

Pregled literature

Psorijaza kao psihokutano oboljenje

Bogdan Zrnić^{1,2}, Snežana Medenica², Aleksandra Salamadić², Zoran Pantić³, Siniša Ristić²

¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Banja Luci, Banja Luka

²Medicinski fakultet Foča, Univerzitet u Istočnom Sarajevu i Klinički centar
Istočno Sarajevo, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

³Opšta bolnica, Valjevo, Srbija

Kratak sadržaj

Promjene na koži imaju jak uticaj na psihu čovjeka. Literatura ukazuje na kompleksne međusobne odnose između psihosocijalnih faktora i psorijaze, koji u značajnoj mjeri smanjuju kvalitet života ovih bolesnika. Ovi međuodnosi zasnovani su na brojnim interakcijama koje postoje između imunskog, nervnog i endokrinog sistema, a osnova su interakcija koje postoje između mentalnog i somatskog zdravlja i okoline. Psihodermatologija se razvila kao nova oblast, spoj između psihijatrije i dermatologije. Više od samog kozmetičkog nadostatka, psorijaza je povezana s raznim psihopatološkim problemima koji mogu imati uticaj na pacijenta, njegovu porodicu i društvo. Brojne psihičke smetnje nastaju kod oboljelih od psorijaze. Takođe, kod pacijenata sa psorijazom je pronađen značajan psihijatrijski komorbiditet. Kod egzacerbacije bolesti kože dolazi i do pogoršanja psihičkog stanja bolesnika. U liječenju psorijaze neophodan je interdisciplinarni pristup dermatologa i psihijatra. Različiti oblici psiholoških intervencija su predloženi kao potencijalno koristan dodatak standardnom farmakološkom liječenju psorijaze.

Ključne riječi: psorijaza, stres, psihoterapija, imunoneuroendokrine interakcije.

Adresa autora:

Dr Snežana Medenica,
Studentska 5, Foča
+387 58 210007
medenicaigor@yahoo.com

Uvod

Psorijaza predstavlja hroničnu bolest kože s promjenljivom kliničkom slikom. Pojedini bolesnici sa psorijazom razvijaju distrofiju nokata i artritis. Bolest se javlja kod 1 do 3% opšte populacije, jednako često kod muškaraca i žena, većinom početkom trećeg desetljeća života. Kod većine pacijenata psorijaza traje tokom života s nepredvidljivim tokom i mogućnošću nastanka spontanih remisija [1-3].

Značajnu ulogu u nastanku psorijaze ima genetika, a istraživanja pokazuju da upalni i imunski mehanizmi doprinose razvoju bolesti. Uobičajeni vanjski faktori pokretači psorijaze su hladno vrijeme, fizičke traume, akutne bakterijske i virusne infekcije, dok su efekti povlačenja psorijatičnih lezija povezani s kortikosteroidima [4-6].

Opsežna literatura ukazuje na kompleksne međusobne odnose između psihosocijalnih faktora i psorijaze, koji u značajnoj mjeri smanjuju kvalitet života ovih bolesnika. Uticaj psihosocijalnih faktora pokazan je i u nastanku atopijskog dermatitisa, alopecije areate, vitiliga i akni vulgaris.

Poznavanje interakcije um-tijelo-okruženje može pomoći u poboljšanju liječenja dermatoloških oboljenja i doprinijeti povećanju kvaliteta njihovog života [7-9].

Psorijaza i stres

Psihosocijalni stres mijenja osjetljivost na različite bolesti modulirajući funkcije imunskih ćelija, posredstvom nervnog sistema i hormona. Odgovor organizmanasistemskistresjeindividualaniobuhvata aktivaciju osovine HPA (hipotalamo/hipofizno/nadbubrezi) i povećano lučenje kateholamina. Stresom indukovano otpuštanje endogenih glukokortikoida i kateholamina, može igrati važnu ulogu u mijenjanju imuno homeostaze. Izgleda da u stresu važnu ulogu ima regulacija ekspresije i/ili funkcije glukokortikoidnih receptora, a animalne studije sugerišu da socijalni stres može uzrokovati neosjetljivost tkiva na kortikosteroide [9-11].

Čini se da je upala zajednički mehanizam uključen u patogenezu više bolesti, a među njima nastanak psihičkih poremećaja i psorijaze. Stres aktivira upalne citokine i njihove signalne puteve, kao što su nuklearni faktor kB [NFkB] na periferiji i mozgu. Stres izazvan dejstvom proupalnih citokina u mozgu značajno može smanjiti lučenje neurotrofičnog faktora moždanog porijekla [BDNF]. Pomenuti mehanizmi vjerovatno pojačavaju upale ciljnih tkiva u odgovoru na infekcije, alergen ili druge faktore [12,13,14,15].

Psihološki stres dovodi do izmjene fenotipa cirkulišućih limfocita i može biti značajan okidač za

nastanak Th1 polarizovanih inflamatornih oboljenja, kao što je psorijaza. Pacijenti koji su izloženi intenzivnom i dugotrajnom stresu češće razvijaju psorijazu sa veoma ozbiljnom kožnom i organskom simptomatologijom [16,17].

Smatra se da mehanizam stres-indukovane egzacerbacije psorijaze uključuje nervni, endokrini i imunski sistem na način da se eferentne autonomne informacije iz centralnog nervnog sistema prenose do senzitivnih nerava u koži, što rezultuje oslobađanju različitih medijatora kao što je supstanca P, faktor rasta nervnog tkiva [NGF], peptid asociran sa kalcitonin gen [CGRP], vasoaktivni intestinalni peptid [VIP], neuropeptid Y, kortikotropin-oslobađajući hormon [CRH] i brojnih medijatora porijeklom iz mastocita u koži. Ove materije mogu biti i direktno sintetisane i oslobođene od brojnih ćelija kože, a takođe mogu i aktivirati različite ćelije gdje pokazuju širok spektar bioloških aktivnosti. Značajna uloga navedenih medijatora pokazana je i u drugim hroničnim bolestima kože, kao što su palmopalantarne pustuloze, atopijski ekcemi i vitiligo [18-20].

Istraživanja su pokazala da stres ima negativan uticaj na kožu ne samo putem imunomodulatornog dejstva, već i putem neposrednog uticaja na sve komponente koje čine epidermalnu barijeru, u smislu narušavanja sinteze lipida rožnatog sloja i smanjenja produkcije i sekrecije lamelarnih granula [21,22].

Psihičke smetnje koje nastaju kod oboljelih od psorijaze

Psihodermatologija istražuje međusobne uticaje psihe i kože. Promjene na koži imaju jak uticaj na psihi čoveka. Koža ima značajnu ulogu u razvoju tjelesnog i mentalnog „selfa“. Ona predstavlja „estetski self“, jer se preko nje uočavaju unutrašnji i vanjski konflikti osobe („alarmna uloga kože“). Kožni bolesnici, isto kao i psihijatrijski bolesnici, oduvijek su bili stigmatizovani i odbacivani od društva. Kožne promjene dovode do niza neprijatnih reakcija okoline: gađenja, straha, sažaljenja, mučnine [22,23].

Psorijaza je povezana sa značajnim psihološkim distresom, socijalnom stigmatizacijom, psihijatrijskim komorbiditetom i drugim psihosocijalnim faktorima. Bolesnici sa psorijazom navode često osjećaj ljutnje, depresiju, tjeskobu i socijalnu izolaciju. Kod pacijenata sa psorijazom nađen je značajan psihijatrijski komorbiditet uz široku lepezu poremećaja ličnosti, uključujući shizoidne, avoidantne, pasivno-agresivne i opsesivno-kompulzivne poremećaje ličnosti [24,25].

Pacijenti sa psorijazom pokazuju povišen stepen anksioznosti i depresivnost, naročito izraženu u fazi egzacerbacije bolesti. Često se razvije depresivni poremećaj koji može rezultovati i suicidom. Mogu se

javiti fobije, opsesivno kompulsivni poremećaj, PTSP. Simptomi depresije i suicidalne ideje javljaju se češće u teškim oblicima psorijaze u poređenju sa kontrolom [26,27].

Komorbiditet depresije kod pacijenata od psorijaze smanjuje prag za svrbež, a stepen pruritusa je povezan s depresivnom psihopatologijom [28].

Psorijaza može da utiče na samopouzdanje, druželjubivost i socijalizaciju. Kada se dijagnostikuje psorijaza, stalne pretrage i terapija bolesnika mogu da ometaju u brojnim aktivnostima i izražavanjima. Pacijentima mnoge stvari nisu jasne, žele što više da saznaju, moraju da se naviknu na drugačiji način života, da se prilagode terapijskim zahtjevima i svom novom izgledu [29,30].

Istraživanja su pokazala da je pet dimenzija psihološke stigme povezano s psorijazom: anticipacija odbijanja, osjećaj neadekvatnosti, osjetljivost na stavove društva, krivicu i sram, i povećanu tajanstvenost [31].

Teški alkoholizam (> 80 grama etanola dnevno) kod muških pacijenata sa psorijazom može predvidjeti loš ishod liječenja [26,32].

Kod pacijenata sa psorijazom registruje se smanjenje seksualnog funkcionisanja. Faktori koji do ovoga dovode su depresija, kao i činjenica da oboljeli češće prijavljuju bolove u zglobovima i veću izraženost svrbeža u području prepona [33].

Psihosocijalne intervencije u liječenju psorijaze

Nepovoljan uticaj psorijaze na kvalitet života (kozmetičko unakaženje i socijalna stigma psorijaze) može dovesti do stresa koji može pogoršati psorijazu. Pri tome su izgleda važnije psihosocijalne poteškoće, koje su svojstvene međuljudskim odnosima bolesnika s psorijazom, nego postojanje stresnih životnih događaja [34].

Liječenje psihodermatoloških problema uključuju individualnu psihoterapiju ili grupnu terapiju, kao i psihofarmakoterapiju. Kontrolisana istraživanja su pokazala da meditacija, hipnoza, relaksacioni trening, kognitivno-bihevioralno upravljanje stresom, umanjuju simptome psorijaze [35].

Način rada sa psihodermatološkim bolesnikom treba prilagoditi pojedinoj bolesti i uticaju, koji ona može imati na kvalitet života i psihološki status bolesnika. Takođe, treba imati na umu da se bolesnici, kao i svi drugi ljudi razlikuju i po osobinama ličnosti, po ostalim psihološkim problemima sa kojima se suočavaju, po načinu suočavanja sa stresom, socijalnoj podršci koju imaju i brojnim drugim činiocima. Uočeno je da kod egzacerbacije bolesti kože dolazi i do pogoršanja psihičkog stanja bolesnika, uz socijalno povlačenje, smanjeno samopouzdanje, razvitak

frustracije, bijes, anksioznost i depresiju [36].

U liječenju psihijatrijskih i dermatoloških bolesti neophodan je interdisciplinarni pristup dermatologa i psihijatra, i zbog činjenice da je prevalencija psihijatrijskih bolesti u dermatološkoj ambulanti između 30 i 40% [35,37].

Zbog svega navedenog, kožne simptome važno je uvijek staviti u individualni psihološki i socijalni kontekst. Većina bolesnika je spremna na saradnju i pozitivno reaguje na ponuđenu pomoć. Problem može nastati u grupi bolesnika s primarno psihijatrijskim poremećajima, koji rezultuju kožnim promjenama. Većina ovih bolesnika odbija pregled kod psihijatra, što dodatno otežava već i onako teško liječenje takvih bolesnika [38].

U uslovima bolesti svaki čovjek reaguje na sebi svojstven način, a to naročito vrijedi za osobe koje boluju od hroničnih bolesti. Osobnost čovjeka odražava skup genetskih, fizioloških, socijalnih i drugih činilaca. Spoznaja da boluju od neizlječive bolesti kod bolesnika izaziva intezivne emocionalne reakcije, a u skladu sa svojom strukturom ličnosti, ona im omogućava manji ili veći kapacitet za adaptaciju. Kada obole od psorijaze, bolesnici reaguju različitim mehanizmima odbrane, a u zavisnosti od psihičkog stanja, snage ličnosti, podrške okoline. Najčešći mehanizmi odbrane su: negacija, potiskivanje, projekcija, regresija [39].

Različiti oblici psiholoških intervencija su predloženi kao potencijalno koristan dodatak standardnom farmakološkom liječenju psorijaze u cilju postizanja „psihološke dobrobiti“, a neke studije izvještavaju o poboljšanju stanja kože kao posljedici njihove primjene [40].

Psihoterapija odgovara većini bolesnika, a može pomoći bolesnicima da bolje razumiju svoju bolest i nauče se suočiti sa njom. Može se usmjeriti na probleme u njihovim životima koje ta bolest uzrokuje, može pomoći bolesniku da pronade za njega najbolje tehnike suočavanja sa stresom, te djelovati na brojne druge razine. Odluka o izboru individualne, odnosno grupne terapije svakako mora zavisiti od samog bolesnika i načinu rada koji on preferira. U svakodnevnoj praksi važno je uočiti pojavu simptoma anksioznosti i depresije, koji često prate ove bolesti i razmotriti kada započeti sa medikamentoznom terapijom (anksiolitici, antidepressivi), najčešće iz grupe selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina [40].

Zaključak

Veza između bolesti kože i psihe do sada je bila podcijenjena. Psihodermatologija se razvila kao nova oblast kao spoj između psihijatrije i dermatologije.

Više od samog kozmetičkog unakaženja, dermatološke bolesti su povezane s raznim psihopatološkim problemima koji mogu imati uticaj na pacijenta, njegovu porodicu i društvo.

Psihijatar treba da je nužno uključen u liječenje bolesnika kod kojih je potrebna medikamentozna terapija, te kod bolesnika sa primarnim psihijatrijskim poremećajima koji rezultuju kožnim promjenama. Psihijatrijski simptomi su dugotrajni i zahtijevaju tretman, kako psihoterapijski tako i medikamentozni. Uloga psihijatra je i u senzibilizaciji tima za prepoznavanje psiholoških varijabli u toku dermatološkog liječenja. Bolesniku su potrebne i riječi utjehe, pažnje i ohrabivanja u dugotrajnom procesu

liječenja.

Dermatolozi moraju edukovati bolesnike o ulozi stresa i psihičkih problema u njihovoj bolesti, a ponekad i inicirati farmakoterapiju. Kod pregleda bolesnika sa psihosomatskim kožnim bolestima, dermatolog treba objasniti bolesniku potrebu saradnje i uključivanja psihologa i/ili psihijatra u timski pristup liječenju ovih oboljenja.

U više centara se stvaraju posebne psihodermatološke jedinice u kojima se mogu vršiti multicentrična/multidisciplinarna istraživanja i zbrinjavanje oboljelih. Nastavak saradnje između dermatologa i psihijatara je potreban za daljnje razumijevanje psorijaze kao psihokutanog oboljenja.

Literatura

1. Janowski K, Pietrzak A. Psoriasis: a stress-related disease. *Dermatol Ther* 2008;21(5): 409-11.
2. Koo JY, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000;43:848-53.
3. Zrnić B, Burgić-Radmanović M. Psorijaza i Stres. Banja Luka: Medicinski fakultet; 2004.
4. Urpe M, Pallanti S, Lotti T. Psychosomatic factors in dermatology. *Dermatol Clin* 2005; 23: 601-608.
5. Kimball AB, Jacobson C, Weiss S, Vreeland MG, Wu Y. The psychosocial burden of psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 2005;6:383-392.
6. Pacan P, Szepietowski JC, Kiejna A. Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris. *Dermatol Psychosomat* 2003;4:142-145.
7. Evers AW, Lu Y, Duller P, van der Valk PG, Kraaijaat FW, van de Kerkhof PC. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2005;152:1275-1281.
8. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139: 846-850
9. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Baliva G, Melchi CF, et al. Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics* 2003;44:374-381.
10. Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997;137: 755-760
11. Berg M, Svensson M, Brandberg M, Nordlind K. Psoriasis and stress: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:670-674.
12. Schmid-Ott, G.; Jaeger, B.; Boehm, T and al. Immunological effects of stress in psoriasis. *Brit J Dermatol* 2009;160:782-785.
13. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, et al. Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005;46:556-564.
14. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni FA, Peserico A, Vergili AR, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: result from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol* 2005;125:61-67.
15. Levenson JL. Updates in psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry. *Psychiatric issues in dermatology, part 1: atopic dermatitis and psoriasis. Primary Psychiatry* 2008;15:35-38.
16. Kurd SK, Richardson SK, Gelfand JM. Update on the epidemiology and systemic treatment of psoriasis. *Expert Rev Clin Immunol* 2007;3[2]:171-85.
17. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Voorhees JJ. Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Adv Dermatol* 1990;5: 21-30.
18. Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001;26: 38-342.
19. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004;45(3):155-9.
20. O'Leary CJ, Creamer D, Higgins E, Weinman J. Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *J Psychosom Res* 2004; 57:465-471
21. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis: results of a qualitative study. *Psychol Health Med.* 2009;14(2):150-61
22. Sampogna F, Piccardi A, Chren MM, Melchi CF, Pasquini P, Masini C, et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological conditions. *Psychosom Med* 2004;66:620-624.
23. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(12):833-42.

24. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, et al. Stressful life events, social support, attachment security, and alexythymia in vitiligo: a case-control study. *Psychother Psychosom* 2003;72:150-158
25. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000;143:983-991
26. Kirby B, Richards HL, Mason DL, Fortune DG, Main CJ, Griffiths CE. Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2008; 158: 38-140.
27. Filaković P, Biljan D, Petek A. Depression in dermatology: an integrative perspective. *Psychiatr Danub*. 2008;20(3):419-25.
28. Nasreen S, Ahmed I, Effendi S. Frequency and magnitude of anxiety and depression in patients with psoriasis vulgaris. *J Coll Physicians Surg Pak* 2008;18(7):397-400.
29. Fortune DG, Main CJ et al. Assessing illness-related stress in psoriasis: the psychometric properties of the psoriasis life stress inventory. *J Psychosom Res* 1997;42:467-75.
30. Haduch I, Hawro T, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Sysa- Jedrzejowska A, Zalewska A. Social support and general mental health status in psoriatic patients. *Dermatologia Kliniczna* 2008;10: 9-13
31. Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Arch Dermatol* 2010;146[8]:891-5.
32. Kotrulja L, Tadinac M, Joki-Begi NA, Gregurek R. A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychopathological traits in psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 2010;90[3]:251-6
33. Vardy D, Besser A, Amir M, Geshalter B, Biton A, Buskila D. 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.
34. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF. Psoriasis Study Group of the Italian group for Epidemiological Research in Dermatology. Family history of psoriasis, stressful life events and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: result of a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:433-438.
35. Fried RG. Nonpharmacologic treatments in psychodermatology. *Dermatol Clin* 2002;20:177-85.
36. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Tot S, Demirseren D, Buturak V. Disease-specific quality of life associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Veneerol* 2004;18:435-439.
37. Young M. The psychosocial and social burdens of psoriasis. *Dermatol Nurs* 2005;17: 15-19.
38. Dellavalle RP, Johnson KR. Do smoking, obesity and stress cause psoriasis? Comment on. *J Invest Dermatol* 2005; 125: 61-67.
39. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D. IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences [IMPROVE] investigators. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow-up study. *Br J Dermatol*. 2007;157[3]:508-13
40. Hayes J, Koo J. Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatol Ther*. 2010;23(2):174-80.

Psoriasis as a psychodermatology disease

Bogdan Zrnić^{1,2}, Snežana Medenica², Aleksandra Salamadić², Zoran Pantić³, Siniša Ristić²

¹Medical Faculty, Univerisy of Banja Luka, Banja Luka

²Medical Faculty Foča, University of East Sarajevo and Clinical Center of East Sarajevo, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

³General Hospital, Valjevo, Serbia

Skin lesions have a strong influence on the mental health. Literature indicates the complex interrelationships between psychosocial factors and psoriasis, which substantially reduce the quality of life of these patients. These interrelationships are based on numerous interactions that exist between the immune, nervous and endocrine systems and they are the basis of interactions that exist between mental and somatic health and the environment. Psychodermatology was developed as a new interdisciplinary field, a connection between psychiatry and dermatology. More than just cosmetic disfigurement, psoriasis is associated with various psychopathological problems that may have an impact on patients, their families and society. Numerous psychological disturbances occur in patients with psoriasis. Also, a significant psychiatric comorbidity was found in patients with psoriasis. Exacerbation of psoriasis leads to a deterioration of mental health. The treatment

of psoriasis requires an interdisciplinary approach of a dermatologist and a psychiatrist. Various forms of psychological interventions have been proposed as a potentially useful addition to a standard pharmacological treatment of psoriasis.

Key words: psoriasis, stress, psychotherapy, immunoneuroendocrine interactions.