczego chorego, a tym samym może warunkować wystąpienie depresji. Co więcej, zarówno w łuszczycy, jak i w depresji obserwuje się patologiczną pozapalną gotowość układu immunologicznego<sup>(27)</sup>.

## CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest określenie zależności między sposobami oceny własnej choroby i przekonaniem o posiadaniu wpływu na własne zdrowie a akceptacją ograniczeń wynikających z choroby. W badaniach uwzględniono także subiektywną ocenę nasilenia zmian łuszczycowych – poprzez analizę jej korelacji z akceptacją choroby.

## MATERIAŁ I METODY

W badaniach zastosowano:

1. Skalę Akceptacji Choroby – AIS (*Acceptance of Illness Scale*; Felton, Revenson i Hinrichsen, adaptacja Juczyńskiego), służącą do badania stopnia akceptacji choroby. Zawiera ona osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. Badany określa swój obecny stan w pięciostopniowej skali: od 1 – „zdecydowanie się zgadzam” do 5 – „zdecydowanie się nie zgadzam”. Wynik oblicza się przez zsumowanie wszystkich punktów. Ogólny zakres stopnia akceptacji choroby mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów. Niski rezultat oznacza brak akceptacji i przystosowania oraz wysokie poczucie dyskomfortu psychicznego, z kolei wysoki wskazuje na akceptację choroby i brak negatywnych emocji z nią związanych. Rzetelność polskiej wersji testu jest zbliżona do rzetelności wersji oryginalnej:  $\alpha$  Cronbacha wynosi dla niej 0,82, a wskaźnik stałości test–retest na przestrzeni siedmiu miesięcy – 0,69<sup>(32)</sup>.
2. Skalę Oceny Własnej Choroby (SOWC) Janowskiego i Steuden, będącą kwestionariuszową metodą do

There is a high diversity of morphological image and enhanced changes: from scarce foci limited to specific areas to severe forms affecting the entire skin and joints, or even leading to disability<sup>(19–21)</sup>.

Literature contains many studies on negative psychosocial consequences of this disease<sup>(22–31)</sup>. Psoriasis is usually concomitant with mood disorders: the prevalence of depression is estimated to reach approx. 57%, and 5% of patients undertake suicidal attempts<sup>(27)</sup>. Furthermore, it was demonstrated that the incidence of mental disorders (especially depression and anxiety disorders) is four times higher in people with psoriasis than in patients with other skin diseases<sup>(28)</sup>. An early onset of the disease is considered to be the factor which activates dysfunctional and depressive elements of the patient's cognitive schema, thereby it may affect the development of depression. Moreover, both in psoriasis and in depression a pathological post-inflammatory readiness of immunological system is observed<sup>(27)</sup>.

## AIM OF THE STUDY

The objective of the presented study is to determine the correlation between the ways of assessment of one's disease and belief about having an influence on one's health and acceptance of limitations resulting from the disease. The studies involved also a subjective assessment of the severity of psoriatic changes – through analysis of its correlation with acceptance of the disease.

## MATERIAL AND METHODS

The following instruments were applied in the study:

1. Acceptance of Illness Scale – AIS (Felton, Revenson and Hinrichsen, adapted by Juczyński), assessing the degree of illness acceptance. It consists of eight statements describing negative consequences of a poor health condition, which are reduced to recognition of limitations imposed by the illness, lack of self-efficacy, sense of dependence on other people, and decreased self-esteem. The respondent determines his/her present condition on a five-degree scale: from 1 – “I definitely agree” to 5 – “I definitely disagree.” The result is calculated by summing up all scores. The total degree of illness acceptance ranges from 8 to 40 scores. A low result means the lack of acceptance and adaptation and a high sense of psychological discomfort, while a high result denotes illness acceptance and lack of negative emotions related to it. The reliability of the Polish version of the test approximates the reliability of its original version:  $\alpha$  Cronbach amounts to 0.82, whereas the test-retest stability coefficient over seven months – 0.69<sup>(32)</sup>.
2. The Disease-Related Appraisals Scale (SOWC) by Janowski and Steuden, which is a questionnaire method to study subjective meanings which the patient imparts to his/her disease. A theoretical basis for creating

badania subiektywnych znaczeń, które pacjent nada-  
je własnej chorobie. Teoretyczną podstawą do stwo-  
rzenia narzędzia była koncepcja oceny pierwotnej  
sytuacji w relacji stresowej Lazarusa i Folkman, po-  
szerzona przez autorów o ujęcie percepcji choroby Li-  
powskiego<sup>(33)</sup>. Skala zawiera 47 stwierdzeń, tworzących  
siedem podskal. Podskale te wyrażają różne kategorie  
znaczeniowe, w jakich chorzy mogą postrzegać wła-  
sną chorobę: Zagrożenie, Korzyść, Przeszkoda/stra-  
ta, Wyzwanie, Krzywda, Wartość, Znaczenie. Chory  
ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń na pięcio-  
stopniowej skali („tak” – 5 punktów, „raczej tak” – 4,  
„nie wiem” – 3, „raczej nie” – 2, „nie” – 1). Wyniki su-  
rowe oblicza się przez sumowanie punktów dla każdej  
skali. Wartości współczynników rzetelności ( $\alpha$  Cron-  
bacha) dla poszczególnych podskal wynoszą od 0,64  
do 0,87<sup>(33,34)</sup>.

3. Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC (*Multidimensional Health Locus of Control Scale*; Wallston, Wallston, DeVellis, adaptacja Juczyńskiego). Zawiera ona 18 stwierdzeń i służy do pomiaru przekonań dotyczących zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wymiar wewnętrzny – „kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie”; wpływ innych – „wpływ na zdrowie mają oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego”; przypadek – „mój stan zdrowia zależy od przypadku i innych czynników zewnętrznych”. Badany ustosunkowuje się do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali: od „zdecydowanie się nie zgadzam” (1 punkt) do „zdecydowanie się zgadzam” (6 punktów). Wyniki oblicza się przez zsumowanie punktów oddzielnie dla każdej z trzech skal. W każdej z nich można uzyskać od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie o wpływie danego czynnika na stan zdrowia<sup>(32)</sup>.
4. Skalę Subiektywnej Oceny Nasilenia Łuszczycy (*Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index, SAPASI*) – narzędzie do pomiaru oceny nasilenia zmian łuszczycowych na skórze subiektywnie odczuwanego przez pacjenta. W skład narzędzia wchodzi rysunek przedstawiający przód i tył sylwetki człowieka, na którym pacjent wskazuje obszary ciała aktualnie dotknięte chorobą. Wynik uzyskuje się na podstawie liczby obszarów ciała zaznaczonych przez pacjenta. SAPASI zawiera również trzy wizualne analogowe skale, na których pacjent szacuje kolor, grubość i stopień łuszczenia się zmian – w pięciostopniowej skali. Minimalnie uzyskać można 0 punktów, maksymalnie – 72<sup>(35,36)</sup>.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą programu SPSS 20. W celu określenia istotnych różnic między zmiennymi zastosowano test t-Studenta, a do ustalenia współzależności między nimi – współczynniki korelacji Pearsona. Aby wyodrębnić podgrupy homogeniczne ze względu na przekonania odnośnie do choroby i kontroli zdrowia, wykorzystano analizę skupień metodą k-średnich.

this tool was the concept of appraisal of the primary situation within stressful encounters acc. to Lazarus and Folkman, as extended by the authors with Lipowski's disease perception<sup>(33)</sup>. The scale contains 47 statements forming seven subscales. These subscales express various meaning categories in which the patients may perceive their own disease: Threat, Benefit, Obstacle/loss, Challenge, Harm, Value, Meaning. The patient takes a stance on the statements presented on the five-degree scale (“yes” – 5 scores, “mostly yes” – 4, “I don't know” – 3, “mostly no” – 2, “no” – 1). Preliminary results are calculated by summing up the scores for each scale. The values of Cronbach's  $\alpha$  reliability coefficients for individual subscales amount from 0.64 to 0.87<sup>(33,34)</sup>.

3. The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC (Wallston, Wallston, DeVellis, adapted by Juczyński). It consists of 18 statements on beliefs concerning generalized expectations in three dimensions of health locus of control: internal dimension – “the control of my health depends on me;” influence of others – “my health is influenced by other people, especially medical staff;” chance – “my health condition depends on a chance and other external factors.” The patient takes a stance on the presented statements on a six-degree scale: from “I definitely disagree” (1 score) to “I definitely agree” (6 scores). The results are calculated by summing up the scores separately for each of the three scales. From 6 to 36 scores may be obtained on each of them. The higher the result, the stronger the belief about the influence of a given factor on the health condition<sup>(32)</sup>.
4. The Self-Administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI) – a tool to measure assessment of the severity of psoriatic changes on the skin subjectively felt by the patient. The tool consists of a drawing presenting the front and the back of the human figure on which the patient shows the body areas presently affected by the disease. The result is obtained according to the number of body areas marked by the patient. SAPASI contains also three visual analogue scales on which the patient estimates the colour, thickness and degree of desquamating changes – on a five-degree scale. Minimally – 0 scores may be obtained, maximally – 72<sup>(35,36)</sup>.

Analysis of results was carried out using the SPSS 20 programme. To determine significant differences between variables the Student's t-test was used, whereas the correlations between them were measured with the Pearson's correlation coefficients. To isolate the homogeneous subgroups in terms of the beliefs related to the disease and health control, the cluster analysis with the k-means analysis was used. Life quality predictors were determined by the multiple regression analysis using stepwise regression. The study presents only those analyses which indicated statistically significant correlations.



Do wyznaczenia predyktorów jakości życia zastosowano analizę regresji wielokrotnej metodą krokową postępującą. W opracowaniu przedstawiono jedynie te analizy, które wykazały statystycznie istotne zależności.

Badaniami objęto grupę chorych na łuszczycę zwykłą leczonych w Klinice Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi oraz NZOZ „Medicus” w Rykach. W badaniu wzięły udział osoby leczone tylko metodami standardowymi (wykluczono pacjentów leczonych biologicznie). Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Łódzkiego (nr KBBN-UŁ/I/10/2012). Uczestnicy zostali poinformowani o celu, przedmiocie i przebiegu badania i wyrazili na nie zgodę.

Przebadano 61 chorych (39 kobiet i 22 mężczyzn) w wieku od 18 do 82 lat ( $M = 47$ ;  $SD = 6,21$ ). U 55 osób (tj. 90,2%) zmiany chorobowe występowały na odkrytych częściach ciała, a 29 uczestników (47,5%) deklarowało rodzinne występowanie łuszczycy.

## WYNIKI

W pierwszym etapie opracowania wyników ustalono, że plec i występowanie łuszczycy u członków rodziny nie różnicują badanych pod względem poziomu akceptacji choroby. Następnie sprawdzono, które z badanych zmiennych współwystępują z tą akceptacją (tabela 1). Okazało się, że postrzeganie własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody i zakłócenia równowagi

Znaczenie choroby <i>Meaning of the disease</i>	Akceptacja choroby <i>Acceptance of the disease</i>
Zagrożenie <i>Threat</i>	<b>-0,412*</b>
Korzyść <i>Benefit</i>	-0,300
Wyzwanie <i>Challenge</i>	-0,257
Krzywdą <i>Harm</i>	<b>-0,415*</b>
Wartość <i>Value</i>	-0,080
Znaczenie <i>Meaning</i>	<b>-0,555**</b>
Przeszkoda/strata <i>Obstacle/loss</i>	<b>-0,614**</b>
Umiejscowienie kontroli zdrowia <i>Health locus of control</i>	
Wpływ innych <i>Influence of others</i>	0,047
Kontrola wewnętrzna <i>Internal locus of control</i>	<b>0,366**</b>
Przypadek <i>Chance</i>	<b>-0,273*</b>
Nasilenie zmian skórnych <i>Severe cutaneous changes</i>	<b>-0,273*</b>
* $p < 0,05$ .	
** $p < 0,01$ .	

Tabela 1. Zmienne współwystępujące z akceptacją choroby  
Table 1. Variables concomitant with the disease acceptance

The studies involved a group of patients with psoriasis vulgaris at the Clinic of Dermatology and Venereology, Medical University in Łódź, and NZOZ “Medicus” in Ryki. Participants of the study were treated only with standard methods (excluded were biologically treated patients). The Bioethics Committee of the University of Łódź gave its consent for the study (No. KBBN-UŁ/I/10/2012). The participants were informed about the objective, subject and course of the study and agreed to them.

Sixty one patients (39 women and 22 men) aged from 18 to 82 years ( $M = 47$ ;  $SD = 6,21$ ) were examined. In 55 participants (i.e. 90.2%) pathological changes occurred on uncovered parts of the body, and 29 participants (47.5%) declared familial prevalence of psoriasis.

## RESULTS

In the first stage of analysis of the results it was established that sex and occurrence of psoriasis in family members did not differentiate the patients in terms of the level of the disease acceptance. Subsequently, it was checked which of the tested variables were concomitant with that acceptance (table 1). It appeared that perceiving one's disease in terms of a threat, harm, obstacle and life imbalance was negatively correlated with acceptance, whereas the belief about the internal health locus of control correlated with it positively. Thus, the more the patients are sure that the control of their health depends on themselves (in other words: they have an influence on their own health and they can do something to improve it), the more they accept their disease.

On the other hand, treating one's health condition in terms of a chance negatively correlates with acceptance – similarly as subjective severity of psoriasis measured by the SAPASI scale. The higher the patients' assessment of the disease severity, the less they accept it. Most strongly correlated with the disease acceptance is its assessment in terms of an obstacle or loss; the other correlations exhibit a moderate strength.

Another stage of analyses was creation of homogeneous subgroups due to the presented beliefs about one's disease and health. Fig. 1 presents two isolated clusters. Participants of the first cluster ( $N = 20$ ) are characterized by higher results in assessment of all variables (only their belief about the influence of other people on their health is slightly lower).

As table 2 shows, the clusters differ statistically significantly within the majority of analysed variables. Participants of the first cluster much more frequently are convinced that it is a chance that determines their health, they more often perceive the disease in terms of a threat, harm, obstacle and an important event – but they also perceive more frequently a benefit and challenge in a disease.

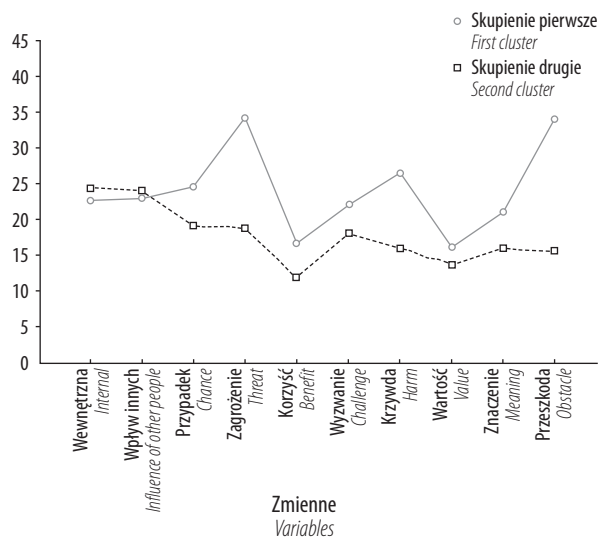
Once the subgroups of patients differing in the way of perceiving the disease and their own influence on health were isolated, it was checked if the level of psoriasis acceptance

życiowej negatywnie wiąże się z akceptacją, natomiast przekonanie o wewnętrznej kontroli zdrowia koreluje z nią dodatnio. A zatem im bardziej pacjenci są przekonani o tym, że kontrola nad ich zdrowiem zależy od nich samych (innymi słowy: mają wpływ na własne zdrowie, mogą coś zrobić w celu jego poprawy), tym bardziej akceptują chorobę. Z kolei traktowanie stanu zdrowia w kategoriach przypadku negatywnie koreluje z akceptacją – podobnie jak subiektywne nasilenie łuszczycy mierzone skalą SAPASI. Im wyżej badani oceniają natężenie choroby, tym mniej ją akceptują. Najsilniej z akceptacją choroby wiąże się jej ocena w kategoriach przeszkody bądź straty oraz znaczenia, pozostałe zależności mają siłę umiarkowaną.

Kolejnym etapem analizy było utworzenie podgrup homogenicznych ze względu na prezentowane przekonania na temat własnej choroby i zdrowia. Ryc. 1 przedstawia dwa wyodrębnione skupienia. Osoby z pierwszego skupienia ( $N = 20$ ) charakteryzują się wyższymi wynikami w ocenie wszystkich zmiennych (jedynie przekonanie o wpływie innych na zdrowie jest u nich nieznacznie słabsze).

Jak pokazuje tabela 2, skupienia różnią się statystycznie istotnie pod względem większości analizowanych zmiennych. Osoby z pierwszego skupienia znacznie częściej są przekonane, że to przypadek decyduje o ich zdrowiu, częściej postrzegają chorobę w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody i wydarzenia o dużym znaczeniu – ale też częściej widzą w chorobie korzyść i wyzwanie.

Po wyodrębnieniu podgrup pacjentów różniących się sposobem postrzegania choroby i własnego wpływu na zdrowie sprawdzono, czy poziom akceptacji łuszczycy i ocena



Rys. 1. Wyodrębnione skupienia  
Fig. 1. Isolated clusters

and assessment of the severity of cutaneous changes differentiated the isolated clusters (table 3). It appeared that those who belonged to the first cluster ( $N = 20$ ) were characterized by a lower acceptance of the disease and higher (subjectively evaluated) severity of cutaneous changes, as compared to the patients in the second cluster ( $N = 41$ ). The last stage of the analysis of results was establishing which of the tested variables were the determinants of the disease acceptance in the examined group, in other words – which of the variables allowed to predict such acceptance.

	Skupienie pierwsze First cluster $N = 20$		Skupienie drugie Second cluster $N = 41$		Test t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Kontrola wewnętrzna</b> Internal health locus of control	22,50	4,82	24,14	4,82	-1,15	0,252
<b>Wpływ innych</b> Influence of others	22,90	5,80	23,82	5,80	-0,56	0,445
<b>Przypadek</b> Chance	24,45	5,23	19,00	5,23	3,72	0,000
<b>Zagrożenie</b> Threat	33,85	6,61	18,75	6,61	9,17	0,000
<b>Korzyść</b> Benefit	16,65	3,74	11,87	3,74	3,62	0,000
<b>Wyzwanie</b> Challenge	22,00	5,01	17,97	5,01	2,99	0,003
<b>Krzywda</b> Harm	26,30	5,65	15,85	5,65	7,19	0,000
<b>Wartość</b> Value	16,15	6,22	13,68	6,22	1,56	0,122
<b>Znaczenie</b> Meaning	20,90	4,12	15,92	4,12	4,55	0,000
<b>Przeszkoda</b> Obstacle	33,80	5,36	15,51	5,36	13,35	0,000

Tabela 2. Porównanie wyodrębnionych skupień  
Table 2. Comparison of isolated clusters

	Skupienie pierwsze <i>First cluster</i> <i>N = 20</i>		Skupienie drugie <i>Second cluster</i> <i>N = 41</i>		Test t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Akceptacja choroby</b> <i>Acceptance of disease</i>	21,80	7,91	29,34	5,83	-4,20	0,000
<b>Nasilenie zmian skórnych</b> <i>Severity of cutaneous changes</i>	2,20	0,69	1,73	0,80	2,22	0,030

Tabela 3. Poziom akceptacji choroby i subiektywna ocena nasilenia zmian skórnych w wyodrębnionych skupieniach  
Table 3. Level of disease acceptance and subjective assessment of cutaneous changes severity in isolated clusters

nasilenia zmian skórnych różnicują wyodrębnione skupienia (tabela 3). Jak się okazało, osoby należące do pierwszego skupienia ( $N = 20$ ) cechują się mniejszą akceptacją schorzenia i większym (subiektywnie ocenianym) nasileniem zmian skórnych niż badani z drugiego skupienia ( $N = 41$ ). Ostatnim etapem analizy wyników stało się ustalenie, które z badanych zmiennych są wyznacznikami akceptacji choroby w badanej grupie, innymi słowy – które ze zmiennych pozwalają na przewidywanie tej akceptacji. Ze względu na małą liczebność grupy badawczej sprawdzono dwa modele regresji: pierwszy dla oceny choroby, drugi dla umiejscowienia kontroli zdrowia. Do równania włączono tylko zmienne istotnie korelujące ze zmienną wyjaśnianą (tabela 4). W pierwszym modelu okazało się, że jedynie ocena choroby w kategorii przeszkody/straty pozwala przewidywać poziom akceptacji łuszczycy: wyjaśnia ona niemal 25% zmienności wyników;  $p = 0,000$ ,  $F(1,59) = 20,640$ . W modelu drugim predyktorami były wewnętrzna kontrola zdrowia i przypadek, wyjaśniające zmiany w poziomie akceptacji choroby w 18%;  $p < 0,001$ ,  $F(2,58) = 7,8618$ .

## OMÓWIENIE

Akceptacja określa stopień przystosowania do własnego schorzenia. Osoby, które charakteryzują się wysokim

Because of too few participants in the research group, two models of regression were checked: the first for disease appraisal, the second for health locus of control. Included into the equation were only the variables significantly correlating with the dependant variable (table 4). In the first model it appeared that only the disease appraisal in terms of an obstacle/loss allows to predict the level of psoriasis acceptance: it accounts for almost 25% of the results variation;  $p = 0.000$ ,  $F(1.59) = 20.640$ . In the second model the predictors were: internal health locus of control and a chance, accounting for changes at the level of disease acceptance in 18%;  $p < 0.001$ ,  $F(2.58) = 7.8618$ .

## DISCUSSION

Acceptance defines the degree of adaptation to one's disease. People characterized by a high level of acceptance respond better to their disease, find it easier to recognize and understand its resultant limitations, therefore they experience fewer negative emotions connected with it. It has been proved that a higher level of the disease acceptance was associated with their more optimistic approach to life, lower psychological discomfort due to the ailments and the use of coping strategies supporting their health care<sup>(37-40)</sup>. In the case of psoriasis patients a higher

	B	SEB	Beta	Test t	Istotność Significance
<b>1. model</b> <i>1<sup>st</sup> model</i>					
Choroba jako przeszkoda/strata <i>Disease as obstacle/loss</i>	-0,379	0,083	-0,509	-4,543	0,000
Wartość stała <i>Constant value</i>	32,265	5,217		6,185	0,000
$R^2 = 0,246; F(1,59) = 20,640$					
<b>2. model</b> <i>2<sup>nd</sup> model</i>					
Kontrola wewnętrzna <i>Internal health locus of control</i>	0,528	0,165	0,372	3,195	0,002
Przypadek <i>Chance</i>	-0,353	0,146	-0,281	-2,415	0,018
Wartość stała <i>Constant value</i>					
$R^2 = 0,186; F(2,58) = 7,8618; p < 0,00095$					

Tabela 4. Wyniki analizy regresji – wyznaczniki akceptacji choroby

Table 4. Results of regression analysis – disease acceptance determinants

poziomem akceptacji, lepiej reagują na chorobę, łatwiej rozpoznają i rozumieją ograniczenia z niej wynikające, odczuwają w związku z jej obecnością mniej negatywnych emocji. Jak dowiedziono, wyższy poziom akceptacji schorzenia wiąże się z bardziej optymistycznym podejściem do życia, mniejszym dyskomfortem psychicznym z powodu dolegliwości i stosowaniem strategii radzenia sobie sprzyjających dbaniu o zdrowie<sup>(37-40)</sup>. W przypadku chorych na łuszczycę większa akceptacja koreluje z lepszą oceną jakości życia<sup>(9,40)</sup>. Udowodniono także, że pacjenci o wyższym poziomie akceptacji łuszczycy wykazują mniejsze nasilenie symptomów psychopatologicznych, takich jak zaburzenia somatyzacyjne i obsesyjno-kompulsyjne czy lęk<sup>(41)</sup>. Wysoki stopień akceptacji oznacza także rzadsze korzystanie z unikowych strategii radzenia sobie ze stresem, np. zaprzestania działań i obwiniania siebie<sup>(37)</sup>.

W prezentowanych badaniach akceptacja choroby nie wiązała się z płcią ani występowaniem łuszczycy w rodzinie, co znajduje odzwierciedlenie w innych pracach<sup>(33,35)</sup>.

Przekonanie o wewnętrznej kontroli własnego zdrowia było jedyną zmienną dodatnio związaną z akceptacją choroby. To o tyle zrozumiałe i ważne, że skóra łuszczycowa wymaga dużego zaangażowania pacjenta, m.in. smarowania zmian, co absorbuje i często ogranicza aktywność. W związku z tym przekonanie o posiadaniu wpływu na stan swojego zdrowia sprzyja zarówno stosowaniu się do zaleceń lekarza, jak i lepszemu przystosowaniu do choroby (oczywiście zależności te są dwukierunkowe). Z kolei przekonanie o tym, iż stan zdrowia zależy od przypadku, wiąże się z akceptacją ujemnie. W badaniach Zalewskiej i wsp.<sup>(38)</sup> zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, czyli przeświadczenie o tym, że to inni ludzie decydują o stanie zdrowia pacjenta, wiązało się z mniejszą akceptacją choroby. Jak wykazali Miniszewska i wsp.<sup>(42)</sup>, przekonanie o sprawczości innych ludzi bądź przypadku wiąże się z gorszą oceną jakości życia chorych na łuszczycę. Być może silna wiara w skuteczność działań personelu medycznego i otoczenia ma związek z silniejszą koncentracją na chorobie i większym rozczarowaniem w przypadku nawrotów, a przekonanie o nieistnieniu jakichkolwiek prawidłowości w kontroli własnego zdrowia przyczynia się do braku poczucia bezpieczeństwa.

Ocena własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia, krzywdy lub przeszkody/straty i nadawanie mu dużego znaczenia również negatywnie wiązała się z akceptacją, podobnie jak ocena nasilenia zmian jako bardzo rozległych.

W badanej grupie udało się wyodrębnić dwie podgrupy osób homogenicznych pod względem przekonań na temat swojego zdrowia i choroby. Jak się okazało, grupa charakteryzująca się mniejszą akceptacją łuszczycy to osoby silnie przeświadczone o tym, iż zdrowie jest dziełem przypadku i szczęśliwego zbiegu okoliczności. Osoby z tej grupy częściej postrzegają własną sytuację w kategoriach zagrożenia bądź ograniczenia, nadają jej istotnie większe znaczenie oraz, co ciekawe, częściej traktują ją

acceptance correlates with a better assessment of the quality of life<sup>(9,40)</sup>. It has been also proved that the patients with a higher level of psoriasis acceptance exhibited less severe psychopathological symptoms, such as somatization and obsessive-compulsive disorders or anxiety<sup>(41)</sup>. A high degree of acceptance is also tantamount to a lower use of avoidance strategies of coping with stress, e.g. ceasing activities and blaming oneself<sup>(37)</sup>.

In the presented research the disease acceptance was not associated with sex or family history of psoriasis, which is reflected in other studies<sup>(33,35)</sup>.

The belief about internal source of health control was the only variable positively correlated with the disease acceptance. This is clear and important because psoriatic skin requires the patient's considerable involvement, including applying ointments, which absorbs and often confines activity. Therefore, the belief about having an impact on one's own health supports both abiding by the physician's recommendations and a better adaptation to the disease (obviously these are bidirectional relations). On the other hand, the belief that the health condition depends on a chance is negatively correlated with acceptance. In the research carried out by Zalewska *et al.*<sup>(38)</sup> the external health locus of control, i.e. the belief that other people decide about the patient's health condition, was associated with a lower acceptance of the disease. As indicated by Miniszewska *et al.*<sup>(42)</sup>, the belief about other people's causality or chance is associated with a worse assessment of the quality of life of psoriasis patients. Perhaps a strong belief about the efficacy of medical personnel and other people is correlated with a stronger focus on the liver and higher disappointment in case of relapses, whereas the belief that there are no regularities in one's own health control contributes to the lack of the sense of safety.

Assessment of one's disease in terms of a threat, harm or obstacle/loss and imparting a considerable meaning to it was also negatively correlated with acceptance, similarly as assessment of the severity of changes as very extensive lesions.

In the examined group we managed to isolate two subgroups of homogeneous persons in terms of their beliefs about their health and disease. It appeared that the group characterized by a lower acceptance of psoriasis consists of people believing stronger that health is an act of a chance and lucky coincidence. People in this group more frequently perceive their own situation in terms of a threat or limitation, they invest it with a significantly higher meaning and, interestingly, more often treat it in terms of a benefit and a challenge. Associated with assessment of a situation in terms of a threat is fear, and specialist literature indicates that psoriasis patients are characterized by a high level of fear<sup>(14)</sup>.

We can also assume that perceiving one's condition as a challenge or difficulty excludes its acceptance. This is particularly disadvantageous considering that psoriasis is incurable, so the lack of acceptance is tantamount



w kategoriach korzyści i wyzwania. Z oceną sytuacji w kategoriach zagrożenia wiąże się lęk, a jak wskazuje się w literaturze przedmiotu, chorzy na łuszczycę cechują się wysokim poziomem lęku<sup>(14)</sup>.

Można także przyjąć, iż postrzeganie swojego stanu jako wyzwania, trudności do pokonania wyklucza jej zaakceptowanie. To o tyle niekorzystne, że łuszczycza jest nieuleczalna, więc brak akceptacji oznacza ciągłą, wiecznie przegraną walkę. W tej podgrupie ciekawe wydaje się traktowanie choroby w kategoriach korzyści i wtórnych zysków. Ten rodzaj oceny pozwala usprawiedliwiać się przed innymi i samym sobą, zaspokaja potrzebę zainteresowania ze strony otoczenia, umożliwia zwolnienie z obowiązków i odpowiedzialności<sup>(33,34)</sup>. Omawiana postawa prawdopodobnie wyklucza dobre przystosowanie do sytuacji zdrowotnej, gdyż musiałoby to skutkować rezygnacją z wtórnych profitów. Poziom (wskaźnik) akceptacji w badanej grupie można przewidzieć na podstawie trzech zmiennych: oceny schorzenia w kategoriach przeszkody/straty oraz wiary we wpływ innych ludzi bądź przypadku na stan zdrowia. Im te przekonania są silniejsze, tym mniejsza akceptacja choroby.

Wśród ograniczeń prezentowanych wyników wymienić należy przede wszystkim stosunkowo mało liczną grupę badawczą, co uniemożliwia generalizację uzyskanych wyników i przeprowadzenie bardziej złożonych analiz. Pożądane byłoby również zestawienie subiektywnej oceny nasilenia zmian łuszczycowych z oceną obiektywną, dokonywaną przez lekarza – w literaturze nie ma bowiem zgodności co do związku między nasileniem choroby a przystosowaniem do niej<sup>(22,43)</sup>. Warto też w przyszłych badaniach zwrócić uwagę na lokalizację zmian skórnych – najczęściej to właśnie ona ma związek z funkcjonowaniem w chorobie<sup>(24,25)</sup>. Co więcej, w kolejnych badaniach nad adaptacją do łuszczycy powinno się uwzględnić sposób leczenia i kontrolować choroby współwystępujące.

W przewlekłych schorzeniach somatycznych istotną rolę odgrywa ich akceptacja, pogodzenie się z nieodwracalnością sytuacji. Przeprowadzone badania sugerują zasadność sprawdzania – np. w pracy terapeutycznej lekarzy, psychologów – w jaki sposób pacjenci oceniają swoje położenie życiowe: czy choroba jest przeszkodą w osiąganiu ważnych celów i realizacji zadań (na co wskazywano już w literaturze podmiotu<sup>(40-42)</sup>), jak duże ma dla kogoś znaczenie i czy zagraża cenionym przez niego wartościom. Zasadne jest zweryfikowanie, na ile przekonania o niemożności realizowania wcześniejszych planów czy prowadzenia dotychczasowego trybu życia są racjonalne, z czego wynikają, jaka jest wiedza pacjenta o danej jednostce chorobowej i czy da się te przekonania zmienić. Warto przeanalizować, czy rzeczywiście tylko przypadek i „ślepy los” decydują o zdrowiu, czy też jakieś dowody wskazują na to, że sam chory jest zdolny modyfikować, choćby w minimalnym stopniu, swój stan fizyczny. Być może popełnia on błędy w interpretacji zaleceń lekarskich (np. wskazówek dietetycznych) albo niewłaściwie je rozumie.

to a continuous, constantly lost battle. In this subgroup, what seems interesting is that the disease is treated in terms of benefits and secondary profits. This type of assessment allows to find excuses for others and oneself, meets the need for interest from others, enables exemption from duties and responsibilities<sup>(33,34)</sup>. The attitude concerned probably excludes a good adaptation to health situation, because this would necessarily result in resignation from secondary profits.

The level (coefficient) of acceptance in the examined group may be predicted according to three variables: assessment of the disease in terms of an obstacle/loss and belief in the influence of other people or a chance on the health condition. The stronger such beliefs, the lower the disease acceptance.

Of the limitations of the presented results we should first of all mention a relatively small research group, which makes it impossible to generalize the obtained results and carry out more complex analyses. It would be also advisable to compare the subjective evaluation of psoriasis changes severity with the objective evaluation carried out by the physician – because in literature there is no conformity as to the correlation between the disease severity and adaptation to it<sup>(22,43)</sup>. In future studies we should also pay attention to cutaneous changes localization, as this usually is correlated with one's functioning during the disease<sup>(24,25)</sup>. Moreover, in further studies on adaptation to psoriasis we should take into account the treatment method and control concomitant diseases.

In chronic somatic diseases a significant role is played by their acceptance, resigning oneself to irreversibility of situation. The performed studies imply legitimacy of verifying – e.g. in therapeutic work of physicians and psychologists – how the patients evaluate their life position: is their disease an obstacle in achievement of important goals and accomplishment of their tasks (as specialist literature indicates<sup>(40-42)</sup>), how important it is for a person and whether or not it threatens the values he/she values. It is advisable to verify how far the beliefs about inability to accomplish earlier plans or conduct the hitherto style of life are rational, what they result from, what the patient's knowledge about a given nosologic unit is and if these beliefs can be changed. It is worth to analyse if it is really a pure coincidence or “blind chance” that determines one's health, or if some evidence shows that the patient him/herself can modify, if only to a minimum extent, his/her physical condition. Perhaps the patient erroneously interprets medical recommendations (e.g. dietary advice) or does not understand them.

We should herein refer to the guidelines to use cognitive-behavioural interventions in dealing with somatically ill people, as such procedures significantly improve adaptation to chronic conditions. The work with dermatologically ill patients among other consists of identifying and then modifying disadvantageous beliefs about the disease and the skin itself as well as the ability to control one's health<sup>(44-50)</sup>.

W tym miejscu należy się odnieść do wskazań do stosowania interwencji poznawczo-behawioralnych w pracy z osobami chorymi somatycznie, które to oddziaływania w istotny sposób poprawiają adaptację do stanów chronicznych. Praca z chorymi dermatologicznie to właśnie między innymi identyfikowanie, a następnie modyfikowanie niekorzystnych przekonań na temat schorzenia i samej skóry oraz możliwości kontrolowania własnego zdrowia<sup>(44–50)</sup>.

## WNIOSKI

1. Przekonania ludzi na temat własnej choroby – tj. znaczenie, jakie jej nadają, oraz przekonania na temat posiadanego (bądź nie) wpływu na stan swojego zdrowia somatycznego – wiążą się z poziomem akceptacji ograniczeń wynikających ze schorzenia. Innymi słowy, sposób, w jaki człowiek chory postrzega swój stan, decyduje o tym, czy przystosuje się do niego w sposób adaptacyjny, czy też nie.
2. Postrzeganie własnej choroby w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody i zakłócenia równowagi życiowej wiąże się negatywnie z jej akceptacją. Z kolei przekonanie o wewnętrznej kontroli zdrowia wiąże się z tą akceptacją dodatnio.
3. Im gorsza jest subiektywna ocena nasilenia choroby, tym mniej pacjenci ją akceptują.
4. Osoby mniej akceptujące swój stan charakteryzują się przekonaniem, że to przypadek decyduje o ich zdrowiu, częściej postrzegają chorobę w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody i wydarzenia o dużym znaczeniu, ale też widzą w chorowaniu korzyść i wyzwanie.
5. Ocena schorzenia w kategorii przeszkody/straty oraz przekonanie o posiadaniu wpływu na stan zdrowia i wpływie przypadku pozwalają przewidywać poziom akceptacji ograniczeń wynikających z choroby.

## PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Seikowski K.: *Haut und Psyche. Medizinisch-psychologische Problemfelder in der Dermatologie*. Westdeutscher Verlag, Opladen-Wiesbaden 1999.
2. Heszen I.: *Psychologia stresu*. PWN, Warszawa 2013.
3. Juczyński Z.: *Psychologia zdrowia*. W: Szewczuk W. (red.). *Encyklopedia psychologii*. Fundacja Innowacja, Warszawa 1998: 668–673.
4. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D.: *The common sense representation of illness danger*. W: Ranchman S. (red.): *Contributions to Medical Psychology*. Pergamon Press, Oxford 1980: 30–70.
5. Steuden S.: *Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby*. W: Oleś P., Steuden S., Toczydłowski J. (red.): *Jak świata mniej widzimy. Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002: 27–36.
6. Heszen I.: *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007.
7. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1983.

## CONCLUSIONS

1. People's beliefs about their disease – i.e. the meaning they impart to it and beliefs about the impact (if there is any) on one's somatic health – are associated with the level of acceptance of limitations resulting from the disease. In other words, the way in which the patient perceives his/her condition decides if he/she adjusts to it in an adaptative way or not.
  2. Perception of one's disease in terms of a threat, harm, obstacle and disturbed life balance is negatively correlated with its acceptance. Instead, the belief about internal health locus of control is positively correlated with this acceptance.
  3. The worse the subjective assessment of the disease severity, the lower the patients' acceptance of it.
  4. The patients with lower acceptance of their condition are characterised by the belief that it is a chance that determines their health; they more frequently perceive their disease in terms of a threat, harm, obstacle and important event, but they simultaneously perceive a benefit and challenge in being ill.
  5. Appraisal of a disease in terms of an obstacle/loss and belief about having an impact on the health condition and influence of a chance allow to predict the level of acceptance of limitations resulting from the disease.
- 
8. Gałuszka A.: *Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób przewlekle chorych*. W: Heszen-Niejodek I. (red.): *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000: 34–54.
  9. Miniszewska J., Wałęcka-Matya K., Zalewska A.: *Osobowościowe korelaty akceptacji choroby w łuszczycy i hemofilii*. W: Rzepa T., Szepietowski J., Zaba R. (red.): *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2011: 35–41.
  10. Wells K.B., Golding J.M., Burnam M.A.: *Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions*. *Am. J. Psychiatry* 1988; 145: 976–981.
  11. Iosifescu D.V., Nierenberg A.A., Alpert J.E. i wsp.: *Comorbid medical illness and relapse of major depressive disorder in the continuation phase of treatment*. *Psychosomatics* 2004; 45: 419–425.
  12. Dudek D., Siwek M.: *Współistnienie chorób somatycznych i depresji*. *Psychiatria* 2007; 4: 17–21.
  13. Gupta M.A.: *Psychosocial aspects of common skin disease*. *Can. Fam. Physician* 2002; 48: 660–662, 668–670.
  14. Gupta M.A., Gupta A.K.: *Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management*. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2003; 4: 833–842.
  15. Picardi A., Abeni D., Melchi C.F. i wsp.: *Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized*. *Br. J. Dermatol.* 2000; 143: 983–991.
  16. Picardi A., Amerio P., Baliva G. i wsp.: *Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients*. *Acta Derm. Venereol.* 2004; 84: 213–217.
  17. Gieler U., Kupfer J., Niemeier V., Brosiq B.: *Psyche and skin: what's new?* *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2003; 17: 128–130.

18. Steuden S., Janowski K.: Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne. *Przegl. Dermatol.* 2000; 3: 257–261.
19. Pacan P., Szepietowski J., Kiejna A.: Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy. *Przegl. Dermatol.* 2002; 5: 401–408.
20. Jabłońska S., Majewski S.: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. PZWL, Warszawa 2005.
21. Zalewska-Janowska A., Błaszczyk H.: Choroby skóry. PZWL, Warszawa 2009.
22. de Korte J., Sprangers M.A.G., Mombers F.M.C., Bos J.D.: Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc.* 2004; 9: 140–147.
23. Finlay A.Y.: Psoriasis from the patient's point of view. *Arch. Dermatol.* 2001; 137: 352–353.
24. Heydendael V.M., de Borgie C.A., Spuls P.I.: The burden of psoriasis is not determined by disease severity only. *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc.* 2004; 9: 131–135.
25. Vardy D., Besser A., Amir M. i wsp.: Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br. J. Dermatol.* 2002; 147: 736–742.
26. Gupta M.A., Gupta A.K.: A practical approach to the assessment of psychosocial and psychiatric comorbidity in the dermatology patient. *Clin. Dermatol.* 2013; 31: 57–61.
27. Cubała M.J., Jakuszkowiak-Wojten K., Barańska-Rybak W., Sokółowska-Wojdyło M.: Depresja w przebiegu łuszczycy: opis przypadku. *Psychiatria* 2006; 3: 138–142.
28. Zalewska A., Miniszewska J., Woźniacka A. i wsp.: Radzenie sobie z chorobą a jakość życia pacjentów z łuszczycą zwykłą. *Przegl. Dermatol.* 2003; 90: 267–272.
29. Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska A.: Psychodermatologia – nowe wyzwanie dla psychologii. *Nowiny Psychol.* 2004; 3: 21–30.
30. Miniszewska J.: Psychologiczne aspekty chorób skóry – psychodermatologia. W: Zasepa E. (red.): *Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i badaniach.* Wydawnictwo APS, Warszawa 2010: 230–244.
31. Janowski K.: Problematyka jakości życia w chorobach dermatologicznych. W: Steuden S., Okła W. (red.): *Jakość życia w chorobie.* Wydawnictwo KUL, Lublin 2006: 49–62.
32. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych*, Warszawa 2001.
33. Janowski K., Steuden S., Kuryłowicz J., Nieśpiałowska-Steuden M.: The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: Janowski K., Steuden S. (red.): *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease.* Vol. 1, CPPP Scientific Press, Lublin 2009: 108–125.
34. Janowski K.: Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy. *Wydawnictwo Polihymnia*, Lublin 2006.
35. Sampogna F., Sera F., Mazzotti E. i wsp.: Performance of the self-administered psoriasis area and severity index in evaluating clinical and sociodemographic subgroups of patients with psoriasis. *Arch. Dermatol.* 2003; 139: 353–358.
36. Sampogna F., Tabolli S., Abeni D. i wsp.: The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br. J. Dermatol.* 2007; 157: 508–513.
37. Basińska M.A., Kasprzak A.: Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegl. Dermatol.* 2012; 99: 692–700.
38. Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J.: Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2007; 21: 235–242.
39. Basińska M.A., Woźniakiewicz A.: Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegl. Dermatol.* 2012; 99: 202–209.
40. Basińska M.A., Drozdowska M.: Type A behavior in individuals with psoriasis as a determinant of acceptance of the illness. *Postęp. Derm. Alergol.* 2012; 29: 432–439.
41. Kostyla M., Tabala K., Kocur J.: Illness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients with psoriasis. *Postęp. Derm. Alergol.* 2013; 3: 134–139.
42. Miniszewska J., Juczyński Z., Ograczyk A., Zalewska A.: Health-related quality of life in psoriasis: important role of personal resources. *Acta Derm. Venereol.* 2013; 93: 551–556.
43. Parafianowicz J., Sicińska J., Moran A. i wsp.: Współwystępowanie zaburzeń psychicznych w łuszczycy: doniesienie wstępne. *Psychiatr. Pol.* 2010; 1: 119–126.
44. Chodkiewicz J., Miniszewska J.: Aktualne zastosowania i perspektywy rozwoju terapii poznawczo-behavioralnej. *Psychiatr. Pol.* 2006; 2: 279–290.
45. White C.: *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems. A Guide to Assessment and Treatment in Practice.* John Wiley and Sons, Chichester 2001.
46. Papadopoulos L., Bor R.: *Psychological Approaches to Dermatology.* The British Psychological Society, London 1999.
47. Shenefelt P.D.: Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: is it all in your mind? *Dermatol. Ther.* 2003; 16: 114–122.
48. Beelaert L.: *Cognitive Behaviour Therapy for Dermatology Patients. Abstracts of 10<sup>th</sup> International Congress on Dermatology and Psychiatry*, Brussels 2003; 2.
49. Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J.: Targeting cognitive-behavior therapy to patients' implicit model of psoriasis: results from a patient preference controlled trial. *Br. J. Clin. Psychol.* 2004; 43: 65–82.
50. Fortune D.G., Richards H.L., Kirby B. i wsp.: A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br. J. Dermatol.* 2002; 146: 458–465.