

Związek między zdrowiem psychicznym a problemami skórnymi

The correlation between mental health and dermatological issues

Wiktoria Madalińska^{1/}, Maciej Kołodziejczak^{2/}, Patrycja Kapczuk^{2/}

^{1/} Absolwentka Wyższej Szkoły Integracji Europejskiej w Szczecinie

^{2/} Katedra Biochemii i Chemii Medycznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Streszczenie: W ostatnich dekadach obserwuje się rosnące zainteresowanie relacją między kondycją psychiczną a funkcjonowaniem organizmu na poziomie fizycznym. Badania wykazują, że długotrwały stres, zaburzenia lękowe czy depresyjne mogą istotnie wpływać na układ immunologiczny, prowadząc do nasilenia objawów skórnych. Stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się pacjentów do specjalistów dermatologii. Trądzik, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, pokrzywka czy egzema, dotykają miliony osób na całym świecie, niezależnie od wieku, płci czy pochodzenia. Współczesne podejście do leczenia chorób skóry coraz częściej uwzględnia, nie tylko aspekt czysto fizjologiczny, ale również psychiczny. Skóra, jako największy organ ludzkiego ciała, pełni nie tylko funkcję ochronną, ale również bierze udział w procesach immunologicznych, hormonalnych oraz psychospołecznych. Istnieje ścisły związek między funkcjonowaniem układu nerwowego a kondycją skóry – zjawisko to znajduje swoje odzwierciedlenie w rosnącym zainteresowaniu psychodermatologią. Według danych WHO, nawet co piąta osoba dorosła w Europie doświadcza w swoim życiu zaburzeń psychicznych, z których wiele pozostaje niezdiagnozowanych i nieleczonych. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przeglądu literatury naukowej dotyczącej związku między zdrowiem psychicznym a problemami skórnymi.

Słowa kluczowe: choroby skóry, stres, psychodermatologia

Abstract: Over the past decades, there has been increasing scholarly interest in the interplay between mental health and physiological functioning. Empirical evidence demonstrates that chronic stress, anxiety disorders, and depressive syndromes exert a significant impact on the immune system, frequently contributing to the exacerbation of dermatological manifestations. These conditions constitute one of the most prevalent reasons for patients seeking dermatological consultations. Disorders such as acne vulgaris, atopic dermatitis, psoriasis, urticaria and eczema affect millions of individuals globally, irrespective of age, sex or ethnicity. Contemporary therapeutic paradigms for skin diseases increasingly integrate psychological dimensions alongside physiological considerations. The skin, as the largest organ of the human body, not only fulfils a protective role but also participates in immunological, endocrine and psychosocial processes. A robust bidirectional relationship exists between the nervous system and cutaneous health—a phenomenon underpinning the growing discipline of psychodermatology. According to World Health Organization (WHO) estimates, up to 20% of adults in Europe experience mental health disorders during their lifetime, with a substantial proportion remaining undiagnosed and untreated. The objective of this review is to synthesise current scientific literature addressing the association between mental health and dermatological conditions.

Key words: dermatological disorders, stress, psychodermatology

© Hygeia Public Health 2025, 57(3): 85-89
www.h-ph.pth.pl

Nadestano: 15.11.2025
Zakwalifikowano do druku: 22.11.2025

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Patrycja Kapczuk
Katedra Biochemii i Chemii Medycznej, Pomorski Uniwersytet
Medyczny w Szczecinie
al. Powstańców Wlkp. 72, 70-111 Szczecin, Polska
tel. 533827050, e-mail: patrycja.kapczuk@pum.edu.pl

Wprowadzenie

Znaczenie zdrowia psychicznego jest szczególnie widoczne w dobie postępującej urbanizacji, zmian społecznych, presji zawodowej oraz nieustannej obecności mediów społecznościowych. Tempo życia, oczekiwania społeczne i brak stabilizacji powodują, że coraz więcej osób doświadcza problemów natury psychicznej. Z danych WHO wynika, że ponad 20% populacji krajów rozwiniętych w ciągu życia zmaga się z co najmniej jednym epizodem zaburzenia psychicznego – najczęściej są to zaburzenia lękowe, depresyjne oraz wypalenie zawodowe. Pandemia COVID-19 dodatkowo uwidoczniła skalę tych proble-

mów, prowadząc do znacznego wzrostu zgłaszanych trudności emocjonalnych, zaburzeń nastroju oraz objawów psychosomatycznych [1,2].

Jednym z istotnych aspektów, który w ostatnich latach zyskał na znaczeniu, jest wpływ zdrowia psychicznego na kondycję fizyczną – w tym również na skórę. Wiele badań naukowych wykazuje silny związek między chronicznym stresem psychologicznym a funkcjonowaniem układu immunologicznego, hormonalnego i nerwowego [3,4].

Stres wpływa na zwiększenie poziomu kortyzolu – hormonu, który w nadmiarze osłabia barierę skórną, powoduje stany zapalne, zwiększa wydzielanie sebum oraz utrudnia regenerację naskórka. W ten sposób przewlekłe

napięcie emocjonalne może stać się bezpośrednią przyczyną lub czynnikiem zaostrzającym objawy trądziku, łuszczycy, atopowego zapalenia skóry czy też pokrzywki [5,6]. Psychoneuroimmunologia – interdyscyplinarna dziedzina nauki – dostarcza coraz więcej dowodów na istnienie tzw. osi mózg-skóra, która wyjaśnia mechanizmy, dzięki którym stres i emocje oddziałują na funkcjonowanie skóry. Osoby z obniżonym nastrojem, lękiem czy zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, często wykazują nasilenie objawów skórnych w okresach wzmożonego napięcia psychicznego. Jednocześnie, doświadczanie przewlekłych problemów dermatologicznych może działać zwrotnie – prowadząc do pogorszenia stanu psychicznego, obniżenia samooceny i izolacji społecznej [7].

Psychodermatologia jako połączenie dermatologii i psychologii

Psychodermatologia to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która łączy elementy dermatologii, psychiatrii i psychologii, koncentrując się na wzajemnych relacjach między stanem psychicznym a kondycją skóry. Zajmuje się zarówno wpływem czynników psychicznych na rozwój i przebieg chorób skóry, jak i oddziaływaniem schorzeń dermatologicznych na zdrowie psychiczne pacjentów. Skóra i układ nerwowy mają wspólne pochodzenie embrionalne, co tłumaczy ich bliskie powiązania funkcjonalne. Stres i emocje mogą wpływać na funkcjonowanie skóry poprzez mechanizmy neuroimmunologiczne, prowadząc do zaostrzenia objawów takich chorób jak trądzik, łuszczyca czy atopowe zapalenie skóry [8].

Psychodermatologia wyróżnia trzy główne kategorie zaburzeń:

1. Dermatozy psychogenne – choroby skóry wywołane czynnikami psychicznymi, np. świąd psychogeny, dermatoma artefaktowa.
2. Choroby skóry z komponentą psychologiczną – schorzenia dermatologiczne, których przebieg jest modyfikowany przez stan psychiczny pacjenta, np. trądzik, łuszczyca.
3. Zaburzenia psychiczne wtórne do chorób skóry – problemy psychiczne wynikające z przewlekłych chorób skóry, np. depresja, lęki społeczne [9,10].

Współczesna praktyka medyczna coraz częściej uwzględnia podejście psychodermatologiczne, oferując pacjentom kompleksową opiekę, która obejmuje zarówno leczenie dermatologiczne, jak i wsparcie psychologiczne. Takie holistyczne podejście może znacząco poprawić jakość życia pacjentów i skuteczność terapii [11,12].

Oddziaływanie stresu i emocji na skórę

Stres psychologiczny odgrywa istotną rolę w patogenezie trądziku pospolitego i może znacząco wpływać na jego przebieg. W odpowiedzi na stres w organizmie aktywuje się oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA), co prowadzi do zwiększonego wydzielania kortyzolu, znanego jako hormon stresu. Kortyzol stymuluje gruczoły łojowe do produkcji nadmiernej ilości sebum, co z kolei sprzyja tworzeniu się zaskórników i zmian zapalnych. Dodatkowo

stres może zaburzać funkcję bariery skórnej, co sprawia, że skóra staje się bardziej podatna na działanie drobnoustrojów i czynników drażniących [5]. Badania wykazały, że osoby narażone na przewlekły stres mają wyższy poziom cytokin prozapalnych, takich jak interleukina-6 (IL-6) czy interleukina-1 β (IL-1 β), które nasilają odpowiedź zapalną w obrębie skóry. Te zmiany immunologiczne mogą bezpośrednio przyczyniać się do pogorszenia stanu cery i zwiększenia liczby wykwitów zapalnych. Co więcej, emocje takie jak lęk, złość czy frustracja często prowadzą do zaburzeń behawioralnych, w tym nawykowego drapania, uciskania zmian skórnych lub dotykania twarzy, co zwiększa ryzyko infekcji bakteryjnych i powstawania blizn [13]. Stres ma także negatywny wpływ na jakość snu, a zaburzenia snu mogą opóźniać regenerację skóry i utrudniać gojenie się istniejących zmian. Wszystkie te czynniki składają się na złożony obraz wpływu stresu na skórę, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, takich jak trądzik pospolity [9].

Związek zaburzeń psychicznych z chorobami dermatologicznymi

Zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresja i lęk, często współistnieją z chorobami skóry, takimi jak łuszczyca. Badania epidemiologiczne wskazują, że pacjenci z łuszczycą mają znacznie wyższe ryzyko wystąpienia depresji w porównaniu do populacji ogólnej. Na przykład, jedno z badań wykazało, że częstość występowania depresji wśród pacjentów z łuszczycą wynosiła 11,52%, podczas gdy w populacji ogólnej było to 7,73% [14]. Widoczne zmiany skórne, charakterystyczne dla łuszczycy, prowadzą do stygmatyzacji społecznej, co z kolei skutkuje wycofaniem społecznym i obniżeniem samooceny. Pacjenci często doświadczają uczucia wstydu i izolacji, co może pogłębiać objawy depresji i lęku [15]. Istnieje również związek między stresem, a zaostrzeniem objawów łuszczycy. Stres psychologiczny może prowadzić do nasilenia zmian skórnych, a pogorszenie stanu skóry zwiększa poziom stresu, tworząc błędne koło [16].

W związku z tym, skuteczne leczenie łuszczycy powinno uwzględniać nie tylko aspekty dermatologiczne, ale także wsparcie psychologiczne. Integracja terapii psychologicznych, takich jak terapia poznawczo-behawioralna, może pomóc pacjentom w radzeniu sobie z emocjonalnymi aspektami choroby i poprawić jakość życia. Podobne zależności obserwuje się w przypadku innych chorób dermatologicznych. Egzema jest często związana z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi. Przewlekły świąd, suchość skóry oraz widoczne zmiany mogą prowadzić do znacznego obniżenia jakości życia pacjentów. Badania wykazały, że osoby z egzemą mają zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych, niezależnie od nasilenia objawów skórnych. Trądzik pospolity, szczególnie wśród młodzieży, może prowadzić do poważnych problemów psychicznych, takich jak depresja, lęk społeczny czy obniżona samoocena. Widoczne zmiany skórne na twarzy mogą być źródłem wstydu i izolacji społecznej, co negatywnie

wpływa na zdrowie psychiczne pacjentów [17]. Innym przykładem jest dermatоза neurotyczna, znana również jako zaburzenie wyrywania skóry (*excoriation disorder*). Pacjenci z tym schorzeniem mają tendencję do kompulsywnego drapania lub wyciskania skóry, co prowadzi do uszkodzeń i blizn. Często współistnieją z tym zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, depresja oraz lęk [18]. Wszystkie te przykłady podkreślają konieczność holistycznego podejścia do leczenia dermatologicznych, uwzględniającego zarówno aspekty jak psychiczne. Współpraca dermatologów z psychologami i psychiatrami może znacząco poprawić wyniki leczenia oraz jakość życia pacjentów.

Wpływ chorób skóry na samoocenę i obraz własnego ciała

Choroby skóry, takie jak trądzik, łuszczyca czy egzema, mają nie tylko fizyczny, ale również silny wpływ psychiczny na osoby nimi dotknięte. Skóra jest jednym z najbardziej widocznych elementów ciała i odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu wizerunku zewnętrznego, dlatego wszelkie zmiany chorobowe mogą negatywnie wpływać na postrzeganie samego siebie [19]. U wielu osób zmiany skórne prowadzą do znacznego obniżenia samooceny. Pojawiają się uczucia wstydu, zażenowania i chęć ukrywania ciała, szczególnie w sytuacjach społecznych. Osoby dotknięte chorobami skóry często unikają kontaktów towarzyskich, rezygnują z aktywności takich jak basen czy siłownia, a nawet mogą mieć trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych. Trudności te często wynikają z lęku przed oceną innych, obawy przed odrzuceniem lub stygmatyzacją [3]. Obraz własnego ciała może ulec znacznemu zniekształceniu. Osoba z chorobą skóry zaczyna postrzegać swoje ciało głównie przez pryzmat defektu, skupiając się na niedoskonałościach i pomijając inne aspekty swojego wyglądu. W skrajnych przypadkach może to prowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęki społeczne czy dysmorfofobia [20]. Warto również podkreślić, że wpływ chorób skóry na samoocenę jest szczególnie silny u osób młodych, które dopiero kształtują swoją tożsamość i relacje z otoczeniem. W okresie dojrzewania wygląd zewnętrzny ma ogromne znaczenie, dlatego zmiany skórne mogą być odbierane wyjątkowo dotkliwie i destrukcyjnie wpływać na rozwój psychiczny oraz społeczny. Z tego względu niezwykle ważne jest, aby leczenie chorób skóry uwzględniało także aspekt psychologiczny. Wsparcie emocjonalne, konsultacje z psychologiem lub psychodermatologiem, a także budowanie pozytywnego obrazu własnego ciała mogą znacząco poprawić jakość życia osób zmagających się z przewlekłymi schorzeniami dermatologicznymi.

Problemy skórne a relacje społeczne i zawodowe

Choroby skóry, niezależnie od ich rodzaju, często wywierają znaczący wpływ na funkcjonowanie jednostki w relacjach społecznych i zawodowych. Ze względu na swoją widoczność, zmiany skórne bywają źródłem zakłopotania, lęku i poczucia dyskomfortu w kontaktach z innymi ludźmi. Osoby zmagające się z przewlekłymi schorzeniami

dermatologicznymi, często doświadczają obniżonej pewności siebie oraz zwiększonego napięcia psychicznego w sytuacjach towarzyskich, co może prowadzić do unikania spotkań, ograniczenia aktywności społecznej, a nawet izolacji [21]. Obawa przed negatywną oceną lub stygmatyzacją może skutkować trudnościami w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych, zwłaszcza w okresie dorastania i wczesnej dorosłości, gdy wygląd zewnętrzny odgrywa szczególnie ważną rolę. Również w życiu zawodowym obecność problemów skórnych może prowadzić do poważnych ograniczeń [22]. Osoby cierpiące na widoczne choroby skóry mogą spotykać się z niezrozumieniem, uprzedzeniami lub nawet dyskryminacją, zwłaszcza w zawodach wymagających bezpośredniego kontaktu z klientem czy pracą w zespole. Może to obniżać ich poczucie kompetencji i wpływać na decyzje dotyczące wyboru ścieżki kariery czy awansu. Dodatkowo konieczność częstych wizyt lekarskich, stosowania leczenia czy ograniczeń związanych z objawami choroby może utrudniać pełne zaangażowanie w obowiązki zawodowe. Skumulowane skutki psychiczne i społeczne problemów skórnych nierzadko wpływają negatywnie na jakość życia i ogólne funkcjonowanie jednostki w różnych sferach życia.

Stygmatyzacja i dyskryminacja osób z chorobami dermatologicznymi

Choroby skóry, szczególnie te przewlekłe i widoczne, takie jak trądzik, egzema, łuszczyca, bielactwo czy atopowe zapalenie skóry, mogą prowadzić do silnej stygmatyzacji społecznej. Skóra, jako najbardziej widoczna część ciała, odgrywa istotną rolę w kontaktach interpersonalnych i budowaniu pierwszego wrażenia. Zmiany skórne, nawet jeśli nie są zakaźne, ani nie zagrażają zdrowiu otoczenia, często są odbierane przez społeczeństwo jako nieestetyczne, niehigieniczne lub wręcz odrażające. Prowadzi to do nieuzasadnionego dystansu społecznego, niechęci, a niekiedy jawnej dyskryminacji osób dotkniętych chorobami dermatologicznymi [23,24]. Stygmatyzacja może przybierać różne formy – od wykluczania z grup rówieśniczych, przez unikanie fizycznego kontaktu, po utrudnienia w dostępie do pracy czy awansu zawodowego. Osoby chore nierzadko doświadczają również subtelnych form wykluczenia, takich jak niechętnie spojrzenia, komentarze, unikanie spojrzeń czy nieuzasadnione pytania o higienę osobistą. W miejscach publicznych i przestrzeni zawodowej mogą być traktowane z rezerwą lub podejrzliwością, co ma znaczący wpływ na ich samoocenę i poczucie wartości [25]. Długotrwała stygmatyzacja zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęk społeczny, wycofanie społeczne, a nawet zaburzenia odżywiania. Osoby z chorobami skóry częściej zgłaszają poczucie wstydu, brak akceptacji i samotność. W skrajnych przypadkach dochodzi do izolacji społecznej lub rezygnacji z życia zawodowego czy towarzyskiego. Wpływa to nie tylko na jakość życia jednostki, ale także na jej funkcjonowanie w społeczeństwie i rodzinie. Współczesne badania

podkreślają konieczność przeciwdziałania stygmatyzacji osób z chorobami dermatologicznymi poprzez edukację społeczną, promocję empatii oraz integrację pacjentów z otoczeniem. Zrozumienie, że większość chorób skóry nie jest zakaźna i nie świadczy o braku higieny, może znacząco zmniejszyć uprzedzenia i poprawić jakość życia osób dotkniętych tymi schorzeniami. Ważną rolę odgrywa również wsparcie psychologiczne oraz kampanie społeczne, które pokazują prawdziwe oblicze życia z chorobą skóry, przełamując stereotypy i uprzedzenia [26].

Choroby skóry a jakość życia

Choroby skóry, zarówno przewlekłe, jak i okresowe, w istotny sposób wpływają na jakość życia pacjentów. Skóra pełni funkcje ochronne, immunologiczne i estetyczne, dlatego jej schorzenia nierzadko skutkują nie tylko dolegliwościami fizycznymi, takimi jak świąd, pieczenie, ból czy nadmierne złuszczenie, ale również powodują obniżenie komfortu psychicznego oraz zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu. Pacjenci z dermatozami przewlekłymi, takimi jak łuszczyca, egzema, trądzik pospolity, atopowe zapalenie skóry czy bielactwo, często doświadczają trudności w sferze emocjonalnej i społecznej. Objawy widoczne na ciele mogą generować poczucie wstydu, frustracji, nieakceptacji własnego wyglądu, a nawet prowadzić do zaburzeń depresyjnych i lękowych [27]. Badania wykazują, że przewlekłe choroby skóry wpływają negatywnie na wiele obszarów życia, w tym relacje interpersonalne, życie seksualne, aktywność zawodową oraz poziom aktywności fizycznej. Skutkiem tego jest częste wycofanie społeczne i izolacja. Chorzy mogą unikać kontaktów towarzyskich, publicznych miejsc, a nawet rezygnować z pracy zawodowej z powodu nasilających się objawów lub negatywnego odbioru ze strony otoczenia. Co istotne, jakość życia osób z chorobami dermatologicznymi, nie zawsze jest proporcjonalna do stopnia nasilenia zmian skórnych – nawet łagodne objawy mogą wywoływać znaczne cierpienie psychiczne, szczególnie w przypadku młodzieży i osób wrażliwych na opinie społeczne [28]. Z tego względu coraz częściej w badaniach nad dermatozami uwzględnia się mierniki jakości życia, takie jak DLQI (*Dermatology Life Quality Index*), które pozwalają na ocenę wpływu choroby skórnej na codzienne funkcjonowanie pacjenta [29]. Takie podejście uwidacznia potrzebę zintegrowanego leczenia dermatologiczno-psychologicznego oraz dostosowania terapii nie tylko do objawów klinicznych, ale również do subiektywnego odbioru choroby przez pacjenta.

Strategie radzenia sobie i wsparcie psychologiczne pacjentów dermatologicznych

W obliczu przewlekłych i widocznych chorób skóry, niezwykle istotne staje się wdrożenie efektywnych strategii radzenia sobie oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego pacjentom dermatologicznym. Skuteczne mechanizmy radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą, mogą przyczynić się do poprawy jakości życia,

lepszego przestrzegania zaleceń terapeutycznych oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe [30]. Pacjenci z dermatozami często stosują różne strategie radzenia sobie, zarówno adaptacyjne (np. poszukiwanie wsparcia, pozytywne przewartościowanie, aktywne szukanie informacji o chorobie), jak i nieadaptacyjne (np. unikanie sytuacji społecznych, wycofanie, tłumienie emocji). W badaniach wykazano, że osoby stosujące strategie pozytywne częściej zgłaszają lepszy stan emocjonalny i większą skuteczność leczenia. Z kolei strategie unikania korelują z wyższym poziomem stresu i niższą jakością życia [31]. Wsparcie psychologiczne może przybierać różne formy – od indywidualnej psychoterapii (np. poznawczo-behawioralnej), przez grupy wsparcia, aż po edukację pacjenta w zakresie mechanizmów choroby i technik radzenia sobie z jej skutkami. Kluczowe jest także wsparcie ze strony bliskich i otoczenia społecznego, które może wpływać na poziom akceptacji własnego wyglądu, samoocenę i gotowość do leczenia. Współpraca dermatologa z psychologiem lub psychiatrą staje się coraz częściej elementem kompleksowej terapii, zwłaszcza w przypadku pacjentów z ciężką łuszczycą, AZS czy trądzikiem opornym na leczenie. Takie holistyczne podejście sprzyja nie tylko poprawie stanu skóry, ale także ogólnego dobrostanu psychicznego pacjenta [14].

Podsumowanie

W literaturze pojawia się coraz więcej doniesień wskazujących na konieczność włączenia elementów psychoterapii do procesu leczenia przewlekłych dermatoz, szczególnie tam, gdzie stres i inne negatywne emocje pełnią istotną rolę w patogenezie choroby. Wielu autorów podkreśla, że czynniki takie jak przewlekły stres, depresja, lęk czy niska samoocena mogą istotnie wpływać na przebieg chorób skóry, a z drugiej strony – same dermatozy mogą prowadzić do wtórnych zaburzeń psychicznych. Obserwacje te są zgodne z koncepcją błędnego koła, w którym objawy dermatologiczne nasilają stres psychiczny, a ten z kolei pogarsza stan skóry.

Zatem istnieje konieczność dalszego rozwijania współpracy między dermatologami a specjalistami zdrowia psychicznego. Tylko zintegrowane podejście terapeutyczne może przynieść pacjentom trwałą poprawę nie tylko stanu skóry, lecz także ich dobrostanu psychicznego. Rekomenduje się zatem, aby w ramach leczenia chorób dermatologicznych uwzględniać takie elementy jak edukacja pacjenta, terapia poznawczo-behawioralna, techniki relaksacyjne, metody redukcji stresu oraz wsparcie psychologiczne w sytuacjach przewlekłego stresu. Praktyka taka może również sprzyjać lepszemu przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, zwiększeniu skuteczności leczenia farmakologicznego, a także przeciwdziałaniu nawrotom objawów.

Piśmiennictwo / References

- Scholz N. Mental health and the pandemic. WHO Regional Office for Europe, 2021. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/696164/EPRS_BRI\(2021\)696164_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/696164/EPRS_BRI(2021)696164_EN.pdf) (11.11.2025).
- Hepat A, Khode D, Chakole S. A Narrative Review of Urbanization and Mental Health: An Indian Perspective. *Cureus* 2024, 16(3): e55381.
- Dalgard F, Gieler U, Holm JØ, et al. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne. *J Am Acad Dermatol* 2008, 59(5): 746-751.
- Dhabhar FS. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunol Res* 2014, 58(2-3): 193-210.
- Arck P, Paus R. From the brain-skin connection: the neuroendocrine-immune misalliance of stress and itch. *Neuroimmunomodulation* 2006, 13(5-6): 347-356.
- Reich A, Wójcik-Maciejewicz A, Slominski AT. Stress and the skin. *G Ital Dermatol Venereol* 2010, 145(2): 213-219.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological comorbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003, 4(12): 833-842.
- Koo J, Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician* 2001, 64(11): 1873-1878.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996, 34(6): 1030-1046.
- Gupta MA. Psychiatric dermatology revisited. *Clin Dermatol* 2017, 35(3): 243-245.
- Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007, 9(3): 203-213.
- Ajani AA, Olanrewaju FO, Oninla OA, et al. Psychodermatological Disorders in Patients With Primary Psychiatric Conditions: Cross-Sectional Study. *JMIR Dermatol* 2023, 6: e47769.
- Altemus M, Rao B, Dhabhar FS, et al. Stress-induced changes in skin barrier function in healthy women. *J Invest Dermatol* 2001, 117(2):309-317.
- Makowska I, Gmitrowicz A. Psychodermatologia – pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. *Psychiatr Psychol Klin* 2014, 14(2): 100-105.
- Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E, Khvorik DF. Stigmatization and Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2020, 10(2): 285-296.
- Rousset L, Halioua B. Stress and psoriasis. *Int J Dermatol* 2018, 57(10): 1165-1172.
- Broniarczyk-Dyła G, Pajor A. Psychologiczne aspekty trądziku pospolitego. *Dermatologia Kliniczna* 2012, 14(2): 89-92.
- Sapuppo W, Sbrizzi C, Boltri M, et al. Assessment tools for clinical excoriation (skin picking) disorder: a mini review for diagnosing and monitoring symptoms severity. *Curr Psychol* 2024, 43: 26134-26143.
- Bartkowiak M. Zmiany skórne w przebiegu trądziku pospolitego a samoocena młodzieży. *Aesth Cosmetol Med* 2025, 14(2):73-77.
- Żelazny I, Nowicki R, Majkowicz M, Samet A. Jakość życia w chorobach skóry. *Przew Lek* 2004, 9: 60-65.
- Miękoś-Zydek B, Ryglewska-Cho A, Lassota-Falczeńska M. Jakość życia pacjentów z łuszczycą. *Post Dermatol Alergol* 2006, 23(6): 273-277.
- Wałachowska M. Dermatologiczna choroba przewlekła jako czynnik ryzyka wykluczenia społecznego. *Kultura i Edukacja* 2019, 123(1): 263-282.
- Putynkowska A, Czubek M. Bielactwo. etiopatogeneza, obraz kliniczny oraz współczesne możliwości terapeutyczne. *Kosmetologia Estetyczna* 2018, 7(5):535-540.
- Konieczna A, Winnicki AM, Krysiński J. New perspectives in vitiligo treatment. *Farm Pol* 2020, 76(6): 324-332.
- Sawińska E. Ocena poziomu stygmatyzacji wśród pacjentów z chorobami skóry. PhD Thesis. University of Rzeszów (Poland), Rzeszów 2024.
- Kosyła M, Stecz P, Wrzesińska M. Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry. *Psychiatria Polska* 2018, 52(6):1101-1112.
- Tyc-Zdrojewska E, Trznadel-Grodzka E, Kaszuba A. Wpływ przewlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatologia Kliniczna* 2011, 13(3): 155-160.
- Baranowska A, Krajewska-Kułak E, Szyszko-Perłowska A i wsp. Problem of the quality of life in dermatology. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19(1): 109-115.
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994, 19(3):210-216.
- Baranowska A, Krajewska-Kułak E, Jankowiak B i wsp. Psychodermatologia współczesnym wyzwaniem dla zespołu terapeutycznego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20(4): 512-518.
- Pacan P, Szepietowski J. Leczenie psychiatryczne i wsparcie psychologiczne pacjentów dermatologicznych. *Medycyna Faktów* 2017, 10(3(36)): 217-220.