

Psoriazisul - O abordare interdisciplinară

Mirona Ioana Marcu

*Centrul Regional de Prevenire, Evaluare
și Consiliere Antidrog, Timișoara*

Caius Solovan

*Universitatea de Medicină și Farmacie
"Victor Babeș" Timișoara*

Psoriasis is a chronic disease which affects approximately 2% of the world's population. Psoriasis covers a wide range of conditions, one of the features of the disease being its unpredictability, with remission and return alternating. In addition to this, mention is made of the visibility of the disease, the chronic nature of the disease and the risk of complications. Thus, psoriasis is a multifaceted immune-inflammatory disease which affects the patient's quality of life at a physical, psychological, social, sexual and occupational level. In this paper we present an overview concerning the psychological approach in cases of patients suffering from psoriasis.

Keywords: skin diseases, psoriasis, cause, psychotherapy, intervention

Address of correspondence: Mirona Ioana Marcu, Regional Drug Prevention, Evaluation, and Counselling Centre, Timisoara, Romania, tel/fax: +40 256 432351; email: mirona.marcu@yahoo.com

Afecțiunile dermatologice și specificul lor

Legătura dintre afecțiunile dermatologice și componenta psihologică a generat și încă generează numeroase controverse. O certitudine este reprezentată de existența unei morbidități psihologice ridicate în rândul pacienților cu boli de piele. Cu toate acestea cercetările interdisciplinare și serviciile de suport psiho-social în ceea ce privește managementul pacientului cu afecțiuni dermatologice sunt încă lipsite de consistență.

Bolile de piele sunt, în general, evaluate strict din perspectiva severității și sunt considerate a fi mai puțin amenințătoare sau cu un risc foarte scăzut de a genera invaliditate pentru individ în comparație cu alte categorii de afecțiuni. În mod particular afecțiunile de piele cronice reprezintă o provocare atât pentru medicină cât și pentru psihologia sănătății.

Specificul afecțiunilor dermatologice, mai ales a celor de natură cronică, ridică o serie de probleme pentru care pacientul nu este pregătit să reacționeze și la care să se adapteze. Papadopoulos și Walker (2003) menționează câțiva factori care sunt implicați în adaptarea individului la boală, atrăgând atenția asupra faptului că severitatea bolii nu este direct corelată cu modul în care se produce adaptarea la boală. Factorii enumerați de cei doi autori sunt: stilul de coping, suportul social, credințele legate de boală, stigmatul social și experiența anterioară în legătură cu boala. Astfel, adaptarea pacientului la boală, complianța terapeutică precum și modul de evoluție al bolii depind atât de factorii predispozanți și agravanți obiectivi cât și de factorii subiectivi.

În același timp, societatea însăși reacționează cu prudență scăzută în privința pacienților cu afecțiuni dermatologice, factor care de cele mai multe ori este subdimensionat în evaluarea impactului bolii asupra vieții pacientului.

Vom menționa în continuare câteva caracteristici care conturează profilul afecțiunilor dermatologice și care le diferențiază în același timp de alte categorii de afecțiuni: vizibilitatea bolii pentru pacient și pentru cei cu care interacționează, ceea ce creează sentimentul pierderii propriei intimități în legătură cu boala; asocierea unor afecțiuni cu lipsa de igienă și cu ideea de contagiozitate ceea ce conduce la fenomenul de stigmatizare și la evitarea contactelor sociale. Deși perspectivele mai vechi care corelau afecțiunile dermatologice cu ideea de pedeapsă s-au disipat, locul lor a fost ocupat mai nou de mituri sau prejudecăți raportate la tipul de boală. Spre exemplu, Papadopoulos și Walker (2003) enumeră o serie de mituri despre vitiligo oferind și explicația adiacentă: asocierea dintre vitiligo și lepră (lepra este contagioasă în timp ce vitiligo are cauze genetice), vitiligo este legat de consumul a două „produse albe” în același timp (lapte și ouă), aspect neconfirmat științific.

Din categoria afecțiunilor dermatologice la care factorul psihologic fie stă la baza debutului acestora fie are un rol major în exacerbarea manifestărilor clinice fac parte: acneea, vitiligo, dermatita atopică, urticaria și psoriazisul la care ne vom referi în mod special în cele ce urmează.

Structura pielii

Pielea este cel mai mare organ al corpului uman și implicit cea mai extinsă zonă senzorială. Suprafața sa este de 1,5 mp (Solovan, 2005).

„Pielea este structurată de la exterior spre interior astfel: epiderm, derm și hipoderm” (Solovan, 2005, p.11). Derma are o consistență dură și elastică, fiind compusă din capilare (vase mici de sânge) și fibre de colagen. „Epidermul este reprezentat de țesut epitelial stratificat keratinizat și nevascularizat. Majoritatea elementelor celulare ale epidermului o constituie keratinocitele a căror morfologie, diferită stadial în cursul diferențierii și

maturării lor, determină caracterul stratificat al epidermului” (Solovan, 2005, p.11). Celulele epidermei din stratul celular de bază se deplasează în sus prin epidermă și devin celule ale stratului cornos protector de la suprafață, iar apoi se desprind și cad. Astfel turnover-ul epidermului, o funcție a acestuia, presupune o evoluție a celulelor pe o durată de 28-32 de zile. Această funcție este mult accelerată în condiții patologice. Un exemplu în acest sens este reprezentat de psoriazis unde turnover-ul (ciclul de viață al celulelor cutanate) este de 4-5 zile, respectiv rata de multiplicare a celulelor cutanate ale pielii este de 7 ori mai mare decât rata normală.

Psoriazisul descriere și implicații psiho-sociale

Prima descriere științifică a psoriazisului a fost realizată în anul 1808 de către dermatologul englez Robert Wilan (apud Solovan, 2010). *Psoriazisul* este „este o boală cronică imuno-inflamatorie sistemică, cu un profund determinism genetic și manifestări predominant cutanate (plăci eritemo-scuamoase), ale anexelor cutanate (unghii, păr), cu complicații severe articulare și oculare, însoțită de un cortegiu de comorbidități în sfera cardiovasculară, a sindromului dismetabolic (alterarea toleranței la glucide), sau în cea gastrointestinală (boala Crohn). Psoriazisul se poate asemăna cu diabetul zaharat sub multe aspecte, dar societatea este mult mai receptivă la suferința pacientului cu diabet zaharat și foarte puțin la a celui cu psoriazis, deși implicațiile fizice și psihologice pentru pacienți sunt de aceeași amploare”. (Solovan, 2010, p.2). Wolkenstein (2006) prezintă o serie de afecțiuni (cancer, artrită, hipertensiune arterială, afecțiuni cardiovasculare, diabet și depresie) al căror impact la nivel fizic și psihic este comparabil cu cel înregistrat în psoriazis.

Există mai multe tipuri de psoriazis: gutat, pustulos, eritrodermic, etc. Cea mai comună formă de psoriazis este psoriazisul vulgar. În psoriazisul comun „fiecare zonă arată ca o placă sau un mic disc aplicat pe suprafața trupului. Suprafețele de piele anormală au adesea o culoare roșie ca vinul, mată, dar pot avea și nuanțe mai vii de roșu și ies în relief față de pielea aparent normală care le înconjoară. Au adesea formă circulară sau ovală, sau pot avea un contur neregulat, care uneori arată ca și cum s-ar fi unit mai multe plăci rotunde. Suprafața fiecărei plăci de psoriazis este aspră la atingere și are o textură solzoasă” (Marks, 2005, p.11)

Cauzele care determină apariția bolii nu sunt pe deplin elucidate, factorul genetic reprezentând însă o certitudine în stabilirea unei modalități de contractare și transmitere a bolii. Literatura medicală adresată acestui tip de afecțiune menționează și alți factori responsabili de declanșarea puseelor sau agravarea erupției, fără a menționa și ponderea sau însemnătatea acestora. Astfel, tulburările psihoafective, medicamentele, excesul de alcool, fumatul, alimentația, infecțiile rino-faringiene, tulburările imunologice și cele metabolice contribuie la elucidarea unor aspecte etiopatogenetice ale psoriazisului.

Rolul stresului în debutul și evoluția psoriazisului a constituit tema pentru o serie de studii (retrospective, prospective, etc) ale căror concluzii le prezintă Picardi și Abeni (2001). Spre exemplu, datele lui Polenghi, Gala, Citeri, Manca, Guzzi, Barcella, Finzi, (1989) arată prezența evenimentelor de viață stresante în anul precedent debutului bolii la 72% dintre cei 76 de bărbați și la 71% dintre cele 24 de femei cu psoriazis incluse în studiu. Un procent de 25% din întregul lot de studiu a raportat

prezența evenimentelor de viață stresante cu o lună înaintea debutului bolii.

În funcție de sex psoriazisul afectează în proporții egale atât femeile cât și bărbații, la sexul feminin se pare însă că boala are tendința de a se dezvolta mai devreme. În ceea ce privește *vârsta de instalare* s-au constatat două puncte de referință majore și anume: un psoriazis cu debut precoce în jurul vârstei de 14 ani și un psoriazis cu debut tardiv în jurul vârstei de 40 de ani. Mai exact, diagnosticul de psoriazis este cel mai des constatat în intervalul de vârstă 15-35 ani (Young, 2005). Totodată, cazuri de psoriazis au fost înregistrate și la nou-născuți.

Cel mai frecvent psoriazisul apare pe coate, genunchi, zona inferioară a spatelui și scalp, dar poate afecta orice regiune a corpului, inclusiv unghiile și zona genitală. Plăcile de psoriazis pot fi însoțite adesea de senzația de mâncărime sau arsură. Pentru un tablou mai complet al simptomatologiei în psoriazis vom prezenta selectiv datele reliefate de Wolkenstein (2006) privind variatele tipuri de simptome experimentate de un număr de 936 de pacienți cu psoriazis spitalizați, într-un interval de 4 săptămâni înaintea spitalizării: mâncărime (63.8%); iritație (59.7%); arsură (46.1%); durere (26%); 10 % în psoriazisul gutat până la 50% în psoriazisul artropatic) și sângerare (25.4%; 17% în psoriazisul pustulos, 19% în psoriazisul cu plăci localizate, 36% în psoriazisul palmo-plantar). Simptomele fizice care însoțesc psoriazisul afectează funcționarea fizică, percepția asupra bolii și calitatea vieții persoanelor cu psoriazis (Kimball, Jacobson, Weiss, Vreeland, Wu, 2005).

Severitatea bolii este stabilită luând în calcul atât gradul de afectare corporală, respectiv evaluarea întinderii leziunilor eritematoscuamoase prin utilizarea PASI - Psoriasis Area and Severity Index - cât și o serie de factori precum: impactul asupra calității vieții, modul în care este percepută boala și rezistența la tratament. Spre exemplu, psoriazisul sever întrunește un scor peste 10 atât la PASI cât și la DLQI - Dermatological Quality of Life Index (Finlay și Khan, 1994). Totodată, localizări ale psoriazisului precum cele de pe față, mâini, brațe sau scalp, chiar dacă sunt mai reduse ca întindere, sunt considerate a fi mai stigmatizante pentru pacient în comparație cu alte localizări poate mai extinse.

În ceea ce privește *factorii de risc* în psoriazis vom prezenta rezultatele studiului realizat de Raychaudhuri și Gross (2000), studiu realizat asupra unui număr de 104 pacienți. Cu referire strictă la factorul consum de tutun rezultatele arată că 78% dintre pacienții care au înregistrat remisiuni ale bolii erau nefumători și doar 22% dintre aceștia erau fumători, iar în ceea ce privește pacienții care nu au înregistrat remisiuni ale episoadelor de psoriazis 34% dintre aceștia erau nefumători, în timp ce 66% erau fumători. Studiul arată faptul că fumatul poate contribui la cronicizarea psoriazisului prezentând sintetic faptul că 77% dintre pacienții nefumători au avut unul sau mai multe episoade de remisiune ale psoriazisului, în timp ce incidența remisiunilor în rândul pacienților fumători a fost de 8,7 %.

În cadrul aceluiași studiu autorii mai identifică în categoria factorilor de risc pentru psoriazis alături de fumat, stresul emoțional, obezitatea, lipsa de exerciții fizice și consumul de alcool. Autorii precizează faptul că mecanismele prin care alcoolul și tutunul influențează cursul psoriazisului nu au fost foarte clar demonstrate. Cu toate acestea, autorii citează rezultatele unor studii care scot în evidență incidența mare a psoriazisului în rândul alcoolicilor. Consumul de alcool și tutun sunt asociate cu o

varietate de factori psihosociali. Totodată, consumul de alcool și fumatul predispon la contractarea unor afecțiuni precum ulcerul sau diferite boli coronariene, care se pot constitui în timp ca și complicații ale psoriazisului. Autorii menționează, de asemenea, că este posibil ca stresul generat de o serie de probleme de sănătate coroborat cu factorii psihosociali să contribuie la creșterea morbidității în psoriazis. O altă constatare indică, de asemenea, o prevalență ridicată a abuzului de alcool și țigări în rândul pacienților cu psoriazis. Un studiu întreprins în acest scop arată o prevalență de 18% a alcoolismului în rândul pacienților cu psoriazis spre deosebire de un procent de doar 2% înregistrat în cadrul grupului de control (Morse, Perry, Hurt, 1985, apud. Gupta și Gupta 2003).

Vizibilitatea leziunilor de psoriazis este asociată cu *stigmatizarea* și rejecția la nivel social. Mulți pacienți raportează experiențe de rejecție socială precum: au fost rugați să părăsească piscina, sala de sport sau salonul de coafură (Ginsburg și Link, 1993, apud. Kimball și colab. 2005).

Alte constatări cu privire la interacțiunea socială a pacienților cu psoriazis aparțin lui Young (2005) care relevă prezența unor obstacole în această direcție la 38% dintre respondenții diagnosticați cu psoriazis. Cei afectați în mod special au fost persoanele cu psoriazis sever (57%), persoanele necăsătorite și persoanele la care psoriazisul a debutat în copilărie (43%). În afara categoriilor menționate anterior, asupra cărora psoriazisul are un impact semnificativ, autoarea mai adaugă: adulții tineri (18-24 de ani); femeile, persoanele a căror psoriazis este foarte vizibil și cele care au experimentat probleme suplimentare ca urmare a psoriazisului.

Rezultatele studiului realizat de Ginsburg și Link (1989) privind credințele referitoare la stigmatizare aduc în discuție gruparea acestora în mai multe dimensiuni dintre care menționăm următoarele: anticiparea rejecției: „Mă simt fizic și sexual neatractiv(ă) când starea psoriazisului se înrăutățește”; sentimentul de a fi cu un defect: „Mă gândesc deseori că ceilalți cred că psoriazisul reprezintă murdărie (mizerie)”; sensibilitatea la părerile altora: „Câteodată mă simt izolat(ă) din cauza psoriazisului” și tendința de a ține secret: „Fac tot ce pot pentru ca membrii familiei care nu locuiesc cu mine să nu știe că am psoriazis” (Kent, apud. Walker și Papadopoulos, 2005). Unul dintre cei mai importanți predictorii pentru astfel de credințe a fost existența unei experiențe de rejecție în antecedent.

Toate acestea au consecințe la nivelul relațiilor sociale, de prietenie, reducând oportunitățile de socializare, precum și cele profesionale, afectând în timp sănătatea mentală a pacientului. Reacțiile negative ale persoanelor cu care pacienții intră în contact îi predispon la stres și anxietate, care la rândul lor influențează în mod negativ evoluția la nivel fizic a diferitelor boli de piele. (Papadopoulos și Bar, 1999).

Papadopoulos și Walker (2005) evidențiază câteva modalități de coping social prin care pacientul este ajutat să facă față mai ușor reacțiilor celor din jur, motivate de curiozitate, teama de contagiozitate, incertitudine sau impolițe. Astfel, decizia de a răspunde sau nu întrebărilor adresate, aparține pacientului, chiar dacă cei din jur pot observa boala. În cazul în care pacientul alege să vorbească despre boală acesta are câteva opțiuni: fie își construiește o explicație standard generală despre boală, fie își asumă rolul de „educator” oferind informații legate de boală și de modul în care aceasta îl afectează. Privirea insistentă a celor din jur poate fi contracarată prin menținerea

contactului vizual cu persoana însoțit de zâmbet, mesajul transmis fiind acela că ești conștient de reacția sa, dar că tu ești OK cu modul în care arăți. Totodată, a fost demonstrat faptul că gândurile optimiste conduc la perioade de remisiune mai lungi în rândul pacienților cu psoriazis (Kupfer și colab. apud. Zalewska, Miniszewska, Chodkiewicz, Narbutt 2006).

Psoriazisul, prin implicațiile sale asupra calității vieții pacientului, nu se răsfrânge doar la nivel individual, ci și asupra *familiei* în ansamblul său, aducând în același timp și modificări în ceea ce privește rețeaua de suport social a pacientului. Pacienții cu psoriazis au nevoie de un interval de timp zilnic pentru aplicarea tratamentului și pentru igiena zilnică ca urmare a tratamentului.

Un nivel redus de înțelegere din partea membrilor familiei poate crește nivelul de anxietate al pacientului. (Eghlieb, Davies, Finlay, 2007). Într-un studiu asupra impactului secundar al psoriazisului în viața membrilor familiei persoanelor cu psoriazis (28 dintre participanți erau rude, iar 35 aveau statut fie de soție fie de partener) Eghlieb și colab. (2007) evidențiază următoarele rezultate: impact psihologic (57 % declară anxietate, epuizare, supărare, nefericire și îngrijorare asupra stării pacientului și a posibilelor efecte adverse ale tratamentului sistemic); la nivel social se invocă mai puțin timp petrecut pentru activități sociale, sentimentul de jenă resimțit de membrii familiei puși în situația de a răspunde la întrebările oamenilor cu privire la psoriazisul partenerului, timp prelungit petrecut cu pacientul pentru a-l ajuta la aplicarea tratamentului sau pentru susținerea sa emoțională. Activitățile zilnice (cumpărături, plimbările de seară sau petrecerea timpului cu alți membri ai familie) sunt, de asemenea, limitate din cauza grijei direcționate către pacient: programări la spital pentru tratament sau analize de sânge.

Co-morbiditatea psihiatrică în psoriazis a făcut, de asemenea, obiectul unor studii prezentate sintetic de Russo, Ilchef și Cooper (2004) care evidențiază prezența depresiei și a anxietății ca fiind cele mai comune tulburări psihiatrice identificate în rândul pacienților cu psoriazis. Autorii mai menționează și alte tipuri de afecțiuni de natură psihiatrică, mai rar întâlnite, precum: fobia socială, dependența de alcool, tulburarea obsesiv compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic, anorexia nervoasă și schizofrenia. În același context autorii aduc informații importante legate de corelațiile dintre simptomatologia din psoriazis și severitatea simptomatologiei psihiatrice. Astfel, sângerarea a constituit un predictor al autostigmatizării în proporție mai mare decât pruritul pentru cei 100 de pacienți incluși în studiu. În contrast, alte două studii incluzând un număr de 77, respectiv 82 de pacienți au arătat o corelație directă între severitatea pruritelui și severitatea depresiei. Ca o completare a ultimei constatări este prezentat și rezultatul unui alt studiu care asociază severitatea pruritelui cu o incidență crescută a tulburărilor de somn, durerilor de cap și percepția că psoriazisul are consecințe majore în viața pacienților. Un alt aspect amintit este legat de prezența ideilor suicidare în rândul pacienților cu psoriazis.

Compliance terapeutică

Compliance reprezintă o parte importantă în managementul pacientului cu psoriazis. Rezultatele prezentate de Fouere, Adjadji, și Pawins (2005) privind modul în care pacienții cu psoriazis experimentează starea de boală derivă dintr-un sondaj realizat la nivel

European. Dintre pacienții investigați 73% au declarat o lipsă de complianță cu privire la tratament, diferențele nefiind semnificative între țările participante. Un procent de 70% dintre respondenți au declarat că aplică tratamentul doar când consideră că este necesar. Cele mai importante motive pentru atitudinea de non-complianță terapeutică au fost: eficiența slabă a tratamentului (27%); caracteristici cosmetice scăzute ale tratamentului (29%), consumul mare de timp necesar aplicării tratamentului topic (26%) și efectele secundare ale tratamentului (15%). Complianța terapeutică este necesară a fi îmbunătățită în rândul pacienților cu psoriazis. O condiție importantă care trebuie respectată este introducerea monitorizării active a pacientului.

În ecuația complianței terapeutice, variabilele importante nu țin doar de pacient, ci și de medic, de

calitatea comunicării dintre cei doi, de gradul de încredere, de satisfacția în ceea ce privește tratamentul precum și de o serie de factori familiari, psihosociali și culturali. Complianța terapeutică este în relație directă cu acceptarea bolii de către pacient. Un nivel scăzut de acceptare a bolii are ca rezultat: non-aderența la indicațiile medicale; automedicația; acutizarea distresului psihologic și reacții emoționale negative (Yalewska, Miniszewska, Chodkiewicz, Narbutt, 2006).

Papadopoulos și Bar (1999) prezintă modelul biopsihosocial al psoriazisului. În opinia autorilor psoriazisul este rezultatul unei interacțiuni dinamice între procesele fiziologice (dezechilibru endocrin), aspecte psihologice (anxietate, un nivel scăzut al stimei de sine) și situații sociale (sentimente de jenă din cauza leziunilor de psoriazis).

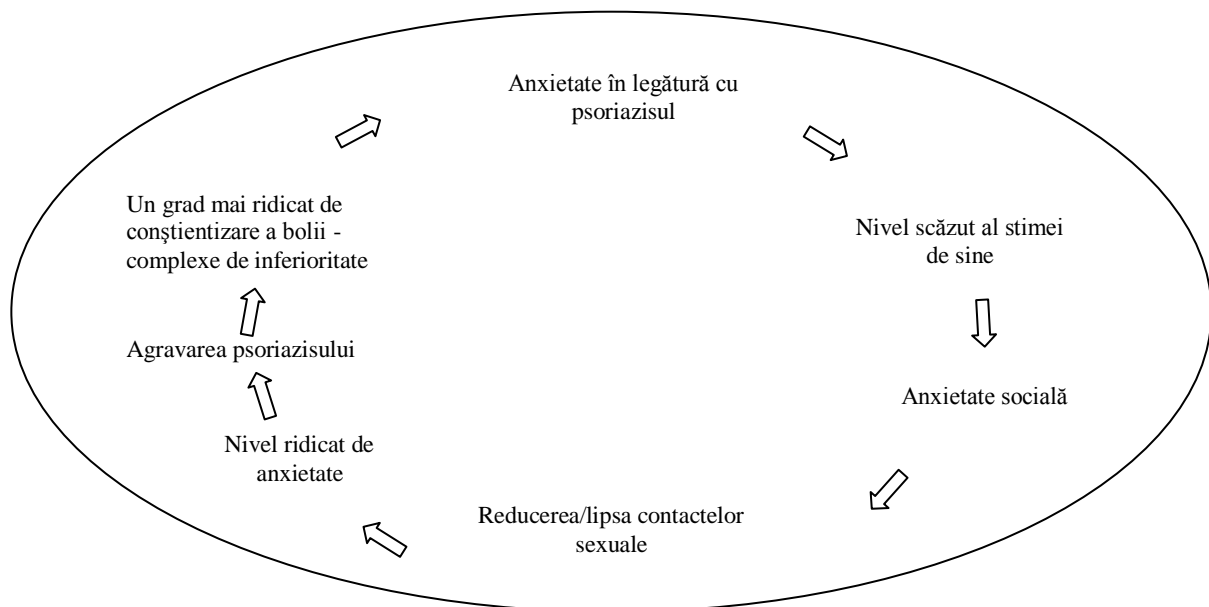


Fig. 1. Modelul biopsihosocial de menținere a psoriazisului Papadopoulos și Bar (1999)

Completarea abordării medicale a psoriazisului, prin introducerea unor informații privind calitatea vieții pacienților, a modului de raportare la boală și a reprezentării bolii, a factorilor psiho-sociali implicați, deschide perspectiva aprofundărilor cercetărilor în domeniu și a preocupărilor psihologice față de afecțiunile dermatologice în general.

Harth, Gieler, Kusnir, și Tausk, (2009) prezintă o serie de recomandări privind unele etape importante în procesul terapeutic al pacientului cu psoriazis: îngrijire psihosomatică primară; psihoeducație; terapie de relaxare, reducerea stresului, hipnoză; îmbunătățirea complianței; întărirea modalităților de coping cu boala; strategii de adaptare la viața de zi de zi; terapie de grup și psihoterapie/psihofarmaceutice (în dependență de comorbiditatea dominantă).

Una dintre terapiile care câștigă tot mai multă credibilitate în managementul pacientului cu psoriazis este terapia cognitiv-comportamentală. Papadopoulos (apud. Papadopoulos și Walker, 2005) descrie câteva linii orientative prin care pacientul cu afecțiuni dermatologice își poate îmbunătăți starea prin terapia cognitiv-comportamentală:

- acceptarea bolii;
- posibilitatea de explora opțiuni de tratament și de a facilita luarea deciziilor;

- examinarea dificultăților pe care le experimentează în legătură cu boala și înțelegerea factorilor care întrețin aceste dificultăți;
- explorarea și analiza critică a evaluărilor, gândurilor și presupunerilor;
- identificarea unor strategii de coping utile;
- facilitarea dobândirii abilităților de interacțiune socială;
- explorarea diferitelor gânduri și afirmații disfuncționale;
- examinarea problemelor care pot fi indirect legate cu afecțiunea dermatologică.
- învățarea unor modalități de a rezista la anxietatea și depresia pe care le poate anticipa.

Terapia de grup a fost, de asemenea, identificată ca având rezultate în rândul pacienților cu afecțiuni cronice de piele precum psoriazis sau eczema prin creșterea încrederii pacienților că pot face față bolii. (Ehlers și colab., 1995; Seng, și Nee, 1997; Fortune și colab., 2002, apud. Papadopoulos și Walker, 2005). Astfel, Papadopoulos (apud. Papadopoulos și Walker 2005) evidențiază rolul terapiei de grup, respectiv a trainingurilor de formare a abilităților sociale pentru pacienții cu afecțiuni dermatologice:

- întâlnesc persoane care empatizează cu ei;
- dobândesc o mai bună înțelegere asupra bolii ascultând experiențele relatate de ceilalți;
- dobândesc o serie de abilități pe care apoi le pun în aplicare cu alții;
- servește ca mijloc de suport emoțional și social pentru pacienții cu afecțiuni dermatologice.

Alte abordări psihoterapeutice ale pacientului cu psoriazis au fost amintite de Schmid-Ott, Stephan și Werfel (2003). Autorii prezintă o serie de constatări privind

utilitatea trainingului autogen în reabilitarea pacientului cu psoriazis și a terapiei psihodinamice, prezentă doar prin câteva studii de caz.

Psoriazisul este o afecțiune al cărei impact asupra stării de sănătate a pacientului nu trebuie subestimat și care are nevoie încă de fundament medical și psiho-social în vederea elaborării unor strategii și programe de intervenție terapeutică la nivel interdisciplinar care să conducă la optimizarea reinsertiei sociale a acestor categorii de pacienți.

Bibliografie

- Eghlileb, A. M., Davies, E.E.G., Finlay, A.Y., (2007). Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners, *British Journal of Dermatology*, 156, 1245-1250.
- Fortune, D.G., Richards H. L., Christopher E.M., Main G., Main, C., (2002) Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *The British Journal of Clinical Psychology*, 157-173.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., Griffiths, C.E.M., (2002). Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 27, 177-184.
- Fouere, S., Adajd, L., Pawin, H., (2005). How patients experience psoriasis: results from a European survey. *European Journal Academy of Dermatology and Venerology*, 19, 2-6.
- Gupta, M., A., Gupta, A., K., (2003), Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in patients with dermatologic disorders, *American Journal of Clinical Dermatology*, 4 (12), 833-842.
- Harth, W., Gieler, U., Kusnir, D., Tausk., F., A., (2009), *Clinical Management in Psychodermatology*, Springer, Verlag Berlin Heidelberg.
- Kimball, A., Jacobson, C., Weiss, S., Vreeland., M., G., Wu, Z., (2005), The Psychosocial Burden of Psoriasis. *Clinical Dermatology*, 6 (6), 383-392.
- Langley, R.G.B., Krueger, G.G., Griffiths, C.E.M., (2006). Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Arthritis Rheum.* 65, 1118-1123.
- Marks, R., (2005), *Tratamente pentru psoriasis*, Prahova: Editura Antet XX Press.
- Papadopoulos, L., Bor, R., (1999), *Psychological Approaches to Dermatology*, Leicester: BPS Books.
- Papadopoulos, L., Walker., C., (2003), *Understanding Skin Problems: Acne, Eczema, Psoriasis and Related Conditions*, Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Papadopoulos, L., Walker., C., (2005). *Psychodermatology*, New York: Cambridge University Press.
- Picardi, A., Abeni, D., (2001). Stressful life events and skin disorders: Disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 118-136.
- Picardi, A., Abeni, D., Renzi, C., (2003), Incidence of psychiatric disorders in dermatological patients. *European Academy of Dermatology and Venerology*, 17, 64-62.
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M., S., et.al, (2005) Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 556-564.
- Polenghi, M., M., Gala, C., Citeri, A., Manca G., Guzzi, R., Barcella, M., Finzi, A., (1989), Psychoneurophysiological implications in the pathogenesis and treatment of psoriasis. *Acta Dermato- Venerologica, Supl*, 186, 65-66.
- Raychaudhuri, S., P., Gross, J., (2000), Psoriasis Risk Factors. *Role of Lifestyle Practices*, 66, 384-352.
- Russo, P., A., J., Ilchel, R., Cooper, A., J., (2004), Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *Australian Journal of Dermatology*, 45, 155-161.
- Solovan., C., S., (2005), *Ghid de dermatopatologie cu corelații clinice*, Timișoara: Graphite.
- Solovan., C., S., (2010), Terapii moderne în psoriasis. *Viața medicală*, XXII (44), 2.
- Wolkenstein, P., (2006), Living with psoriasis. *European Academy of Dermatology and Venerology*, 28-32.
- Young, M., (2005), The Psychological and Social Burdens Of Psoriasis. *Dermatology Nursing*, 15-19.
- Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Narbutt, J., (2006). Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients, *European Academy of Dermatology and Venerology*, 21, 235-242.