

ROLA STYGMATYZACJI ORAZ PRZEKONAŃ NA TEMAT WYGLĄDU W ROZWOJU DEPRESJI U CHORYCH NA ŁUSZCZYCĘ

Patryk Łakuta¹, Hanna Przybyła-Basista²

¹ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie
SWPS University of Social Sciences and Humanities in Warsaw

² Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach
Institute of Psychology, University of Silesia in Katowice

THE ROLE OF STIGMA AND SELF-EVALUATIVE SALIENCE OF APPEARANCE IN THE DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Summary. This study was undertaken to determine the role of stigma and self-evaluative salience of appearance in the development of depressive symptoms in patients with psoriasis, in the context of age at onset of the disease and perceived social support levels. The sample consisted of 193 psoriasis patients. The analyses revealed moderated mediation effects. The results indicated that only among patients with early-onset, beliefs about the importance of appearance and its salience to one's self-worth play a role as a mediator in the relationship between the presence of psoriatic lesions and depression. Consecutive analyses revealed that among individuals with low levels of social support, stigma operates as a mediator in the relationship between the presence of skin lesions and depressive symptoms. The theoretical and practical implications of these results for risk of developing depression in individuals with psoriasis were discussed.

Key words: depression, psoriasis, stigma, age of onset, social support

Wprowadzenie

Łuszczyca (*psoriasis*) to autoimmunologiczna, zapalna choroba skóry o przewlekłym charakterze, z tendencją do nawrotów. W przebiegu choroby zmiany skórne mogą występować na dowolnym obszarze ciała, w tym na twarzy oraz zewnętrznych narządach płciowych. Łuszczyca to jedna z najczęściej występujących chorób skóry, dotykająca w równym stopniu kobiet i mężczyzn (Parisi i in., 2013). Dane epidemiologiczne wskazują, że występowanie łuszczycy na świecie waha się od 0,91% (Stany Zjednoczone) do 8,50% (Norwegia). Choroba może ujawnić się w dowolnym wieku, obserwuje się jednak dwa szczyty zachorowania, pierwszy

Adres do korespondencji: Patryk Łakuta, e-mail, patryk.lakuta@gmail.com

przypadający na okres dojrzewania i wczesnej młodości, natomiast drugi na wiek dojrzały (Swanbeck i in., 1995; Parisi i in., 2013). Łuszczyca najczęściej nie jest chorobą zagrażającą życiu, jednak często staje się centralnym punktem życia chorego, w silnym stopniu determinując jego wybory w wielu sferach, takich jak: edukacja, praca zawodowa, relacje interpersonalne, a nawet kwestie dotyczące posiadania dzieci (Warren, Kleyn, Gulliver, 2011). Wielu chorych odczuwa chorobę jako dyskredytujące piętno, które separuje, przerywa więzi i stosunki z innymi. Ze względu na przewlekły, nawrotowy przebieg, częste występowanie zmian skórnych na odsłoniętych obszarach ciała, a także leczenie – długie i często nieprzynoszące oczekiwanych rezultatów, choroba wiąże się ze znacznym obciążeniem psychospołecznym, które w dłuższej perspektywie może prowadzić do wystąpienia skumulowanego efektu stresu, znacznie przekraczającego zdolności adaptacyjne jednostki (Kimball i in., 2010; Warren, Kleyn, Gulliver, 2011).

Problemy wynikające z choroby najwyraźniej uwidaczniają się w kontekście społecznym (Warren, Kleyn, Gulliver, 2011; Hrehorów i in., 2012; Bewley i in., 2013). Wiążące się z tą chorobą poczucie napiętnowania i wstydu stanowi często dodatkowe, silne obciążenie dla jednostki, mogące prowadzić do narastającego wycofania oraz pogorszenia stanu psychicznego. Ostatnie wielośrodkowe badanie przekrojowe, przeprowadzone w 13 krajach europejskich (w tym w Polsce), wykazało, że wśród chorych na łuszczycę blisko 14% spełnia kryteria klinicznej depresji (Dalgard i in., 2015). W tej grupie chorych odnotowano także podwyższone ryzyko występowania myśli samobójczych oraz zaburzeń lękowych. Wartości tych wskaźników niejednokrotnie przewyższały te, które uzyskano dla innych dermatoz, takich jak: atopowe zapalenie skóry, trądzik różowaty czy też wyprysk. Co więcej, występowanie myśli samobójczych było charakterystyczne jedynie dla pacjentów z łuszczycą.

Wyniki badań konsekwentnie wskazują na częste współwystępowanie depresji w przebiegu łuszczycy, jednakże samo nasilenie choroby wydaje się być niezwiązane z rozwojem depresji (Cohen, Martires, Ho, 2016). Powstaje zatem pytanie, jakie czynniki i w jakich warunkach wiążą się z rozwojem depresji u osób chorych na łuszczycę. Jednym z czynników pośredniczących między występowaniem zmian skórnych a depresją może być stygmatyzacja. Łuszczyca jest chorobą silnie stygmatyzującą (Donigan, Pascoe, Kimball, 2015), co może znacząco nasilać dystres wynikający z choroby oraz rzutować na poczucie własnej wartości, przyczyniając się do pogorszenia stanu psychicznego chorych (Warren, Kleyn, Gulliver, 2011; Hrehorów i in., 2012; Bewley i in., 2013). Poza tym, w procesie radzenia sobie z chorobą czynnikiem chroniącym, mogącym wspomagać procesy adaptacji i łagodzić negatywne doświadczenia wynikające ze stygmatyzacji, są pozytywne, pełne akceptacji relacje z rodziną, przyjaciółmi i innymi osobami bliskimi, konkretyzujące się w przekonaniach jednostki o dostępności wsparcia ze strony najbliższych. Mechanizmy wsparcia, pośrednicząc w radzeniu sobie ze stresem, poprzez poprawę oceny sytuacji i własnych zasobów, mogą silnie przeciwdziałać poczuciu odrzucenia i rozwojowi depresji. Analizując znaczenie i rolę wsparcia społecznego, warto jednak pamiętać, że skuteczność wsparcia jest w znacznej mierze uzależniona od jego percepcji przez beneficjenta. Subiektywne poczucie jednostki w zakresie dostępności wsparcia nie-

jednokrotnie jest więc lepszym wyznacznikiem dobrostanu i radzenia sobie ze stresem niż wsparcie otrzymywane (Łuszczynska, Cieślak, 2005; Vilchinsky i in., 2011; Heszen, 2013; Smoktunowicz, Cieślak, Zukowska, 2013). Otrzymywane wsparcie społeczne ze względu na złożony charakter, w tym problem adekwatności formy wsparcia w stosunku do potrzeb beneficjenta, nie zawsze pełni pozytywną funkcję. Z tych względów, przedstawione w niniejszym artykule badania koncentrują się na analizie spostrzeganego wsparcia społecznego.

Kolejnym czynnikiem mogącym pośredniczyć między nasileniem zmian skórnych a depresją są przekonania dotyczące wyglądu, mogące wyznaczać stosunek do własnego ciała oraz sposób budowania własnej samooceny. Dezadaptacyjne przekonania odnoszące się do znaczenia wyglądu w życiu jednostki, w tym jego roli w budowaniu poczucia własnej wartości, mogą wpływać na negatywny obraz siebie, rozwój negatywnych stanów emocjonalnych oraz pojawianie się zachowań autodestrukcyjnych (Cash, Melnyk, Hrabosky, 2004; Cash, Smolak, 2011), przy czym występowanie tego typu przekonań u osób o widocznych zmianach skórnych może wywierać spotęgowany efekt (por. Rumsey, Harcourt, 2004). Przekonania, uczestnicząc w mechanizmach regulacji, mogą wyznaczać efektywność radzenia sobie z chorobą – obecność dysfunkcyjnych przekonań dotyczących wyglądu może nasilać dystres wynikający ze zmian skórnych, prowadząc do obniżenia nastroju a w konsekwencji do rozwoju depresji. Dodatkowo, w kontekście łuszczycy, warto zwrócić uwagę, jak ważną rolę w procesie kształtowania tych przekonań może mieć pojawienie się choroby w bardzo młodym wieku. Wczesne wystąpienie łuszczycy może silnie determinować rozwój młodego człowieka, nie tylko w obszarach takich jak edukacja, ale również w sferze relacji społecznych, obrazu siebie czy przekonań (por. Warren, Kleyn, Gulliver, 2011). U osób, u których łuszczyca wystąpiła przed osiągnięciem dojrzałości, obecne już od najmłodszych lat negatywne doświadczenia związane z chorobą, zwłaszcza doświadczenia stygmatyzacji i odrzucenia z powodu widocznej choroby skóry, mogą silnie wpływać na kształtowanie i podtrzymywanie przekonań odnośnie do wyglądu jako czynnika mającego warunkować wartość człowieka. Zwłaszcza u osób, u których wystąpienie łuszczycy nastąpiło jeszcze przed osiągnięciem dojrzałości, przekonania dotyczące wyglądu mogą zatem istotnie pośredniczyć między nasileniem zmian skórnych a rozwojem depresji.

Cel badań

W badaniach podjęto próbę odpowiedzi na podstawowe pytanie, jakie czynniki i w jakich warunkach wiążą się z występowaniem depresji u chorych na łuszczycę. Niniejszy projekt badawczy koncentrował się na realizacji dwóch celów. Po pierwsze, celem badań było określenie, czy w zależności od wieku zachorowania na łuszczycę przekonania na temat wyglądu pełnią rolę pośredniczącą między występowaniem zmian skórnych a depresją. Postawiono hipotezę, że zwłaszcza u osób, które zachorowały w bardzo młodym wieku (< 18 r.ż.), przekonania dotyczące wyglądu będą istotnie pośredniczyć między nasileniem zmian skórnych a występowaniem objawów depresji. Po drugie, celem było określenie, czy w zależności od poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego stygmatyzacja związana z chorobą skóry

pośredniczy między nasileniem zmian skórnych a objawami depresji. Postawiono hipotezę, że zwłaszcza u osób o niskim poziomie spostrzeganego wsparcia społecznego, większe nasilenie zmian łuszczykowych będzie związane z większym poczuciem stygmatyzacji, co z kolei będzie wiązać się z większym nasileniem depresji. Podsumowując, celem badania było wykazanie dwóch mechanizmów moderowanej mediacji. Analizy zmierzały w kierunku weryfikacji, czy w zależności od wieku zachorowania na łuszczykę przekonania na temat wyglądu mediują relację między nasileniem zmian skórnych a depresją. Po drugie, weryfikowano, czy w zależności od poziomu spostrzeganego wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i innych osób bliskich, stygmatyzacja jest mediatorem relacji między nasileniem zmian skórnych a nasileniem objawów depresji.

Metoda

Charakterystyka osób badanych i przebieg badania

Przebadano łącznie 193 chorych na łuszczykę, w tym 132 kobiety (68,4%) oraz 61 mężczyzn (31,6%). Średnia wieku chorych wynosiła 36,4 lat ($\pm 12,1$), najmłodszy z badanych miał 20 lat, zaś najstarszy 67 lat (por. tabela 1). Przeciętny raportowany wiek zachorowania wynosił 19,6 lat, a najczęściej podawany wiek zachorowania to 16 r.ż., przy czym 95 badanych (49,2%) zachorowało na łuszczykę przed 18 r.ż., z czego 53,7% zachorowało już przed 13 r.ż. Wśród osób, które zachorowały w późniejszym wieku (≥ 18 r.ż.) znalazło się 98 badanych (50,8%).

Udział badanych miał charakter dobrowolny i anonimowy. Badanie prowadzono w Klinice Dermatologii, Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Do badania rekrutowano chorych będących w trakcie hospitalizacji oraz leczonych ambulatoryjnie. Dodatkowo, badanie prowadzono drogą internetową. Chorych rekrutowano we współpracy z 9 stowarzyszeniami osób chorych na łuszczykę w Polsce. Badanie przeprowadzane na platformie internetowej niczym nie odbiegało od tego przeprowadzanego w formie papier-ołówek. Badanie było przeprowadzone jednorazowo i polegało na wypełnieniu baterii kwestionariuszy o charakterze samoopisowym. Warto podkreślić, że coraz częściej zwraca się uwagę, że zbieranie danych z wykorzystaniem Internetu pozwala na uzyskanie równie wiarygodnych danych, jak w formie tradycyjnej, ponadto forma ta może sprzyjać uzyskiwaniu danych mniej obciążonych potrzebą aprobaty społecznej (Rhodes i in., 2002; Joinson i in., 2007; Weigold, Weigold, Russell, 2013). Dane zbierano od listopada 2014 roku do końca lutego 2015 roku. Badaniem objęto 202 chorych na łuszczykę. Wśród ankiet uzyskanych w badaniu 175 pochodziło z badania prowadzonego drogą internetową, natomiast 27 ankiet uzyskano metodą tradycyjną. Ankiety pochodzące od 9 osób badanych ze względu na istotne braki danych zostały wyłączone z dalszych analiz.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej z wyróżnieniem grup pod względem wieku zachorowania oraz poziomu wsparcia społecznego

	Cała grupa (<i>N</i> = 193)	Wiek zachorowania		Wsparcie społeczne	
		< 18 r.ż. (<i>n</i> = 95)	≥ 18 r.ż. (<i>n</i> = 98)	niskie (<i>n</i> = 50)	wysokie (<i>n</i> = 67)
Płeć, <i>n</i> (%)					
kobieta	132 (68,4)	70 (73,7)	62 (63,3)	30 (60,0)	48 (71,6)
mężczyzna	61 (31,6)	25 (26,3)	36 (36,7)	20 (40,0)	19 (28,4)
Wiek (lata), <i>M</i> ± <i>SD</i>	36,4 ± 12,1	32,4 ± 10,9	40,2 ± 12,1	37,8 ± 11,2	36,2 ± 11,9
Stan cywilny, <i>n</i> (%)					
panna/kawaler	62 (32,1)	35 (36,8)	27 (27,6)	18 (36,0)	14 (20,9)
małżeństwo/kohabitacja	104 (53,9)	51 (53,7)	53 (54,1)	22 (44,0)	42 (62,7)
rozwódka/rozwodnik	21 (10,9)	9 (9,5)	12 (12,2)	10 (20,0)	8 (11,9)
wdowa/wdowiec	6 (3,1)	–	6 (6,1)	–	3 (4,5)
Wykształcenie, <i>n</i> (%)					
podstawowe	2 (1,0)	2 (2,1)	–	1 (2,0)	–
zawodowe	21 (11,0)	9 (9,5)	12 (12,2)	6 (12,0)	6 (8,9)
średnie	85 (44,0)	43 (45,3)	42 (42,9)	25 (50,0)	31 (46,3)
wyższe	85 (44,0)	41 (43,2)	44 (44,9)	18 (36,0)	30 (44,8)
Status zawodowy, <i>n</i> (%)					
pracownik	129 (66,8)	63 (66,3)	67 (68,4)	39 (78,0)	46 (68,7)
bezrobotny	19 (9,8)	9 (9,5)	9 (9,2)	5 (10,0)	6 (9,0)
student	24 (12,4)	17 (17,9)	6 (6,1)	3 (6,0)	8 (11,9)
emeryt/rencista	21 (10,9)	6 (6,3)	16 (16,3)	3 (6,0)	7 (10,4)
Nasilenie łuszczycy, <i>M</i> ± <i>SD</i>	21,2 (19,2)	21,9 ± 17,2	20,6 ± 21,1	19,7 ± 19,0	21,3 ± 19,2
Wiek zachorowania (lata), <i>M</i> ± <i>SD</i>	19,6 ± 10,6	11,2 ± 4,3	27,7 ± 8,3	19,4 ± 10,7	20,3 ± 11,3
Długość choroby (lata), <i>M</i> ± <i>SD</i>	16,8 ± 11,9	21,2 ± 12,1	12,5 ± 10,0	18,3 ± 13,0	16,0 ± 10,5

Narzędzia pomiaru

Podstawowe dane na temat osób badanych i przebiegu choroby zebrano za pomocą ankiety osobowej. Do oceny tego, jaki procent powierzchni ciała chorego zajmowany jest przez zmiany łuszczykowe wykorzystano wskaźnik BSA (ang. *Body Surface Area*; Szepietowski i in., 2012). Podobnie jak w innych badaniach z użyciem tego narzędzia (por. Dubertret i in., 2006; Schmitt, Ford, 2007), chorzy przyjmując, że dłoń stanowi w przybliżeniu 1% powierzchni całej ich skóry, dokonywali oszacowania tego, w jakim stopniu ich ciało pokryte jest zmianami skórnymi. Ocenie podlegały poszczególne okolice ciała, zgodnie ze standardową procedurą stosowania tego narzędzia (por. Szepietowski i in., 2012). W badaniu ponadto wykorzystano Skalę Stygmatyzacji, Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego, Kwestionariusz Przekonań na temat Wyglądu oraz Inwentarz Depresji Becka. Zgodnie z zaleceniami dla badań internetowych, w dbałości o rzetelność uzyskiwanych wyników, dla każdego kwestionariusza wykorzystanego w tym badaniu szacowano wartość zgodności wewnętrznej na podstawie współczynnika *alfa* Cronbacha (por. Joinson i in., 2007; Weigold, Weigold, Russell, 2013).

Skala Stygmatyzacji (Lu i in., 2003; Hrehorów i in., 2006) składa się z 6 pozycji, ocenianych na 4-stopniowej skali, służących do oceny stopnia nasilenia stygmatyzacji społecznej u osób z chorobami skóry. Wynik całkowity zawiera się w przedziale od 0 do 18 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie stygmatyzacji, odrzucenia i upokorzenia związane z chorobą skóry. W przeprowadzonym badaniu otrzymana wartość współczynnika zgodności wewnętrznej to 0,88.

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego to narzędzie do oceny spostrzeganego wsparcia społecznego, składające się z 12 pozycji (Zimet i in., 1988; Buszman, Przybyła-Basista, 2015). Pozycje, oceniane na 7-stopniowej skali, tworzą trzy podskale do badania wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i innej osoby bliskiej. Suma wszystkich pozycji jest wskaźnikiem ogólnej satysfakcji ze wsparcia społecznego. W badaniu zgodność wewnętrzna zarówno dla podskal, jak i całego narzędzia była wysoka, wartość współczynnika *alfa* Cronbacha wahała się w granicach od 0,91 do 0,95.

Kwestionariusz Przekonań na temat Wyglądu (ang. *Appearance Schema Inventory-Revised* – ASI-R) składa się z 20 pozycji, ocenianych na 5-stopniowej skali, mierzących indywidualne przekonania dotyczące znaczenia i wpływu wyglądu na życie jednostki (Cash, Melnyk, Hrabosky, 2004; Wojtyna, 2014). Kwestionariusz składa się z dwóch podskal. Pierwsza podskala, zbudowana z 12 pozycji, służy do pomiaru przekonań jednostki na temat roli wyglądu w budowaniu poczucia własnej wartości (ang. *Self-Evaluative Salience* – SES). Wynik w tej podskali wskazuje na poziom nasilenia dysfunkcyjnych przekonań na temat wyglądu. Druga podskala składa się z 8 pozycji i mierzy stopień zaangażowania w działania mające na celu poprawę i utrzymanie wyglądu, zgodnie z wewnętrznymi standardami dotyczącymi atrakcyjności (ang. *Motivational Salience* – MS). Wartość współczynnika *alfa* Cronbacha wynosiła 0,77 dla podskali MS, 0,83 dla podskali SES oraz 0,84 dla całego narzędzia.

Inwentarz Depresji Becka (Beck i in., 1961; Beck, Steer, Garbin, 1988) to często wykorzystywana w badaniach naukowych skala samooceny, pozwalająca w rzetelny i trafny sposób oszacować występowanie i poziom nasilenia objawów depresji. Inwentarz składa się z 21 pozycji, każda z pozycji zawiera cztery stopniowalne opisy nasilenia objawów depresji od 0 (objaw nie występuje) do 3 punktów (największe nasilenie objawu). Wskaźnik ogólny może przyjmować wartości od 0 do 63 punktów. Większej liczbie punktów odpowiada większe nasilenie depresji. W celu interpretacji wyników przyjmuje się następujące punkty odcięcia: 0-11 punktów – brak depresji, 12-26 punktów – epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, 27-49 punktów – epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, 50 i więcej punktów – epizod depresyjny o głębokim nasileniu (Parnowski, Jernajczyk, 1977). W aktualnym badaniu wartość współczynnika *alfa* Cronbacha wyniosła 0,92.

Analiza statystyczna

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica 10.0 (StatSoft, Inc.). Różnice między grupami weryfikowano testem *t*-Studenta dla prób niezależnych. Otrzymane wyniki raportowano wraz z oszacowaną wielkością efektu *d*-Cohena (1988). Stopień korelacji zmiennych ustalono na podstawie współczynnika korelacji *r*-Pearsona. Za pomocą dwugrupowej analizy mediacji sprawdzano ponadto, czy w zależności od wieku zachorowania na łuszczycę, przekonania na temat wyglądu mediują relację między występowaniem zmian skórnych a depresją. Sprawdzano także, czy w zależności od poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego związek między obecnością zmian skórnych a nasileniem depresji mediowany jest przez stygmatyzację. Warto przypomnieć, iż efekt mediowania w najprostszej postaci polega na tym, że w relacji pomiędzy zmiennymi X a Y pośredniczy zmienna M, w taki sposób, że X jest predyktorem M, a M jest predyktorem Y. Efekt moderowania natomiast, w najprostszej postaci zachodzi wówczas, gdy relacja między dwiema zmiennymi zmienia się w zależności od tego, jaką wartość przyjmuje inna zmienna, czyli moderator (np. X jest związane z Y, ale tylko przy niskim poziomie Z). Moderatory pozwalają zatem wyróżnić warunki, które decydują o wystąpieniu lub nie danej zależności (Baron, Kenny, 1986; Holmbeck, 1997). W celu sprawdzenia postawionych hipotez (dotyczących moderowanych mediacji) wykonano dwugrupowe analizy mediacji. Analizy mediacji przeprowadzano w trzech krokach zgodnie z podejściem zaproponowanym przez Barona i Kenny'ego (1986), dodatkowo uzupełniając je testem Sobela. Grupy wyróżniono pod względem wartości moderatora – wieku zachorowania na łuszczycę oraz poziomu wsparcia społecznego. W przypadku podziału pod względem wieku zachorowania wyróżniono 2 grupy: grupę osób, które zachorowały przed 18 r.ż. oraz grupę osób, które zachorowały po 18 r.ż. W przypadku podziału pod względem poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, podziału dokonano za pomocą odchylenia standardowego: dla wyników niskich jako przyjęte kryterium podziału – 0,5 odchylenia standardowego poniżej średniej, dla wyników wysokich 0,5 odchylenia standardowego powyżej średniej. Przyjęte kryterium pozwoliło na uzyskanie grup o wyraźnie niskim i wysokim poziomie spostrzeganego wspar-

cia społecznego, zachowując przy tym odpowiednią liczebność grup, wymaganą dla dalszych analiz (Bedyńska, Książek, 2012). Po wyróżnieniu grup ze względu na wartości postulowanych czynników moderujących przystąpiono do wykonania analiz mediacji. Zgodnie z wytycznymi Barona i Kenny'ego (1986) testowanie mediacji polega na wykonaniu trzech analiz regresji, w celu sprawdzenia bezpośredniej zależności zmiennej niezależnej ze zmienną zależną, zmiennej niezależnej z mediatorem, a w ostatnim kroku zmiennej zależnej zarówno ze zmienną niezależną, jak i mediatorem. Efekt mediacji uznaje się za całkowity, gdy w modelu regresji, uwzględniającym rolę mediatora, zmienna niezależna staje się nieistotna statystycznie – traci swą wartość predykcyjną (Baron, Kenny, 1986). Ostatecznie, istotność modelu mediacyjnego weryfikuje się za pomocą testu Sobela (Bedyńska, Książek, 2012).

Wyniki

Statystyki opisowe

W badanej grupie średnia wartość raportowanego wskaźnika BSA wyniosła 21,2% ($\pm 19,2$). U 20 chorych (10,4%) zmiany skórne pokrywały 1-2% ciała, u 62 osób (32,1%) zakres zmian skórnych wahał się od 3 do 10%, z kolei wśród 111 badanych (57,5%) pokrycie ciała przez zmiany skórne przekraczało 10%. W Inwentarzu Depresji Becka chorzy uzyskiwali średnio 15,5 punktów ($\pm 10,8$). Wśród badanych 78 (40,4%) osób uzyskało wynik wskazujący na brak objawów depresji, 84 (43,5%) uzyskało wynik w przedziale od 12 do 26 punktów, wskazujący na łagodne nasilenie objawów depresji, z kolei wynik w przedziale od 27 do 49 punktów, wskazujący na epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, uzyskało 31 chorych (16,1%). W badanej grupie 43 chorych (22,3%) wskazało ponadto, że towarzyszą im myśli samobójcze, bez tendencji do realizacji.

Analiza różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi pod względem wieku zachorowania

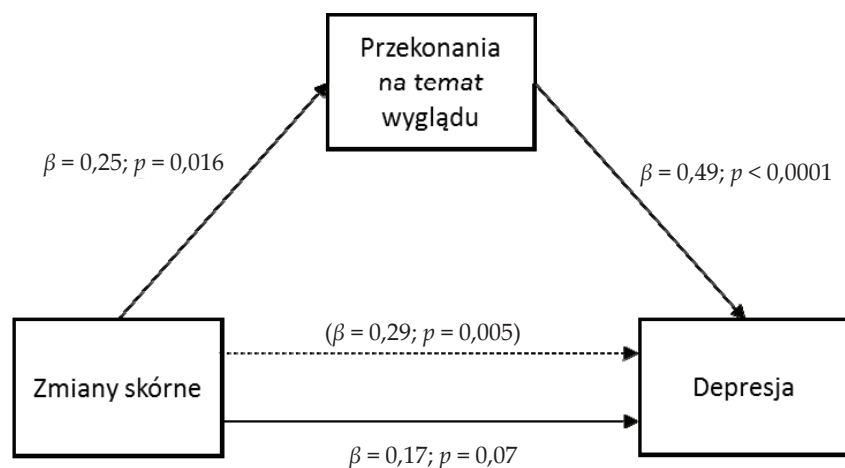
Przeprowadzono analizę różnic między grupami wyróżnionymi ze względu na wiek zachorowania na łuszczycę. Osoby, które zachorowały we wczesnym wieku charakteryzowały się statystycznie istotnie wyższym poziomem depresji ($t(191) = 2,19; p < 0,05; d = 0,32$), poczuciem stygmatyzacji ($t(191) = 2,01; p < 0,05; d = 0,29$) i większym nasileniem dysfunkcjonalnych przekonań na temat wyglądu ($t(191) = 3,81; p < 0,001; d = 0,55$). Grupy wyróżnione ze względu na wiek zachorowania nie różniły się natomiast zarówno pod względem nasilenia zmian skórnych ($t(191) = 0,47; p > 0,05; d = 0,07$), jak i pod względem stopnia dbałości o wygląd ($t(191) = 1,54; p > 0,05; d = 0,21$) oraz poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego ($t(191) = 0,10; p > 0,05; d = 0,06$).

Zależności korelacyjne pomiędzy zmiennymi

Analiza korelacji wykazała istotny statystycznie związek między wiekiem zachorowania na łuszczycę a podskalą mierzącą nasilenie dysfunkcyjnych przekonań dotyczących roli wyglądu w budowaniu poczucia własnej wartości ($r = -0,20$; $p < 0,01$). Wcześniejszy wiek wystąpienia choroby wiązał się z większym nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat wyglądu. Co więcej, większe nasilenie dezadaptacyjnych przekonań wiązało się z większym nasileniem objawów depresji ($r = 0,49$; $p < 0,001$). Zaobserwowano także istotny statystycznie związek pomiędzy odsetkiem powierzchni ciała zajmowanym przez zmiany chorobowe a nasileniem depresji ($r = 0,28$; $p < 0,001$) oraz stygmatyzacji ($r = 0,31$; $p < 0,001$). Dodatkowo, otrzymane wyniki wykazały, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego jest istotnie związany z niższym poziomem depresji ($r = -0,38$; $p < 0,001$) i mniejszym poczuciem stygmatyzacji ($r = -0,23$; $p < 0,001$).

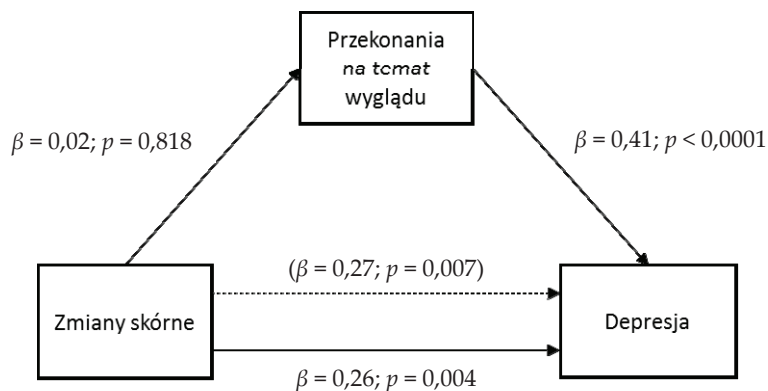
Mediująca rola przekonań na temat wyglądu w relacji między nasileniem zmian skórnych a objawami depresji w zależności od wieku zachorowania na łuszczycę

Przeprowadzono dwugrupową analizę mediacji. Grupy wyróżniono ze względu na wiek zachorowania na łuszczycę. Zgodnie z zaleceniami Barona i Kenny'ego (1986), w zakresie testowania zależności mediacyjnych, dla każdej z wyróżnionych grup przeprowadzono dwie analizy regresji prostej i jedną analizę regresji wielozmiennowej. Zgodnie z postulowanym mechanizmem moderowanej mediacji okazało się, że w zależności od wieku zachorowania na łuszczycę przekonania jednostki na temat wyglądu istotnie mediuje związek między nasileniem zmian skórnych a depresją. Wyłącznie u osób, które zachorowały we wczesnym wieku, przed 18 r.ż. ($n = 95$), większy zakres zmian łuszczycowych wiązał się z większym nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat wyglądu, co z kolei wiązało się z większym nasileniem objawów depresji (por. rycina 1a). Wynik wskazujący na całkowitą mediację przekonań na temat wyglądu w grupie osób, które zachorowały we wczesnym wieku, został potwierdzony wynikiem testu Sobela ($Z = 2,23$; $p = 0,02$). Model mediacyjny uzyskał satysfakcjonujący poziom dopasowania do danych $F(2,92) = 19,97$; $p < 0,0001$ i pozwalał na wyjaśnienie 29% wariancji depresji (popr. $R^2 = 0,29$).



Rycina 1a. Przekonania na temat wyglądu jako mediator w relacji między nasileniem zmian skórnych a depresją w grupie osób, które zachorowały przed 18 r.ż.

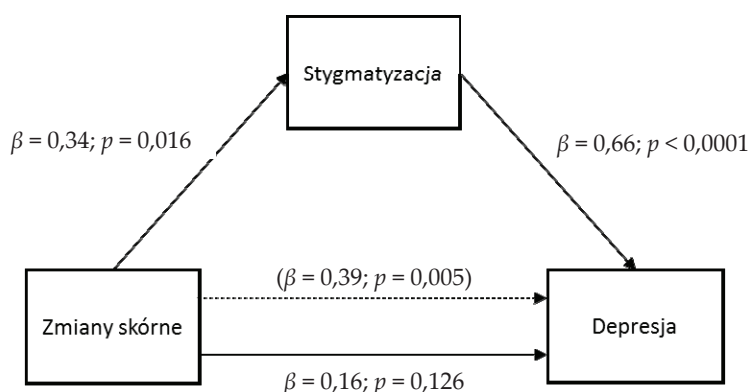
W grupie chorych, którzy zachorowali po 18 r.ż. ($n = 98$) efekt mediacji (por. rycina 1b), zgodnie z wynikiem testu Sobela, był nieistotny statystycznie ($Z = 0,23; p = 0,82$). Zmienne uwzględnione w modelu pozwalały na wyjaśnienie 23% wariancji depresji ($F(2,95) = 15,20; p < 0,0001$; popr. $R^2 = 0,23$).



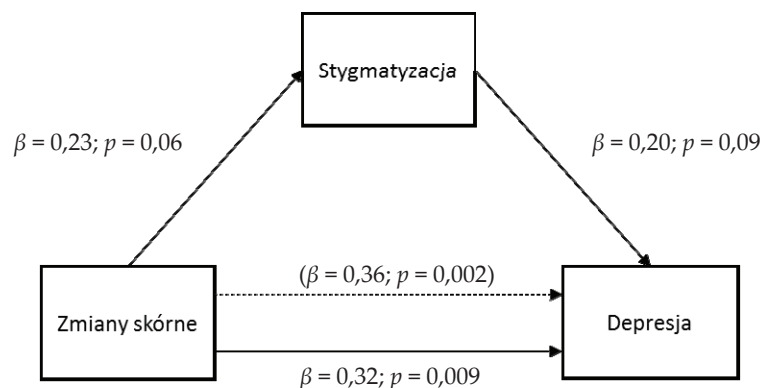
Rycina 1b. Przekonania na temat wyglądu jako mediator w relacji między nasileniem zmian skórnych a depresją w grupie osób, które zachorowały po 18 r.ż.

Mediująca rola stygmatyzacji w relacji między nasileniem zmian skórnych a objawami depresji w zależności od poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego

Osoby badane podzielono na trzy grupy obejmujące jednostki z niskim ($n = 50$), średnim ($n = 76$) i wysokim ($n = 67$) poziomem spostrzeganego wsparcia społecznego. Uwzględniając osoby charakteryzujące się niskim i wysokim poziomem wsparcia, przeprowadzono dwugrupową analizę mediacji (Baron, Kenny, 1986). Analizy regresji przeprowadzone w wyróżnionych grupach wykazały, zgodnie z postulowanym mechanizmem moderowanej mediacji, że w zależności od poziomu wsparcia społecznego stygmatyzacja istotnie mediuje relację między nasileniem zmian skórnych a depresją. Wyłącznie w grupie chorych o niskim poziomie wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i innych osób bliskich, większy zakres zmian skórnych wiązał się z większym poczuciem stygmatyzacji w kontaktach społecznych, co z kolei wiązało się z większym nasileniem depresji (por. rycina 2a). Wynik wskazujący na całkowitą mediację stygmatyzacji, w grupie osób o niskim poziomie wsparcia, został potwierdzony wynikiem testu Sobela ($Z = 2,31$; $p = 0,02$). Model mediacyjny uzyskał satysfakcjonujący poziom dopasowania do danych $F(2,47) = 27,04$; $p < 0,0001$ i pozwalał na wyjaśnienie 52% wariancji depresji (popr. $R^2 = 0,52$).



Rycina 2a. Poczucie stygmatyzacji jako mediator w relacji między nasileniem zmian skórnych a depresją w grupie osób z niskim poziomem wsparcia społecznego



Rycina 2b. Poczucie stygmatyzacji jako mediator w relacji między nasileniem zmian skórnych a depresją w grupie osób z wysokim poziomem wsparcia społecznego

W grupie chorych z wysokim poziomem wsparcia efekt mediacji (por. rycina 2b), zgodnie z wynikiem testu Sobela, był nieistotny statystycznie ($Z = 1,30$; $p = 0,19$). Zmienne uwzględnione w modelu pozwalały na wyjaśnienie 15% wariancji ($F(2,64) = 6,67$; $p < 0,01$; popr. $R^2 = 0,23$).

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu analizowano związki między występowaniem zmian skórnych, przekonaniami na temat wyglądu, stygmatyzacją i objawami depresji u osób chorych na łuszczycę, z uwzględnieniem roli wieku wystąpienia choroby oraz spostrzeganego wsparcia społecznego. Uzyskane wyniki ilustrują dwa mechanizmy. Po pierwsze, zgodnie z przewidywaniami okazało się, że w zależności od wieku zachorowania na łuszczycę, przekonania na temat wyglądu mediuje związek między nasileniem zmian skórnych a depresją. Istotny efekt mediacji zaobserwowano wyłącznie u chorych, u których choroba ujawniła się we wczesnym wieku. U osób, które zachorowały w dorosłości nasilenie objawów depresji miało bezpośredni związek z nasileniem zmian skórnych, natomiast w grupie chorych, u których choroba ujawniła się w bardzo młodym wieku, większy zakres zmian skórnych wiązał się istotnie z większym nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat wyglądu, co z kolei wiązało się z większym nasileniem objawów depresji. U osób, które zachorowały przed osiągnięciem dojrzałości, przypisywanie dużego znaczenia własnemu wyglądowi wydaje się być kluczowym czynnikiem zaostrzającym dystres wynikający z choroby, prowadząc do rozwoju negatywnych stanów emocjonalnych, a w efekcie do pogorszenia stanu psychicznego i rozwoju depresji. W porównaniu z osobami, które zachorowały w dorosłym wieku, osoby, u których choroba wystąpiła przed 18 r.ż. cechowały się istotnie większym nasileniem dysfunkcyjnych przekonań na temat wyglądu, a także istotnie wyższym nasi-

leniem objawów depresji. Uzyskane rezultaty są spójne z wcześniejszymi pracami innych autorów, w których wykazano, że wczesny wiek wystąpienia łuszczycy wiąże się z podwyższonym ryzykiem zaburzeń współistniejących, zwłaszcza lęku i depresji (Kimball i in., 2012), a także z występowaniem niekorzystnych cech osobowości, m.in. skłonności do kłótności, drażliwości, nieufności i popadania w rozgoryczenie, stanowiących o psychologicznej podatności do rozwoju zaburzeń nastroju (Remröd, Sjöström, Svensson, 2013). Zmiany fizyczne, jakie przynosi okres adolescencji są sprzężone ze zmianami psychicznymi, a wielu młodych ludzi, doświadczając kryzysu tożsamości (w rozumieniu E. Eriksona) traci pewność nie tylko w odniesieniu do swojego obecnego, ale też i przyszłego statusu, czemu towarzyszy poczucie niepewności czy wątplenia w siebie (Schaffer, 2006). Z pewnością sytuacja ta staje się jeszcze trudniejsza, gdy zmiany chorobowe odnoszą się do wyglądu nastolatka, rzutując na poczucie własnej wartości oraz poczucie atrakcyjności interpersonalnej, gdzie wygląd, jak dowodzą badania, pełni istotną rolę zwłaszcza w początkowej fazie tworzenia się bliskich relacji (Adler, Resenfeld, Proctor II, 2006). Prezentowane wyniki pozostają ponadto również w zgodzie z postulatami teorii poznawczej na temat przyczyn depresji (Beck, 1979; Clark, Beck, Alford, 1999), w myśl których wczesne negatywne doświadczenia mogą wpływać na rozwój dysfunkcyjnych przekonań oraz sprzyjać występowaniu zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. Obecność łuszczycy od wczesnych lat wydaje się więc w istotny sposób wpływać na rozwój niekorzystnych mechanizmów, w tym cech osobowości i dysfunkcyjnych przekonań, a tym samym predysponować do rozwoju zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. Warto prowadzić dalsze analizy w tym obszarze, gdyż prezentowana problematyka ma istotne znaczenie dla praktyki, zwłaszcza leczenia łuszczycy u dzieci i młodzieży.

Drugi mechanizm zaprezentowany w tej pracy dotyczył roli wsparcia społecznego. Wyniki analiz potwierdziły hipotezę, zgodnie z którą w zależności od poziomu spostrzeganego wsparcia społecznego, stygmatyzacja mediuje relację między nasileniem zmian skórnych a depresją. Wyłącznie w grupie chorych o niskim poziomie wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i innych osób bliskich, większe pokrycie ciała zmianami skórnymi wiązało się z większym poczuciem stygmatyzacji w kontaktach społecznych, co z kolei przyczyniało się do nasilenia objawów depresji, wyjaśniając łącznie 52% wariancji depresji. Dla porównania, wśród osób charakteryzujących się wysokim poziomem wsparcia obecność zmian łuszczycowych nie była istotnie związana z poczuciem stygmatyzacji. Co więcej, w tej grupie chorych, stygmatyzacja nie była istotnym czynnikiem predykcyjnym depresji. Prezentowane wyniki są zgodne z wynikami badań Janowskiego i współpracowników (2012), w których wykazano, że wyższy poziom spostrzeganego wsparcia społecznego u chorych z łuszczycą wiąże się z niższym nasileniem objawów depresji, większą akceptacją choroby oraz wyższym wskaźnikiem jakości życia. Wsparcie społeczne może więc pełnić kluczową rolę w procesie adaptacji do choroby, takiej jak łuszczycą, chroniąc przed jej negatywnymi konsekwencjami, w tym poczuciem odrzucenia i stygmatyzacji, w efekcie obniżając ryzyko pogorszenia stanu psychicznego jednostki. W przyszłych badaniach warto rozszerzyć prezentowane tu analizy o po-

miar wsparcia otrzymywanego, z uwzględnieniem analizy dostępności, dopasowania i trafności wsparcia społecznego u chorych na łuszczycę.

Podsumowując, przeprowadzone badanie pokazuje, jak ważne znaczenie dla głębszego zrozumienia współwystępowania depresji u chorych na łuszczycę mają czynniki związane z kontekstem pojawienia się i przebiegu choroby. Szersze spojrzenie na sytuację chorego, chociażby poprzez uwzględnienie wieku i okoliczności wystąpienia choroby oraz dostępności wsparcia społecznego ze strony rodziny, przyjaciół i osób bliskich ma duże znaczenie. Uzyskane wyniki wskazują, że niedostateczny poziom wsparcia, chroniącego przed negatywnymi doświadczeniami związanymi ze stygmatyzacją z powodu widocznych zmian skórnych oraz wczesny wiek zachorowania, sprzyjający rozwojowi dysfunkcyjnych przekonań, mogą stwarzać okoliczności zwiększające ryzyko rozwoju depresji. Biorąc pod uwagę otrzymane wyniki, zwłaszcza w odniesieniu do leczenia łuszczycy u dzieci i młodzieży, należałoby zadbać o odpowiednie oddziaływania profilaktyczne oraz terapeutyczne w trosce o ograniczenie negatywnych doświadczeń związanych z przebiegiem choroby i jej dalekosiężnych skutków. Projektując dalsze kierunki badań, warto byłoby zadbać o większy udział mężczyzn w badaniach. Jednym z ograniczeń naszego badania jest bowiem nadreprezentacja kobiet w analizowanych grupach. Warto również podkreślić, że zarówno to, jak i dotychczasowe badania, w których analizowano rolę wsparcia społecznego czy też związek między wiekiem zachorowania na łuszczycę a stanem psychicznym chorych, miały charakter przekrojowy. Omawiane zagadnienia wymagają zatem dalszych analiz, zwłaszcza w badaniach podłużnych, uwzględniających testowanie złożonych mechanizmów oddziaływania grup zmiennych na zmienne wynikowe, tj. stan psychiczny chorych.

Literatura cytowana

- Adler, R.B., Rosenfeld, L.B., Proctor II, R.F. (2006). *Relacje interpersonalne*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Baron, R.M., Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno, SWPS.
- Bewley, A., Burrage, D.M., Ersser, S.J., Hansen, M., Ward, C. (2013). Identifying individual psychosocial and adherence support needs in patients with psoriasis: A multinational two-stage qualitative and quantitative study. *Journal of*

- the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28, 763-770, doi: 10.1111/jdv.12174
- Buszman, K., Przybyła-Basista, H. (2015). *Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (MSPSS) Gregory'ego Zimeta i współpracowników – prezentacja właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia* (Materiał niepublikowany). Katowice: Instytut Psychologii UŚ.
- Cash, T.F., Melnyk, S.E., Hrabosky, J.I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the appearance schemas inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.
- Cash, T.F., Smolak, L. (red.) (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press.
- Clark, D.A., Beck, A.T., Alford, B.A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Cohen, B.E., Martires, K.J., Ho, R.S. (2016). Psoriasis and the risk of depression in the US population: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2012. *JAMA Dermatology*, 152, 73-79, doi: 10.1001/jamadermatol.2015.3605
- Cohen, J.E. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Dalgard, F.J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G.B., ... Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, 135, 984-991, doi: 10.1038/jid.2014.530
- Donigan, J.M., Pascoe, V.L., Kimball, A.B. (2015). Psoriasis and herpes simplex virus are highly stigmatizing compared with other common dermatologic conditions: A survey-based study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73, 525-526, doi: 10.1016/j.jaad.2015.06.035
- Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., van de Kerkhof, P., Chimenti, S., Lotti, T., Schäfer, G. (2006). European patient perspectives on the impact of psoriasis: The EUROPSO patient membership survey. *British Journal of Dermatology*, 155, 729-736.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holmbeck, G. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., Szepietowski, J.C. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Dermato-Venereologica*, 92, 67-72, doi: 10.2340/00015555-1193
- Hrehorów, E., Szepietowski, J., Reich, A., Evers, A.W., Ginsburg, I.H. (2006). Narzędzia do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: polskie wersje językowe. *Dermatologia Kliniczna*, 8, 253-258.
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, L., Gradus, I., Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men

- and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304, 421-432, doi: 10.1007/s00403-012-1235-3
- Joinson, A., McKenna, K., Postmes, T., Reips U. (red.) (2007). *The Oxford Handbook of Internet Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kimball, A., Gieler, U., Linder, D., Sampogna, F., Warren, R., Augustin, M. (2010). Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 989-1004, doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03705.x
- Kimball, A., Wu, E., Guérin, A., Yu, A., Tsaneva, M., Gupta, S., Bao, Y., Mulani, P. (2012). Risks of developing psychiatric disorders in pediatric patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 67, 651-657, doi: 10.1016/j.jaad.2011.11.948
- Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P.G.M., Evers, A.W.M. (2003). Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics*, 4, 146-150.
- Łuszczzyńska, A., Cieślak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: the moderating role of personality. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 18, 227-244, doi: 10.1080/10615800500125587
- Parisi, R., Symmons, D.P.M., Griffiths, C.E.M., Ashcroft, D.M. (2013). Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, 133, 377-385, doi: 10.1038/jid.2012.339
- Parnowski, T., Jernajczyk, W. (1977). Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska*, 11, 417-425.
- Remröd, C., Sjöström, K., Svensson, A. (2013). Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: A study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 169, 344-350, doi: 10.1111/bjd.12371
- Rhodes, S.D., DiClemente, R.J., Cecil, H., Hergenrather, K.C., Yee, L.J. (2002). Risk among men who have sex with men in the United States: A comparison of an Internet sample and a conventional outreach sample. *AIDS Education and Prevention*, 14, 41-50.
- Rumsey, N., Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1, 83-97.
- Schaffer, H.R. (2006). *Rozwój społeczny: dzieciństwo i młodość*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schmitt, J.M., Ford, D.E. (2007). Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology*, 215, 17-27.
- Smoktunowicz, E., Cieślak, R., Żukowska, K. (2013). Rola wsparcia społecznego w kontekście stresu organizacyjnego oraz zaangażowania w pracę. *Studia Psychologiczne*, 51, 25-37, doi: 10.2478/v10167-010-00
- Swanbeck, G., Inerot, A., Martinsson, T., Wahlström, J., Enerbäck, C., Enlund, F., Yhr, M. (1995). Age at onset and different types of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 133, 768-773.

- Szepietowski, J., Adamski, Z., Chodorowska, G., Gliński, W., Kaszuba, A., Placek, W., Rudnicka, L., Reich, A. (2012). Leczenie łuszczycy zwyczajnej – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część I: łuszczyca łagodna, łuszczyca wieku dziecięcego. *Przegląd Dermatologiczny*, 99, 83-96.
- Vilchinsky, N., Dekel, R., Leibowitz, M., Reges, O., Levit, O., Khaskia, A., Mosseri, M. (2011). Dynamics of support perceptions among couples coping with cardiac illness: The effect on recovery outcomes. *Health Psychology*, 30, 411-419, doi: 10.1037/a0023453
- Warren, R.B., Kley, C.E., Gulliver, W.P. (2011). Cumulative life course impairment in psoriasis: Patient perception of disease-related impairment throughout the life course. *British Journal of Dermatology*, 164, 1-14, doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10280.x
- Weigold, A., Weigold, I.K., Russell, E.J. (2013). Examination of the equivalence of self-report survey-based paper-and-pencil and internet data collection methods. *Psychological Methods*, 18, 53-70, doi: 10.1037/a0031607
- Wojtyna, E. (2014). *Kwestionariusz Przekonań na temat Wyglądu – polska adaptacja* (Materiał niepublikowany). Katowice: Instytut Psychologii UŚ.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Streszczenie. Celem przeprowadzonych badań było określenie roli stygmatyzacji oraz przekonań na temat wyglądu w rozwoju depresji u chorych na łuszczycę, uwzględniając wiek wystąpienia łuszczycy oraz poziom spostrzeganego wsparcia społecznego. Badaniem objęto 193 chorych na łuszczycę. Przeprowadzone analizy ujawniły dwa mechanizmy moderowanej mediacji. Okazało się, że wyłącznie u osób, które zachorowały we wczesnym wieku, przekonania na temat wyglądu pełnią rolę mediatora w relacji między występowaniem zmian skórnych a poziomem depresji. Wykazano również, że w grupie chorych, którzy charakteryzują się niskim poziomem wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i innych osób bliskich, stygmatyzacja pełni rolę mediatora w relacji między występowaniem zmian skórnych a objawami depresji. W artykule zostały omówione teoretyczne i praktyczne implikacje prezentowanych wyników.

Słowa kluczowe: depresja, łuszczyca, stygmatyzacja, wiek zachorowania, wsparcie społeczne

Data wpłynięcia: 27.12.2015

Data wpłynięcia po poprawkach: 26.01.2016

Data zatwierdzenia do druku: 30.03.2016