



AKADÉMIAI KIADÓ

## Mentálhigiéné és Pszichoszomatika

24 (2023) 4, 281-295

DOI:

[10.1556/0406.2023.00040](https://doi.org/10.1556/0406.2023.00040)

© 2023, A Szerzők

## EREDETI KÖZLEMÉNY



# A pikkelysömör pszichológiai vonatkozásai

KOHUTICS Karina – RIGÓ Adrien\*

ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

Bérelkezett: 2023. március 12.; elfogadva: 2023. október 2.

### ABSZTRAKT

A pikkelysömör a leggyakoribb autoinflammatorikus bőrbetegség. Krónikus bőrbetegség lévén a tünetek megfelelő menedzselése és a tünetmentes állapot elérése az elsődleges feladat, ami a modern kezelésekkel ma már megvalósulhat. A betegséggel együtt járó kihívások azonban jelentős életminőségromlással is társulhatnak. A tünetek miatt gyakran sérül a testkép, az énkép, a társas kapcsolatok és a mentális egészség, így az érintetteknek szükségük lehet a komplex ellátásra és a pszichológiai támogatásra is. Jelen tanulmány célja a betegség biopszichoszociális szempontú bemutatása, külön figyelmet szentelve a stressz potenciális szerepének, az életmódbeli faktoroknak és a lehetséges egészségpszichológiai intervencióknak.

### KULCSSZAVAK

pikkelysömör, életminőség, depresszió, életmód

## The psychological issues of psoriasis

### ABSTRACT

Psoriasis is the most common autoinflammatory skin disease. As a chronic skin condition, the primary concern is the proper management of symptoms and achieving asymptomatic status, which can now be achieved with modern treatments. However, the symptoms and challenges associated with the disease can also be associated with a significant reduction in quality of life. Symptoms can often affect body image, self-image, social relationships, and mental health, so people may need complex care and psychological support. The aim of this study is to present the disease from a biopsychosocial perspective, with particular attention to the potential role of stress, lifestyle factors, and possible health psychological interventions.

### KEYWORDS

psoriasis, quality of life, depression, lifestyle

## 1. BEVEZETÉS

A pikkelysömör, más néven psoriasis, az egyik leggyakoribb krónikus betegség a bőrgyógyászat területén. Noha a patogenezise a mai napig nem teljesen feltárt, elmondható, hogy a poligénes öröklődés mellett a betegség megjelenésében és súlyosságának alakulásában hangsúlyos szerepet tölt be az érintett környezete és életmódja is. Bár számos kezelés létezik a tünetek csillapítására, valamint a tünetmentes állapot elérésére, a betegség újra és újra kiújulhat. A pikkelysömör jelentős fizikai, érzelmi és szociális terhet okoz az érintetteknek, valamint az egészségügyi rendszerre is nagy gazdasági terhet ró.

Jelen tanulmányban dióhéjban ismertetjük a pikkelysömör biológiai hátterével, a kialakulásában közrejátszó tényezőkkel, valamint a jelenleg rendelkezésre álló kezelési lehetőségekkel kapcsolatos alapvető információkat. A biopszichoszociális megközelítés szellemében sorra vesszük a pikkelysömör okozta nehézségeket, felvázolva a betegséggel járó komorbid zavarokat, és a mentális jóllét sérülékenységét befolyásoló tényezőket. Hangsúlyozzuk a

\* Levelező szerző:

Dr. Rigó Adrien,

ELTE Eötvös Loránd

Tudományegyetem,

Pszichológiai Intézet, Személyiség-

és Egészségpszichológiai Tanszék,

1064 Budapest, Izabella utca 46.

E-mail: [rigo.adrien@ppk.elte.hu](mailto:rigo.adrien@ppk.elte.hu)



stressz és a stresszel való megküzdés szerepét, az életmód jelentőségét és a multidiszciplináris megközelítés alkalmazásának fontosságát. Végül röviden áttekintjük a prevenció és intervenció lehetőségeit, amelyek segíthetnek a betegség (ön)menedzselésében és az életminőség javításában egyaránt.

## 2. A PIKKELYSÖMÖR

A psoriasis egy nem fertőző, szisztémás gyulladással járó, immunmediált betegség, amely során a bőr felső rétegében (az epidermiszben) felgyorsult epidermális turn-over, érelváltozások és immunológiai változások figyelhetők meg (Gyulai, 2017; Koo, Lee, Lee, & Lebwohl, 2004). A bőr fokozott elszarusodása jellemző, amely jelentős hatással lehet az egyén fizikai és mentális funkcióira, jóllétére és életminőségére.

A pikkelysömör felnőttkori prevalenciája 1–3% körüli, ugyanakkor az érték az életkor és a földrajzi elhelyezkedés függvényében jelentősen változhat (Parisi, Symmons, Griffiths, & Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity [IMPACT] project team, 2013). Európában a gyakoriság 0,73–2,9% közé tehető, a betegség éves incidenciája 120–140/100 000 fő. Nemek tekintetében férfiakat és nőket nagyjából egyenlő arányban érint (Parisi és mtsai, 2013).

A betegség bármely életszakaszban megjelenhet, azonban a kutatások szerint az esetek 75%-ában még a 40. életév előtt manifesztálódik, tehát gyakori a fiatalok körében (Gyulai & Kemény, 2006; Koo és mtsai, 2004). Más elméletek szerint a betegség kezdete bimodális, vagyis két csúcspont figyelhető meg: az első 16–22 éves kor között, a második pedig 57–60 éves korban jellemző (Henseler & Christophers, 1985). A fiatalokban manifesztálódó eseteket nevezik I-es típusnak, ami leginkább a genetikai háttérrel (poligén öröklődés), valamint a családi halmozódással mutat összefüggést. Gyakran generalizált, hirtelen és nagy kiterjedésben jelentkezik, a nagyobb méretű plakkok helyett inkább a kisebb, papulosus (göbszerű) bőrelváltozás figyelhető meg, amelynek kialakulásában valószínűleg nagyobb szerepet játszanak a bakteriális infekciók (Bata, 2005). Ezzel szemben a 2-es típusú pikkelysömör esetében kevésbé érhető tetten a családi halmozódás vagy a génekkel való kapcsolat (Gáspár, Nagy, Herédi, Nagy, & Szegedi, 2013).

Psoriasis esetében – a genetikai háttér mellett – a környezeti faktorok és a személy életmódja is jelentős szerepet játszhat a betegség kialakulásában és/vagy a tünetek felerősödésében (Tsoi és mtsai, 2012). Az életmódbeli tényezők közül az étrend/elhízás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az alvási jellemzők esetében találtak összefüggést a betegség aktivitásával. A pikkelysömör tüneteinek szignifikáns javulását eredményezheti az alacsony energiatartalmú étrend követése; a megnövelt Omega-3 fogyasztás (mediterrán diéta alkalmazása) és az intenzív testmozgás (Frankel, Han, Li, & Qureshi, 2012; Madden, Flanagan, & Jones, 2020). A dohányzás rontja a pikkelysömör súlyosságát, vagy akár elindíthatja a patogenezisét, mivel fokozza a szabad gyökök

termelődését. A dohányzás közvetlenül is károsíthatja a bőrt azáltal, hogy csökkenti a védő szerepet betöltő antioxidáns génkifejeződést (Armstrong, Armstrong, Fuller, Sockolov, & Voyles, 2011; Naldi, 2016). Az alkoholfogyasztás különböző mechanizmusokon keresztül indukálhatja a pikkelysömör manifesztálódását. Gátolhatja a betegség kezelését, gyulladást vált ki, illetve fokozott vakarózáshoz vezethet, mivel az etanol csökkenti a viszketés küszöbértékét (Farkas & Kemény, 2010; Svanström, Lonne-Rahm, & Nordlind, 2019). Az alvásmegvonás is fontos szerepet játszhat a pikkelysömör súlyosbodásában: nemcsak akut gyulladást vált ki, hanem megzavarhatja a bőrbarrier működését is (Smith és mtsai, 2018; Yang & Zheng, 2020).

A betegség patogenezise mindeddig nem pontosan ismert. Az epidermális keratinociták növekedésének elindításában és a folyamat fenntartásában az immunrendszer játszik szerepet. A kezdeti fázisban külső környezeti, provokáló tényezők (pl. exogén trauma, fertőzés) hatására aktiválódnak a T-sejtek és a dendritikus sejtek, majd a bőrbe vándorolva különféle gyulladást és egyéb mediátorokat termelnek (Kemény, Szabó, Széll, & Bata-Csörgő, 2014). A provokáló tényezők által aktiválódott mieloid dendritikus sejtek a nyirokcsomóba vándorolnak, citokinek bocsátanak ki, és újabb T-sejteket aktiválnak. A T-sejtek szabályozási zavara és a gyulladáskeltő citokinek túlzott kifejeződése a keratinociták növekedésének felgyorsulását eredményezi, és a neutrofil és endotél sejtek aktiválásához vezet. A keratinociták maguk is jelentős mennyiségű gyulladáskeltő hívóanyagot bocsátanak ki, ami tovább erősíti a körfolyamatot (Bata-Csörgő & Gyulai, 2018; Nograles és mtsai, 2008). A T-sejtek krónikus aktivációja következik be, ami a gyulladást tartós és ciklikus fennmaradását, és a jellegzetes bőrelváltozások kialakulását eredményezi (Nickoloff & Nestle, 2004). A felvázolt folyamatok következményeként az erek megnyúlnak és kanyargóssá válnak, az epidermisz megvastagszik (Gyulai, 2017).

A pikkelysömör elsősorban a bőrt és a körmöket érintő betegség. A bőrelváltozások a test bármely részén megjelenhetnek, lehetnek lokalizáltak, ugyanakkor több testrészt, vagy az egész bőrfelületet érintőek is. A tünetek leggyakrabban a fejbőrön, a kezeken, lábakon és körmöken jelentkeznek, de előfordulhatnak az arcon, a genitáliákon és bőrredőkben is (hónaljban, mellek alatt). Az elváltozások többnyire szimmetrikus, élesen elhatárolt, hámló, göbszerű foltok és plakkok formájában jelennek meg; a bőrfelszín általában fehér vagy ezüst pikkelyek borítják. Az elváltozások viszketést, szúrást és fájdalmat okoznak. A pikkelysömör leggyakoribb tünete a bőr hámlása (az érintettek kb. 92%-ánál fordul elő), a viszketés (72%), valamint a bőrpír (erythema, 69%; Dubertret és mtsai, 2006; Pariser és mtsai, 2016). Megkülönböztetünk enyhe, középsúlyos és súlyos psoriasist. A súlyosság meghatározásában különböző indexek segítik a szakembereket (Mrowietz és mtsai, 2011). A betegség az ízületekre is kiterjedhet, s ezáltal igen súlyos formát is ölthet, ízületi deformációkhoz és rokkantsághoz vezetve (Boehncke & Schön, 2015; WHO, 2016). A psoriasisban szenvedők 5–25%-ánál alakulhat ki pikkelysömörös



ízületi gyulladás (Dhir & Aggarwal, 2013). A kórkép leggyakoribb formája a plakkos pikkelysömör (psoriasis vulgaris), amely az esetek 90%-ában jellemző (Griffiths & Barker, 2007).

A psoriasisal élő betegek bőrén a pikkelysömörös lézió különféle hatásokra is megjelenhet (fizikai behatás, kémiai trauma, infekció, allergének, stressz, bizonyos gyógyszerek, alkoholfogyasztás), ami azt mutatja, hogy a bőrtünetmentes állapotban is kóros reakciókészség jellemzi (Bata, 2005).

A pikkelysömör számos más betegséggel mutat komorbiditást. Jelenlegi ismereteink szerint leginkább elhízással, szív- és érrendszeri betegségekkel, diszlipidémiával, metabolikus szindrómával, gyulladásos bélbetegségekkel és Crohn-betegséggel társul (Brihan és mtsai, 2020). Fontos megemlíteni, hogy a felsorolt komorbid zavarokra adott számos gyógyszer vagy kezelés (pl. béta-blokkolók, lítium-sók stb.) is kiváltója lehet magának a pikkelysömörnek.

### 3. A PIKKELYSÖMÖR KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

A pikkelysömör kezelése a tünetek kontrollálásán alapszik. Számos tényező figyelembevételre szűkséges a megfelelő beavatkozás kiválasztásához. Ilyenek például a bőrtünetek súlyossága (az érintett terület nagysága és a tünetek erőssége), az ízületek és a körmök érintettsége, a korábbi kezelések hatásossága, egyéb gyógyszerek szedése, komorbid zavarok, illetve az érintett beteg életmódja is (Gáspár és mtsai, 2013).

Pikkelysömörben a tünetek kontrollálására különböző terápiás lehetőségek állnak rendelkezésre; a lokális terápia mellett a fényterápia, a konvencionális szisztémás terápia, valamint a biológiai terápia is segíthet a tünetek csökkentésében. Amennyiben a lokális szerek és a fényterápia nem elégséges a tünetek kontrollálására, szisztémás kezelésre van szükség (Sizto, Bansback, Feldman, Willian, & Anis, 2009). A gyógyszerek többségében orális vagy intravénás úton – orvosi felügyelet és rendszeres ellenőrzés mellett – kerülnek alkalmazásra. Mivel a szisztémás kezelésben használt szerek (immunmodulátorok, nem szteroid gyulladáscsökkentők, kemoterápiás szerek, szteroidok stb.) komoly mellékhatásokat is okozhatnak, elengedhetetlen a folyamatos monitorozás és szükség esetén a kezelési módok változtatása (Mustafa & Al-Hoqail, 2013).

Az utóbbi években a kezeléseket gyakorlatában is szemléletváltás történt: az új ismereteknek, valamint a betegség patogenezisének jobb megismerésének köszönhetően új, biológiai válaszmódosító szerek jelentek meg és terjedtek el a terápiás eszköztárban. A hagyományos terápiákhoz viszonyítva a biológiai gyógyszerekkel jobb eredményeket lehet elérni, hiszen az ilyen készítmények célzottan avatkoznak be a kóros folyamatok működésébe azáltal, hogy a psoriasisra jellemző gyulladásos kaskádöt próbálják gátolni. A specifikus hatásmechanizmusok miatt a biológiai terápiák által okozott mellékhatások jelentősen enyhébbek, mint szisztémás terápia esetén (Dobos, 2017; Marson, Snyder, & Lebowhl, 2021). Biológiai terápiaként számos készítmény választható. A különböző szerek előnyeiről, hatékonyságáról és potenciális negatív következményeiről kiterjedt szakirodalom áll rendelkezésre (Marson és mtsai,

2021; Mustafa & Al-Hoqail, 2013; Ricardo & Lipner, 2021). A biológiai kezelés hátránya viszont az ára, hiszen ezen termékek lényegesen drágábbak a hagyományos terápia során használt szereknél, így ezek alkalmazása gazdaságilag erőteljesebben terheli meg az egészségügyi ellátórendszert (Balogh és mtsai, 2014).

Az orvostudomány fejlődésében megfigyelhető legújabb terápiás próbálkozások – például a génterápia és a nanoterápiás módszerek – megtalálhatók a pikkelysömör kezelése esetében is (Rapalli és mtsai, 2020)

Fontos hangsúlyozni, hogy a pikkelysömör krónikus betegség; megjelenésétől kezdve hol jobb, illetve javuló, hol rosszabb állapotok váltják egymást, így a tünetek kontrollálása folyamatos feladat (Esposito, Saraceno, Giunta, Maccarone, & Chimenti, 2006). A pikkelysömörben szenvedő betegek ellátása nemcsak a bőrelváltozások és az ízületi érintettség kezelését igényli, hanem nagyon fontos a gyakori komorbid zavarok – többek között a szív- és érrendszeri betegségek (Gisoni & Girolomoni, 2009), az anyagcserebetegségek, valamint a pszichés állapotromlás (WHO, 2016) – azonosítása és kezelése is.

Noha a modern terápiás lehetőségeknek köszönhetően minden eddiginél magasabb a teljes tünetmentességet elérni képes betegek aránya, sajnos ez nem jár együtt a pszichés megterhelés alóli azonnali felszabadulással, hiszen az aktív tünetes fázisban átélt szorongás nem múlik el egyszerűen (Wikonkál, 2015). Emiatt fontos szerepe lehet a pszichológiai támogatásnak, úgy az aktív tünetekkel élő, mint a tünetmentes betegek esetében.

A pikkelysömör okozta krónikus terheket/nehézségeket „a pikkelysömör kumulatív életút-károsodásának” (cumulative life course impairment of psoriasis, CLCI) nevezik (Kimball és mtsai, 2010). A CLCI a pikkelysömör kezelésének kulcsfogalma, mert azt jelzi, hogy ez a krónikus betegség, amely a gyermekkortól az idős korig fennállhat, súlyos terhekhez és egyes lehetőségek visszafordíthatatlan elvesztéséhez vezethet. Így életveszélyes állapotok vagy szembe-tűnő bőrelváltozások hiányában is szükség van a korai beavatkozásra és a pikkelysömör bizonyítékokon alapuló kezelésére, hogy elkerüljük a hosszú távú szenvedést, a betegség progresszióját, és a CLCI eszkalációját (Augustin, 2013).

Az egészséges életév elvesztését jelző mutatót használva (disability-adjusted life year, DALY<sup>1</sup>) azt találták, hogy a pikkelysömör terhe rendkívül magas, hiszen a hozzá tartozó globális átlagos DALY-t 1 050 660-ra becsülték, ami kétszer annyi, mint például az akut hepatitis C-vel érintettek esetében. A legmagasabb DALY Nyugat- és Észak-Európa, a magas jövedelmű ázsiai és csendes-óceáni térség, Dél-Latin-Amerika, Ausztrália és a magas jövedelmű Észak-Amerika területein érhető tetten, míg a legalacsonyabb Közép-Latin-Amerika, valamint Afrika területén. Megjegy-

<sup>1</sup> 1 DALY = 1 életévnyi veszteség, amit teljes egészségben lehetett volna megélni. Az 1 050 660 DALY azt jelenti, hogy a világban átlagosan ennyi egészségben töltött életév veszik el a pikkelysömör miatt.



zendő azonban, hogy a DALY értékét az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is jelentősen befolyásolja (Goff és mtsai, 2015).

#### 4. A PSORIASIS BIOPSZICHOSZOCIÁLIS MEGKÖZELÍTÉSE

A pikkelysömör orvosi ismertetésénél már láthattuk, hogy a biológiai tényezőkön túl környezeti és életmódbeli jellemzők is fontos szerepet játszanak a tünetek alakulásában, és a betegség (ön)menedzselésében. Másrészt maga a pikkelysömör is széles körű negatív hatást fejthet ki a mentális állapotra és a pszichoszociális működésre. A következő fejezetben áttekintjük azokat a legfőbb pszichoszociális tényezőket, amelyek a betegséggel való együttélés szempontjából meghatározóak lehetnek.

##### 4.1. A pikkelysömör gazdasági terhe

A pikkelysömörben szenvedő betegek esetében a funkcionális károsodás, bizonyos esetekben a szakmai élet lehetőségeinek beszűkülése, és az emelkedett kezelési költségek jelentős anyagi terhet róhatnak az érintett egyénre, illetve családjára. A pikkelysömör súlyosságával együtt növekszik a munkaképtelenség esélye is: például a súlyos psoriasisban szenvedők több olyan napról számolnak be, amikor állapotuk miatt hiányoznak a munkából vagy az iskolából, mint az enyhébb tünetekkel élők (Mattei, Corey, & Kimball, 2014).

Társadalmi szinten a pikkelysömör – magas elterjedtsége és komplex kezelése miatt – jelentős közvetlen és közvetett költségeket eredményezhet az adófizetők és általában a társadalom – specifikusabban az egészségügyi ellátórendszer – számára (Armstrong, Schupp, Wu, & Bebo, 2012). A psoriasisal élő betegek gyakran veszik igénybe az egészségügyi rendszer erőforrásait, hiszen életük végéig kezelésre szorulnak. Egy magyarországi, 2012-es árakra kalkulált számítás szerint például egy arthrosis psoriaticával szövődött középsúlyos és súlyos pikkelysömörrel küzdő beteg éves átlagköltsége 2,56 millió Ft, ami más betegségekhez viszonyítva is magas érték (Rencz és mtsai, 2014).

##### 4.2. Az életminőség

A pikkelysömör a kellemetlen tüneteken és a kezeléssel együtt járó nehézségeken túl befolyásolhatja az otthoni, iskolai, munkahelyi és szexuális kapcsolatokat, ezáltal csökkenti az életminőséget, és jelentős pszichés megterhelést okozhat (Eghlileb, Davies, & Finlay, 2007; Kimball, Jacobson, Weiss, Vreeland, & Wu, 2005; Pereira, Brito, & Smith, 2012; Richards, Fortune, Main, & Griffiths, 2003; Weiss és mtsai, 2002). A betegeket gyakran megbélyegzik és kirekesztik a különféle társadalmi környezetekben, beleértve az iskolákat, a munkahelyeket, az edzőtermeket, vagy akár az uszodákat/strandokat. Emiatt gyakran kerülnek a

társas tevékenységeket, és sokszor számolnak be magányról, elszigeteltségről, frusztrációról, és arról, hogy úgy érzik, nem vonzóak. A betegség megváltoztathatja a társas kapcsolatokat, és a szakmai csoportba, sőt akár a tágabb családi körbe való beilleszkedést is. A kapcsolódó pszichológiai élmények – mint a feszengés, a szégyenérzet, az alacsony önbecsülés – a mindennapi társas tevékenységeket és a munkavégzést is érinthetik, illetve szorongást és fokozott depressziót okozhatnak (Russo, Ilchef, & Cooper, 2004; Sampogna, Tabolli, & Abeni, 2012). Úgy tűnik továbbá, hogy pikkelysömörben szenvedő nők körében erőteljesebb a betegség életminőségre gyakorolt kedvezőtlen hatása, mint férfiak esetében (Petraškienė, Valiukevičienė, & Macijauskienė, 2016).

A betegek élete különösen nehezzé válik akkor, ha a pikkelysömör jól látható területeken van jelen a bőrön – például az arcon vagy a kezeken. A köröm érintettsége alacsonyabb életminőséggel és a munkaképtelen napok megemelkedett számával is kapcsolatot mutat. Ezek a betegek nagyobb valószínűséggel kerülnek kórházba is, és gyakrabban szenvednek ízületi érintettségtől (psoriatic arthritis; Augustin és mtsai, 2010).

Egy, az Egyesült Államokban végzett kutatásban azt vizsgálták, hogy a betegek életüknek mely területein éltek meg leginkább szenvedést a psoriasis miatt (Pariser és mtsai, 2016). Az eredmények alapján hét téma körvonalazódott: az érzelmi működés (hangulat, érzések), a társas jellemzők (barátok, tevékenységek), a családi működésmód (tevékenységek, kötelezettségek), a szakmai élet (munka, karrier), a fizikai működés, a szexuális intimitás és az oktatás. A felsoroltak közül a leginkább negatívan érintett területek az érzelmi élet (a betegek 98%-ánál károsult), a társas élet (94%), a családi élet (70%), valamint a szakmai karrier (68%) voltak. Az esetek 38%-ában a fizikai működés, 17%-ában a szexuális intimitás és 21%-ában az iskolai tanulmányok is kárt szenvedtek. Ezek az értékek az arthritis psoriaticában szenvedő betegeknél rendre magasabbnak mutatkoztak.

Noha a viszketést sokáig nem tartották a psoriasis lényegi jellemzőjének, számos tanulmány eredménye alátámasztotta, hogy meglehetősen zavaró tünet a betegek életében. A plakktípusú pikkelysömörrel élők esetében a betegek 70–80%-át érinti a viszketés, sőt Reich, Welz-Kubia és Rams (2014) kutatásában a betegek többsége a viszketést nevezte meg a psoriasis legzavaróbb tünetének. Elmondható, hogy a viszketés nagyobb hatással van az életminőségre, mint a fájdalom vagy a fáradtság (Verhoeven és mtsai, 2007). Noha a vakarás az adott pillanatban azonnal csökkenti a viszketést, a tartós viszketéssel küzdő betegek gyakran a bőr vérzéséig folytatják a tevékenységet (Verhoeven és mtsai, 2009).

Egy hazai vizsgálat is azt az eredményt mutatta, hogy a psoriasis az általános életminőség jelentős romlásával jár (Rencz és mtsai, 2014). A betegek mintegy kétharmadánál jelentős nehézségeket találtak az EuroQol 5 Dimensions Questionnaire (EQ-5D) fájdalom/rossz közérzet, mozgékonyosság, illetve szorongás/lehangoztság dimenziójában egyaránt. A vizsgálat eredményei alapján az is körvonalazódott, hogy az ízületi érintettségű középsúlyos és súlyos



psoriasisal élők szignifikánsan rosszabb életminőséggel jellemezhetőek mind az ízületi érintettségétől mentes közepes és súlyos betegekhez, mind pedig az életkorban illesztett általános populációbeli mintához viszonyítva.

Nemcsak a betegséggel együtt élők életét nehezíti meg a psoriasis, hanem nagy hatással lehet a partnereik és rokonok életminőségére is (Eghlileb és mtsai, 2007). A pikkelysömör hátrányosan befolyásolhatja a szexuális kapcsolatokat, valamint a hozzátartozók és a betegek közötti kapcsolatot megromlásához is vezethet. Ennek egy lehetséges oka, hogy az egy háztartásban élőkre plusz terhet róhat a betegség miatti extra házimunka (takarítás, mosás) szükségessége is, ami potenciális feszültségforrást jelent.

### 4.3. Psoriasis és depresszió

A pikkelysömörrel élő betegek más bőrgyógyászati betegségekkel – mint például akne vagy alopecia areata (foltos hajhullás) – élőkhez képest (is) magasabb pontszámot érnek el a depresszív hangulatot mérő skálákon, és gyakrabban jellemezhetőek öngyilkossági gondolatokkal (Pompili, Innamorati, Erbuto, & Costanzo, 2016). Egy 127, pikkelysömörben szenvedő beteg bevonásával végzett vizsgálatban a megkérdezettek 9,7%-a számolt be halál iránti vágyról, 5,5%-a pedig aktív öngyilkossági gondolatokról nyilatkozott a vizsgálat időpontjában (Gupta, Schork, Gupta, Kirkby, & Ellis, 1993).

A szorongás, a saját külsővel kapcsolatos negatív hiedelmek, valamint az érzelmi és társas támogatás alacsonyabb szintje növelik a depresszió kialakulásának kockázatát a betegek körében (Wojtyna, Łakuta, Marcinkiewicz, Bergler-Czop, & Brzezińska-Wcisło, 2017). A hangulatzavar megjelenésének esélyét a társbetegségek fennállása is emeli, hiszen ezek is stresszforrást és nehézségeket jelentenek a személynek (Jensen és mtsai, 2016). A depresszív hangulat számos további tényezővel mutatott kapcsolatot psoriasisal élők körében: például a magasabb észlelt stressz-szinttel és a tehetetlenségérzéssel, az alacsonyabb érzékeltség-érzéssel, és az alacsonyabb észlelt társas támogatással (ez utóbbi kifejezettebben a nők körében; Aktaş Karabay, Fişek İzci, & Aksoy, 2020; Janowski és mtsai, 2012). A szociális támogatás védő funkcióként szolgálhat a pikkelysömörben szenvedő nőknél az érzelmi zavarok kialakulásával szemben, míg a pikkelysömörben szenvedő férfiaknál ez a protektív hatás jelentéktelennek tűnik. A férfiak és a nők közötti különbség különösen erős az instrumentális és információs támogatás esetében, ami arra utal, hogy a nők jobban profitálnak az ilyen típusú támogatásokból a depressziós tünetek megelőzése szempontjából. Feltételezhető, hogy e támogatási formák révén a nők erőteljesebben képesek kontrollálni a helyzetüket, fokozódik azon érzésük, hogy a betegség mint stresszor irányítható, illetve csökken a tehetetlenségérzésük, mindezek pedig mérséklék a depressziós tünetek kialakulásának kockázatát (Janowski és mtsai, 2012).

A depresszió és a pikkelysömör kapcsolata kétirányú: amellett, hogy a pikkelysömör kockázati tényező a depresz-

zió kialakulása szempontjából, a depresszió is növeli a psoriasis megjelenésének valószínűségét és/vagy tüneteinek súlyosbodását az immunmediált gyulladási folyamatokon keresztül (Krishnadas és mtsai, 2016). A kétirányú kapcsolat a kezeléssel összefüggő eredményekben is tetten érhető. Egy 38 fős vizsgálat során a pikkelysömör szteroid terápia mellett antidepresszáns kezelésben is részesült betegeknek a beavatkozás hatására nemcsak a depresszió és a szorongás csökkenését találták, hanem a viszketéses tünetek javulása is megfigyelhető volt. A pszichológiai beavatkozások és az antidepresszáns gyógyszeres kezelés javították a tünetek észlelt súlyosságát és az életminőséget is (D’Erme és mtsai, 2014).

### 4.4. Az étellel való elégedettség befolyásoló tényezők

Az étellel való elégedettség tekintetében fontos szerepe van annak, hogy az érintett személy elfogadja-e a betegségét, vagy sem. Kowalewska, Cybulski, Jankowiak és Krajewska-Kułak (2020) azt találták, hogy az alacsony betegséglétfogadással jellemezhető személyek túlnyomó többsége (81,1%-a) meglehetősen alacsony szintet mutatott az étellel való elégedettségben is. Ezzel szemben azoknál a személyeknél, akiknél magas volt a betegséglétfogadás mértéke, alacsony étellel való elégedettségi szintet csak az esetek 28,6%-ában találtak. A betegség elfogadását jelentősen befolyásolta a beteg neme: a férfiak betegséglétfogadási szintje szignifikánsan magasabb volt, mint a nőké. A nemek tekintetében különbség fedezhető fel a szociális támogatottság szerepét illetően is. Janowski és munkatársai (2012) eredményei szerint a magasabb társas támogatottság a férfiak körében valamivel szorosabban függött össze a betegséggel való együttélés nagyobb mértékű elfogadásával, mint a nőknél.

A beteg életkorának és az étellel való elégedettségének kapcsolatát tekintve egymásnak ellentmondó információkkal találkozhatunk a publikációkban, bár Kowalewska és munkatársai (2020) a fiatalabb korosztály magasabb étellel való elégedettségről számoltak be. Az időskorúak betegségek kezelése külön figyelmet érdemel, hiszen többféle és specifikus egészségi problémával, illetve szükséglettel rendelkeznek. Esetükben előfordulhat, hogy a betegség már több évtizede jelen van az életükben, vagy késői kezdet esetén az életük egy amúgy is kritikus szakaszában hozhat egyedi kihívásokat és terheket a betegség manifesztálódása (Sampogna és mtsai, 2006).

A lakóhely is szignifikáns hatást gyakorolhat az étellel való elégedettségre (a vidéken élőknek magasabb), a megbélyegzés érzésére (a vidékieknél erősebb) és az életminőségre (városiaknál alacsonyabb). A betegség időtartama szintén befolyásolja az étellel való elégedettség mértékét, a megbélyegzettség érzését, valamint a pikkelysömörben szenvedő betegek életminőségét. Azok a személyek mutatták a legkedvezőtlenebb értékeket, akiknél 6–19 éve diagnosztizálták a betegséget, szemben az öt éven belül vagy a 20 éven túl diagnosztizáltakhoz képest (Kowalewska és mtsai, 2020).



A kutatási eredmények azt mutatják, hogy a pozitív és aktív elköteleződés (amit az edukációs intervenciók által kínált, az életet kiteljesítő programokba való bekapcsolódás motivációjának feltérképezésével mértek), valamint az érzelmi jóllét és a koherens betegségmegértés fontos szerepet játszhat a psoriasis negatív pszichoszociális következményeinek csökkentésében, és protektív faktor a depresszió és szorongás kialakulásával szemben (Langeland és mtsai, 2013; Ogłodek és mtsai, 2009, id. Ograczyk, Miniszewska, Pietrzak, & Zalewska-Janowska, 2017).

#### 4.5. A stressz szerepe és a stresszel való megküzdés jellegzetességei

Számos pszichológiai tényezőt azonosítottak, amelyek fontos szerepet játszanak a pikkelysömör kialakulásában, fellángolásában vagy önmenedzselésében. Ezek közül a pszichoszociális stressz potenciális szerepe kiemelten kutatott terület (Griffiths & Richards, 2001). A vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a kontrollcsoporthoz viszonyítva a pikkelysömörben szenvedő betegeknél magasabb az észlelt stressz szintje (Aktaş Karabay és mtsai, 2020). Ha áttekintjük a distressz és a betegség közötti kapcsolatot vizsgáló korábbi kutatásokat, azt láthatjuk, hogy az érintettek jelentős aránya kiváltó tényezőként tekint a distresszre (31–88%; Rousset & Halioua, 2018; Doodoo-Schittko, 2018), ugyanakkor a betegség fellángolását is gyakran kapcsolják stresszhatásokhoz (Ammar-Khodja és mtsai, 2015). Ezzel ellentmondó eredményeket is publikáltak azonban, vagyis azt, hogy a stresszkeltő események gyakoriságát tekintve nincs lényegi különbség a kontrollcsoportok és a psoriasisos élők között (Eskin, Şavk, Uslu, & Küçükaydoğan, 2014; Picardi és mtsai, 2005). Feltételezhető, hogy a pikkelysömör negatív hatással van a betegek stresszérzékelésére is, s ez a jelenség is hozzájárulhat ahhoz, hogy ők szignifikánsan magasabbnak érzik a distressz szintjét (Pancar, Durmus, & Sarisoy, 2019).

Yang és Zheng (2020) összefoglalták a distressz és a psoriasis közötti kapcsolat feltételezett mechanizmusait. Az áttekintés alapján az körvonalazódott, hogy azoknál a betegeknél, akik tartósan magasabb szintű napi distresszt tapasztalnak, a hipotalamusz–hipofízis–mellékvesekéreg-tengely aktivitása alacsonyabb, ami a gyulladáscsökkentő citokinek felül szabályozását eredményezheti. Ez együtt jár olyan kulcsfontosságú neuromodulátorok módosulásával, amelyek indukálhatják a pikkelysömör súlyosbodását (Yang & Zheng, 2020).

Pszichológiai és viselkedési mechanizmusok is szerepet játszhatnak a distressz és a tünetek súlyosbodásának kapcsolatában. A betegek többsége úgy érzi, hogy a viszketés negatívan befolyásolja az életminőségét, kiváltva a hangulatát, a koncentrációs képességét, az alvását, a szexuális vágyát és az étvágyát; tehát egyértelműen distresszt okoz az életük számos területén (Amatya, Wennersten, & Nordlind, 2008). A viszketés miatt keletkezett distressz viszont önrontó körként tovább ronthatja a tüneteket. Ennek ismeretében

nem meglepő, hogy a viszketés erőssége és a napi stresszszint között pozitív irányú összefüggés figyelhető meg. Azon felül, hogy a vakaródzást a betegség egyik legzavaróbb tüneteént élik meg a személyek, ez a viszketésre adott viselkedés fiziológiai választ is indukál, hiszen egy immunológiai marker – az interferon- $\gamma$  – szekrécióját eredményezi, ami szintén szerepet játszik a pikkelysömör súlyosbodásában (Verhoeven és mtsai, 2009).

A hosszan tartó aggodás, ami jellemzően a tünetekkel és a megjelenéssel lehet összefüggésben – kognitív tényezőként bekapcsolódva –, elnyújtja az endokrin és az immunrendszer stresszhez kapcsolódó érzelmi és fiziológiai válaszában lefutását, s ezáltal szintén fokozhatja a tüneteket (Fortune és mtsai, 2003; Verhoeven és mtsai, 2009).

A pszichológiai distressz nemcsak fiziológiai, viselkedési és kognitív utakon hathat az állapotra, hanem interferálhat a betegség kezelésével is. Azok a páciensek, akik alacsonyabb szintű aggodást mutatnak, kedvezőbben reagáltak a kezelésre, mint azok, akiket magas szintű aggodalom jellemez (Fortune és mtsai, 2003).

Psoriasisos élők esetében utalnak adatok a stresszel való megküzdési stratégiák korlátozottságára is. Az egészséges személyekkel összehasonlítva a pikkelysömörbetegek esetében jellemzőbbek az érzelemközpontú/passzív megküzdési stratégiák, míg a distressz kezelésének aktív módjai ritkábban jelennek meg (Fortune, Richards, Main, & Griffiths, 2002). A kevésbé aktív megküzdés, a tervezés elégtelensége, a pozitív újraértelmezés hiánya és a gyenge humorérzék jellemzőbbek a pikkelysömörben élő egyének körében. A súlyosabb viszketést megélt betegeknél gyakrabban alakul ki a „lemondás” és az „önvád” mint betegséggel való megküzdési stratégia (Janowski, Steuden, & Bogaczewicz, 2014).

#### 4.6. A stigmatizáció és hatásai az egyénre

Minél fiatalabb az egyén a pikkelysömör diagnosztizálásakor, annál valószínűbb, hogy társas megkülönböztetést tapasztal meg, és az is, hogy megpróbálja eltitkolni a betegségét (Kim, Seidler, & Kimball, 2015). A pikkelysömör korai megjelenése a mások véleményére való fokozott érzékenységgel, büntudattal és szégyenérzettel, valamint titkolódzással jár. A fiatalkori pikkelysömör különösen a szabadidős és társas tevékenységekre van hatással, rontva azt a szocializációs folyamatot, amelynek szerepe éppen a fiatalokban lenne a legjelentősebb (Kim és mtsai, 2015). A gyermekkori pikkelysömör tartós hatása egy életen át nyomom követhető, és hozzájárul a társas visszahúzódáshoz és a diszkriminációhoz.

Egy közelmúltbeli vizsgálatban azt az eredményt kapták, hogy a psoriasisos élők betegeknél egy olyan kísérleti paradigmában, amelyben a társas kirekesztés érzését idézték elő, magasabb szimpatikus idegrendszeri aktivációt mutattak, mint a kontrollszemélyek, továbbá nagyobb igénytelenséggel rendelkeztek a társas újrapcsolódásra (Ponsi, Monachesi, Panasiti, Aglioti, & Panasiti, 2019).



A stigmatizációt megélt betegek esetében magasabb stressz- és viszketési intenzitás volt megfigyelhető, és ők alacsonyabb életminőségről számoltak be, mint azok, akik nem észleltek jelentős megbélyegzettséget (Hrehorów, Salomon, Matusiak, Reich, & Szepietowski, 2012). Van Beugen és munkatársai (2017) eredményei szerint általánosságban elmondható, hogy azok a betegek, akik erősen stigmatizálnak érzik magukat, kisebb eséllyel rendelkeznek partnerrel, alacsonyabb iskolai végzettségűek, és magasabb szintű szociális gátoltság jellemzi őket. A megbélyegzettség érzése, valamint a vele együtt járó fokozott szociális szorongás és elkerülés szorosan összefüggenek az életminőség romlásával.

#### 4.7. A negatív testkép és következményei

A psoriasis az egyik legjelentősebb hatását a testképre fejt ki. A betegség következtében kialakuló látható testi elváltozások negatívan befolyásolják a testképet, ami az önbecsülés csökkenéséhez vezet, s ezáltal számottevően rontja az életminőséget is (Kouris, Platsidaki, Kouskousis, & Christodoulou, 2017).

A megváltozott, negatív testkép a test fokozott takarogatását, szexuális gátlásokat és csökkent edzési aktivitást eredményezhet. A fizikai aktivitás alacsony szintje viszont növeli a metabolikus szindróma kialakulásának kockázatát (Khoury, Danielsen, & Skiveren, 2014).

Mivel az érintettek a látható testi tüneteket túlságosan feltűnőnek érzékelhetik, bőrük eltakarásával próbálják elkerülni mások figyelmét. Ez gyakran azzal jár, hogy olyan ruhákba öltöznek, amelyek viselése nem illeszkedik az adott időjáráshoz (pl. évszaknak nem megfelelő, teljes testet takaró öltözet nyáron). Ez a stratégia további problémákat okozhat, hiszen egyrészt rendkívül kényelmetlen, másrészt a következtében fellépő fokozott izzadás is erősítheti a tüneteket, így a viszketés és a hámlás jelentős probléma marad, vagy akár fokozódhat is. A psoriasisos élők különböző speciális testhelyzeteket és trükköket is bevetnek, hogy titokban tartásuk betegségüket. Ilyen lehet például a körömrétegtetés takarása körömlakkal, vagy a karok alsó részén látható plakkok titkolása a kar felemelésének tudatos elkerülésével. Ezek a praktikák a saját test és a viselkedés folyamatos monitorozását és kontrollálását igénylik. Az önmonitorozás viszont egyfajta tünetekre fókuszált figyelmet eredményezhet, ami által felerősödhetnek a beteg önmagával szembeni negatív érzései (Khoury és mtsai, 2014).

A testhez való viszonyulás és a társas kapcsolatok összefüggésében elgondolkodtató adatokat publikáltak. Jelentős erősségű, negatív irányú kapcsolatot találtak a szülői érintés megélése és a bőrrel kapcsolatos undor között: minél inkább undorodtak maguktól a betegek, annál kevésbé értékelték pozitívan azt, ha gyermekkorukban megérintették őket (Lahousen és mtsai, 2016). Ennek látszólag ellentmondó eredmény, hogy a pikkelysömörben szenvedők a partnerkapcsolatban való érintést kellemesebbnek értékelték, mint az egészséges kontrollszemélyek. Ennek lehetséges magya-

rázata, hogy a kapcsolatban élő pikkelysömörös személyek hajlamosak idealizálni a párkapcsolatukat, mert hálásak azért, hogy olyan társat találtak, aki a betegségük ellenére elfogadja őket (Lahousen és mtsai, 2016). Más kutatók azonban, ezzel ellentétben azt találták, hogy a betegek nem tartják magukat vonzóknak, a bőrükön található sebek és érdesség miatt nem tudják megélni érzékiségüket, visszatartónak találják magukat, és képtelenek elhinni párjuk dicsérő szavait (Khoury és mtsai, 2014).

A negatív testkép és a testtel való elégedetlenség az önértékelésre is kedvezőtlen hatással lehet. A vizsgálatok eredményei szerint a pikkelysömör enyhe formája esetén a nők és a férfiak önértékelése nem különbözik lényegesen egymástól. Az ízületi gyulladásban is szenvedő betegek esetében azonban a férfiak szignifikánsan alacsonyabb önértékeléssel jellemezhetők, mint a nők, és negatívabban tekintenek az életkilátásaikra is (Brihan és mtsai, 2020). Ízületi fájdalom esetében a negatívabb énkép és a kedvezőtlenebb társas viszonyok mellett bizonyos fizikai tevékenységek végzése is károsodhat, vagyis ilyen esetben a betegség jelentősen több korlátozással jár. Így csökkenhet a nemre specifikus tevékenységek (pl. a tartós, megerőltető fizikai munkák) elvégzésének a képessége is, ami szintén hozzájárulhat a negatívabb énkép erősödéséhez. A 30 év alatti, felsőfokú végzettséggel rendelkező fiatal férfiak esetében ez a jelenség még hangsúlyosabb, ami azzal függhet össze, hogy az esetükben még jelentősebb a szakadék az önmaguk elé állított elvárások és a valóság között (Brihan és mtsai, 2020).

A negatív testkép és énkép számos olyan emóciót indukálhat, amelyek veszélyeztethetik az érintettek mentális jóllétét. Gyakran megjelenő érzés a megbélyegzés hatására kialakuló szégyen és büntudat, amely fokozza az öngyilkossági gondolatokra való hajlamot (Kouris és mtsai, 2017). Jellemző lehet a harag érzése is, vagy a betegség valamilyen büntetésként való megélése (Khoury és mtsai, 2014).

#### 4.8. A pikkelysömör és az érzelmek szabályozása

Pikkelysömörben szenvedő betegek esetében egyes publikációk szerzői az érzelmi élet és az érzelmszabályozás jellegzetességeire is felhívják a figyelmet. A psoriasisban érintettek körében jellemzően magasabb az érzelmi sebezhetőség mértéke, ami befolyásolhatja a betegség alakulását és kezelését egyaránt (Ciuluvica, Amerio, & Fulcheri, 2014). Hangsúlyosabbnak találták körükben az érzelmek elnyomásának az alkalmazását, valamint több impulzuskontroll-nehezséget, és a saját érzelmi válaszok nagyobb arányú el nem fogadását azonosították az egészséges kontrollszemélyekhez viszonyítva (Ciuluvica és mtsai, 2014; Ciuluvica, Fulcheri, & Amerio, 2019). Az érzelmszabályozás nehézsége negatívan korrelál a kezeléssel való elégedettséggel, és pozitív együtt járást mutat a betegség okozta kellemetlenségekkel, a pszichopatológiai tünetek, valamint a kihagyott munkahelyi/iskolai napok számával (Almeida és mtsai, 2017).

Pikkelysömör-betegség esetében az alexitímiát is gyakran találtak (Lim, Bewley, & Oon, 2018; Panasiti, Ponsi,

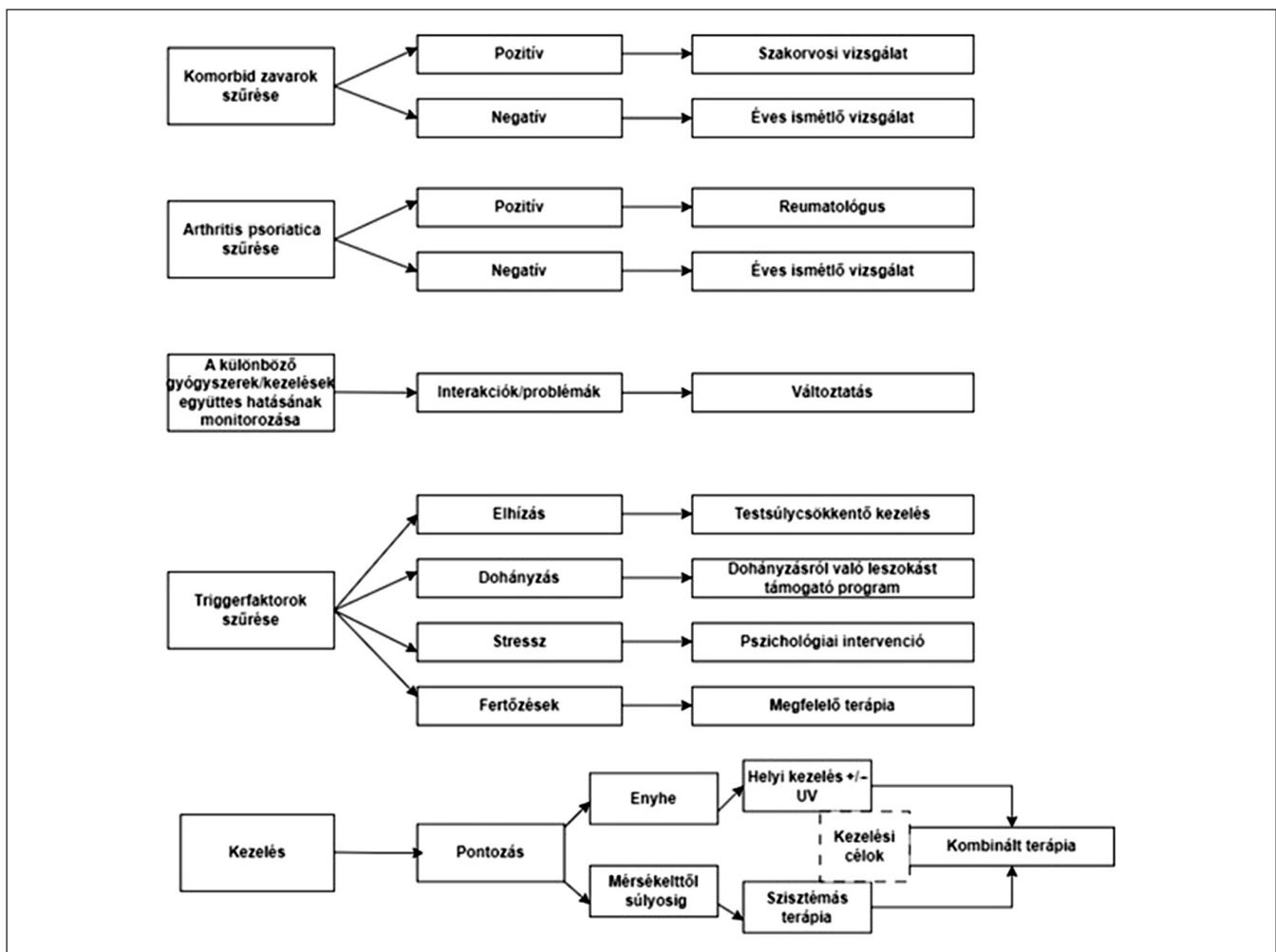


& Violani, 2020). Az alexitímiával társuló pikkelysömör nagyobb fokú szomatizációval, interperszonális érzékenységgel, szorongással és fóbiával függ össze, mint az alexitímia nélküli psoriasis (Korkoliakou és mtsai, 2017).

Az érzelmi intelligencia szerepét is vizsgálták a psoriasisal való megküzdésben és a betegség alakulásában. A pikkelysömörben szenvedők nagyobb mértékű étellel való elégedettséget mutattak, ha magasabb érzelmi intelligenciával rendelkeztek. Ez az összefüggés akkor volt jelentős, ha a személyek képesek voltak felhasználni az érzelmeiket a gondolkodásban és a cselekvéseik irányításában (Basińska & Drozdowska, 2013). Minél súlyosabb volt a pikkelysömör, és minél nagyobb testfelületen jelentkeztek a tünetek, annál egyértelműbben fejtette ki a magasabb érzelmi intelligencia a pozitív hatását az étellel való elégedettségre. A vizsgálatok eredményei alapján az érzelmi intelligencia segít a nehéz helyzetek kezelésében, a betegség elfogadásában, és védőfaktorként működik a betegség negatív következményeivel szemben (Basińska & Drozdowska, 2013).

### 5. EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI BEAVATKOZÁSI PONTOK ÉS INTERVENCIÓK PIKKELYSÖMÖR ESETÉBEN

A pikkelysömörrel járó kihívások megismerése alátámasztja a különböző pszichológiai intervenciók létjogosultságát a betegek támogatásában. A komplex kezelésben számos beavatkozási pont áll rendelkezésre (1. ábra). Míg az ábra inkább a komorbid zavarok és a triggertényezők azonosításában láttatja a pszichológiai megközelítés szerepét, addig a fenti szakirodalmi áttekintés fényében fontos lehet az érintettek énhatékonyság-érzésének fejlesztése, a bőrbetegség önmenedzselésének erősítése, továbbá az őket kezelő egészségügyi személyzet edukációja, és kommunikációjának fejlesztése. Hasonlóan hasznos lehet a stigmatizációt és tévhiteteket elimináló programok támogatása is. A felvázolt modell szerint a pszichológiai intervenciók a legnagyobb szerepet a triggerfaktorok (elhízás, dohányzás, stressz) csökkentésében kapják; ezeket a lehetőségeket az 5.4. fejezetben érintjük részletesebben.



1. ábra. Beavatkozási pontok a psoriasis menedzselésében (Mrowietz, Steinz, & Gerdes, 2014, 708. o. nyomán)

Megjegyzés: UV = ultraviola-sugárzás





Tanulmányunk további részében kifejezetten az egészségpszichológiai intervenciókra fókuszálunk, mivel az általánosabb pszichológiai intervenciók és pszichoterápiás technikák bőrbetegségekben történő alkalmazásáról jelen tematikus kötet külön tanulmányt tartalmaz.

### 5.1. A szűrések fontossága

A psoriasis menedzselésében a különböző típusú szűrések (pl. a komorbid testi és lelki zavarok, illetve az általánosabb pszichológiai intervenciók és pszichoterápiás technikák bőrbetegségekben történő alkalmazásáról jelen tematikus kötet külön tanulmányt tartalmaz.) jelentik az egyik legjelentősebb beavatkozási pontot. Noha a betegség elsődleges prevenciójában a lehetőségek korlátozottak, hiszen a betegség kialakulásában számos tényező szerepet játszik, a triggerfaktorok csökkentésében, és ezáltal a betegség kialakulásának megelőzésében vagy késleltetésében számos lehetőség rejlik a beavatkozásra. A másodlagos prevenció, vagyis a szűrések lefolytatása, a komorbid szomatikus és mentális zavarok gyakorisága miatt is kiemelt jelentőségű. Figyelni kell arra, hogy legyenek könnyen elérhető információk a szűrésekkel kapcsolatban (mi várható, hogyan zajlik a szűrés, miért hasznos, milyen előnyökkel jár, ha valaki rendszeresen eljár a szűrésekre). Ebben sokat segíthetnek az edukációs tartalmak (akár nyomtatott betegtájékoztatók, akár online elérhető javaslatok vagy filmek formájában), valamint az orvosok szerepe is jelentős lehet a szűrésen való részvétel facilitálásában.

### 5.2. A kezeléseken való részvétel javítása

A kezelés sikerességének fontos befolyásoló tényezője az orvos–beteg kapcsolat. DiMatteo, Haskard-Zolnierok és Martin (2012) az ún. információ–motiváció–stratégia modell alkalmazását javasolják az együttműködés növelésének érdekében. Ennek első komponense az információnyújtás, vagyis a tiszta, világos kommunikáció a páciens felé. Fontos, hogy az orvos a beteg előzetes ismereteit is figyelembe vegye, rendszeresen ellenőrizze, hogy a páciens megértette a hallottakat, és kifejezze az együttérzését, ezáltal is bátorítva a nyílt kommunikációt. A beteg döntéshozatalba való bevonása segítheti a hosszú távú terápia sikerességét, ezáltal pedig fény derülhet a kezelési együttműködést akadályozó tényezőkre is (Pilling, 2018). A modell második eleme a motiváció. Fontos hangsúlyozni, hogy a betegek azt a kezelést fogják betartani, amelyben maguk is hisznek, emiatt kiemelt a közös döntéshozatal és a megfelelő bizalmi kapcsolat az orvos és a páciens között. A betegben megjelenő, a kezeléssel kapcsolatos negatív érzések, gondolatok, hiedelmek meghallgatásával és tisztázásával is növelhető a motiváció. Ha a kliens még nem jutott el oda, hogy kellő motivációval rendelkezzen, annak növelésére fontos eszköz lehet a motivációs interjú lefolytatása (Pócs, Hamvai, & Kelemen, 2017). A modell utolsó eleme a stratégia, ahol az egészségügyi szakembereknek segíteniük kell a pácienseket abban, hogy megfelelő készségeket és gyakorlatokat alakítsanak ki az akadályok leküzdésére. Fontos azonosítani, hogy milyen

okok miatt lehet nehezített a kezelés iránti elköteleződés, milyen nehézségekkel és információhiánnyal küzd az adott páciens. A szükséges életmód-változtatás, a gyógyszerekkel kapcsolatos akadályok, a kezeléstől és a mellékhatásaitól való félelem, a kezeléssel együtt járó egyéb kellemetlenségek és nehézségek mind-mind csökkenthetik a konzisztens részvételt. Az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók (Purebl, 2018) rendszeres alkalmazásával a szakemberek hatékonyan csökkenthetik az inadekvát félelmeket és növelhetik az együttműködést.

Feldman, Behnam, Behnam és Koo (2005) összegyűjtötték azokat a tényezőket, amelyek a pikkelysömör kezelésére szolgáló betegközpontú ellátást biztosíthatják. Útmutatásként a következő javaslatokat fogalmazták meg az ellátó szakemberek számára (1. táblázat).

#### 1. táblázat. Javaslatok az egészségügyi szakemberek részére a betegközpontú ellátás biztosításához (Feldman és mtsai, 2005)

Vegyén részt kétirányú kommunikációban!
Tájékoztassa a beteget a betegségről, és észszerű elvárásokat fogalmazzon meg a kezeléssel és az eredményekkel kapcsolatban!
Közérthető, hasznos és a beteg motiválását segítő információkat közöljön!
Javasoljon hiteles internetes oldal(aka)t, ha a beteg további információt kér!*
Vonja be a beteget a döntéshozatalba!
Legyen empátikus, hallgassa és ismerje meg, hogyan hat a betegség a betegre!
Kommunikáljon a beteggel, miközben megérinti a bőrfelületen található sérüléseket!
Legyen tudatában a páciens szorongásának, és fordítson különös figyelmet a depresszió esetleges jeleire!
Készüljön fel a beteg dühének és elkeseredésének megfelelő kezelésére!
Ha elégedetlen a kezelés eredményével kapcsolatban, próbálja meg minél kevésbé éreztetni ezt a pácienssel!

\* Hazánkban például: <https://semmelweis.hu/borklinika/a-beteg-ellatas-fo-profiljai/a-magyar-dermatologiai-tarsulat-betegtajekoztato-anyagai/>

### 5.3. Az önmenedzselés facilitálása

Az egészségügyi szakemberek szerepének hangsúlyozása mellett arról is szükséges beszélnünk, hogy a krónikus betegségek menedzselése egy egész életen át tartó folyamat, és folytonos alkalmazkodást igényel a hétköznapi életben. A betegség megfelelő kezelése mellett elengedhetetlen az önmenedzselési stratégiák elsajátításának támogatása a betegek egészségének és életminőségének javítása érdekében. Az önmenedzselés fejlesztésére egyéni vagy csoportos foglalkozá-



sok, írásos anyagok, önéletrajzi könyvek, vagy – a modern technológiai vívmányokat kihasználva – akár telefonos applikációk, hasznos weboldalak is alkalmasak lehetnek. A telefonos applikációra példa az AIPDerm, amely képes számos bőrbetegség elődiagnosztizálására.<sup>2</sup> Az applikációt hazánkban a Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinikáján vezették be. Hasonló applikáció gyermekek számára a MedInnoScan alkalmazás, amelyet a Szent János Kórház Gyermekbőrgyógyászata kínál.<sup>3</sup>

Érdekes olyan egészségpszichológiai szellemiségű programban gondolkodni, amelynek elemei változatosak, és számos készség fejlesztését integrálják (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002).

Ha az önmenedzselés összetevőit a betegek (mint a kihívásokban érintettek) és az orvosok (mint a szakterület specialistái) közösen határozzák meg – bármilyen platformon zajlik is –, az segít a pikkelysömör hatékony önkezelésében. Azok a betegek, akik tisztában vannak a kezelések előnyeivel és kockázataival, sikeresebben követik a terápiás tervüket (Safdari, Firoz, & Masoorian, 2017).

#### 5.4. A szükséges életmódbeli változások támogatása

Psoriasis esetében az életmód-változtatásnak is komoly szerepe lehet az állapot javításában. Az alábbiakban három olyan kockázati tényezőt emelünk ki, amelyek egészségpszichológiai megközelítése jelentős állapotjavulást hozhat a betegek életében. Az életmód-változtatás facilitálásában az egészségügyi személyzet is részt vállalhat, ha azonban a folyamat hosszabb vagy gyakoribb konzultációs alkalmakat igényel, érdemes egészségpszichológus segítségét igénybe venni.

A dohányzók száma meglehetősen magas a pikkelysömörrel élő páciensek körében (Lønnberg és mtsai, 2016; Richer és mtsai, 2016). A betegek stresszel való megküzdését áttekintve már láthattuk, hogy az eszköztárunk korlátozott lehet, és gyakran tartalmaz aktív technikák helyett passzív, érzelmi fókuszú megközelítéseket, ahol teret kapnak az olyan feszültségcsökkentő káros szokások, mint például a dohányzás. A pikkelysömör tüneteinek súlyossága a dohányzás gyakoriságával arányosan emelkedik. Magyarórásként a dohányzás oxidatív stresszt fokozó, valamint az anti-oxidáns génkifejeződést csökkentő hatása állhat (Armstrong és mtsai, 2011; Emre és mtsai, 2013; Naldi, 2016). Az adatok alapján kiemelt jelentőségű lehet a dohányzással mint triggerfaktorként foglalkozni, a dohányzás okozta kockázatot tudatosítani, s a dohányzástól való leszokást támogatni. Hazánkban számos intézmény kínál bekapcsolódási lehetőséget dohányzástól való leszokást támogató programba.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> <https://www.aipderm.hu/hu>

<sup>3</sup> <https://play.google.com/store/apps/details?id=hu.welow.medinnoscan&hl=hu&pli=1>

<sup>4</sup> Dohányzástól való leszokást támogató intézmények: Egészségfejlesztési Irodák, Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ, a tüdőgondozók hálózata. Pontosabb információ elérése céljából a [www.leszokastamogatas.hu](http://www.leszokastamogatas.hu) internetes oldal felkeresése javasolt.

Bár a gyakorlati szakemberek már jóval korábban felhívták a figyelmet az elhízás és a pikkelysömör közötti összefüggésre, kutatási eredményekkel csak az elmúlt évtizedekben támasztották ezt alá. A vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a psoriasis és a súlyfelesleg közötti kapcsolat kétirányú. Az elhízás előfordulása az érintettek körében körülbelül kétszerese az általános populációban tapasztaltnak (Herron és mtsai, 2005; Naldi és mtsai, 2005). Az elhízás, több mérőszámmal mérve (pl. testtömegindex [BMI], derék- és csípőkörfog, derék-csípő-arány, a súlygyarapodás mértéke) is jelentős kockázati tényezőt jelent a pikkelysömör kialakulásában. Ezzel szemben a 21 alatti BMI a psoriasis alacsonyabb előfordulási gyakoriságával jár együtt (Setty, Curhan, & Choi, 2007). Az elhízás a gyulladást elősegítő útvonalakon keresztül hajlamosíthat a pikkelysömör kialakulására. A betegség kockázata az elhízottság emelkedésével együtt nő, és az elhízás a fennálló pikkelysömör tüneteit is súlyosítja (Jensen & Skov, 2016). A jelentősebb túlsúly a biológiai szerek hatékonyságát is csökkenti, és magasabb kezelési költségekhez vezet (Jensen & Skov, 2016). Ellenirányú mechanizmusként feltételezik, hogy a tünetek súlyosbodása fokozott mértékű evéshez vezet, amennyiben a személy hajlamos a stresszel való megküzdés módjának a stresszevést alkalmazni. Mindezek alapján a fogyás és a stresszevést csökkentése is fontos cél lehet a pikkelysömör menedzselésében. A stresszkezelési készségek fejlesztésére, valamint az érzelmi evés csökkentésére javasolható a Williams ÉletKészségek Program® (Stauder, Balog, Kovács, & Susánszky, 2016), illetve annak egy speciális, érzelmi evésre kidolgozott változata, amely hazánkban is elérhető.<sup>5</sup> A fogyásban szintén segítséget nyújthat a kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő programokhoz kifejlesztett, önéletrajzi formában is alkalmazható munkafüzet (Kohlne Papp & Perczel-Forintos, 2020).

Plakkos pikkelysömörben szenvedő betegek alkoholfogyasztását vizsgálva azt találták, hogy a minta 17–30%-a küzd alkoholproblémákkal (Kirby és mtsai, 2007). A páciensek 13%-ára a folyamatosan fennálló, 18%-ára a korábbi években tapasztalt alkoholproblémák voltak jellemzőek. Összefüggést találtak a megnövekedett alkoholfogyasztás és a fokozott szorongás, valamint a depresszió között is, amelyek mind-mind a pikkelysömör súlyosbodását eredményezhetik. Egy másik vizsgálat eredményei szerint pedig a psoriasisban érintettek esetében 60%-kal nagyobb a kockázata az alkohollal összefüggő elhalálozásnak az azonos korú és nemű átlagpopulációhoz viszonyítva (Parisi és mtsai, 2017). A krónikus alkoholfogyasztás a gyulladást okozó folyamatok megemelkedett mértékéhez és fokozott T-sejt-aktivációhoz vezethet, ami rontja a betegek állapotát, és növeli a komorbid zavarok megjelenésének esélyét. Az alkoholfogyasztás emellett a kezeléseken való részvételi hajlandóságot is negatívan befolyásolja (Farkas & Kemény, 2010). A problémás alkoholfogyasztás kezelésére mind egyéni (például CBT), mind csoportos (például AA csoport) formában számos pszichológiai intervenció alkalmazható.

<sup>5</sup> [http://www.eletkeszsegek.hu/stressz\\_trening\\_duci.htm](http://www.eletkeszsegek.hu/stressz_trening_duci.htm)



## 6. ÖSSZEFOGLALÁS

Noha a psoriasis az egyik legszélesebb körben tanulmányozott autoinflammatorikus bőrbetegség, a kialakulásának hátterében álló molekuláris mechanizmusok még nem teljesen ismertek. A betegség – a súlyosságától és a pszichoszociális következményeinek mértékétől függően – rendkívül nagy terhet jelenthet az érintettek és hozzátartozóik számára egyaránt, szignifikánsan rontva az életminőséget és a mentális jóllétet. A betegség az élet számos területén korlátozást jelenthet, így nem lehet eléggé hangsúlyozni a vele járó pszichológiai sajátosságok megismerésének fontosságát.

Bár a betegség és a komorbid pszichológiai és pszichiátriai zavarok kapcsolata komplex, a pikkelysömör tünetei maguk is hozzájárulhatnak a depressziós hangulat és az emelkedett szorongás kialakulásához, amelyek károsan befolyásolják az egyének önfogadását és önértékelését. A megjelenéssel kapcsolatos szorongás a társas és az intim kapcsolatok korlátozásához vagy elhagyásához vezethet. A magány és az elszigeteltség fokozhatja a distressz, a szorongás és a depresszív hangulat mértékét, amelyek külön-

böző lelki és biológiai mechanizmusokon keresztül a bőr állapotának további romlásához vezethetnek. A betegségre adott érzelmi megküzdések, mint például a stresszevés, az alkoholfogyasztás, a dohányzás mind-mind súlyosbítják a psoriasisos tüneteket, ezzel is nehezítve az örögi körből való kilépést. A stresszkezelés és az érzelmszabályozás fejlesztésével csökkenthetőek lehetnek a maladaptív megküzdési stratégiák, ezáltal a fellángolási időszakok is visszaszorulhatnak. Számos, a stressz csökkentését célzó pszichoszociális beavatkozás bizonyult sikeresnek a pikkelysömör kezelésében. Jelen tanulmányban ezeket nem ismertetjük részletesen, mivel e tematikus kötet pszichológiai intervenciók lehetőségeit összegző tanulmányában a pikkelysömörre vonatkozóan is találunk ezekre példákat.

**A szerzők munkamegosztása:** Az összefoglaló elkészítésében mindkét szerző részt vett; Kohutics Karina nagyobb munkát fektetett a kézirat első változatának elkészítésébe, Rigó Adrienn pedig a tartalmi, logikai és szerkezeti korrekciókba.

**Nyilatkozat érdekütközésről:** A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

## IRODALOM

- Aktaş Karabay, E., Fişek İzci, N., & Aksoy, B. (2020). Psoriasis affects self-perception of stress negatively: A prospective, case-control study. *Dermatologic Therapy*, 33(6), Article e13864. <https://doi.org/10.1111/dth.13864>
- Almeida, V., Taveira, S., Teixeira, M., Almeida, I., Rocha, J., & Teixeira, A. (2017). Emotion regulation in patients with psoriasis: Correlates of disability, clinical dimensions, and psychopathology symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(4), 563–570. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9617-0>
- Amatya, B., Wennersten, G., & Nordlind, K. (2008). Patients' perspective of pruritus in chronic plaque psoriasis: A questionnaire-based study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(7), 822–826. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2008.02591.x>
- Ammar-Khodja, A., Benkaidali, I., Bouadjar, B., Serradj, A., Titi, A., Benchikhi, H., Amal, S., Hassam, B., Sekkat, A., Mernissi, F. Z., Mokhtar, I., Dahoui, R., Denguezli, M., Doss, N., & Turki, H. (2015). EPIMAG: International cross-sectional epidemiological psoriasis study in the Maghreb. *Dermatology*, 231(2), 134–144. <https://doi.org/10.1159/000382123>
- Armstrong, A. W., Armstrong, E. J., Fuller, E. N., Sockolov, M. E., & Voyles, S. V. (2011). Smoking and pathogenesis of psoriasis: A review of oxidative, inflammatory and genetic mechanisms: Smoking and pathogenesis of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 165(6), 1162–1168. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10526.x>
- Armstrong, A. W., Schupp, C., Wu, J., & Bebo, B. (2012). Quality of life and work productivity impairment among psoriasis patients: Findings from the National Psoriasis Foundation survey data 2003–2011. *PLOS ONE*, 7(12), Article e52935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052935>
- Augustin, M. (2013). Cumulative life course impairment: Identifying patients at risk. In: M. D. Linder & A. B. Kimball (Eds.), *Current Problems in Dermatology* (vol. 44, pp. 74–81). Karger. <https://doi.org/10.1159/000350555>
- Augustin, M., Reich, K., Blome, C., Schäfer, I., Laass, A., & Radtke, M. A. (2010). Nail psoriasis in Germany: Epidemiology and burden of disease: Nail psoriasis in Germany. *British Journal of Dermatology*, 163(3), 580–585. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09831.x>
- Balogh, O., Brodszky, V., Gulácsi, L., Herédi, E., Herszényi, K., Jókai, H., Kárpáti, S., Baji, P., Remenyik, É., Szegedi, A., & Holló, P. (2014). Cost-of-illness in patients with moderate to severe psoriasis: A cross-sectional survey in Hungarian dermatological centres. *The European Journal of Health Economics*, 15(S1), 101–109. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0599-z>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Basińska, M. A., & Drozdowska, M. (2013). Emotional intelligence as an indicator of satisfaction with life of patients with psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology*, 6, 365–372. <https://doi.org/10.5114/pdia.2013.39435>
- Bata Z. (2005). *A pikkelysömör pathomechanizmusáról*. Doktori Értekezés. Szeged.
- Bata-Csörgő, Zs. & Gyulai, R. (2018). The pathogenesis of psoriasis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 94, 178–181. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.58.94.4.3>
- Boehncke, W. H., Schön, M. P. (2015). Psoriasis. *Lancet*, 386, 983–994.
- Brihan, I., Ianoși, S., Boda, D., Hălmăjan, A., Zdrincă, M., & Fekete, L. (2020). Implications of self-esteem in the quality of



- life in patients with psoriasis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(6), article number: 202. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.9332>
- Ciuluvica, C., Amerio, P., & Fulcheri, M. (2014). Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 127, 661–665. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.331>
- Ciuluvica, C., Fulcheri, M., & Amerio, P. (2019). Expressive suppression and negative affect, pathways of emotional dysregulation in psoriasis patients. *Frontiers in Psychology*, 10, 1907. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01907>
- D’Erme, A. M., Zanieri, F., Campolmi, E., Santosuosso, U., Betti, S., Agnoletti, A. F., Cossidente, A., & Lotti, T. (2014). Therapeutic implications of adding the psychotropic drug escitalopram in the treatment of patients suffering from moderate-severe psoriasis and psychiatric comorbidity: A retrospective study: Escitalopram and psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(2), 246–249. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04690.x>
- Dhir, V., & Aggarwal, A. (2013). Psoriatic arthritis: A critical review. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 44(2), 141–148. <https://doi.org/10.1007/s12016-012-8302-6>
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnieriek, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: A three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74–91. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
- Dobos, A. B. (2017). *A biológiai gyógyszerek költséghatékonyságának vizsgálata a pikkelysömör betegségben*. Szakdolgozat. Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Kar Egészségügyi Közgazdaságtan Tanszék
- Dodoo-Schittko, F. (2018). Psoriasis: The significance of psychological stress. *British Journal of Dermatology*, 178(5), 1002. <https://doi.org/10.1111/bjd.16472>
- Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., Van De Kerkhof, P. C. M., Chimenti, S., Lotti, T., Schäfer, G., & EUROPSO patient survey. (2006). European patient perspectives on the impact of psoriasis: The EUROPSO patient membership survey: EUROPSO patient quality of life survey. *British Journal of Dermatology*, 155(4), 729–736. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07405.x>
- 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(6), 1245–1250. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x>
- Emre, S., Metin, A., Demirseren, D. D., Kilic, S., Isikoglu, S., & Erel, O. (2013). The relationship between oxidative stress, smoking and the clinical severity of psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(3), e370–e375. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04700.x>
- Eskin, M., Şavk, E., Uslu, M., & Küçükaydoğan, N. (2014). Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(11), 1553–1559. <https://doi.org/10.1111/jdv.12355>
- Esposito, M., Saraceno, R., Giunta, A., Maccarone, M., & Chimenti, S. (2006). An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology*, 212(2), 123–127. <https://doi.org/10.1159/000090652>
- Farkas, Á., & Kemény, L. (2010). Psoriasis and alcohol: Is cutaneous ethanol one of the missing links?: Possible link between psoriasis and alcohol misuse. *British Journal of Dermatology*, 162(4), 711–716. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09595.x>
- Feldman, S., Behnam, S. M., Behnam, S. E., & Koo, J. Y. M. (2005). Involving the patient: Impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(1), S78–S85. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.04.033>
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2003). Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139(6), 752–756. <https://doi.org/10.1001/archderm.139.6.752>
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2002). Patients’ strategies for coping with psoriasis: Coping with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 27(3), 177–184. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2002.01055.x>
- Frankel, H. C., Han, J., Li, T., & Qureshi, A. A. (2012). The association between physical activity and the risk of incident psoriasis. *Archives of Dermatology*, 148(8), 918–924. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2012.943>
- Gáspár, K., Nagy, M., Herédi, E., Nagy, G., & Szegedi, A. (2013). A psoriasisos betegek kezelésében megfigyelhető változások az elmúlt évtizedben a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinikáján és a területi járóbeteg szakrendeléseken. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 89(4), 99–104. <https://doi.org/10.7188/bvvsz.2013.89.4.2>
- Gisoni, P., & Girolomoni, G. (2007). Biologic therapies in psoriasis: A new therapeutic approach. *Autoimmunity Reviews*, 6(8), 515–519. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2006.12.002>
- Gisoni, P., & Girolomoni, G. (2009). Psoriasis and Atherothrombotic Diseases: Disease-Specific and Non-Disease-Specific Risk Factors. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 35(3), 313–324. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1222610>
- Goff, K. L., Karimkhani, C., Boyers, L. N., Weinstock, M. A., Lott, J. P., Hay, R. J., Coffeng, L. E., Norton, S. A., Naldi, L., Dunnick, C., Armstrong, A. W., & Dellavalle, R. P. (2015). The global burden of psoriatic skin disease. *British Journal of Dermatology*, 172(6), 1665–1668. <https://doi.org/10.1111/bjd.13715>
- Griffiths, C. E. M., & Richards, H. L. (2001). Psychological influences in psoriasis: Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26(4), 338–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2001.00834.x>
- Griffiths, C. E., & Barker, J. N. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*, 370, 263–271. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61128-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61128-3)
- Gupta, M. A., Schork, N. J., Gupta, A. K., Kirkby, S., & Ellis, C. N. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 32(3), 188–190. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1993.tb02790.x>
- Gyulai, R. (2017). *A pikkelysömör klinikai, biokémiai, immunológiai és genetikai jellegzetességeinek vizsgálata*. Akadémiai nagydoktori értekezés, PTE
- Gyulai, R., & Kemény, L. (2006). The immunology of psoriasis: From basic research to the bedside. *Orvosi Hetilap*, 147(46), 2213–2220.



- Henseler, T., & Christophers, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 13(3), 450–456. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(85\)70188-0](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(85)70188-0)
- Herron, M. D., Hinckley, M., Hoffman, M. S., Papenfuss, J., Hansen, C. B., Callis, K. P., & Krueger, G. G. (2005). Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Archives of Dermatology*, 141(12), 1527–1534. <https://doi.org/10.1001/archderm.141.12.1527>
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepletowski, J. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Dermato Venereologica*, 92(1), 67–72. <https://doi.org/10.2340/00015555-1193>
- Janowski, K., Steuden, S., & Bogaczewicz, J. (2014). Clinical and psychological characteristics of patients with psoriasis reporting various frequencies of pruritus. *International Journal of Dermatology*, 53(7), 820–829. <https://doi.org/10.1111/ijd.12074>
- Janowski, K., Steuden, S., Pietrzak, A., Krasowska, D., Kaczmarek, Ł., Gradus, I., & Chodorowska, G. (2012). Social support and adaptation to the disease in men and women with psoriasis. *Archives of Dermatological Research*, 304(6), 421–432. <https://doi.org/10.1007/s00403-012-1235-3>
- Jensen, P., & Skov, L. (2016). Psoriasis and Obesity. *Dermatology* 232(6), 633–639. <https://doi.org/10.1159/000455840>
- Jensen, P., Ahlehoff, O., Egeberg, A., Gislason, G., Hansen, P., & Skov, L. (2016). Psoriasis and new-onset depression: A Danish nationwide cohort study. *Acta Dermato Venereologica*, 96(1), 39–42. <https://doi.org/10.2340/00015555-2183>
- Kemény, L., Szabó, K., Széll, M., & Bata-Csörgő, Z. (2014). *Dermatoimmunológiai kutatások*. In: Élő természettudományok (Köt. 4, pp. 239–255). Szegedi Egyetemi Kiadó. <http://acta.bibl.u-szeged.hu/id/eprint/40147>
- Khoury, L. R., Danielsen, P. L., & Skiveren, J. (2014). Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *Journal of Dermatological Treatment*, 25(1), 2–7. <https://doi.org/10.3109/09546634.2012.739278>
- Kim, G. E., Seidler, E., & Kimball, A. B. (2015). Effect of age at diagnosis on chronic quality of life and long-term outcomes of individuals with psoriasis. *Pediatric Dermatology*, 32(5), 656–662. <https://doi.org/10.1111/pde.12416>
- Kimball, A. B., Jacobson, C., Weiss, S., Vreeland, M. G., & Wu, Y. (2005). The psychosocial burden of psoriasis. *American Journal of Clinical Dermatology*, 6(6), 383–392. <https://doi.org/10.2165/00128071-200506060-00005>
- Kimball, A., Gieler, U., Linder, D., Sampogna, F., Warren, R., & Augustin, M. (2010). Psoriasis: Is the impairment to a patient's life cumulative? Cumulative life course impairment in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 989–1004. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03705.x>
- Kirby, B., Richards, H. L., Mason, D. L., Fortune, D. G., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2007). Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 158(1), 138–140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.08299.x>
- Kohlne Papp, I., & Perczel-Forintos, D. (2020). *Hogyan fogyjunk tudatosan? – Munkafüzet kognitív viselkedésterápiás testsúlycsökkentő programhoz*. Oriold és Társai Kiadó
- Koo, J., Lee, E., Lee, C. S., & Lebwohl, M. (2004). Psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 50(4), 613–622. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2003.11.046>
- Korkoliakou, P., Efstathiou, V., Giannopoulou, I., Christodoulou, C., Kouris, A., Rigopoulos, D., & Douzenis, A. (2017). Psychopathology and alexithymia in patients with psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 92(4), 510–515. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175660>
- Kouris, A., Platsidaki, E., Kouskoukis, C., & Christodoulou, C. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*, 28(1), 54–59. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.281.54>
- Kowalewska, B., Cybulski, M., Jankowiak, B., & Krajewska-Kułak, E. (2020). Acceptance of illness, satisfaction with life, sense of stigmatization, and quality of life among people with psoriasis: A cross-sectional study. *Dermatology and Therapy*, 10(3), 413–430. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00368-w>
- Krishnadas, R., Nicol, A., Sassarini, J., Puri, N., Burden, A. D., Leman, J., Combet, E., Pimlott, S., Hadley, D., McInnes, I. B., & Cavanagh, J. (2016). Circulating tumour necrosis factor is highly correlated with brainstem serotonin transporter availability in humans. *Brain, Behavior, and Immunity*, 51, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.08.005>
- Lahousen, T., Kupfer, J., Gieler, U., Hofer, A., Linder, M., & Schut, C. (2016). Differences Between Psoriasis Patients and Skin-healthy Controls Concerning Appraisal of Touching, Shame and Disgust. *Acta Dermato Venereologica, Suppl 217*, 78–82. <https://doi.org/10.2340/00015555-2373>
- Langeland, E., Robinson, H. S., Moum, T., Larsen, M. H., Krogstad, A.-L., & Wahl, A. K. (2013). Promoting sense of coherence: Salutogenesis among people with psoriasis undergoing patient education in climate therapy. *BMC Psychology*, 1(1), Article 11. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-11>
- Lim, D. S., Bewley, A., & Oon, H. H. (2018). Psychological profile of patients with psoriasis. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 47(12), 516–522. <https://annals.edu.sg/pdf/47VolNo12Dec2018/MemberOnly/V47N12p516.pdf>
- Lønnberg, A. S., Skov, L., Skytthe, A., Kyvik, K. O., Pedersen, O. B., & Thomsen, S. F. (2016). Smoking and risk for psoriasis: a population-based twin study. *International Journal of Dermatology*, 55(2), e72–e78. <https://doi.org/10.1111/ijd.13073>
- Madden, S. K., Flanagan, K. L., & Jones, G. (2020). How lifestyle factors and their associated pathogenetic mechanisms impact psoriasis. *Clinical Nutrition*, 39(4), 1026–1040. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.05.006>
- Marson, J. W., Snyder, M. L., & Lebwohl, M. G. (2021). Newer Therapies in Psoriasis. *Medical Clinics of North America*, 105(4), 627–641. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.04.004>
- Mattei, P. L., Corey, K. C., & Kimball, A. B. (2014). Psoriasis Area Severity Index (PASI) and the Dermatology Life Quality Index (DLQI): The correlation between disease severity and psychological burden in patients treated with biological therapies. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(3), 333–337. <https://doi.org/10.1111/jdv.12106>



- Mrowietz, U., Kragballe, K., Reich, K., Spuls, P., Griffiths, C. E., Nast, A., Franke, J., Antoniou, C., Arenberger, P., Balieva, F., Bylaite, M., Correia, O., Daudén, E., Gisondi, P., Iversen, L., Kemény, L., Lahfa, M., Nijsten, T., Rantanen, T., Reich, A., Rosenbach, T., Segaert, S., Smith, C., Talme, T., Volc-Platzer, B., & Yawalkar, N. (2011). Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of Dermatological Research*, 303(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00403-010-1080-1>
- Mrowietz, U., Steinz, K., & Gerdes, S. (2014). Psoriasis: To treat or to manage? *Experimental Dermatology*, 23(10), 705–709. <https://doi.org/10.1111/exd.12437>
- Mustafa, A. A., & Al-Hoqail, I. A. (2013). Biologic systemic therapy for moderate-to-severe psoriasis: A review. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 8(3), 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2013.09.001>
- Naldi, L. (2016). Psoriasis and smoking: Links and risks. *Targets and Therapy*, 6, 65–71. <https://doi.org/10.2147/PTT.S85189>
- Naldi, L., Chatenoud, L., Linder, D., Belloni Fortina, A., Peserico, A., Virgili, A. R., Bruni, P. L., Ingordo, V., Scocco, G. L., Solaroli, C., Schena, D., Barba, A., Di Landro, A., Pezzarossa, E., Arcangeli, F., Gianni, C., Betti, R., Carli, P., Farris, A., & Vecchia, C. L. (2005). Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: Results from an Italian case-control study. *Journal of Investigative Dermatology*, 125(1), 61–67. <https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2005.23681.x>
- Nickoloff, B. J., Nestle, F. O. (2004). Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities. *Journal of Clinical Investigation*, 113, 1664–1675. <https://doi.org/10.1172/jci22147>
- Nograla, K. E., Zaba, L. C., Guttman-Yassky, E., Fuentes-Duculan, J., Suárez-Fariñas, M., Cardinale, I., Krueger, J. G. (2008). Th17 cytokines interleukin (IL)-17 and IL-22 modulate distinct inflammatory and keratinocyte-response pathways. *British Journal of Dermatology*, 159, 1092–1102. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08769.x>
- Ogłodek, E., Augustyńska, B., Marek, L., Araszkievicz, A., Placek, W., & Mós, D. (2009). Poczucie koherencji u chorujących na łuszczycę. *Polski Merkurusz Lekarski*, 27(159), 202–204.
- Ograczyk, A., Miniszewska, J., Pietrzak, A., & Zalewska-Janowska, A. (2017). Sense of coherence as a protective factor in chronic urticaria. *Advances in Dermatology and Allergology*, 2, 168–173. <https://doi.org/10.5114/ada.2017.67084>
- Panasiti, M. S., Ponsi, G., & Violani, C. (2020). Emotions, alexithymia, and emotion regulation in patients with psoriasis. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 836. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00836>
- Pancar, Y. E., Durmus, D., & Sarisoy, G. (2019). Perceived stress, life events, fatigue and temperament in patients with psoriasis. *Journal of International Medical Research*, 47(9), 4284–4291. <https://doi.org/10.1177/0300060519862658>
- Pariser, D., Schenkel, B., Carter, C., Farahi, K., Brown, T. M., Ellis, C. N., & for the Psoriasis Patient Interview Study Group (2016). A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 27(1), 19–26. <https://doi.org/10.3109/09546634.2015.1044492>
- Parisi, R., Symmons, D. P., Griffiths, C. E., Ashcroft, D. M., & Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team (2013). Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *The Journal of Investigative Dermatology*, 133(2), 377–385. <https://doi.org/10.1038/jid.2012.339>
- Parisi, R., Webb, R. T., Carr, M. J., Moriarty, K. J., Kleyn, C. E., Griffiths, C. E. M., & Ashcroft, D. M. (2017). Alcohol-related mortality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *JAMA Dermatology*, 153(12), 1256–1262. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.3225>
- Pereira, M. G., Brito, L., & Smith, T. (2012). Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(3), 260–269. <https://doi.org/10.1007/s12529-011-9174-5>
- Petraškieienė, R., Valiukevičienė, S., & Macijauskienė, J. (2016). Associations of the quality of life and psychoemotional state with sociodemographic factors in patients with psoriasis. *Medicina*, 52(4), 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.medic.2016.07.001>
- Picardi, A., Mazzotti, E., Gaetano, P., Cattaruzza, M. S., Baliva, G., Melchi, C. F., Biondi, M., & Pasquini, P. (2005). Stress, social support, emotional regulation, and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics*, 46(6), 556–564. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.556>
- Pilling, J. (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó.
- Pócs, D., Hamvai, Cs., & Kelemen, O. (2017). Magatartás-változtatás az egészségügyben: a motivációs interjú. *Orvosi Hetilap*, 158(34), 1331–1337. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30825>
- Pompili, M., Innamorati, M., Erbutto, D., & Costanzo, A. (2016). Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with psoriasis. *European Psychiatry*, 33(S1), S395–S396. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1421>
- Ponsi, G., Monachesi, B., Panasiti, V., Aglioti, S. M., & Panasiti, M. S. (2019). Physiological and behavioral reactivity to social exclusion: A functional infrared thermal imaging study in patients with psoriasis. *Journal of Neurophysiology*, 121(1), 38–49. <https://doi.org/10.1152/jn.00555.2018>
- Purebl Gy. (2018). *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó
- Rapalli, V. K., Waghule, T., Gorantla, S., Dubey, S. K., Saha, R. N., & Singhvi, G. (2020). Psoriasis: Pathological mechanisms, current pharmacological therapies, and emerging drug delivery systems. *Drug Discovery Today*, 25(12), 2212–2226. <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2020.09.023>
- Reich, A., Welz-Kubia, K., & Rams, L. (2014). Apprehension of the disease by patients suffering from psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology*, 5, 289–293. <https://doi.org/10.5114/pdia.2014.44010>
- Rencz F., Brodszky V., Péntek M., Balogh O., Remenyik É., Szegedi A., Holló P., Kárpáti S., Jókai H., Herszényi K., Herédi E., Szántó S., & Gulácsi L. (2014). Disease burden of psoriasis associated with psoriatic arthritis in Hungary. *Orvosi Hetilap*, 155(48), 1913–1921. <https://doi.org/10.1556/oh.2014.30044>
- Ricardo, J. W., & Lipner, S. R. (2021). Nail psoriasis in older adults. *Dermatologic Clinics*, 39(2), 195–210. <https://doi.org/10.1016/j.det.2020.12.012>



- Richards, H. L., Fortune, D. G., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2003). Stigmatization and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 149(1), 209–211. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2003.05391.x>
- Richer, V., Roubille, C., Fleming, P., Starnino, T., McCourt, C., McFarlane, A., Siu, S., Kraft, J., Lynde, C., Pope, J. E., Keeling, S., Dutz, J., Bessette, L., Gulliver, W. P., Haraoui, B., & Bissonnette, R. (2016). Psoriasis and smoking: A systematic literature review and meta-analysis with qualitative analysis of effect of smoking on psoriasis severity. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 20(3), 221–227. <https://doi.org/10.1177/1203475415616073>
- Roussel, L., & Halioua, B. (2018). Stress and psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 57(10), 1165–1172. <https://doi.org/10.1111/ijd.14032>
- Russo, P. A., Ilchef, R., & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *Australasian Journal of Dermatology*, 45(3), 155–161. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2004.00078.x>
- Safdari, R., Firoz, A., & Masoorian, H. (2017). Identifying training and informational components to develop a psoriasis self-management application. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 31(1), 383–390. <https://doi.org/10.14196/mjiri.31.67>
- Sampogna, F., Chren, M. M., Melchi, C. F., Pasquini, P., Tabolli, S., Abeni, D., & The Italian Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (Improve) Study Group. (2006). Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis: Quality of life in older patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 154(2), 325–331. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06909.x>
- Sampogna, F., Tabolli, S., & Abeni, D. (2012). Living with psoriasis: Prevalence of shame, anger, worry, and problems in daily activities and social life. *Acta Dermato Venereologica*, 92(3), 299–303. <https://doi.org/10.2340/00015555-1273>
- Setty, A. R., Curhan, G., & Choi, K. H. (2007). Obesity, Waist Circumference, Weight change, and the risk of psoriasis in women: Nurses' Health Study II. *Archives of Internal Medicine*, 167(15), 1670. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.15.1670>
- Sizto, S., Bansback, N., Feldman, S. R., Willian, M. K., & Anis, A. H. (2009). Economic evaluation of systemic therapies for moderate to severe psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 160(6), 1264–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08962.x>
- Smith, T. J., Wilson, M., Karl, J. P., Orr, J., Smith, C., Cooper, A., Heaton, K., Young, A. J., & Montain, S. J. (2018). Impact of sleep restriction on local immune response and skin barrier restoration with and without “multinutrient” nutrition intervention. *Journal of Applied Physiology*, 124(1), 190–200. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00547.2017>
- Stauder A., Balog P., Kovács M., & Susánszky É. (2016). A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 17(2), 81–95.
- Svanström, C., Lonne-Rahm, S.-B., & Nordlind, K. (2019). Psoriasis and alcohol. *Targets and Therapy*, 9, 75–79. <https://doi.org/10.2147/PTT.S164104>
- Tsoi, L. C., Spain, S. L., Knight, J., Ellinghaus, E., Stuart, P. E., Capon, F., Ding, J., Li, Y., Tejasvi, T., Gudjonsson, J. E., et al. (2012). Identification of fifteen new psoriasis susceptibility loci highlights the role of innate immunity. *Nature Genetics*, 44, 1341–1348. <https://doi.org/10.1038/ng.2467>
- van Beugen, S., van Middendorp, H., Ferwerda, M., Smit, J. V., Zeeuwen-Franssen, M. E. J., Kroft, E. B. M., de Jong, E. M. G. J., Donders, A. R. T., van de Kerkhof, P. C. M., & Evers, A. W. M. (2017). Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 176(3), 687–694. <https://doi.org/10.1111/bjd.14875>
- Verhoeven, E. W. M., Kraaimaat, F. W., de Jong, E. M. G. J., Schalkwijk, J., van de Kerkhof, P. C. M., & Evers, A. W. M. (2009). Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: A prospective study. *British Journal of Dermatology*, 161(2), 295–299. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09194.x>
- Verhoeven, E. W. M., Kraaimaat, F. W., van de Kerkhof, P. C. M., van Weel, C., Duller, P., van der Valk, P. G. M., van den Hoogen, H. J. M., Bor, J. H. J., Schers, H. J., & Evers, A. W. M. (2007). Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. *British Journal of Dermatology*, 156(6), 1346–1349. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2007.07916.x>
- Weiss, S. C., Kimball, A. B., Liewehr, D. J., Blauvelt, A., Turner, M. L., & Emanuel, E. J. (2002). Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 47(4), 512–518. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.122755>
- Wikonkál, N. (2015). The effect of complete clearing of symptoms on quality of life in psoriatic patients. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 91(6), 248–250.
- Wojtyna, E., Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezińska-Wcisło, L. (2017). Gender, body image and social support: Biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta Dermato Venereologica*, 97(1), 91–97. <https://doi.org/10.2340/00015555-2483>
- World Health Organization (2016). *Global report on psoriasis*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204417>
- Yang, H., & Zheng, J. (2020). Influence of stress on the development of psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 45(3), 284–288. <https://doi.org/10.1111/ced.14105>

