

"Stres i psorijaza"

Šabić, Anđa

Master's thesis / Specijalistički diplomski stručni

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:784793>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
UNIVERSITY OF DUBROVNIK

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
DIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

DIPLOMSKI RAD

PSORIJAZA I STRES (PSORIASIS AND STRESS)

ANĐA ŠABIĆ

DUBROVNIK, 2018.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
DIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

DIPLOMSKI RAD

PSORIJAZA I STRES

KANDIDAT: ANĐA ŠABIĆ

MENTOR: MR.SC.JOSIP LOPIŽIĆ, PROF.PSIHOLOG

DUBROVNIK, 2018.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| SAŽETAK..... | 5 |
| SUMMARY | 6 |
| 1. UVOD..... | 7 |
| 2. PSORIJAZA | 9 |
| 2.1. Faktori rizika i simptomi bolesti | 9 |
| 2.2. Dijagnoza i određivanje težine bolesti | 15 |
| 3. STRES | 18 |
| 3.1. Uzroci stresa..... | 19 |
| 3.2. Procjena i suočavanje..... | 21 |
| 3.3. Preventivni i terapijski program..... | 27 |
| 4. POVEZANOST STRESA I PSORIJAZE | 30 |
| 4.1. Uloga stresa na pojavu i pogoršanje psorijaze..... | 31 |
| 4.1.1. Oksidativni stres i psorijaza | 31 |
| 4.1.2. Psihosocijalni stres i psorijaza..... | 35 |
| 4.1.3. Psihološki stres i psorijaza | 38 |
| 4.2. Može li smanjenje stresa djelovati na poboljšanje psorijaze?..... | 41 |
| 4.3. Prevencija i liječenje | 44 |
| 4.3.1. Topički lijekovi | 46 |
| 4.3.2. Terapija svjetlošću (fototerapija) | 47 |
| 4.3.3. Lijekovi za sistemnu primjenu | 49 |
| 4.3.4. Učinkovitost terapija | 51 |
| 4.4. Cilj i evaluacija | 54 |
| 4.5. Stigmatizacija i kvaliteta života kod psorijaze..... | 58 |
| 4.6. Rasprava..... | 60 |

| | |
|--------------------|----|
| 5. ZAKLJUČAK..... | 63 |
| LITERATURA | 64 |
| POPIS SLIKA | 68 |
| POPIS TABLICA..... | 69 |

SAŽETAK

U psihološkom smislu, stres uključuje percepciju, emocije, anksioznost, interpersonalne, socijalne ili ekonomske događaje koji se smatraju prijetnjom nečijem fizičkom zdravlju, osobnoj sigurnosti ili blagostanju. Stres u tehničkom smislu je količina energije koja je čovjeku potrebna da se prilagodi unutrašnjim i vanjskim zahtjevima života za određeno vrijeme. Dakle, to je ravnoteža između zadatka koje treba obaviti i sredstava koja ima na raspolaganju da to učini. Otkrivanje uzroka stresa uvelike može doprinijeti preventivnom djelovanju kod osoba koje još uvijek nije zahvatio stres, ali isto tako može utjecati na način liječenja, odnosno terapijski pristup u procesu liječenja. Stres se često povezuje i s kožnim bolestima. Među njih se ubraja i psorijaza, odnosno kronična upala kože. Brojni stručnjaci smatraju da je kod velikog broja oboljelih od psorijaze uzrok bolesti, ali i otežanog i/ili neuspješnog liječenja upravo stres. Stoga je važno identificirati povezanost stresa s psorijazom te na temelju dobro postavljene dijagnoze odrediti tijek liječenja.

Ključne riječi: dijagnoza, psorijaza, stres, terapija

SUMMARY

In psychological sense stress includes perception, emotions, anxiety, social and economical events which are considered as a threat to someone's physical health, personal security or prosperity. Stress in technical sense is amount of energy needed to a human being to adjust inner and external life's request for certain amount of time. Therefore, that is the balance between assignments which are needed to be done and assets available to accomplish those assignments. Discovering the causes of stress can greatly contribute to preventive action in those who are still not caught stress disorder, but it can also affect the treatment or therapeutic approach in the treatment process. Stress is often associated with the skin disease. Among them is one and psoriasis, and chronic inflammation of the skin. Many experts believe that a large number of patients with psoriasis cause of the disease, but also difficult and / or unsuccessful treatment just stress. It is therefore important to identify the connection between stress and psoriasis based on good diagnosis to determine the course of treatment.

Key words: diagnosis, psoriasis, stress, therapy

1. UVOD

Jedno od obilježja suvremenog života je ubrzan tempo življenja, nagle promjene, izloženost brojnim informacijama i stalnim pritiscima sa svih strana. Takve okolnosti često dovode do stresa koji se manifestira u obliku različitih psihičkih, emocionalnih i tjelesnih reakcija. Biti pod stresom je uzrečica koja se svakodnevno rabi, a njezinom težinom, odnosno posljedicama djelovanja stresa stručnjaci se u novije vrijeme sve više bave. Razumijevanje stresa nikako nije jednoznačan čin, već iziskuje promatranje čovjekovih okolinskih faktora, njegove osobnosti i psiho-fizičkog stanja.

U tom kontekstu danas se sve više proučava utjecaj stresa na zdravlje čovjeka. Brojne fizičke reakcije i bolesti sve se više povezuju s prisutnošću stresa u životu pojedinca. Psorijaza je upalna kožna bolest koja još uvijek nije dovoljno istražena. No, sve više stručnjaka i istraživača ove bolesti smatraju da uz druge čimbenike, stres ima važnu ulogu u pojavi, razvoju i liječenju ove bolesti. Povezanost stresa s kožnim bolestima govori da se stres manifestira na tijelo te da je gotovo nemoguće promatrati stres kao zasebni fenomen, već da ga se treba staviti u kontekst pojedinca.

Osim što stres djeluje na pojavu, razvoj i liječenje psorijaze, može se uočiti da psorijaza, također, djeluje i na pojavu stresa. Radi se o uzročno-posljedičnim reakcijama koje se kod svakog pojedinca manifestiraju na drugačiji način. Naime, psorijaza kao i druge kožne bolesti mogu narušiti samopouzdanje, dovesti do osjećaja manje vrijednosti, razviti lošu sliku o sebi, narušiti socijalne kontakte, izazvati depresiju i tjeskobu te na taj način kod pojedinca dovesti do stresa. Suvremeni čovjek veliku pažnju pridaje fizičkom izgledu, a psorijaza može uvelike negativno djelovati na fizički izgled. Stoga se često kod oboljelih od psorijaze javlja stres kao reakcija na bolest.

Kombinacija stresa s psorijazom iznimno je zahtjevno stanje za liječenje. Razlog tome je što stres otežava liječenje te je važno identificirati stres kako bi se radilo, ne samo na liječenju psorijaze, već i na suočavanju i prevladavanju stresa. Iako se sve više u stručnoj literaturi naglašava preventivno djelovanje protiv stresa, činjenica je da se pojedinac suočava s vlastitim stresom tek kada se on pojavi. Stoga je riječ o pojavnosti koja se često liječi različitim terapijama usmjerenim na čovjekovu psihološko emocionalno i tjelesno stanje. Sve te terapije nastoje umanjiti ili u potpunosti ukloniti znakove stresa

kod pojedinca, a odabir terapije ovisi o osobnosti pojedinca, razvijenosti stresa, okolnostima u kojima dolazi do stresa i dr.

U ovom radu se govori o psorijazi, stresu te povezanosti stresa i psorijaze. Naglasak je na utjecaju psorijaze na razvoj stresa, odnosno posljedicama bolesti psorijaze na oboljelu osobu. Za potrebe pisanja rada korištena je stručna literatura koja proučava psorijazu, stres i djelovanje stresa na razvoj psorijaze, ali i drugih kožnih bolesti.

2. PSORIJAZA

Emocionalni stres uvelike utječe na endokrini i imunološki sustav, a to se često očituje pojavom kožnih bolesti. Istraživanja su pokazala da djeluje na povećanu pojavu alergijskih reakcija. No, nakon terapije opuštanja i autogenog treninga često dolazi do poboljšanja stanja. Osim toga, utvrđena je i povezanost između kože i središnjeg živčanog sustava. Naime, podražavanje središnjeg živčanog sustava često uzrokuje različite promjene na koži: crvenilo, znojenje, bljedilo i dr.

Najčešći kožni psihosomatski poremećaji koji nastaju kao posljedica stresa su: atopijski dermatitis, psorijaza, psihogene ekzorijacije, lokalizirani pruritus analnog područja i vulve te hiperhidroza.

Koža je jedna od glavnih meta oksidativnog stresa zbog reaktivnih kisikovih spojeva (ROS). Njihovi učinci mogu oštetiti i/ili promijeniti brojne događaje koji pridonose pretjeranom rastu i reprodukciji stanica kože. Psorijaza je najčešća kronična upalna bolest kože.¹

2.1. Faktori rizika i simptomi bolesti

Psorijaza se definira kao kronična recidivirajuća autoimuna bolest, a za nju postoji genetska predispozicija (multigenetska bolest s više gena odgovornih za fenotip). Psorijaza je posljedica abnormalnosti keratinocita i imunosne disfunkcije. Na temelju kliničke slike psorijaza se dijeli na pla-psorijazu (psoriasis vulgaris) i pustuloznu psorijazu. Ova bolest može biti udružena s različitim bolestima: autoimunim bolestima (pemfi gus, pemfi goid, vitiligo) i alergijskim bolestima (atopijski dermatitis, astma, urtikarija, kontaktni alergijski dermatitis).²

Psorijaza se može pojaviti na svim dijelovima tijela te kao posljedica ove bolesti nastaju oštećenja fizičkih funkcija. Kod pacijenta s psorijazom smanjena je kvaliteta života. Dosadašnja istraživanja su pokazala da je kvaliteta života bolesnika s ovom bolešću

¹ Buljan, D. Šitum, M., Buljan, M., Vurnek Živković, M. (2008) Psihodermatologija, Zagreb: Naklada Slap

² Isto.

zmanjena isto kao i kod bolesnika s nekom drugom kroničnom bolešću. Nadalje, funkcionalni invaliditet povezan s emocionalnim problemima u svakodnevnom životu mogu uzrokovati psihičke smetnje kao što su depresija te loše psihološko zdravlje. Također, stres je često posljedica bolesti psorijaze.³

Psorijaza se najčešće javlja na laktovima, koljenima i vlasištu. Između 39% i 61% ljudi koji žive s psorijazom navode da njihovo stanje pogoršava stres i briga. Ovi ljudi pokazuju razlike u biomarkerima stresa, a što se očituje u relativno niskom odgovoru kortizola na akutni stres u usporedbi s niskim stresnim reaktorom.⁴

Slika 1: Psorijaza na nogama



Odnos između stresa i ishoda bolesti može biti pod utjecajem osobnosti pacijenta koja se očituje u razlici u stresnim reaktivnostima. Primjerice, pacijenti s psorijazom koji smatraju da stresne situacije imaju utjecaj na njihovu bolest, u većoj mjeri pod utjecajem stresa doživljavaju simptome bolesti.⁵

³ Breuer, K., Goldner, F. M., Jager, B., Werfel, T., Schmid-Ot, G., Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis, *JEADV* 2015, 29, 1898–1904 © 2015

⁴ Bethany F. i sur., Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review, *Psychology, Health & Medicine*, 2013 Vol. 18, No. 5, 501–514,

⁵ Evers, A. W. M. i sur. How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis, *The Authors* 986 *BJD* _ 2010 British Association of Dermatologists 2010 163, pp986–991

To je jedna od najčešćih upalnih bolesti kože. Njezina učestalost u svijetu je 2 do 3% dok je učestalost u Hrvatskoj 1,55%. Bolest ima kronični tijek u više od 90% slučajeva. Ranije u prošlosti psorijaza je smatrana isključivo bolešću kože dok je danas uvriježeno shvaćanje da je psorijaza sustavna upalna bolest koja zahvaća kožu i zglobove. Patogenetski model psorijaze rezultat je kombinacije genetske predispozicije, imunološke disfunkcije i određenih čimbenika keratinocita koji dovode do manifestacija bolesti.⁶

Iako još uvijek nisu poznati uzroci ove bolesti, genetski, metabolički, imunološki čimbenici te faktori okoliša imaju važan utjecaj na razvoj bolesti. U posljednje vrijeme istraživači su usmjereni na oksidativni stres kao važan faktor u patogenezi psorijaze. Imunološki posredovana psorijaza karakterizira hiperproliferaciju i upalu kože. Simptomi psorijaze su iritiranost kože, svrbež, zadebljanja i skaliranje kože, potplata i palmama.⁷

Pojedini stručnjaci smatraju da genetski čimbenici imaju ulogu u 40% slučajeva pojavnosti psorijaze. Iako su u imunološka zbivanja uključene endotelne stanice, neutrofil i NKT stanice, u razvoju bolesti glavnu ulogu imaju T-limfociti koji se nakon aktivacije usmjeravaju u kožu te u koži otpuštaju citokine THI tipa: interferon gama (IFN- γ), interleukin 2 (IL-2) i čimbenik nekroze tumora α (TNF- α), a oni imaju središnju ulogu u fenotipskoj ekspresiji psorijaze.⁸

Da bi došlo do razvoja bolesti kod genetski podložnih osoba, potrebno je djelovanje različitih čimbenika iz okoline, poput, bakterijskih ili virusnih infekcija, stresa, metaboličkih i endokrinih poremećaja i dr. Kod mladih osoba često dolazi do pojave gutata psorijaze i to nakon streptokokne infekcije ždrijela. Do ovog oblika psorijaze često dolazi i kod osoba oboljelih od AIDS-a.

Spoznaje o nasljeđivanju psorijaze unutar pojedinih obitelji ukazale su na značaj genetskih čimbenika u etiopatogenezi bolesti. Lomholt i suradnici su na temelju istraživanja cijele populacije Farskih otoka, kao moguće rješenje uzroka nastanka bolesti

⁶Buljan, D. Šitum, M., Buljan, M., Vurnek Živković, M. (2008) Psihodermatologija, Zagreb: Naklada Slap

⁷Priya, R. i sur., Oxidative stress in psoriasis, Biomedical Research 2013; 25 (1): 132-134

⁸Kurilić, M., Tradicionalna sustavna terapija – značenje u liječenju psorijaze, Medicina fluminensis 2011, Vol. 47, No. 1, p. 53-58

predložili multifaktorski model psorijaze s međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika u nastanku i tijekom bolesti.⁹

Danas se smatra da se radi o poligenskom i multifaktorskom obrascu nasljeđivanja psorijaze, odnosno o međudjelovanju genetskih i okolišnih čimbenika za vrijeme nastanka i tijekom bolesti. Među genetskim čimbenicima ključnu ulogu u razvoju psorijaze imaju geni glavnog sustava tkivne snošljivosti (HLA, engl. Human leukocyte antigens). Radi se o sustavu smještenom na kraćem kraku 6. kromosoma koji sadrži više od 200 različitih gena čiji se produkti, antigeni HLA, nalaze na različitim stanicama u organizmu.¹⁰

Djelovanjem citokina dolazi do značajne hiperproliferacije i poremećene diferencijacije keratinocita, a to je temeljno obilježje psorijatičnog plaka. Do manifestacija psorijaze može doći u bilo kojoj dobi, no najviše se pojavljuje u dobi između 15 i 40 godina te nakon 40 godina starosti. Kod 80% bolesnika javlja se kronična stacionarna psorijaza, a tipična kožna promjena psorijaze ovog tipa je oštro ograničena uzdignuta eritematozna papula ili plak prekriven srebrnkasto-bijelim ljuskama. Intenzitet eritema i infiltracije plaka korelira sa stupnjem upale, a ljuskanje je znak hiperkeratoze. Po učestalosti slijedi je pustularna psorijaza. Preostali tipovi psorijaze su eruptivna, inverzna i eritodermijska psorijaza. Kod 5 do 30% bolesnika s psorijazom prisutna je manifestacija bolesti u vidu psorijatičnog artritisa, a on se najčešće pojavljuje tek nakon više godina od početka pojave kožnih manifestacija.¹¹

Kod bolesnika s psorijazom promjene na koži su oštro ograničene od okolne zdrave kože te se one pojavljuju postupno. Promjene se povlače i ponovno se vraćaju. Do pojave može doći spontano ili nestankom poticajnih čimbenika. Jedna od teorija je da bolest nastaje međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika (stres, trauma, infekcija, lijekovi). Kao što je rečeno osim kože, psorijaza zahvaća i zglobove, ali i brojne sustave u vidu komorbiditeta, poput, hipertenzije, dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti.¹²

Kod psorijaze se pojavljuju crvenkasta žarišta na kapiliciju s bjelkastim ljuskama te ljuskanje na licu. No, ovi simptomi se pojavljuju i kod seborejičkog dermatitisa. Kod

⁹ Brandrup F. i sur., Psoriasis in an unselected series of twins. Arch Dermatol. 1978; 114:874-78.

¹⁰ Kaštelan M., Prpić Massari L., Nove spoznaje o imunogenetici psorijaze – Med Jad 2007;37(3-4):73-76

¹¹ Isto.

¹² Grga Jordan S., Vuković, H., Vulgarna psorijaza - prikaz pacijenta, Med Fam Croat, Vol 24, No1, 2016.

pojedinih bolesnika klinička slika pokazuje obje dermatoze te se navedeno naziva sebopsorijaza. Psorijaza se kao Th 1 citokinska bolest u rijetkim slučajevima može sekundarno inficirati zbog povećane produkcije defenzina i u koži nastalih antileukoproteinaza koje sprječavaju bakterijske infekcije.

Bolesnici s teškim oblikom psorijaze češće imaju dijabetes i metabolički sindrom. U liječenju osoba metotreksatom koji imaju psorijazu dokazana je češća hepatotoksičnost u odnosu na bolesnike s reumatoidnim artritisom. Također, utvrđeno je da se psorijaza potiče i brojnim lijekovima. No, još uvijek se ne zna glavni uzrok psorijaze. Međutim, bez obzira na navedeno, smatra se da su mogući uzroci u bolesnika s psorijazom genetska predispozicija (PSORS 1 do PSORS 9), konzumacija alkohola i udruženost s infekcijom virusom hepatitisa C.¹³

Danas je još uvijek teško procijeniti i kontrolirati nepoželjne učinke psorijaze na kvalitetu života. Do pojave psorijaze može doći zbog stresa, a on dalje vodi u pogoršano stanje psorijaze. Bolesnici kao stresne čimbenike u nastanku ili pogoršanju psorijatičnih kožnih promjena često opisuju strah od promijenjenog izgleda i socijalne obilježenosti koju osjećaju zbog psorijaze dok u rijetkim situacijama ističu neki veći stresni događaj. Stres uzrokovan psorijazom može se negativno odraziti na socijalnu komunikaciju bolesnika, a manja je sama biološka težina bolesti psorijaze.

Dosadašnja istraživanja su pokazala visok postotak anksioznih i depresivnih poremećaja te poremećaja osobnosti kod bolesnika oboljelih od psorijaze. Težina psorijaze je u izravnoj korelaciji s depresijom i suicidalnim mislima. Nekontrolirano i prekomjerno pijenje alkohola može se identificirati kao češća pojava kod bolesnika, a to negativno djeluje na klinički tijek, ali i ishod liječenja bolesnika s psorijazom.

Psihijatrijski i psihosocijalni komorbiditet postoji u najmanje 30% dermatoloških bolesnika, a neliječeni komorbidni psihijatrijski poremećaji mogu nepovoljno utjecati na djelotvornost standardne dermatološke terapije, prognozu duševne i tjelesne bolesti te uzrokovati opću nesposobnost i invaliditet. Psihijatrijska predispozicija je najznačajnija za primarne psihijatrijske poremećaje s kožnim simptomima. Bilo koji dermatološki poremećaj koji nagrđuje vanjski izgled kod psihički osjetljivih i nesigurnih osoba može uzrokovati značajan psihijatrijski komorbiditet.

¹³ Buljan, D. Šitum, M., Buljan, M., Vurnek Živković, M. (2008) Psihodermatologija, Zagreb: Naklada Slap

Neuroimunomodulacija je snažno povezana sa stresom i psihosocijalnim uzročnim čimbenicima te može utjecati na tijek psorijaze. Bolest se često pogoršava zbog psihosocijalnog stresa i učestalog komorbiditeta s teškim psihijatrijskim bolestima kao što je depresija, primjerice, lokaliziran ili generaliziran svrbež često se pojavljuju kod depresivnih bolesnika koji su posebno osjetljivi na stres.

Histamin, vazoaktivni neuropeptidi i medijatori upale oslobađaju se stresom te uzrokuju neurovegetativne promjene cirkulacije, promjene temperature kože i pojačano znojenje, a to može potaknuti pojavu svrbeža. Češanje je često kod osoba koje su izložene stresu, a najčešće se pojavljuje kod anksioznih i depresivnih osoba. Tako se u slučaju patološkog reagiranja na stres istovremeno mogu pojaviti pruritus te anksiozni ili depresivni poremećaj.

Podudarnost između psihijatrije i dermatologije često je složena. Dermatološka bolest kao što je psorijaza često je čimbenik koji pogoršava ili potiče već prisutnu predispoziciju za anksiozne i depresivne psihijatrijske poremećaje. Zbog toga je iznimno važno usvojiti interdisciplinarni biopsihosocijalni pristup kako bi se procijenilo da li je psihijatrijski poremećaj primarni ili sekundarni u odnosu na dermatološko stanje.

Socijalna fobija pojavljuje se s jasnim i trajnim strahom od jedne ili više socijalnih situacija ili nastupa u kojima je osoba izložena neizvjesnosti ili mogućim ispitivanjima od okoline. Tipično je za socijalnu fobiju udruženu s dermatološkom bolešću da se nedovoljno često dijagnosticira jer priroda poremećaja sprječava bolesnika da se javi na pregled.

Socijalna fobija se često pojavljuje kod osoba s kožnom bolešću koja utječe na vanjski izgled, a što je još više prisutno kod onih osoba koje su u djetinjstvu bile izložene ismijavanju i izrugivanju.¹⁴

¹⁴ Buljan, D. Šitum, M., Buljan, M., Vurnek Živković, M. (2008) Psihodermatologija, Zagreb: Naklada Slap

2.2. Dijagnoza i određivanje težine bolesti

Hrvatsko dermatovenerološko društvo Hrvatskog liječničkog zbora (HDD HLZ-a) formiralo je radnu skupinu koju čine vodeći hrvatski stručnjaci koji se bave psorijazom. Radna skupina je proučila postojeće smjernice europskih i svjetskih društava te donijela prijedlog smjernica za dijagnostiku i liječenje psorijaze. Smjericama su pridruženi dokazi odgovarajuće jačine¹⁵:

- Jačina dokaza 1 označava usuglašene zaključke temeljene na sustavnim pregledima velikih kontroliranih kliničkih ispitivanja te nalazima većeg broja pojedinačnih randomiziranih dvostruko slijepih kliničkih ispitivanja
- Jačina dokaza 2 označava usuglašene zaključke koji su utemeljeni na studijama tipa A2 te nalazima manjeg broja randomiziranih kliničkih ispitivanja, odnosno nerandomiziranih kliničkih ispitivanja
- Jačina dokaza 3 označava usuglašene zaključke temeljene na nerandomiziranim kliničkim ispitivanjima te opservacijskim ispitivanjima
- Jačina dokaza 4 označava navode za koje u dostupnoj literaturi ne postoje dovoljno pouzdani dokazi.

Dijagnoza psorijaze najčešće se temelji na tipičnoj kliničkoj slici, podacima anamneze, te samo u određenim slučajevima potrebno je napraviti biopsiju za potvrdu dijagnoze psorijaze. Tijek bolesti je varijabilan i ne može ga se predvidjeti. Može biti epizodičan s razdobljima kraće ili dulje remisije ili trajan, pod utjecajem različitih okidača bolesti.

U posljednjih nekoliko godina daje se velika važnost biomarkerima u predviđanju ishoda terapije psorijaze. Posebno topivi biomarker ima veliki potencijal u praćenju pacijenta s psorijazom i artritismom.¹⁶

U odnosu na većinu bolesnika koji boluju od blagog oblika bolesti, jedna trećina njih ima umjerenu do tešku psorijazu koja zahtijeva upotrebu sustavne terapije, a takva se terapija koristi kada je bolest proširena, često recidivira ili znatno utječe na kvalitetu života

¹⁵ Kaštelan M. i sur. Smjernice za dijagnostiku i liječenje psorijaze Liječnički Vjesnik 2013; godište 135

¹⁶ Peluso, I. i sur. Plasma total antioxidant capacity and peroxidation biomarkers in psoriasis, Plasma total antioxidant capacity and peroxidation biomarkers in psoriasis, Peluso et al. Journal of Biomedical Science (2016) 23:52

bolesnika. Tradicionalna sustavna terapija uključuje primjenu metotreksata, ciklosporina i oralnih retinoida. Navedeni lijekovi su vrlo često dovoljni za kontrolu bolesti, no liječnici ih često oklijevaju uvesti u terapiju zbog opasnosti od gubitka učinkovitosti, pojavu toksičnosti ili interakciju s drugim lijekovima. Zato je nužno da bolesnika tijekom liječenja pažljivo nadgledaju liječnici.

U procjeni težine simptoma psorijaze uzimaju se u obzir određeni parametri. U najširoj upotrebi je Psoriasis Area and Aeverity Index - PASI gdje zbroj veći od 10 znači tešku, od 7 do 10 umjereno tešku, a ispod 7 blagu psorijazu. Drugi važan parametar je BSA (engl. Body Surface Area) koji mjeri zahvaćenost površine kože lezijama. Zahvaćenost manja od 5% označava blagu psorijazu, od 5 do 10% umjerenu dok teška psorijaza znači zahvaćenost više od 10% tjelesne površine.¹⁷

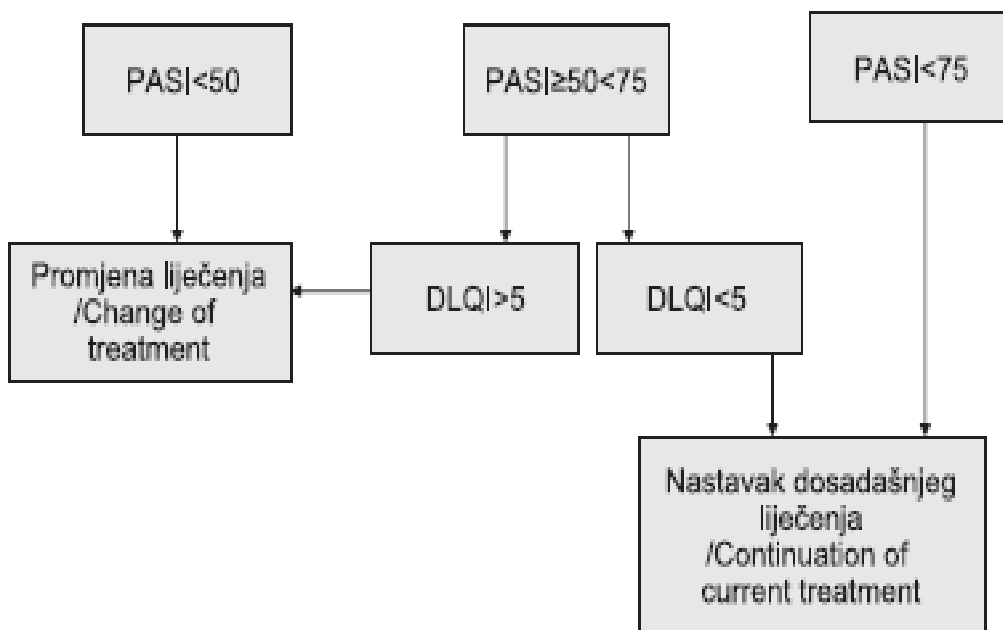
Treba imati na umu da je kod bolesnika s psorijazom bitno smanjena kvaliteta života. Bolesnik je često nezadovoljan terapijskim pristupima pa je njegova suradnja loša i doseže stopu od 40%. Kvaliteta života bolesnika ispituje se QoL-upitnikom (engl. Quality of Life). Najčešće se iz te skupine primjenjuje Dermatološki indeks kvalitete života, DLQI (engl. Dermatology Life Quality Index), a njegov ukupni zbroj varira od 0 do 30 te daje podatak o narušenosti kvalitete života u proteklim tjednima bolesti.¹⁸

Liječenje je učinkovito ako je postignut PASI 75, odnosno minimalno PASI 50, dakle, 50%-tno poboljšanje početne PASI-vrijednosti uz DLQI-vrijednost 0 ili 1, odnosno minimalno DLQI manji od 5 (Slika 1).

¹⁷ Kurilić, M. i sur., Tradicionalna sustavna terapija – značenje u liječenju psorijaze, medicina fluminensis 2011, Vol. 47, No. 1, p. 53-58

¹⁸ Isto.

Slika 2: Ciljevi liječenja psorijaze



Izvor: M. Kurilić, I. Brajac, L. Prpić-Massari, M. Kaštelan: Tradicionalna sustavna terapija – značenje u liječenju psorijaze, medicina fluminensis 2011, Vol. 47, No. 1, p. 53-58

Ako liječenjem nije postignut minimalni cilj (PASI 50, DLQI < 5), treba promijeniti terapiju povećanjem doze ili smanjenjem vremenskog intervala doziranja lijeka, uvođenjem kombinacijskog liječenja ili prijelazom na novi lijek. Ukoliko je postignuto poboljšanje bolesti između 50 i 75% početne PASI-vrijednosti, preporučuje se donošenje odluke o daljnjem nastavku ili prekidu liječenja pojedinim lijekom na temelju procjene DLQI. Prema europskom konsenzusu DLQI > 5 kritična je vrijednost na temelju koje se donosi odluka o promjeni načina terapije. U praćenju bolesnika treba svakih osam tjedana procjenjivati učinkovitost liječenja.

3. STRES

Termin stres stariji je od njegove sustavne ili znanstvene upotrebe. Pojam stres u značenju patnje, muke, nepravilike, tegobe, nesreće ili tuge upotrebljavao se već u 14. stoljeću, a krajem 17. stoljeća Hooke je upotrebljavao termin stres u fizici. U medicini 19. stoljeća termin stres se povezivao sa slabim zdravljem. Selye je 1936. godine počeo upotrebljavati termin stres u vrlo specifičnom tehničkom smislu. Stresom je nazivao usklađeni skup tjelesnih obrana protiv štetnog podražaja bilo koje vrste. Navedenu reakciju organizma nazvao je opći adaptacijski sindrom. Stres nije neki okolinski zahtjev, već univerzalni sklop reakcija i procesa izazvanih takvim zahtjevima. Wolff je stres smatrao tjelesnim stanjem.

Od šezdesetih godina prošlog stoljeća sve se više uviđa da iako je stres neizbježan dio ljudskog života, suočavanje je ono što čini razliku u prilagodbenim ishodima te se ono razlikuje od pojedinca do pojedinca. Naglasak se počeo prebacivati sa stresa kao takvog na suočavanje.

Razvoj psihosomatske, bihevioralne medicine, zdravstvene psihologije i kliničkih intervencija, sve veći interes za stresne prijelaze u stariju životnu dob te bavljenje fizičkim okruženjem i njegovim utjecajem na čovjeka potaknulo je sve više istraživanja stresa i individualnih razlika u stresnim reakcijama. Stres se najčešće definira kao podražaj ili kao reakcija. Podražajne definicije usmjerene su na događaje u okolini, poput, prirodnih katastrofa, štetnih okolinskih uvjeta, bolesti, otpuštanja s posla i dr. Ovaj pristup pretpostavlja da su određene situacije normativno stresne, ali ne uzima u obzir individualne razlike u procjeni tih događaja, odnosno situacija. Definicije reakcija, koje prevladavaju u biologiji i medicini, odnose se na stanje stresa te se o osobi govori da je u stresu, pod stresom i sl. Obje definicije ograničene su jer se podražaj smatra stresnim samo u kontekstu stresne reakcije. Pritom, treba istaknuti da se još uvijek traže prikladna pravila koja bi odredila uvjete u kojima neki podražaji djeluju kao stresori.¹⁹

¹⁹ Lazarus, R. S., Folkman, S. (2004) Stres, procjena i suočavanje, Zagreb: Naklada Slap

3.1. Uzroci stresa

U procesu bavljenja stresom prvo se treba krenuti od uzroka stresa, a u tom kontekstu treba reći da postoje brojni uzroci stresa koji se kod svakog pojedinca drugačije očituju. Stresori su čimbenici koji izazivaju stres, a mogu se definirati kao: „svaki vanjski ili unutarnji podražaj koji od organizma traži udovoljavanje određenih zahtjevima, rješavanje problema i pojačanu aktivnosti ili jednostavno neki novi oblik prilagodbe“.²⁰ Nadalje, stresore se može definirati i kao svaki fizički, psihički ili socijalni poticaj koji može uzrokovati stres. Prilikom definiranja uzroka stresa iznimno je bitno naglasiti da ne postoje univerzalni stresori, odnosno uzročnici stresa. Naime, svaki je čovjek jedinka za sebe, odnosno svaki je čovjek jedinstven sklop, a to znači da svi ljudi ne reagiraju jednako na iste podražaje pa tako ne reagiraju jednako ni na podražaje vezane uz stres. Procjena stresora je subjektivna i provodi se na individualnoj razini. Također, važno je naglasiti da svaki stresor može, ali i ne mora prouzročiti stres. Mogućnost pojave stresa povećava se s povećanjem broja stresora koji djeluju na jednom mjestu, a to znači da ako je pojedinac izložen većem broju stresora, postoje veće šanse da će ga oni dovesti do stresa.²¹

U općenitom smislu, stresori se odnose na bilo koje fizikalne i socijalne okolinske uvjete ili unutarnje zahtjeve koje pojedinac opaža kao stvarno ili potencijalno prijeteće, štetne ili deprimirajuće. Uzroci stresa mogu biti brojni pa tako postoje i brojne kvalifikacije stresora. Pojedine kvalifikacije stresore dijele na temelju njihovog trajanja (kratkotrajni, dugotrajni), neke ih dijele na temelju intenziteta (slabi, umjereni, snažni), no ima i onih koji stresore dijele na temelju reakcija koje izazivaju ili na temelju količine prilagodbe koju od pojedinca iziskuju, primjerice, fiziološke, psihološke i sociološke.

Akutni stresori uzrokovani su naglim promjenama u okolini koje dovode do naglih promjena u organizmu. Međutim, oni se povlače nakon prestanka opasnosti, primjerice, prometna nesreća. Stresori mogu biti i kronične, dugotrajne i kontinuirane životne teškoće u poslovnim, društvenim ili interpersonalnim odnosima koje traju duži vremenski period te se ne mogu brzo i jednostavno riješiti. Primjerice, kronični stresori su: prekomjerne razine nepovoljnih uvjeta na radnom mjestu, redoviti i trajni problemi u obitelji, kronična bolest, loša materijalna situacija, nezaposlenost i dr. Nadalje, kronični stresori mogu biti i teškoće

²⁰ Koić, E. (2006) Stres, psihička trauma i PTSP – posttraumatski stresni poremećaj, Opća bolnica Virovitica, Virovitica

²¹ Suša D., Sušec M. (2009.), Upravljanje stresom , Upravljanje stresom, Ekonomski fakultet Zagreb, Zagreb

u emotivnom životu, primjerice, tjeskoba, potištenost, bespomoćnost, osjećaj krivnje, depresija i dr.

Brojna istraživanja ukazuju na povezanost dugotrajnih životnih teškoća, negativnih afektivnih stanja, poremećaja tjelesnog i psihološkog zdravlja i problema u socijalnoj prilagodbi s psihološkim stresom.²² Izloženost kroničnim stresnim situacijama može oslabiti mogućnosti osobe da izađe na kraj s drugim stresorima te može povećati ranjivost u odnosu na stresore.

Lazarus i Cohen²³ psihološke stresore klasificiraju s obzirom na njihovo trajanje, veličinu reakcije koju izazivaju i broj ljudi na koje djeluju te ih dijele u tri kategorije:

1. Katakliizmički događaji
2. Važni životni događaji
3. Svakodnevni stresori.

Katakliizmički događaji mogu se definirati kao iznenadni, snažni, nepovratni i neizmjenjivi koji pred pojedinca stavljaju velike adaptivne zahtjeve te najčešće dovode do trajnijih poremećaja psihičkog i tjelesnog zdravlja. Kod većine ljudi oni se nikada ne dogode. Međutim, kada se dogode, izazivaju trajne posljedice te snažno djeluju na sve koji su njima pogođeni. Među njih se ubrajaju prirodne, tehnološke ili ljudski izazvane katastrofe. Navedeni stresori mogu u potpunosti blokirati mogućnost svrhovitih reakcija, suziti spoznajne mogućnosti odupiranja stresu i blokirati emocije.²⁴

Važni životni događaji koji nameću poprilične adaptivne zahtjeve jednoj ili više osoba u velikoj mjeri djeluju na čovjekovu svakodnevicu. Međutim, oni se ne događaju svakome, već se događaju iznimno. Brojni od njih događaju se barem jednom svakom čovjeku tijekom života, no učestalost im je mala. Među velike životne stresore ubrajaju se teške tjelesne bolesti, smrt bliske osobe, gubitak posla, socijalni gubici uzrokovani razvodom, preseljenje i dr.

²² Buško, V. *Procesi suočavanja i kontinuirana izloženost stresovima* : disertacija. Zagreb : V. Buško, 2000.

²³ Krizmanić, M. (1991). *Može li psihologija pomoć i održavanju zdravlja i liječenju bolesti*. U: V. Kolesarić, M. Krizmanić (ur.), *Uvod u psihologiju*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.

²⁴ Havelka, M. (1990). *Zdravstvena psihologija*. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

Svakodnevni stresori mogu se definirati kao dnevne trzavice koje su više ili manje neprestano prisutne u životu čovjeka. Oni se najčešće brzo riješe te se često zamijene s drugim stresorima. Dnevne trzavice mogu se događati u obitelji, na radnom mjestu, u trgovini, na ulici i dr. Ako traju duži vremenski period, mogu izazvati stresne reakcije i onesposobiti čovjeka za uspješno svladavanje drugih stresora.²⁵ Također, mogu izazvati akutne i kronične zdravstvene tegobe te psihičke poteškoće. No, mogu i pozitivno djelovati jer se na njima čovjek uči prevladavati stresne situacije.²⁶

3.2. Procjena i suočavanje

Kognitivna procjena podrazumijeva evaluacijske procese koji interveniraju između događaja ili situacije i reakcije. Pomoću kognitivnih procesa procjene osoba određuje značenje onog što se događa, odnosno koliko to što se događa utječe na njezinu dobrobit. Tradicionalno istraživanje stresa najčešće se temeljilo na nekognitivnim modelima kao što su potkrepljenja nagona i pobuđenosti ili aktivacije. No, korisnost navedenih modela istraživanja stresa postala je upitna. S jedne strane, postoje brojni podaci koji pokazuju da procesi vezani uz procjenu oblikuju reakcije ljudi na bilo koji događaj. Štoviše, emocionalna reakcija je specifična za procijenjeno značenje i razlikuje se po svojoj kvaliteti i intenzitetu. Posljedično, sve veći broj istraživača psihofiziologije je počeo u svojim modelima primjenjivati procese kognitivnog posredovanja.²⁷

Ova kognitivna teorija stresa je fenomenološka, a fenomenologija ima dvije negativne konotacije. Prva se odnosi na vjerodostojnost ili istinitost procjena. Iako faktori ličnosti, poput, potreba, motiva i profesionalnih stilova pažnje utječu na percepciju, procjene su općenito u korelaciji sa stvarnošću. Drugi problem kod fenomenoloških pristupa je da im je svojstvena cirkularnost što znači da se o procjeni prijetnje zaključuje na temelju onog što osoba kaže. Cirkularnost se može prekinuti u onom opsegu u kojem se može identificirati ono što je prethodilo procjeni i ono što je uslijedilo, tj. posljedice procjene.

²⁵ Krizmanić, M. (1991). Može li psihologija pomoć i održavanju zdravlja i liječenju bolesti. U: V. Kolesarić, M. Krizmanić (ur.), Uvod u psihologiju. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.

²⁶ Havelka, M. (1990). Zdravstvena psihologija. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

²⁷ Lazarus, R. S., Folkman, S. (2004) Stres, procjena i suočavanje, Zagreb: Naklada Slap

Postoje tri vrste kognitivne procjene: primarna, sekundarna i promijenjena. Primarnu procjenu čini prosudba da je neki događaj irelevantan, benigno-pozitivan ili stresan. Stresne se procjene pojavljuju u tri oblika: šteta/gubitak, prijetnja i izazov. Šteta, odnosno gubitak odnosi se na ono što je osoba već pretrpjela, prijetnja se odnosi na anticipiranu štetu ili gubitak dok se izazov odnosi na događaje u kojima je sadržana mogućnost dobitka, rasta ili razvoja. Prijetnja i izazov mogu se javiti simultano te ih treba razmatrati razdvojeno iako se često pojavljuju zajedno.²⁸

Sekundarna procjena je mišljenje o tome što bi se moglo i što se može učiniti. Ona uključuje procjenu uspješnosti neke mogućnosti suočavanja, procjenu mogućnosti učinkovite primjene određenih strategija i evaluacija posljedica određene strategije u kontekstu unutarnjih i/ili vanjskih zahtjeva i ograničenja.

Ponovna procjena odnosi se na promijenjenu procjenu koja se temelji na novim informacijama iz okoline i/ili osobe. Ona se razlikuje se od prvotne procjene u tome što slijedi neku raniju procjenu. U nekim slučajevima ponovljene procjene su posljedica kognitivnih suočavanja te se u tom kontekstu nazivaju obrambenim procjenama.

S kognitivnom procjenom usko je povezan pojam ranjivost. Ranjivost se često konceptualizira ovisno o resursima suočavanja te je u tom kontekstu ranjiva osoba ona koja nema dovoljno resursa za suočavanje. Psihološka ranjivost određena je i značenjem ugroženih motiva ili vrijednosti koje su pogođene ili uključene u neki događaj.²⁹

Stres je sastavni dio čovjekovog života, no način suočavanja sa stresom ovisi o osobnim faktorima svakog pojedinca. Među najvažnijim osobnim faktorima koji djeluju na procjene su prednosti i vjerovanja. Prednosti su ono što je ljudima važno te se na temelju prednosti rade izbori kod ljudi. One imaju i vitalnu motivacijsku kvalitetu, a svojim djelovanjem na ranjivost, zapravo, djeluju na procjene. Stoga se može reći da što je dublja neka prednost, to je veća potencijalna prijetnja i izazov.³⁰

Vjerovanja određuju kako će osoba procijeniti ono što joj se događa ili će se dogoditi u neposrednoj budućnosti. Zbog toga što vjerovanja često neopaženo djeluju,

²⁸ Isto.

²⁹ Isto.

³⁰ Stress Assessments, https://www.nysut.org/~media/files/nysut/resources/2013/april/social-services/socialservices_stressassessments.pdf?la=en

otežano je opažanje utjecaja vjerovanja na procjene. Utjecaj vjerovanja može se opažati kada dođe do naglog gubitka nekog vjerovanja ili prijelaza na neki drugi sustav vjerovanja.

U kontekstu teorije stresa posebno su važna vjerovanja o osobnoj kontroli i egzistencijalna vjerovanja. Vjerovanja o osobnoj kontroli dijele se na opća i situacijska. Opća vjerovanja o kontroli najčešće djeluju na procjene u uvjetnim situacijama. Što je jasnija neka situacija ili događaj, to će više situacijske procjene kontrole djelovati na osjećaje i suočavanje. Situacijska procjena kontrole nije ograničena samo na očekivanja u okolini, već se odnosi i na očekivanja mogućnosti kontrole vlastitih reakcija u određenoj transakciji.

U bilo životnoj kojoj situaciji mogu postojati različiti mogući ishodi, a oni se razlikuju po važnosti i mogućnosti kontrole ishoda nekog događaja. Stručnjaci smatraju da procjena postojanja mogućnosti kontrole nekog događaja smanjuje stres. No, ona može, također, povećati prijetnju ako je izražavanje kontrole u suprotnosti s preferiranim stilom osobe ili u sukobu s drugim prednostima i ciljevima. Stupanj u kojem se situacijska procjena kontrole temelji na nepotpunim podacima i/ili pod utjecajem je osobnih faktora te smanjuje točnost procjene. No, bez obzira na točnost tih procjena, situacijske procjene kontrole okoline i/ili samog sebe djeluju na osjećaje i/ili suočavanje.³¹

Egzistencijalna vjerovanja omogućuju ljudima pronalaženje smisla i održavanje u teškim okolnostima. Ona mogu biti emocionalno neutralna, ali mogu izazvati osjećaje kada se u određenoj situaciji zbliže s jakim prednošću. Prednosti i vjerovanja nisu sama po sebi dovoljna za tumačenje procjena. No, u međusobnoj ovisnosti sa situacijskim faktorima određuju stupanj u kojem će povreda/gubitak, prijetnja ili izazov biti doživljeni.³²

Potpuno nova situacija može dovesti do procjene prijetnje samo onda ako su neki njezini aspekti ranije bili povezani s povredom ili štetom. Novost potiče na procjenu utemeljenu na izvedenim zaključcima koji proizlaze iz ranijeg iskustva ili općeg znanja. Konstrukt u ljudskom ponašanju koji uvodi ideju vjerojatnosti je neizvjesnost događaja. Odnos između neizvjesnosti i procjene je složen, a to je posljedica subjektivnih elemenata u procjeni vjerojatnosti. Maksimalna neizvjesnost je izuzetno stresna i ona može izazvati mentalnu konfuziju.

³¹ Carver, C.S., Scheier, M.F. and Weintraub, J.K. (1989) 'Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach', *Journal of Personality and Social Psychology* 56: 267—283.

³² Lazarus, R. S., Folkman, S. (2004) *Stres, procjena i suočavanje*, Zagreb: Naklada Slap

S približavanjem nekog neminovnog događaja, povećava se potreba za procjenom. S druge strane, što je neki događaj udaljeniji, to je složeniji proces procjenjivanja. Iako prolaženje vremena može povećati prijetnju, ono osobi može omogućiti da se s njom nosi pomoću kognitivnog suočavanja, a u takvoj situaciji vremenski produžena anticipacija može dovesti do smanjenja stresnih reakcija. Odnos između predstojećeg događaja i procjene različit je za prijetnju i izazov te prijetnja izaziva veću složenost suočavanja od izazova.

Trajanje podrazumijeva vrijeme trajanja nekog događaja. Brojna istraživanja trajanja provedena su pod utjecajem Selyeova općeg adaptacijskog sindroma koji uključuje alarmnu reakciju, fazu otpora i fazu iscrpljenja. Ne dovode svi dugotrajni stresori do iscrpljenja. Nadalje, vremenska neizvjesnost odnosi se na to da osoba ne zna kada će se nešto dogoditi. Iako nema puno provedenih istraživanja o ovom faktoru, provedena istraživanja pokazuju da vremenska neizvjesnost potiče aktivnost suočavanja koja smanjuje stresne reakcije.

Nejasnoća je prisutna u gotovo svim životnim susretima. Što je veća nejasnoća, to više osobni faktori određuju značenje situacije. Događaji koji se ne događaju na vrijeme više su prijeteći jer nisu očekivani pa zbog toga prikraćuju osobu za podršku kompatibilnih vršnjaka i kolega, uskraćuju joj potpuni osjećaj zadovoljstva koji bi pratio događaj da se odvio na vrijeme ili priliku da se pripremi, odnosno s njim adekvatno suoči. Skriveni stresni događaji, također, su važni za stav o stresu i suočavanju. Važno je naglasiti da su situacijski i osobni faktori uvijek međusobno ovisni, a njihovo značenje za stres i suočavanje proizlazi iz djelovanja kognitivnih procesa koji daju težinu jednome u kontekstu drugoga.³³

Suočavanje podrazumijeva određeni napor. Naime, brojna ponašanja u početku traže napor te zbog toga odražavaju suočavanje da bi zatim kroz proces učenja postala automatskima. Na suočavanje treba gledati kao na nastojanje da se udovolji stresnim zahtjevima bez obzira na ishod. Sukladno navedenom, nijednu strategiju ne treba smatrati boljom ili lošijom od drugih. Također, važno je naglasiti da suočavanje i ovladavanje okolinom nisu sinonimi. Postoje brojni izvori stresa kojima se ne može ovladati te je u

³³ Isto.

takvim okolnostima učinkovito suočavanje ono koje osobi omogućava toleriranje, umanjivanje, prihvaćanje ili ignoriranje onoga čime ne može ovladati.

Suočavanje je trajno promjenjivo kognitivno i bihevioralno nastojanje izlaženja na kraj sa specifičnim vanjskim i/ili unutarnjim zahtjevima koje je pojedinac procijenio kao teške ili kao one koji nadilaze njegove resurse. Definicija razlikuje suočavajuća nastojanja i automatsko prilagodbeno ponašanje te izbjegava poistovjećivanje suočavanja s ishodima.

Promjene u suočavanju često su konceptualizirane u fazama. No, podaci pokazuju znatne individualne varijacije u redoslijedu i trajanju različitih vrsta suočavanja u različitim situacijama pa čak i u istoj stresnoj situaciji. Ono što ponekad izgleda kao samogenerirane faze suočavanja može ustvari biti odraz sekvence vanjskih zahtjeva.³⁴

Suočavanje ima dvije glavne funkcije. Jedna funkcija je izlaženje na kraj ili mijenjanje problema u odnosu s okolinom koja uzrokuje patnju i nevolju. Druga funkcija je regulaciju emocionalnih reakcija na problem. Potvrda za navedene dvije funkcije suočavanja dolazi iz empirijskih istraživanja. Za vrijeme stresnog događaja suočavanje usmjereno na problem i ono usmjereno na emocije djeluju jedno na drugo, a to djelovanje može biti poticajno ili inhibirajuće.

Način suočavanja djelomično je određen resursima pojedinca, a oni uključuju zdravlje i energiju, egzistencijalna vjerovanja ili opća vjerovanja o kontroli, prednosti motivacijskih svojstva koja mogu podržavati suočavanje, vještine rješavanja problema, socijalne vještine, socijalnu podršku i materijalne resurse. Suočavanje je određeno i ogradama koje mogu otežati upotrebu resursa, a osobne ograde podrazumijevaju internalizirane kulturološke vrijednosti i vjerovanja koja zabranjuju određene načine ponašanja te psihološke nedostatke. Okolinske ograde uključuju zahtjeve koji se natječu za iste resurse ili institucije koje otežavaju učinkovito korištenje resursa.³⁵

Istraživanja pokazuju da se izvori stresa mijenjanju sa starenjem čovjeka, a sukladno navedenom mijenja se i suočavanje. Procesni pristup može omogućiti ispitivanje stilova suočavanja samo ako u svakodnevnom životu neke osobe postoji mogućnost ispitivanja stresnih susreta.

³⁴ Isto.

³⁵ Isto.

Za istraživače je iznimno važno pitanje kako procjena i suočavanje djeluju na tri glavne klase prilagodbenih ishoda: socijalno funkcioniranje, životni moral i tjelesno zdravlje. Kako bi se mogli razumjeti odnosi između procjene, suočavanja i dugoročnih prilagodbenih ishoda, mora se prvo razumjeti kako navedeni procesi utječu na kratkoročne ishode stresnih susreta.

Socijalno funkcioniranje može se definirati kao skup načina na koje pojedinac ostvaruje svoje različite uloge te kao njegovo zadovoljstvo interpersonalnim odnosima ili kao posjedovanje vještina potrebnih za održavanje uloga i odnosa u društvu. Opće socijalno funkcioniranje neke osobe određeno je učinkovitošću kojom ona u svakodnevnom životu procjenjuje događaje i s njima se suočava. Učinkovitost procjene određenog susreta djelomično je određena usklađenošću s općim tijekom događanja. Nejasnoća i ranjivost mogu otežati postizanje usklađenosti. Učinkovito suočavanje u nekoj situaciji ovisi i o usklađenosti između sekundarne procjene i aktualnih zahtjeva te odabrane strategije suočavanja i drugih osobnih programa.³⁶

Dugoročni ishod životnog morala paralelan je kratkoročnom ishodu emocija izazvanih specifičnim susretom. U specifičnoj situaciji emocije variraju s razvojem situacije ili događaja, a ishod odražava procjene o tome u kojoj su mjeri ostvareni ciljevi i koliko je osoba zadovoljna postignutim. Dugoročno životni moral ovisi o sklonosti pojedinca da susrete procjenjuje kao izazove, da se s negativnim ishodima nosi tako da ih nastoji vidjeti u pozitivnom svjetlu te u učinkovitom izlaženju na kraj s brojnim zahtjevima.

Za životni moral važna je i naučena bespomoćnost i depresija za koju se smatra da je izaziva. Općenito se smatra da su stres, čuvstva i suočavanje uzročni faktori u nastanku tjelesnih bolesti. Istraživanja suočavanja pokazuju da su različiti stilovi suočavanja povezani sa specifičnim zdravstvenim ishodima. Načini na koje suočavanje može djelovati na zdravlje čine utjecaj na frekvenciju, intenzitet i trajanje te strukturu neurokemijskih reakcija, korištenje štetnih tvari ili izvođenje aktivnosti kojima se osoba izlaže riziku i ometanje prilagodbenog ponašanja koje je vezano uz zdravlje i bolest.³⁷

³⁶ Isto.

³⁷ Isto.

3.3. Preventivni i terapijski program

Tretman i terapija upravljanja stresom podrazumijeva profesionalne radnje kojima se sprječavaju ili ublažavaju nepovoljni učinci stresa i neprimjerenog suočavanja. Sve kliničke intervencije usmjerene su na psihopatologiju i ljudsku patnju. Opći pristup tretmanu obično nadilazi neko specifično područje simptoma ili problema.

Individualni tretmani mogu se klasificirati u biološke ili fiziološke, dinamske, koji imaju svoj začetak u Freudovoj psihoanalizi, bihevioralne koji naglašavaju neki oblik uvjetovanja i dekondicioniranja te kognitivno-bihevioralne koje ističu važnost kognitivnih procesa i njihove uloge u oblikovanju emocija i ponašanja.

Tablica 1: Terapija

| PRISTUP | TEORIJA | PROCES | POSTUPAK |
|--------------------------------|---|--|--|
| biološki | Biokemijska neravnoteža | Uspostavljanje normalnih fizioloških procesa | Farmakoterapija i/ili tjelesna terapija |
| dinamički | Srdžba usmjerena protiv sebe nakon stvarnog ili simboličkog gubitka | Uvid u nesvjesne konflikte i katarktičko pražnjenje efekata | 1. podržavajući: ublažavanje nesvjesnih konflikata 2. dubinski: razrješavanje nesvjesnih konflikata |
| Bihevioralni: afektivni | Anksioznost inhibira potencijalno gratificirajuća ponašanja | Smanjivanje uvjetovane anksioznosti | Sustavna desenzibilizacija ili alternativni postupci protuuvjeravanja |
| instrumentalni | Nedostatak potkrepljenja ili previše kažnjavanja | Povećana učestalost potkrepljivanja (manje kažnjavanja) | 1. neposredna kontrola terapeuta 2. uvježbavanje vještina |
| samokontrola | Nedostatak samopotkrepljivanja ili previše samokanjanja | Povećana primjena samopotkrepljivanja (manje samokažnjavanja) | Uvježbavanje vještina: a) samopromatranja b) samoprocjenjivanja c) samopotkrepljivanja |
| kognitivni | Neprilagođena vjerovanja i iskrivljena obrada informacija | Promjena vjerovanja i drugih iskrivljenja u obradi informacija | 1. Kognitivna terapija: induktivno rezoniranje, empirijska provjera vjerovanja, uvježbavanje; a) samopromatranja b) kognitivne provjere hipoteza c) kognitivnog restrukturiranja 2. Racionalno-emocionalna terapija: deduktivno rezoniranje i persuazija |

Izvor: Lazarus, R. S., Folkman, S. (2004) Stres, procjena i suočavanje, Zagreb: Naklada Slap

Tretman može dovesti do promjena na četiri načina: osjećaji mogu oblikovati misli i akcije, akcije mogu oblikovati misli i osjećaje, misli mogu oblikovati osjećaje i akcije. Osjećaji, misli i akcije međusobno ovise jedni o drugima. Promjena u mišljenju vjerojatno će izazvati i promjenu osjećaja i akcija. Slično navedenom, ako se mijenjaju akcije, promijenit će se i osjećaji i misli. Zbog toga radi se o empirijskom pitanju koja će strategija djelovati najbolje, a najvjerojatnije je da višestruke strategije imaju veću šansu postizanja promjena potrebnih za dobro funkcioniranje.³⁸

Za izazivanje neke terapijske promjene nužne su promjene u kognitivnim procjenama i suočavanju. Na određeni problem prilagodbe treba gledati transakcijski, tj. treba ga smatrati produktom međusobnog djelovanja osobe i njezine okoline. Primjerice, ranjivost nije samo osobni problem, već nastaje zbog određenog okolinskog konteksta koji je u interakciji s relevantnim osobnim faktorima. Intervencije moraju biti usmjerene na proces, a ono što se dogodilo i ono što se događa treba proučavati u različitim slučajevima i/ili kontekstima.

Emocije otkrivaju najvažnije osobne programe te koliko dobro osoba misli da u odnosu na te programe prolazi u životu. One mogu biti od koristi u otkrivanju onoga što se događa, a mogu uzrokovati loše funkcioniranje ili patnju i nelagodu. Osoba može neprikladno procijeniti prijetnju ili ju uopće ne prepoznati u prikladno vrijeme ili njezin nedostatak može primarno biti povezan s suočavanjem. Točka primjene intervencije i cilj terapije razlikuju se od osobe do osobe. Podvrgavanje ili nepodvrgavanje osobe terapiji te njezino ustrajanje ili odustajanje od terapije ovisi o motivaciji same osobe.

³⁸ Isto.

4. POVEZANOST STRESA I PSORIJAZE

Psorijaza je kronična upala i imunološki posredovana bolest kože. Ova bolest ima negativan učinak na zdravlje te može dovesti do mentalnih poremećaja. K. Breuer i suradnici proveli su istraživanje čiji je cilj bio istražiti u kojoj mjeri kronični stres utječe na liječenje bolesnika s psorijazom koji su sudjelovali u trotjednoj rehabilitaciji. Ozbiljnost psorijaze procijenjena je pomoću indeksa ozbiljnosti (engl. *Psoriasis Area and Severity Index* - PASI) te samoprocjenom bolesnika na početku i na kraju liječenja. Područje mentalnog zdravlja istraženo je pomoću upitnika: TICS (engl. *Trier Inventory for the Assessment of Chronic Stress*) i SMBM (engl. *Shirom Melamed Burnout Measure*). Istraživanje je pokazalo da su pacijenti bili lošeg mentalnog zdravlja. Kod pacijenata su identificirani simptomi depresije i suicidalnih misli, ali i mogućnost pojave kronične depresije. Depresija je identificirana kod jedne trećine ispitanika.

Akutni mentalni stres i stresni životni događaji mogu pogoršati psorijazu. Kronična bolest kože povezana je s fizičkim poremećajima i osjećajem stigmatizacije te navedeno može dovesti do kroničnog stresa i stvaranja začaranog kruga.

Tablica 2: Personalna korelacija između ozbiljnosti psorijaze, mentalnog poremećaja i QoL.

| | DLQI | SF-8 physical | SF-8 mental | SF-8 |
|----------------------------------|----------|---------------|-------------|-----------|
| PASI | 0.183 | 0.069 | -0.184 | -0.101 |
| Percipirana ozbiljnost psorijaze | 0.519*** | -0.240* | -0.116 | -0.240* |
| PHQ razina depresije | 0.437*** | -0.202* | -0.695*** | -0.665*** |
| TICS | 0.466*** | -0.143 | -0.770** | -0.687*** |
| SMBM fizički umor | 0.521*** | -0.394** | -0.654*** | -0.717*** |
| SMBM mentalni umor | 0.359** | -0.370** | -0.509*** | -0.595*** |
| SMBM emocionalna iscrpljenost | 0.497*** | -0.345** | -0.386** | -0.489*** |
| SMBM ukupno | 0.550*** | -0.448*** | -0.661*** | -0.754*** |

Izvor: Breuer, K. i sur. (2015) Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis, *Jeady*, 29, 1898–1904

Simptomi uznemirenosti povećani su kod osoba s psorijazom u odnosu na opću populaciju. Kod oboljelih od psorijaze identificiran je veći socijalni stres, a kronično iskustvo stresa i fizičke iscrpljenosti te kognitivni i emocionalni poremećaji mogu pridonijeti pogoršanju psorijaze. Psorijaza je veliki teret onima koji su oboljeli od ove bolesti. Nadalje, istraživanje je pokazalo da su pacijenti s psorijazom bitno uznemireni zbog osjećaja duševne tjeskobe.

Psorijaza i stres povezani su i s izbjegavanjem suočavanja s bolešću, ali i s percepcijama drugih o pacijentu. Nedovoljno individualno suočavanje sa stresom dovodi do osjećaja bespomoćnosti te takva situacija kod pacijenata izaziva depresiju. Neodgovarajuće strategije suočavanja mogu uzrokovati depresiju te navedeno potvrđuje da depresivni simptomi koreliraju s QoL (engl. *Quality of life*).³⁹

4.1. Uloga stresa na pojavu i pogoršanje psorijaze

Psorijaza, kao kronična upalna bolest kože, do danas još uvijek nije do kraja istražena. Naime, danas još uvijek nije do kraja istražena patogeneza, genetske predispozicije, imunološke varijable, fizičke i psihičke traume, biokemijske varijable, okolišni čimbenici, infekcije, lijekovi, pušenje i alkohol, odnosno čimbenici koji mogu utjecati na pojavu i intenzitet psorijaze.

4.1.1. Oksidativni stres i psorijaza

Istraživanja upućuju na uključenost povećanih reaktivnih vrsta kisika (ROS) i smanjenog antioksidacijskog sustava u patogenezu psorijaze. Reaktivne vrste kisika onečišćuju zrak. Neravnoteža povezana s povećanjem stvaranja oksidativnih produkata ili smanjenjem obrambenog endogenog antioksidacijskog mehanizma naziva se oksidativnim stresom (OS). Povećani OS pokazuje svoje štetne učinke uglavnom na DNA, membrane lipida i proteine. Poremećaji metabolizma lipida imaju važnu ulogu u etiopatogenezi psorijaze.

Paraoksonaza (PON) je jedan od najznačajnijih antioksidacijskih obrambenih sustava protiv lipidne oksidacije. Kod čovjeka se nalaze tri odvojena PON gena na istom kromosomu. Smatra se da je PON1 najbolji. To je enzim koji ima paraoksonazu. PON1 djeluje kroz cirkulaciju gdje se nalazi u visokoj gustoći lipoproteina (HDL). Smatra se da je PON enzim štiti od lipidne peroksidacije uzrokovane OS te od štetnih učinaka OS.

³⁹ Breuer, K. i sur. (2015) Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis, *Jeady*, 29, 1898–1904

Postoji samo nekoliko studija koje su uspoređivale pacijente s psorijazom sa zdravom populacijom u smislu seruma PON1/arilesteraza aktivnost 11-13. Poznato je da je pušenje jako povezano s psorijazom te se smatra da ima značajnu ulogu u pojavi psorijaze te u njezinoj težini i u učinkovitosti liječenja. Pušenje štetno djeluje na kožu povećavajući ROS (engl. *reactive oxygen species*) i smanjujući ekspresiju gena antioksidansa.⁴⁰

Međutim, nema dovoljno studija koje ispituju povezanost OS i pušenja s pojavom, razvojem i liječenjem psorijaze. Cilj istraživanja koje su proveli Emre i suradnici bio je istražiti ukupni oksidacijski stres povezan s radom PON1/arilesteraze te pokazati odnos tih parametara s obzirom na ozbiljnost bolesti kod pušača i nepušača s psorijazom.

Rezultati istraživanja pokazali su da je TAC (engl. *total antioxidant capacity*) bio znatno niži kod obje skupine ispitanika. Međutim, TOS (engl. *Serum total oxidant status*) i OSI vrijednosti (engl. *oxidative stress index*) su bile znatno više kod obje skupine bolesnika. P vrijednosti nisu bile različite kod pušača i nepušača. Razine triglicerida (TG) bile su znatno više, a razine HDL (engl. *high-density lipoprotein*) bile su znatno niže kod pušača (Tablica 4). Ukupni kolesterol (engl. *total cholesterol* - TC) i razine LDL-a (engl. *low-density lipoprotein*) kod pušača nisu bili značajno različiti u odnosu na nepušače. No, kod pušača je utvrđena značajno niži PON1 u odnosu na nepušače.⁴¹

Tablica 3: Biokemijski rezultati i parametri oksidacijskog stresa kod pušača oboljelih od psorijaze

| | Pacijenti pušači | Kontrole pušenja | Kontrole bez pušenja | P* | P† |
|---|------------------|------------------|----------------------|--------------|--------------|
| TG (mg/dL) | 158.24 ± 86.2 | 124 ± 69.18 | 105.85 ± 52.09 | 0.143 | 0.005 |
| TC (mg/dL) | 181.08 ± 32.72 | 169.25 ± 21.9 | 180.45 ± 37.33 | 0.688 | 1.000 |
| HDL (mg/dL) | 42.81 ± 11.01 | 45.11 ± 10.66 | 49.14 ± 12.27 | 0.551 | 0.022 |
| LDL (mg/dL) | 106.63 ± 26.71 | 102.33 ± 20.26 | 112.19 ± 35.29 | 0.551 | 0.475 |
| Arylesterase (kU/L) | 207.06 ± 20.95 | 212.45 ± 41.41 | 221.08 ± 30.44 | 0.935 | 0.015 |
| TAC (μmol Trolox Eq/L) | 2.11 ± 0.11 | 3.57 ± 0.65 | 3.56 ± 0.54 | 0.000 | 0.000 |
| TOS (μmol H ₂ O ₂ Eq/L) | 26.73 ± 7.27 | 12.42 ± 13.09 | 9.48 ± 7.09 | 0.000 | 0.000 |
| OSI (arbitrary unit) | 5.30 ± 2.70 | 0.50 ± 0.25 | 0.48 ± 0.29 | 0.000 | 0.000 |

Izvor: Emre, S. i sur. (2013) The relationship between oxidative stress, smoking and the clinical severity of psoriasis, JEADV, 27, e370–e375

Također, nije identificirana povezanost između ozbiljnosti bolesti i PON1 arikesteraza, TAC, TOS, OSI, TG, TC, HDL i LDL kod pušača i nepušača (Tablica 5).

⁴⁰ Emre, S. i sur. (2013) The relationship between oxidative stress, smoking and the clinical severity of psoriasis, JEADV, 27, e370–e375

⁴¹ Isto.

Tablica 4: Biokemijski rezultati i parametri oksidacijskog stresa kod pušača i nepušača

| | Pacijenti nepušači | Pacijenti pušači | <i>P</i> |
|---|--------------------|------------------|----------|
| TG (mg/dL) | 132.54 ± 76 | 158.24 ± 86.2 | 0.226 |
| TC (mg/dL) | 177.68 ± 33.87 | 181.08 ± 32.72 | 0.993 |
| HDL (mg/dL) | 48.42 ± 13.95 | 42.81 ± 11.01 | 0.109 |
| LDL (mg/dL) | 102.76 ± 28.3 | 106.63 ± 26.71 | 0.616 |
| Arylesterase (kU/L) | 214.59 ± 23.34 | 207.06 ± 20.95 | 0.773 |
| TAC (μmol Trolox Eq/L) | 2.14 ± 0.12 | 2.11 ± 0.11 | 0.225 |
| TOS (μmol H ₂ O ₂ Eq/L) | 24.52 ± 4.7 | 26.73 ± 7.27 | 0.382 |
| OSI (arbitrary unit) | 2.64 ± 0.74 | 5.30 ± 2.70 | 0.457 |

Izvor: Emre, S. i sur. (2013) The relationship between oxidative stress, smoking and the clinical severity of psoriasis, *JEADV*, 27, e370–e375

Epidemiološke studije su pokazale da pušenje nije faktor rizika za psorijazu, ali povećava ozbiljnost psorijaze na način na se negativno odražava na liječenje. Porast poremećaja OS, ROS i metabolizam lipida implicirani su u etiopatogenezi psorijaze, a pušenje jedan je od najvažnijih čimbenika kroničnog OS-a.⁴²

Na koži se najčešće vide posljedice OS zbog reaktivnih vrsta kisika. Studija koju su proveli Priya i suradnici pokazala je da ROS ima značajnu ulogu u patogenezi psorijaze. Tablica 6 prikazuje razine seruma MDA (engl. *levels of serum malondialdehyde*), NO (engl. *nitric oxide*), SOD (engl. *superoxide dismutase*) i TAC. Razine MDA i NO su značajno veće kod bolesnika s psorijazom, a razine SOD i TAC su značajno niže kod osoba s psorijazom.⁴³

⁴² Isto.

⁴³ Priya, R. i sur. (2013) Oxidative stress in psoriasis, *Biomedical Research*; 25 (1): 132-134

Tablica 5: Vrijednosti MDA, NO, TAC, SOD u serumu oboljelih od psorijaze

| Parametar | Jedinice | Kontrola | Slučaj | P vrijednost |
|----------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------|
| BROJ SUBJEKATA | --- | 60 | 60 | |
| Serum MDA | $\mu\text{mol/Lit}$ | 3.081 ± 0.20 | 42.50 ± 6.89 | <0.0001 |
| Serum NO | $\mu\text{mol/Lit}$ | $72.22.21 \pm 5.93$ | 125.25 ± 8.27 | <0.0001 |
| Serum SOD | Units/Lit. | 8.89 ± 0.18 | 4.28 ± 0.30 | <0.0001 |
| Serum TAC | $\mu\text{mol/Lit}$ | 1982.86 ± 15.02 | 1207.85 ± 20.9 | <0.0001 |

Izvor: Priya, R. i sur. (2013) Oxidative stress in psoriasis, Biomedical Research; 25 (1): 132-134

Psorijaza se odražava imigracijskim aktiviranjem T-stanice tipa 1 i abnormalnom proliferacijom keratinocita. T-stanice (koje obično pomažu u zaštiti tijela protiv infekcije) migriraju na dermis te aktiviraju oslobodjenje citokina TNF-a koji uzrokuje upalu i brzu proizvodnju stanica kože. Kompleksna mreža citokina i kemokina posreduje patološku reakciju dok je abnormalna funkcija psorijaznih regulatornih T-stanica odgovora za kroničnu prirodu psorijaze.⁴⁴

Povećana proizvodnja ROS-a kod bolesnika s psorijazom i smanjena koncentracija antioksidansa dovode do oksidativnog stresa. To može dovesti do oštećenja stanica neprekidnom lančanom reakcijom koja oštećuje stanične membrane i tkiva. Slobodni radikali izazivaju oksidaciju polinezasićenih masnih kiselina, a to rezultira formiranjem lipidne peroksidacije kao što je MDA.

ROS koji je proizveden lipidnom peroksidacijom može aktivirati fosfolipazu A te time uzrokovati peroksidaciju brojnih medijatora pomoću arahidonske kiseline koja je metabolizirana na MDA.⁴⁵

⁴⁴ Gyulai R. (2006) The immunology of psoriasis: from basic research to the bedside. Orv Hetil, 147: 2213-2220.

⁴⁵ Isto.

4.1.2. Psihosocijalni stres i psorijaza

Putovi perifernog živčanog sustava osnovni su mehanizmi kojima psihosocijalni stres može potaknuti psorijazu. Pogoršanje psorijaze ukazuje na mehaničku vezu između imuniteta i živčanog sustava. Kod mnogih je pacijenata s psorijazom sugerirana etiološka uloga perifernog živčanog sustava. Brojne su studije pokazale promjenu u ekspresiji neuropeptida, neurotrofina i kožnih živčanih vlakana u psorijazi. No, u literaturi postoji neslaganje o razini ekspresije koja utječe na stanje kože kod oboljelih od psorijaze.

Jedna je studija istražila povezanost između psihosocijalnog stresa i kožnih neuropeptida kod oboljelih od psorijaze. U ovoj studiji pacijenti su podijeljeni na niske i visoke stresne skupine na temelju psihometrijskih odgovora na upitnik. Grupa s visokim stresom u usporedbi sa skupinom s niskom razinom stresa imala je teže stanje bolesti, veću ekspresiju kalcitonin gena povezanih CGRP i peptidno-pozitivnih kožnih živaca. Također, imala je smanjene razine masnih stanica povezanih s neuropeptidnim degradirajućim enzimima. Na temelju navedenih podataka nije moguće utvrditi da li je psihološki stres rezultat bolesti ili je precipitativni faktor u svojoj etiologiji.

Ako psihosocijalni stres pogoršava psorijazu, onda masne stanice imat će ključnu ulogu. U zdravoj koži one imaju središnju ulogu u reakciji kože na stres te se mogu smatrati središtem neurogenih upala.⁴⁶

Nekoliko je studija istraživalo stresno inducirane promjena u funkciji HPA osi i simpatetičko-adrenalno-medularni (SAM) sustav. Stresori su uzrokovali veću razinu stresa, porast mokraćnog epinefrina i smanjen kortizol kod bolesnika s psorijazom u usporedbi sa zdravom populacijom.⁴⁷

U većini studija koje su se provodile na bolesnicima s psorijazom pokazano je da je stres bio odgovoran za pogoršanje bolesti, a niža razina bazalnog kortizola i pomanjkanje serumskih kortizola bili su odgovor na socijalni stresor. Pulsna brzina, također, je povezana s krvnim tlakom.

⁴⁶ Bienenstock J, Tomioka M, Stead R et al. (1987.) Mast cell involvement in various inflammatory processes. *Am Rev Respir Dis* 135:S5–8.

⁴⁷ Hunter, H. J. A., Griffiths C.E.M., Kleyn, C. E. (2013) Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis?, *British Journal of Dermatology*, 169, pp965–974

Također, utvrđeno je da su oboljeli od psorijaze u razdoblju visokih razina dnevnih stresora imali nižu razinu kortizola u krvi u odnosu na one koji su manje bili izloženi dnevnim stresorima. Ovi podaci upućuju na to da bolesnici s psorijazom, posebno oni koji su izloženi trajnom stresu ili boli koja reagira na stres, imaju HPA osi. To može biti povezano s teškom bolešću i reakcijom na stres.

Reakcija pojedinca na određeni stresor ovisi o tome koliko stresno vidi situaciju. Razlike u spoznaji i ponašanju smanjuju odnos između stresa i psorijaze. Istraživanja pokazuju da kod psorijaze na težinu bolesti utječe svrbež tijekom perioda visoke razine dnevnog stresa.

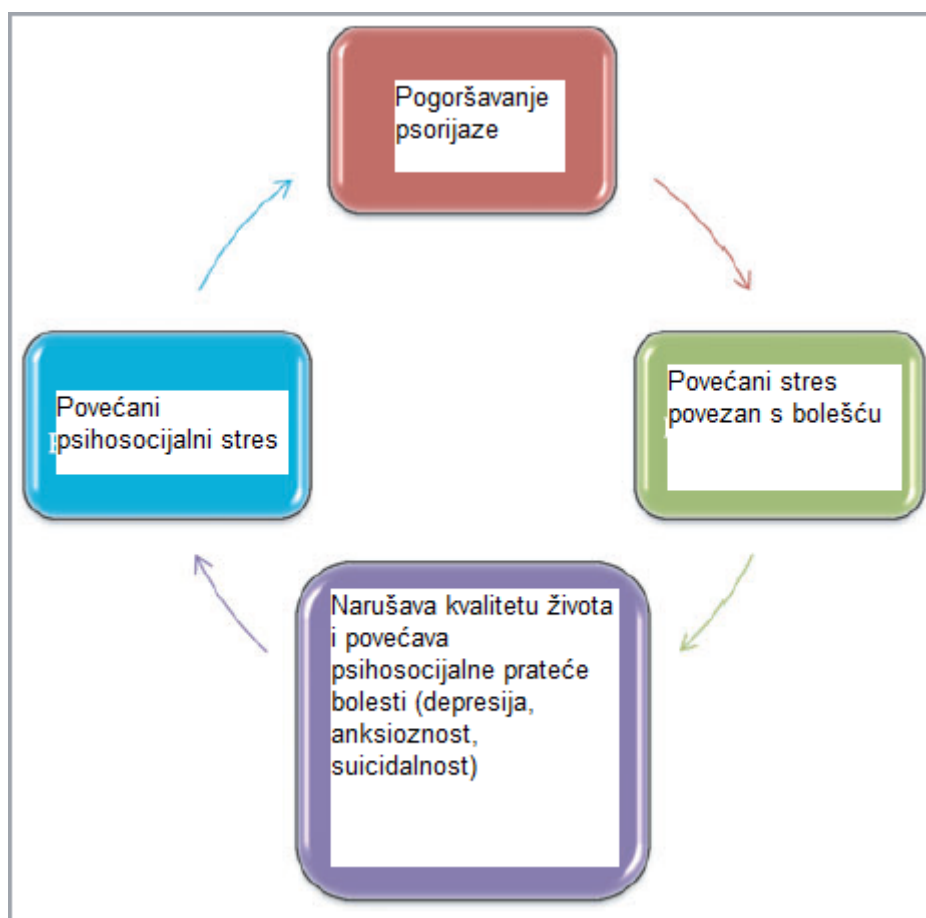
Nadalje, obrasci ponašanja mogu biti posebno ranjivi na utjecaj dnevnih stresora na psorijazu. Individualna reakcija na stres, također, utječe na rezultate liječenja. Pacijenti s psorijazom koji su pod utjecajem velike razine stresa imaju manju vjerojatnost da će biti izliječeni psoralnom i ultraljubičastom A (PUVA) terapijom.

Povećana svrbež i grebenje povezano s psorijazom teže se liječi UVB terapijom. Navedeno utječe na frustriranost pacijenata neučinkovitošću tretmana. No, važno je istaknuti da pojedini psihosocijalni čimbenici negativno utječu na liječenje.

U kontekstu psorijaze psihosocijalni stres može pogoršati stanje, a to se očituje na kvalitetu života i na povećanu psihosocijalnu komorbidnost. Navedeno djeluje na još veći psihosocijalni stres te dovodi pacijenta u začarani krug (Slika 3).⁴⁸

⁴⁸ Isto.

Slika 3: Psihosocijalni stres i psorijaza



Izvor: Hunter, H. J. A., Griffiths C.E.M., Kleyn, C. E. (2013) Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis?, *British Journal of Dermatology*, 169, pp965– 974

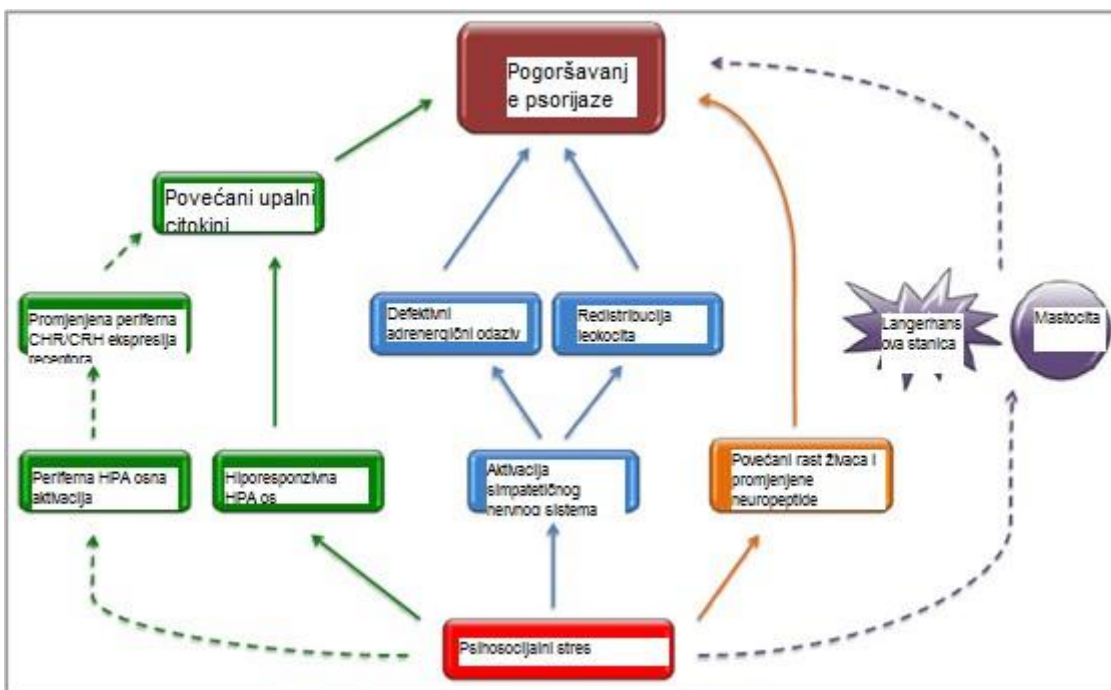
Studije su pokazale da pacijenti koji primaju grupnu kognitivnu bihevioralnu terapiju u odnosu na pacijente koji primaju konvencionalnu terapiju imaju veće smanjenje kliničke ozbiljnosti psorijaze kao i anksioznosti, depresije i stresa. Također, svjesnost koja se temelji na medijaciji djeluje pozitivno na smanjenje stresa te na uspješnost liječenja psorijaze.⁴⁹

Psihosocijalni stres može pogoršati psorijazu u osjetljivom stanju pojedinca jer se bolest pogoršava pod utjecajem stresa. Navedeno dovodi do oslobađanja čimbenika povezanih s živčanim sustavom u kombinaciji s promjenama u funkcioniranju HPA osi i

⁴⁹ Isto.

SAM sustav. Mogući utjecaji na reaktivnost masnih stanica, leukocite i LC prikazani su na slici u nastavku.⁵⁰

Slika 4: Utjecaj psihosocijalnog stresa na težinu psorijaze



Izvor: Hunter, H. J. A., Griffiths C.E.M., Kleyn, C. E. (2013) Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis?, British Journal of Dermatology, 169, pp965– 974

4.1.3. Psihološki stres i psorijaza

Evers i suradnici proveli su istraživanje čiji je cilj bio utvrditi djelovanje psihološkog stresa na oboljele od psorijaze. Istraživanje je trajalo šest mjeseci te je uključilo 62 bolesnika s psorijazom. Razine dnevnih stresora povećali su ozbiljnost bolesti. Postoji sve više dokaza da je iskustvo stresnog događaja povezano s tijekom razvoja i liječenja kroničnih upalnih kožnih bolesti, poput, psorijaze.

Primjerice, više od polovica pacijenata s psorijazom navodi da je doživjela stresne životne događaje prije pogoršanja psorijaze. Na stres reagira HPA i autonomni živčani sustav koji u interakciji s imunološkim sustavom djeluju na stresni događaj. Primjerice,

⁵⁰ Isto.

vanjski stresori stimuliraju izlučivanje hormona poput kortizola s perifernim i središnjim aktivnostima HPA osi koja aktivira masne stanice kože. Barijera funkcije kože i pojačanje protuupalnog djelovanja citokina mogu pogoršati psorijazu. Razvoj psorijaze često se povezuje s specifičnim fizičkim odgovorima na stres. Izloženost, primjerice, eksperimentalnom stresu, dovodi do promjena aktivnosti HPA osi i imunoloških funkcija kod bolesnika s psorijazom.⁵¹

Ponavljanje eksperimentalnog stresa rezultira promjenom aktivnosti HPA osi sa smanjenom razinom kortizola kod bolesnika s psorijazom, a to ukazuje na to da smanjena razina kortizola može djelovati na jačinu kronične upale.

Dnevni stresori povezani su s povećanjem težine bolesti (PASI). Također, dnevni stresori na graničnim razinama negativno koreliraju s razinom kortizola u graničnim razinama, no razina kortizola u istraživanju koje su proveli Evers i suradnici nije bila značajno povezana s promjenom ozbiljnosti bolesti mjesec dana kasnije. Kada su dnevni stresori bili na najnižoj razini, bez utvrđenih značajnih odnosa između dnevnih stresora i kortizola ili između dnevnih stresora i povećanja ozbiljnosti bolesti, uočene su različite dnevne reakcije na stres u odnosu na pacijente koji su bili izloženi jakim stresorima.

Tablica 6: Karakteristike ispitanika na početku istraživanja

| | |
|--|----------------------------|
| Srednja dob \pm SD | 52.3 \pm 13.2 |
| Spol (M/F) | 45 (73%)/17 (27%) |
| Bračno stanje | 76% udanih ili s partnerom |
| Razina obrazovanja (%) | |
| Niska | 3 (5%) |
| Umjerena | 41 (66%) |
| Visoka | 18 (29%) |
| Klinička težina psorijaze (PASI), srednja \pm SD | 7.0 \pm 4.6 |

Izvor: Evers, A. W. M. (2010) How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis, British Association of Dermatologists, pp 986–991

⁵¹ Richards HL, Ray DW, Kirby B et al. Response of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. Br J Dermatol 2005; 153:1114–20.

Rezultati su pokazali da su skupine imale različite srednje razine kortizola. Pacijenti s većom razinom dnevnih stresora imali su nižu srednju razinu kortizola. Ozbiljnost bolesti nije se unutar pojedinih skupina značajno razlikovala. Nadalje, istraživanje je pokazalo da su srednje dnevne razine stresora negativno povezane s razinom kortizola dok nije pronađena značajna korelacija između stresora i težine bolesti.⁵²

Tablica 7: Srednja razina dnevnih stresora, razina kortizola i bolest - ozbiljnost na mjesečnoj razini

| | Pacijenti s visokim dnevnim stresorima | Pacijenti s niskim dnevnim stresorima | Grupe razlika |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------|
| Dnevni stresori | 17·31 ± 6·34 | 4·70 ± 2·91 | P < 0·001 |
| Kortizol ($\mu\text{mol L}^{-1}$) | 0·29 ± 0·10 | 0·37 ± 0·11 | P = 0·001 |
| Ozbiljnost bolesti | 7·34 ± 4·11 | 5·84 ± 3·83 | n.s. |

Izvor: Ewrs, A. W. M. (2010) How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis, British Association of Dermatologists, pp 986–991

Ova je studija jedna od prvih longitudinalnih studija koja je ispitala utjecaj dnevnih stresora na razinu kortizola kod pacijenata s psorijazom. Rezultati su pokazali da je dnevni stres negativno povezan s razinom kortizola kada su pacijenti doživjeli najvišu razinu dnevnih stresora te su pritom dnevni stresori povezani s porastom ozbiljnosti bolesti mjesec dana kasnije.

Pacijenti koji su neprestano doživljavali visoku razinu dnevnih stresora imali su niže srednje razine kortizola što bi moglo ukazivati na osjetljivost na pogoršanje stanja upale kod njih. To znači da relativno stresna razdoblja mogu pogoršati psorijazu kod tih pacijenata. Ovi su rezultati potvrdili i druga provedena istraživanja koja su se bavila istraživanjem odnosa između stresora i ishoda kroničnih upalnih bolesti kao što je, primjerice, reumatski artritis. Ta su istraživanja pokazala da su visoke razine dnevnih stresora bile okidač pogoršanja bolesti.

⁵² Ewrs, A. W. M. (2010) How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis, British Association of Dermatologists, pp 986–991

Dobiveni rezultati podupiru ideju da relativno visoke razine dnevnih stresora mogu utjecati na tijek kroničnih upalnih bolesti, a to uključuje i psorijazu. U tom kontekstu kortizol bi mogao biti ključni parametar navedenog stresnog oboljenja.⁵³

4.2. Može li smanjenje stresa djelovati na poboljšanje psorijaze?

Život s psorijazom može dovesti do psiholoških i socijalnih poteškoća. Ljudi mogu izražavati gađenje prema osobama s psorijazom iz razloga što misle da je psorijaza zarazna. Stoga, osobe s psorijazom često izbjegavaju situacije gdje očekuju negativne reakcije.

Osobe s psorijazom imaju veću razinu anksioznosti i depresije od osoba koje nemaju psorijazu. Fortune i suradnici⁵⁴ Koristili su CBT i otkrili su značajne razlike u fizičkoj, psihičkoj i QoL varijabli između osoba koje su pristupile terapiji smanjenja stresa i onih koje nisu. Do sada je provedeno iznimno malo studija koje su se bavile djelovanjem smanjenja stresa na poboljšanje psorijaze. Ono što su istraživanja pokazala je da je do smanjenja psorijaze došlo kod osoba koje su prošle kognitivnu terapiju. No, navedeno nije potvrđeno u smislu da smanjen stres poboljšava psorijazu.

Istraživanje psorijaze zahtijeva blisku suradnju psihologa i dermatologa. Dermatolozi trebaju savjetovati psihologe o ključnim fizičkim varijablama, a s druge strane psiholozi moraju voditi dermatologe u smislu provedbe procjene psihičkog stanja pacijenta. Unatoč napretku farmakoterapije, psorijazom je dugoročno teško upravljati. Istraživanja govore da bi smanjenje stresa moglo pomoći u upravljanju ovom bolešću.⁵⁵

Psorijaza se često povezuje sa značajnim psihološkim tjeskobama, stigmatizacijom te sa smanjenom kvalitetom života. Stres može pogoršati kožnu bolest kod 40-100% pacijenata. Stres je poznat kao okidač u pojavi ili pogoršanju psorijaze. No, iako brojni

⁵³ Isto.

⁵⁴ Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71–82.

⁵⁵ Fordham, B. i sur. (2013) Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review, *Psychology*, Vol. 18, No. 5, 501–514

pacijenti vjeruju da stres može uzrokovati ili pogoršati njihovu psorijazu, navedena je ideja dobila samo preliminarnu podršku istraživanja.

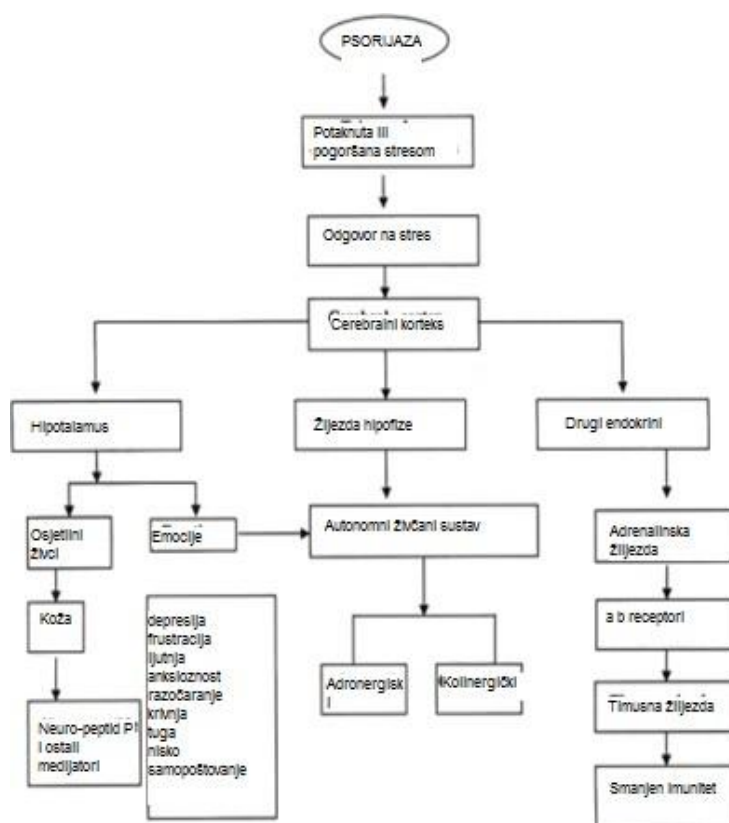
Pojedine studije variraju u udjelu povezanosti psorijaze sa stresnim događajima, a varijacije se kreću od 40 do 80%. Još uvijek nije dovoljno poznato kako psihički stres utječe na pojavu ili pogoršanje psorijaze. Klinička simetrična raspodjela psorijatičnih plakova ukazuje na moguću ulogu neuropeptida u entioptogenezi psorijaze.

Pojedini istraživači sugeriraju moguću ulogu tvari P kao modulatora upalnog odgovora u psorijazi. Psihološki stres ili abnormalni odgovor na stresore otkrili su da mijenjaju evaluaciju kožnih poremećaja, a što uključuje i psorijazu te da su povezani s različitim psihološkim problemima,

Psihološki stres uzrokuje fenotipske promjene u cirkulirajućim limfocitima te se smatra važnim okidačem T-pomoćnika i polarizirane uplate kožne bolesti psorijaze. Slika u nastavku prikazuje odgovore na stres koji mogu djelovati na pojavu psorijaze. Ovaj se prikaz usredotočuje na odnos između psorijaze i stresa, a što se posebno odnosi na psihosocijalne i psihološke probleme, emocionalni stresni aspekt, psihosocijalni i emocionalni stres. Navedeni prikaz upućuje na to da se psorijaza pogoršava pod utjecajem stresa.⁵⁶

⁵⁶ Kabbur, H. i sur. (2011) Stress and quality of life in psoriasis: an update, *International Journal of Dermatology*, 783–792

Slika 5: Djelovanje stresa na pojavu psorijaze



Izvor: Kabbur, H. i sur. (2011) Stress and quality of life in psoriasis: an update, International Journal of Dermatology, 783–792

Psorijaza značajno utječe na dnevne aktivnosti i to kod gotovo dvije trećine pacijenata ima negativan učinak na svakodnevni život. Kod bolesnika s teškom bolešću negativni je učinak psorijaze na svakodnevni život identificiran kod 80% pacijenata.⁵⁷ Nadalje, pacijenti s težim stanjem bolesti imaju višu razinu stresa koji je povezan s psorijazom u odnosu na pacijente koji imaju blažu varijantu bolesti. Nadalje, postoji izravna korelacija između depresivne psihopatologije i težine pruritusa. Oko 80% osoba s psorijazom ima iskustvo pruritusa različitog intenziteta.⁵⁸

⁵⁷ Krueger G, Koo J, Lebwohl M, et al. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. Arch Dermatol 2001; 137: 280–284.

⁵⁸ Isto.

Nadalje, psorijaza se često povezuje i sa samoubojstvima. Stoga je važno da rizični pacijenti budu ispitani na tom području kako bi se mogućnost suicida svela na minimum. Osim što depresija potiče psorijazu, negativno na razvoj bolesti djeluje i zabrinutost zbog napredovanja bolesti. Jedna je studija pokazala da 10% odraslih osoba s psorijazom ima suicidalne misli.

Nadalje, istraživanja ukazuju na relativno visoke stope depresije kod oboljelih od psorijaze. Naime, čak 46% pacijenata ističe da su često ili uvijek depresivni zbog stanja u kojem se nalaze. Također, provedeno je istraživanje kojem je bio zadatak procijeniti utjecaj stresnih životnih događaja na pogoršanje psorijaze i komorbiditeta depresije. Rezultati su pokazali da polovica pacijenata s psorijazom je doživjela barem jedan stresni životni događaj u mjesecu koji je prethodio pogoršanju bolesti. Težina psorijaze znatno se povećava kod bolesnih s prethodnim stresnim životnim događajima.

Depresija se može dijagnosticirati kod 20% bolesnika s psorijazom. Većina bolesnika pati od reaktivnih poremećaja tijekom etretinatinog liječenja.⁵⁹ Istraživači su pronašli više razina depresije kod bolesnika kod osoba s kroničnom psorijazom. Slično navedenom, suicidalne ideje su najčešće kod bolesnika s teškom psorijazom.

4.3. Prevencija i liječenje

Bitan faktor koji može utjecati na duže mirovanje bolesti je duže spavanje. Optimalna dužina spavanja je 9 do 10 sati na dan, a što uključuje i dnevno spavanje kod osoba starije životne dobi. Nadalje, osobe s psorijazom trebale bi ograničiti konzumiranje kave i alkoholnih pića te pušenje. Nadalje, prevencija uključuje i ograničeno konzumiranje hrane što se posebno odnosi na masnu hranu. Preporuča se korištenje određenih lijekova, prvenstveno sedativa biljnog porijekla, kao što su odoljen, menta, bijeli sljez i dr. Kod teških oblika poremećaja sna osoba s psorijazom trebala bi posjetiti liječnika.⁶⁰

Bolesnik treba izbjegavati živčana i psihička preopterećenja koja mogu dovesti do pogoršanja psorijaze. Važno je naglasiti da stanje živčanog sustava čovjeka ima uvijek

⁵⁹ Pacan P, Szepietowski J. C, Kiejna A. Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris. *Dermatol Psychosom* 2003; 4: 142–145.

⁶⁰ Coatney, G., Norman, R. A. (2010) Prevention of Psoriasis, *Preventive Dermatology*, pp 151-160

bitni, a u nekim situacijama i presudni utjecaj na tok bolesti, kako tijekom pogoršanja, tako i tijekom remisije bolesti. Bolesnik bi trebao izbjegavati različite konfliktne situacije i psihička preopterećenja, odnosno trebao bi izbjegavati negativno djelovanje emocionalnih faktora.

Također, bitan je i pravilan odnos bolesnika prema njegovoj bolesti. Bolesnik se ne bi trebao sramiti svoje bolesti ni onda kada se osip nalazi na koži na otvorenim dijelovima tijela. U tom kontekstu pomaže da bolesnik što manje misli na bolest ili neke oblike manifestacije te bolesti.

Bitan čimbenik uspješnog liječenja i sprječavanja eventualnog recidiva bolesti je više kretanje. To se posebno odnosi na osobe koje nisu fizički aktivne. Fizička aktivnost može se povećati rekreativnim i sportskim aktivnostima, čestim pješaćenjem, ali i različitim fizičkim radom. Nadalje, osobe s psorijazom trebale bi izbjegavati preveliko hlađenje organizma jer ono može dovesti do pogoršanja bolesti. Tijekom remisije preporuča se da se obrati pozornost na temperaturne promjene.

Za procjenu težine bolesti, odnosno kliničkih simptoma psorijaze najčešće se primjenjuju mjere Indeks zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (engl. *Psoriasis Area and Severity Index*, PASI), Zahvaćenost površine kože (engl. *Body Surface Area*, BSA) i indeks kvalitete života. Prilikom primjene PASI mjere u obzir se uzima površina zahvaćene kože te se za psorijatične lezije određuje zastupljenost crvenila, debljina psorijatičkog plaka i ljuskanje. Prema europskom konsenzusu blaga psorijaza definira se s PASI vrijednosti do 10, srednje teška ili teška psorijaza definiraju se s vrijednosti većom od 10.⁶¹ Procjena težine bolesti jako je bitna zbog odabira prikladnog oblika liječenja te zbog praćenja učinkovitosti liječenja.

⁶¹ Mrowietz, U., Kragballe, K., Reich, K., Spuls, P., Griffiths, C. E. M., Nast, AYawalkar, N. (2011). Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. Archives of Dermatological Research, 303(1), 1-10.

4.3.1. Topički lijekovi

Ako se primjenjuju samo kreme i masti koje se nanose na kožu, mogu učinkovito liječiti blagi do umjereni oblik psorijaze. Kada se radi o težem obliku bolesti, kreme se mogu kombinirati s lijekovima za oralnu primjenu i s terapijom svjetlošću. Topički lijekovi su⁶²:

- Topički kortikosteroidi – riječ je o jakim protuupalnim lijekovima koji se najčešće propisuju za liječenje blagog do umjerenog oblika psorijaze. Oni usporavaju izmjenu stanica na način da suprimiraju imunološki sustav te na taj način smanjuju upalu i ublažavaju svrbež. Za osjetljiva područja kao što su lice i kožni nabori te za liječenje većih površina oštećene kože preporučuju se slabija kortikosteroidna mast. Jača kortikosteroidna mast obično se propisuje za mala područja kože, za tvrdokorni plak na rukama i nogama ili ako druge terapije nisu bile uspješne. Za liječenje psorijaze na vlasištu primjenjuju se medicinske pjene ili otopine. Dugotrajna primjena ili pretjerana primjena jakih kortikosteroida može uzrokovati istanjivanje kože i otpornost na djelovanje lijeka. Kortikosteroidi za vanjsku primjenu najčešće se primjenjuju na aktivnim žarištima dok ih se ne stavi pod kontrolu.
- Analozni vitamina D – sintetički oblici vitamina D usporavaju rast kožnih stanica. Kalcipotrien je krema ili otopina koja se dobiva na recept, a sadrži analog vitamina D. Ona ima učinak samo kod blagog ili umjerenog oblika psorijaze. No, također, može se primijeniti u kombinaciji s drugim lijekovima za vanjsku primjenu ili fototerapijom. Jednako učinkovit lijek je i kalcitriol.
- Antralin – ovaj lijek normalizira aktivnost DNK u stanicama kože. Također, uklanja ljuskice pa koža postaje glađa. Međutim, antralin može nadražiti kožu te ostavlja mrlje te zbog toga liječnici često preporučuju terapiju „kratkotrajnog kontakta“.

⁶² Kennaway, G. (2008) I spent 20 years looking for a cure for my psoriasis - and found it in a most unlikely place, <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1025346/I-spent-20-years-looking-cure-psoriasis--unlikely-place.html>

- Topički retinoidi – često se primjenjuju za liječenje akni i kože oštećene sunčevim zrakama, ali tazaroten je razvijen za liječenje psorijaze. Normalizira aktivnost DNK u stanicama kože i smanjuje upalu. Najčešća nuspojava je nadraženost kože. Nadalje, može povećati osjetljivost na sunčevu svjetlost te se zbog toga tijekom terapije lijekom mora upotrebljavati sredstvo sa zaštitnim faktorom.
- Inhibitori kalcineurina – učinkoviti su u liječenju psorijaze. Smatra se da inhibitori kalcineurina sprječavaju aktiviranje T limfocita te se na taj način smanjuje upala i stvaranje plaka. Najčešća nuspojava je nadraženost kože. Ova terapija posebno pomaže na područjima gdje je koža tanka, kao što je koža oko očiju jer steroidne kreme ili retinoidi previše nadražuju takvu kožu te mogu dovesti do štetnih učinaka.
- Salicilna kiselina – pospješuje otpadanje odumrlih stanica kože te smanjuje ljuštenje. U nekim slučajevima kombinira se s drugim lijekovima kao što su topički kortikosteroidi ili ugljeni katran s ciljem povećanja učinka.
- Ugljeni katran – smanjuje ljuštenje kože, svrbež i upalu.

4.3.2. Terapija svjetlošću (fototerapija)

U ovoj se terapiji koristi prirodna ili umjetna ultraljubičasta svjetlost. Najjednostavniji oblik fototerapije je da se koža izlaže kontroliranim količinama prirodne sunčeve svjetlosti. Drugi oblici terapije svjetlošću uključuju uporabu umjetnih izvora ultraljubičaste A (UVA) ili ultraljubičaste B (UVB) svjetlosti i to samostalno ili u kombinaciji s lijekovima.

Ultraljubičasta (UV) svjetlost obuhvaća elektromagnetsko zračenje s valnim duljinama manjim od onih vidljivim ljudskom oku. Kada se pacijenta izloži UV zrakama iz sunčeve svjetlosti ili umjetnog izvora, aktivirani T limfociti u koži umiru. Navedeno usporava izmjenu stanica kože i smanjuje ljuštenje i upalu. Kratko dnevno izlaganje malim količinama sunčeve svjetlosti može poboljšati psorijazu, a intenzivno izlaganje sunčevim zrakama može pogoršati simptome i uzrokovati oštećenje kože.

Kontrolirane doze UVB svjetlosti iz umjetnog izvora svjetlosti mogu poboljšati blage do umjerene simptome psorijaze. UVB fototerapija može se koristiti za liječenje

pojedinačnih mrlja, psorijaze na velikoj površini i psorijaze koja je otporna na topičke lijekove. Kratkotrajne nuspojave mogu uključivati crvenilo, svrbež i suhoću kože.⁶³

Novija vrsta terapije za psorijazu je terapija uskopojasnim UVB zrakama. Obično se primjenjuje dva do tri puta tjedno dok se ne poboljša stanje kože. Nakon toga se stanje održava primjenom jedanput na tjedan. Terapija s uskopojasnim UVB zrakama može izazvati teže i dugotrajnije opekline.

Goeckermanova terapija je kombinacija UVB terapije s terapijom ugljenim katranom. Ovakav način primjene puno je djelotvorniji od primjene svake terapije zasebno jer ugljeni katran pomaže da koža bolje reagira na UVB svjetlost. Metoda Ingranov režim kombinira UVB terapiju s kupkama u uljenom katranu te pastu koja sadržava antralin i salicilnu kiselinu.

Fotokemoterapija ili PUVA terapija podrazumijeva uzimanje blago senzibilizirajućeg lijeka (psoralen) prije izlaganja UVA svjetlosti. UVA svjetlost prodire dublje u kožu, nego UVB svjetlost, a psoralen čini da koža bolje reagira na izlaganje UVA svjetlosti. Navedena agresivnija terapija dosljedno poboljšava stanje kože te se često koristi u težim slučajevima psorijaze. PUVA uključuje dva do tri tretmana tjedno tijekom određenog broja tjedana. Među kratkotrajne nuspojave ubraja se mučnina, glavobolja, žarenje i svrbež dok se u dugotrajne nuspojave ubrajaju suha i naborana koža, pjege, povećani rizik od raka kože i dr.

Ekscimer laser je terapija svjetlošću koja se koristi za blage do umjerene oblike psorijaze. Terapijom se tretiraju samo zahvaćeni dijelovi kože. Kontrolirana zraka UVB svjetlosti određene valne duljine usmjerava se na psorijatičke plakove da bi se smanjilo ljuštenje i upala. Na taj se način ne oštećuje okolna zdrava koža. Primjenom ekscimer lasera potrebno je manje tretmana u odnosu na tradicionalnu fototerapiju jer se koriste snažnije UVB zrake. Pojava mjehura i crvenila ubrajaju se u nuspojave ove terapije.

Pulsni laser sličan je ekscimer laseru, no pulsni laser koristi drugi oblik svjetlosti kako bi uništio sitne krve žilice koje pridonose stvaranju psorijatičnih plakova. U

⁶³ Pirro M, Stingeni L, Vaudo G, et al. Systemic inflammation and imbalance between endothelial injury and repair in patients with psoriasis are associated with preclinical atherosclerosis. *Eur J Prev Cardiol.* 2014; pii: 2047487314538858. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487314538858>

nuspojave se ubrajaju modrice koje nestaju za deset dana nakon tretmana. Postoji mali rizik od stvaranja ožiljaka.

Kombinirana terapija svjetlošću uključuje kombiniranje UV svjetlosti s drugim terapijama kao što su retinoidi. Ovaj način terapije često se koristi kad ostale fototerapijske opcije ne daju očekivane rezultate.⁶⁴

4.3.3. Lijekovi za sistemnu primjenu

Ako pacijent boluje od teškog oblika psorijaze ili oblika psorijaze koji je otporan na druge vrste liječenja, liječnik mu može propisati lijekove za oralnu primjenu ili lijekove u injekcijama. Budući da ovi lijekovi izazivaju teške nuspojave, neki od njih primjenjuju se samo kratko vrijeme i mogu se izmjenjivati s drugim oblicima terapije.

Retinoidi su srodni vitaminu A, a ova skupina lijekova može smanjiti proizvodnju stanica kože ako pacijent ima tešku psorijazu koja ne reagira na druge terapije. No, znakovi i simptomi obično se vraćaju nakon prekida terapije. Među nuspojave ubrajaju se suhoća kože i sluznice, svrbež i gubitak kože. Ova se terapija treba izbjegavati tijekom trudnoće jer može dovesti do teškog oštećenja ploda.

Metotreksat je oralni lijek koji pomaže kod psorijaze tako što smanjuje proizvodnju kožnih stanica te smanjuje upalu. Kod pojedinih pacijenata usporava napredovanje psorijatičkog artritisa. Metotreksat se u malim dozama obično dobro podnosi, no može izazvati želučane smetnje, gubitak apetita i umor. Ako se primjenjuje duže vrijeme, može izazvati nekoliko teških nuspojava, uključujući teško oštećenje jetre te smanjiti proizvodnju crvenih i bijelih krvnih stanica i trombocita.⁶⁵

Ciklosporin potiskuje imunološki sustav te je po djelotvornosti sličan metotreksatu. Kao i drugi imunosupresivni lijekovi, ciklosporin povećava rizik od infekcije i drugih zdravstvenih problema, uključujući i rad. Ciklosporin povećava mogućnost pojave

⁶⁴ Isto.

⁶⁵ Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol.* 2013;149(10):1173—9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.5015>

bubrežnih problema i visokog krvnog tlaka. Rizik se povećava s višim dozama i dugotrajnom terapijom.

Hidroksiureja može se kombinirati s fototerapijom iako ovaj lijek nije tako djelotvoran kao jači lijekovi. U moguće nuspojave ubrajaju se smanjeni broj crvenih krvnih stanica (anemija) i smanjenje broja bijelih krvnih stanica i trombocita. Lijek ne smiju uzimati trudnice ili žene koje planiraju trudnoću.

Imunomodulatori (biološki lijekovi) u nekim slučajevima primjenjuju se u liječenju umjerenog do teškog oblika psorijaze. Među navedene lijekove ubrajaju se adalimumab, alefacept, etanercept, infiliksimumab i ustekinumab. Ovi se lijekovi daju intravenskom infuzijom, intramuskularnom injekcijom ili subkutanom injekcijom, a najčešće se daju pacijentima koji ne reagiraju na tradicionalnu terapiju ili koji imaju i psorijatični artritis. Biološki gledano, imunomodulatori blokiraju interakciju između određenih stanica imunološkog sustava i određenih upalnih putova. Iako se pretežno dobivaju iz prirodnih izvora, moraju se upotrebljavati s oprezom budući da imaju jak učinak na imunološki sustav i zbog njih može doći do po život opasnih infekcija. Osobe koje uzimaju ove lijekove trebaju se testirati na tuberkulozu.⁶⁶

Tioguanin ima manje nuspojave, a gotovo je jednako učinkovit kao metotreksat i ciklosporin. No, može izazvati anemiju. Zbog navedenog ovaj lijek trebaju izbjegavati trudnice ili žene koje namjeravaju zatrudnjeti.

⁶⁶Feldman, S. R. (2017) Treatment of psoriasis, <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis>

4.3.4. Učinkovitost terapija

Kod bolesnika s psorijazom biomarkeri bi mogli biti relevantni za utvrđivanje razlike između različitih kliničkih varijanti bolesti, za procjenu napredovanja bolesti i za procjenu ozbiljnosti bolesti. Na temelju njih može se predviđati i terapija. U posljednje vrijeme naglašava se važnost korištenja biomarkera u predviđanju razvoja bolesti. Naime, topljivi biomarkeri imaju potencijal korisnosti za pregled bolesnika s psorijazom. To se posebno odnosi na psorijazni artritis. Psorijazni artritis dolazi od kožnog plaka, odnosno početna upala dolazi od plaka te dovodi do povećanja tumorske nekroze.

Topikalna terapija, tj. kortikosteroidi, vitamin D3, inhibitori kalcineurina, retinoidi, ditranol, katal keratolitika sredstva koriste se u liječenju psorijaze. Fototerapija uključuje ultraljubičastu (UV) terapiju i fotokemoterapiju. Ove terapije koriste se kod onih pacijenata kod kojih lokalna terapija nije bila učinkovita. S druge strane, ciklosporin i metotreksat (MTX) najčešće se koriste kao sustavne terapije u liječenju psorijaze. To su sustavne nebiološke terapije. Biološke terapije, također, se koriste u liječenju psorijaze. Tri TNF-a antagonista (adalimumab, etanercept i infliximab) i IL12/23 monoklonalna antitijela mogu se koristiti prilikom liječenja u umjerenim količinama kod bolesnika s kroničnom psorijazom. Sve navedene terapije odobrene su za korištenje od Nacionalnog instituta za zdravlje i kliničku izvrsnost te se smiju primjenjivati kod bolesnika koji nisu imali pozitivan rezultat liječenja sustavnom nebiološkom terapijom uključujući ciklosporin, metotreksat i PUVA ili kod bolesnika kod kojih ove terapije izazivaju kontradiktorne reakcije.⁶⁷

U nastavku je prikazano sedamnaest intervencija u trinaest studija koje se odnose na topikalne terapije, fototerapiju, liječenje lijekovima i na biološku terapiju. U navedenim studijama pratila se razina TAC-a kod sedam muškaraca s psorijazom prije i poslije jednog tretmana s flucionalnim acetonidima 0,025% mastima na 90% tijela. Rezultati su pokazali da je razina TAC u plazmi bila znatno povećana 24 sata nakon primjene glukokortikosteoroida. U dvije studije nisu identificirane promjene nakon dugotrajnog liječenja kalcipotrienom ili betametazom dipropionat ili kombinacijom ove dvije terapije. Istraživači su pronašli značajno smanjenje TBARS, ali ne u oxLDL i C reaktivnim proteinima (CRP). U fototerapijskom liječenju korišteno je UVB (BB UVB), uski pojas

⁶⁷ Peluso, I., Cavaliere, A., Palmery, M. (2016) Plasma total antioxidant capacity and peroxidation biomarkers in psoriasis, Peluso et al. Journal of Biomedical Science, 23:52

UVB (NB UVB) i PUVA. Iako su ove terapije smanjile CRP kod većine pacijenata (80%), UV zračenje i psoraleni stvaraju slobodne radikale potencijalno inducirajući oksidativni stres. TAC je smanjen samo u jednoj od pet intervencija. Do kontradiktornih rezultata došlo se kod primjene terapije koja je uključivala mikofenolat mofetil (MMF, jedan mjesec, počela je u dozi od 1 g/d te se tijekom prvog tjedna povećala na 1,5 do 2,0 g/d) i MTX (7,5 mg tjedno tijekom 12 tjedana ili 80 i 160 mg kumulativne doze tijekom 8 tjedana).⁶⁸

Jedna je studija pokazala da je plazma MDA značajno povećana nakon MTX terapije bolesnika s psorijazom, a TAC se nije značajno promijenio nakon 12 tjedana liječenja. Druga studija je pokazala da nije bilo statistički značajnih promjena u serumskim razinama TAC i TOS nakon 8 tjedana MTX (engl. *metotreksat*) terapije. Jedina studija koja se bavila procjenom učinka MMF rađena je na samo tri bolesnika s psorijazom koji su, također, imali I. stupanj hipertenzije. Studija je ukazala na blago poboljšanje psorijaze u dva slučaja dok su u trećem slučaju simptomi ostali nepromijenjeni.

Među trenutno raspoloživim biološkim lijekovima za liječenje psorijaze su TAC ili markeri peroksidacije nakon tretmana s anti-TNF biologima (infliymab intravenoznom primjenom od 5 mg/kg svakih osam tjedana tijekom šest mjeseci ili etanercept subkutano u dozi od 50 mg tijekom 12 tjedana, nakon čega slijedi 25 mg dva tjedna tijekom slijedećih 12 tjedana) i anti-CD11a (efalizumab, tjedno 1 mg/kg tjelesne težine subkutano injekcijom tijekom 12 tjedana).⁶⁹

Predložene studije slučaja govore da marker peroksidacije može biti osjetljivi indeks oksidativnog stresa od TAC-a. Lipidna peroksidacija rezultirala je nepovezanošću s TAC-om zbog toga što se mjerila sposobnost antioksidansa u hidrofilnom okruženju. To ukazuje na činjenicu da su markeri peroksidacije češće povezani s dislipidemijom što se može vidjeti na slici u nastavku.⁷⁰

⁶⁸ Isto.

⁶⁹ Isto.

⁷⁰ Isto.

Psorijaza je povezana s sustavnim oksidacijskim stresom. Istraživanja govore da preoksidacijski markeri su osjetljivi na TAC u evaluaciji oksidacijskog stresa kod psorijaze. Također, studije su pokazale da biološki lijekovi mogu biti bolji izbor za liječenje psorijaze.⁷¹

Kod 74% oboljelih od psorijaze nema fizičke identifikacije uzroka bolesti. Većina simptoma je manifestacija stresa, anksioznosti i depresije. Brojni pacijenti ne znaju upravljati stresom. Međutim, kognitivne i somatske vještine usmjerene prema smanjenju stresa mogu pomoći u prevladavanju osjećaja nemoći i beznadnosti, a što se može odraziti i na smanjenje simptoma. Ovi samoregulacijski pristupi trebali bi pacijentu biti ponuđeni kao početna terapija, odnosno oni bi trebali pokušati nadomjestiti liječenje lijekovima.⁷²

Glavni čimbenici koji utječu na poboljšanje učinka terapije su:

1. Dnevna samoprocjena i praćenje subjektivnih i objektivnih iskustava koja olakšavaju svijest
2. Dijeljenje subjektivnih iskustava u malim skupinama što smanjuje socijalnu izolaciju, normalizira iskustvo i potiče nadu
3. Pisanje reflektirajućeg rada koji sažima i opisuje iskustvo pacijenta
4. Imati na umu svakodnevnu praksu jer sadrži motivaciju za dalje.

⁷¹ Isto.

⁷² McGrady, A., & Moss, D. (2013). Pathways to illness, pathways to health. New York: Springer.

4.4. Cilj i evaluacija

Ciljevi liječenja psorijaze su:

- Prekinuti ciklus koji uzrokuje povećanu proizvodnju kožnih stanica te na taj način smanjiti upalu i stvaranje plaka.
- Odstraniti ljuskice kako bi koža postala ponovno glatka. Ovo se posebno odnosi na topičke proizvode koji se nanose na kožu.

Razumijevanja psihosocijalne determiniranosti početka i tijeka psorijaze vrlo je važno u terapiji psihodermatoloških poremećaja. Svaka kronična bolest djeluje destabilizirajuće na čovjeka. Psorijaza često nije samo kronična, nego, također, vidljiva i javna, a to djeluje na mijenjanje pacijentove slike o sebi i slike koju drugi imaju o njemu. Iz navedenog razloga razumljiv je značaj psihoterapije usmjerene na ublažavanje stresa te kognitivno-bihevioralne psihoterapije u liječenju ovih poremećaja. Anksiozni i depresivni poremećaji u komorbiditetu s psorijazom lijeće se i anksioliticima i antidepresivima.⁷³

Psihosomatski poremećaji su stanja koja često precipitira ili egzacerbira emocionalni stres. Bitno je znati da te poremećaje ne uzrokuje stres, ali ih pogoršava. Kod svakog od tih stanja, u odnosu na reakciju pojedinog pacijenta na stres, razlikuju se „responder-i“ i „non-responder-i“, tj. pacijenti kod kojih postoji snažan utjecaj stresa na manifestaciju njihovog poremećaja i oni pacijenti kod kojih je utjecaj stresa manje izražen. Kod pacijenata sa stvarnom psihosomatskom kožnom bolesti važno je utvrditi koliko je emocionalna patnja bolesnika kod njega psihosomatska, a koliko somatopsihička. U pacijenata s psorijazom, može, ali i ne mora imati veliki značaj.

No, kada se dermatolog suoči s terapijski rezistentnom bolešću trebalo bi razmotriti mogućnost utjecaja psiholoških, socijalnih ili radno-okupacionih uzročnih čimbenika. U nekim su slučajevima somatopsihički ili psihosomatski čimbenici odlučujući za egzacerbaciju psorijaze.

⁷³ Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. American Family Physician 2001, 11:1873-1878.

Emocionalni stres, također, može egzacerbirati kroničnu psorijazu i započeti začarani kruh tzv. itch-scratch cycle“. Stoga je liječenje bolesnika s psorijazom u nekim slučajevima otežano ako se ne prepozna stres kao egzacerbirajući čimbenik. Pacijenti često, zbog osjećaja srama, ne žele razgovarati o svojim psihološkim problemima. Tečajevi tehnike svladavanja stresa, glazba ili tjelovježba mogu pomoći takvim pacijentima. Ako je u pozadini specifičan psihosocijalni ili radni problem, može biti korisno psihijatrijsko savjetovanje. Ukoliko je stanje poglavito psihosomatske naravi, pacijentu se trebaju preporučiti tehnike ublažavanja vanjskog stresa dok je u slučaju prevladavanja samotopsihčke naravi poremećaja potrebno provesti intenzivnu lokalnu ili sistemsku dermatološku terapiju. PPsihofarmaci, anksiolitici i antidepresivi mogu biti korisni u liječenju oba tipa psihosomatskog poremećaja.⁷⁴

Kada je kod pacijenta stres ili tenzija vrlo izražena, u terapiji dolaze u obzir i anksiolitici (Tablica 10). Postoje dvije skupine anksiolitičkih psihofarmaka. U prvu skupinu ubrajaju se benzodiazepini koji se mogu uzimati po potrebi, a relativno brzo djeluju anksiolitički. Drugu skupinu lijekova čine nesedirajući lijekovi koji ne indiciraju ovisnost, poput, buspirona (Buspar). U slučaju poremećaja sna primjenjuju se hipnotici, a u liječenju kronične anksioznosti mogu se koristiti SIPPS-a. Kada anksioznost zahtjeva psihijatrijski pregled i liječenje, pacijentu treba to pažljivo objasniti kako bi upućivanje psihijatru prihvatio kao dio postupka dermatološke terapije njegove bolesti.⁷⁵

⁷⁴ Isto.

⁷⁵ Isto.

Tablica 8: Anksiolitici prema djelovanju

| Gp | Lijek | Prosječne doze mg/dan | Odrasli max doza mg/d | Stariji max doza mg/d | Polu-život elimi (sati) | | Pospanost | Potencijal ovisnosti |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---------|-----------|-------------------------|
| | | | | | odrasli (+raspon) | stariji | | |
| Kraće djelujući benzodiazepini | | | | | | | | |
| 1a | Alprazolam | 1 | 3 | 0.75 | 14 (6-20) | Kraći | •• | •• |
| 1a | Bromazepam | 9 | 18-60 | <Od | 16 (9-20) | ? | •• | •• |
| 1a | Lorazepam | 4 | 4 | <Od | 12 (8-25) | Jednak | ••• | ••• |
| 1a | Oksazepam | 30 | 120 | 80 | 8 (5-15) | Jednak | ••• | •• |
| Duže djelujući benzodiazepini | | | | | | | | |
| 1b | Klordiazepoksid | 30 | 100 | <50 | 12 (6-30) | Kraći | ••• | •• |
| 1b | Klobazam | 30 | 60 | 20 | 18 (9-77) | Kraći | • | •• |
| 1b | Klorazepat | 15 | 15? | <Od | PD | Kraći | ••• | •• |
| 1b | Diazepam | 6 | 30 | 15 | 32 (21-50) | Kraći | ••• | •• |
| Beta - blokatori | | | | | | | | |
| 2 | Oksprenolol | 80 | 80 | 80 | 4# (3-6) | Jednak | • | o |
| 2 | Propranolol | 80 | 120 | - | 2# (1-2) | Jednak | • | o |
| Ostali anksiolitici | | | | | | | | |
| 3 | Busipron | 30 | 45 | 45 | 8 (2-11) | Jednak | o | o |

Izvor: Koo J, Lebowhl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. American Family Physician 2001, 11:1873-1878.

Grupe:

1a = Kratko djelujući i minimalno-akumulirajući benzodiazepini

1b = Duže djelujući i akumulirajući benzodiazepini. Također, imaju aktivne metabolite koji produžuju njihovo djelovanje

2 = Beta-blokatori

3 = Azaspiron (Azaspirodekanedion)

Nuspojave:

••• = Značajne o = Mali ili nema podataka

•• = Umjerene ? = Nema provjerenih podataka

• = Blage

Ostale kratice:

Odrasli max.doza = Maksimalna doza anksiolitika za odrasle. Preporuča se terapija u toj dozi

najdulje do četiri tjedna

Stariji max.doza = Maksimalna doza anksiolitika za starije. Za mnoga stanja polovina doze za

Odrasle je odgovarajuća.

PD = Lijekovi koji se metaboliziraju u dezmetildiazepam (t 1/248-200 h)

= Farmakološko djelovanje duže nego što t 1/2 sugerira.

4.5. Stigmatizacija i kvaliteta života kod psorijaze

Psorijaza zbog svoje eksponiranosti može uvelike narušiti kvalitetu života. Pacijenti s nagrdjućim promjenama kože često su psihološki i socijalno ugroženi. Nerijetko takve osobe ne mogu dobiti posao u kojem izgled ima određenu važnost. Nadalje, bitno je istaknuti da okolina osobe s psorijazom često smatra zaraznima. Objašnjenja za visoku stopu komorbiditeta kožnih i psihičkih poremećaja su:

- Kronična kožna bolest uvjetuje brojne životne prilagodbe, utječe na društveni život i otežava liječenje
- Uočljivost kožnih bolesti izlaže pacijenta negativnim reakcijama okoline i stigmatizaciji zbog naruženosti te na taj način smanjuje pacijentovo samopoštovanje.
- Osobni čimbenici, kao što je jako izražena anksioznost, emocionalna nestabilnost i gubitak samopouzdanja, smanjuju opće životne i radne sposobnosti.

Mnoge osobe se uspješno nose s psorijazom. Ako obiteljski liječnik primijeti da je pacijent, ipak, pod značajnim stresom ili se javlja depresija, socijalna fobija ili druga sekundarna psihopatologija, trebao bi pacijenta uputiti na dermatološki i psihijatrijski pregled i liječenje.

Psorijaza može utjecati na gotovo sva područja života te uzrokovati fizičke, psihosocijalne i društvene posljedice. Nadalje, psorijaza može utjecati na osobni, profesionalni i društveni život pojedinca te u konačnici može dovesti do poteškoća koje nastaju kod nedermatoloških kroničnih bolesti. Svaka kožna bolest, pa tako i psorijaza, ima utjecaj na psihološku dobrobit oboljelog. No, psihološki utjecaj psorijaze nije direktno povezan s površinom kože koja je zahvaćena bolešću niti s objektivnom težinom.

Psihološki i socijalni utjecaj bolesti u velikoj mjeri ovisi o položaju, odnosno o mjestu koje je zahvaćeno psorijazom. Ukoliko se područja zahvaćena psorijazom nalaze na vidljivim mjestima, poput lica i ruku, dolazi do visoke razine nelagode. Psihološki problemi uključuju osjećaj stresa, anksioznosti, ljutnje, bespomoćnosti, depresije, srama, društvene izoliranosti, niskog samopoštovanja, loše slike tijela i neugode. Osobe oboljele od psorijaze nerijetko su bile žrtve verbalnog nasilja, stigmatizacije ili odbacivanja iz

društva. Psorijaza može značajno ometati bolesnikovu sposobnost socijalizacije i interakcije s drugima što dovodi do otežanog sklapanja prijateljstva i veza.

Takovo stanje može dovesti do samoozljeđivanja oboljelih, a u nekim slučajevima i do suicida ili do razmišljanja o suicidu. Također, oboljele osobe nerijetko izbjegavaju sportske aktivnosti zbog osjećaja nelagode prilikom izlaganja dijelova tijela koja su zahvaćena bolešću. Fizička aktivnost može dovesti do poboljšanja psihološke dobrobiti i kvalitete života, smanjenja anksioznosti, stresa i depresije te povećanja samopouzdanja i kognitivnog funkcioniranja. Međutim, kod osoba oboljeli od psorijaze bavljenje fizičkom aktivnošću može dovesti do suprotnih efekata.⁷⁶

Psorijaza je bolest koja se često povezuje s različitim vjerovanjima i mitovima. Mitovi su često vezani uz pogrešno razumijevanje prirodnih karakteristika mentalnog i fizičkog stanja. Takvi mitovi utemeljeni na specifičnim karakteristikama pojedina imaju značajan utjecaj na oboljelog te na mogućnost suočavanja s bolešću.⁷⁷

Lunda i Gaigher⁷⁸ proveli su studiju koja ukazuje na to da se albinizam smatra stanjem koje je duboko povezano s mitovima i praznovjerjem, a to na kraju dovodi do odbacivanja i stigmatizacije. Na navedeno u velikoj mjeri djeluje fizička okolina koja je puna predrasuda prema osobama s kožnim bolestima.

Osobe s psorijazom često su svakodnevno izložene neugodnim pogledima drugih te se neki pojedinci s tim teško suočavaju. Također, takve su osobe nerijetko žrtve predrasuda i diskriminacije. Budući da je kod osoba s psorijazom često prisutna percepcija stigme i strah od negativnih evaluacija, osobe s psorijazom često se povlače iz društva, a to u konačnici može dovesti do anksioznosti i izbjegavanja. Brojne studije pokazuju da osobe s psorijazom mogu biti opsjednute mislima o tome kako ih drugi doživljavaju.⁷⁹

⁷⁶ Bewley, A., Aldwin, M., Baron, S., Bundy, C., van Heugton, I., Johnson, M., Kownacki, S., McAlteer, H., Shah, R., Strudwicke, C., Spalding, H. i Page, B. (2013). The Psychological and Social Impact of Skin Disease on People's Lives. All Party Parliamentary Group on Skin, London.

⁷⁷ Hernandez, N.E. i Harper, D.C. (2007). Research on Psychological and Personal Aspects of Albinism: A Critical Review. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 263-271.

⁷⁸ Ford, J.D. (2014). Attitudes toward Persons with Albinism among a Sample of Barbadian and Trinidadian Nationals. *Caribbean Educational Research Journal*, 2(2), 32-49.

⁷⁹ Zandi, S., Farajzadeh, S. i Saberi, N. (2011). Effect of vitiligo on self reported quality of life in Southern part of Iran. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 21,(1), 4-9.

Iz navedenog razloga vidljivost stanja jedan je od objektivnih faktora koji je povezan s psihološkom boli. Navedena iskustva oblikuju kognitivne strukture povezane sa samopoimanjem te kod pojedinih osoba mogu dovesti do osjećaja srama i smanjiti samopoštovanje.⁸⁰ Vjerovanja o samoj psorijazi povezana su s psihološkim reguliranjem i mogu biti pod utjecajem kulturnih faktora.

4.6. Rasprava

Iako se psorijaza danas smatra jednom od najčešćih kroničnih bolesti, još uvijek do kraja nisu poznati faktori koji doprinose nastajanju psorijaze i pogoršanju kliničkih simptoma. Kao jedan od psiholoških čimbenika koji doprinosi psorijazi navodi se stres, tj. pretpostavlja se da određene dimenzije stresa mogu utjecati na veću ili manju zastupljenost simptoma psorijaze.

Iz navedenog razloga ovim se radom istraživali doprinosi li stres zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. Doprinos stresa u razvoju psorijaze, ali i pogoršanju njezinih kliničkih simptoma smatra se iznimno važnim te se treba naglasak staviti na uspješno suočavanje sa stresom.

Osobe oboljele od psorijaze često su stigmatizirane, odbačene od strane društva i isključene iz različitih socijalnih situacija. Također, istraživanja pokazuju da oboljeli od psorijaze zbog fizičkog stanja nisu u mogućnosti sudjelovati u nekim društvenim događajima. Nadalje, osobe s psorijazom često počnu svjesno izbjegavati situacije i aktivnosti za koje smatraju da bi ih mogle dovesti do osude od okoline ili im izazvati neugodu. Sve navedeno upućuje na to da nisu zadovoljene njihove potrebe za socijalnom potvrdom i podrškom okoline.

Osim toga, osobe s psorijazom često izjavljuju da se osjećaju usamljeno, izolirano i neprivlačno. U tom kontekstu, može se spomenuti istraživanje koje je proveo Pariser sa suradnicima, a koje se bavilo utjecajem psorijaze na različite aspekte života. Ovo je

⁸⁰Thompson, A. (2009). Psychosocial impact of skin conditions. *Dermatological Nursing*, 8(1), 43-48.

istraživanje pokazalo da psorijaza ima najveći utjecaj na emocionalni život (98% sudionika), socijalni život (94%) i obiteljski život (70%).⁸¹

Osobe oboljele od psorijaze suočene s nedostatkom socijalnih interakcija doživljavaju stres, a sam stres izaziva pogoršanje simptoma psorijaze. Izvor stresa mogu predstavljati i međuljudski odnosi, njihovo održavanje, zabrinutost zbog negativnog doživljaja od strane drugih i dr. Nadalje, ono što često karakterizira odnose s drugim ljudima su povremeni konflikti, a to osobama koje postižu više rezultate na ovisnosti o nagradi može biti stresnije te se to može odraziti na veću zastupljenost simptoma psorijaze.

Također, istraživanja govore da kod osobe koje su genetski podložne razvoju bolesti iznimno bitan utjecaj imaju okolinski čimbenici. Smatra se da je psorijaza genetski uvjetovana te da iznimno važnu ulogu imaju geni smješteni na šestom kromosomu čija je osnovna uloga regulacija imunološkog sustava. Upravo se imunološki sustav i stanice smatraju pokretačima upalnog procesa u psorijazi, tj. događa se specifična imunološka reakcija. Naime, stanice imunološkog sustava djeluju na zdrave stanice kože, napadaju ih kao da je riječ o infekciji te potiču stanice površinskog sloja kože na ubrzano dijeljenje i rast.

Uz biološke i imunološke čimbenike, stres predstavlja iznimno snažan utjecaj na psorijazu, bez obzira na prirodu stresora. Na sam tijek bolesti i težinu utječu znanje i stav prema bolesti te način na koji se oboljeli odnosi prema svojoj bolesti. Međutim, problem kod ovog istraživanja odnosio se na nedovoljno provedenih istraživanja koja bi povezala kvalitetu života s psorijazom, odnosno stadijem bolesti. Nadalje, još jedan problem u ovom istraživanju bio je nedovoljna povezanost stresa i psorijaze u stručnim radovima, odnosno nedovoljno je provedeno empirijskih istraživanja koja bi se bavila povezanošću stresa s psorijazom, odnosno s utjecajem stresa na psorijazu.

Povezanost stresa i psorijaze, odnosno djelovanje stresa na razvoj i liječenje psorijaze uvelike može pomoći u odabiru terapije za pojedinog pacijenta te uključivanje u liječenje psihijataru, psihologa i drugih stručnjaka za čovjekovu psihi. No, ukoliko se

⁸¹ Pariser, D., Schenkel, B., Carter, C., Farahi, K., Brown, T. M. i Ellis, C. N. (2015). A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 27(1),19–26

ovom području ne posveti dovoljna pažnja, djelovanje stresa na psorijazu može biti zanemarena, a što može djelovati na sam tijek liječenja i stanje pacijenta.

Pri donošenju odluke o načinu liječenja psorijaze treba voditi računa o: bolesnikovoj dobi, kliničkom obliku psorijaze, lokalizaciji i proširenosti psorijatičnih promjena i općem stanju bolesnika. U većine bolesnika, osobito onih s teškim oblicima bolesti kao i onih s udruženim artritismom nužan je timski pristup i suradnja s reumatologom i fizijatrom te prema potrebi stručnjacima drugih specijalnosti.

Osim navedenih preventivnih mjera, postoje i brojne druge koje se odnose na higijenu, odijevanje, prehranu i uzimanje lijekova. Sve su ove preventivne mjere usmjerene prema podizanju razine zdravlja kod pacijenta. Međutim, svima njima se kao važan preduvjet djeluje suočavanje sa svakodnevnim stresorima i situacijama koje mogu stresno djelovati na pacijenta.

Liječenje psorijaze može biti lokalno i/ili opće. Lokalna terapija i njega kože emolijensima sastavni je dio svakog liječenja psorijaze. Tretmani za psorijazu mogu se podijeliti u tri glavna tipa: topički lijekovi (lijekovi za vanjsku primjenu), liječenje svjetlošću (fototerapija) i lijekovi za sistemnu primjenu.

Iako se odabir liječenja temelji na tipu i težini oblika psorijaze te površinama zahvaćene kože, tradicionalni pristup podrazumijeva započinjanje s najblažim terapijama, odnosno s topičkim kremama i terapijom ultraljubičastom svjetlošću (fototerapija). Zatim, ako je to potrebno, kreće se s jačim terapijama. Cilj liječenja je pronaći najdjelotvorniji način usporavanja izmjene stanica uz najmanji mogući broj nuspojava.

Unatoč cijelom nizu različitih mogućnosti, utvrditi odgovarajuću terapiju za psorijazu veliki je izazov za liječnike. Bolest je nepredvidljiva te prolazi kroz naizgled nepravilne cikluse poboljšanja i pogoršanja: ono što je dobro za jednog pacijenta, kod drugog uopće ne djeluje. Koža nakon nekog vremena može postati otporna na različite terapije, a najjači lijekovi za psorijazu mogu izazvati teške nuspojave.

5. ZAKLJUČAK

Psorijaza se ubraja među najčešće upalne kožne bolesti današnjice. Njezina manifestacija na tijelu čovjeka može biti iznimno neugodna, a povezuje se sa svrbežom i peckanjem dijelova tijela zahvaćenih psorijazom. Isto tako neugoda može biti odraz nelagode koja je posljedica psorijaze na vidljivim dijelovima tijela. U tom kontekstu, može se reći da osobe oboljele od psorijaze često proživljavaju različite oblike uznemirenosti.

Iako se do danas ne zna točan uzrok ove upalne bolesti kože, sve više stručnjaka naglašava kako u promatranju psorijaze treba uzeti u obzir i stres. Da je stres važan okidač u nastanku i razvoju psorijaze potvrđuju provedene studije u kojima je dokazano kako bolesnici s visokom razinom stresa lošije reagiraju na terapiju te postižu slabije učinke terapijskog liječenja.

Radi se o uzročno-posljedičnim reakcijama koje se kod svakog pojedinca manifestiraju na drugačiji način. Pregledom dosadašnjih istraživanja, samo kombinirana i individualno prilagođena terapija, uz psihoterapijski pristup može dovesti do dugotrajnijeg uspjeha u liječenju ove upalne kožne bolesti.

LITERATURA

1. Buljan, D. Šitum, M., Buljan, M., Vurnek Živković, M. (2008) Psihodermatologija, Zagreb: Naklada Slap
2. Breuer, K., Goldner, F. M., Jager, B., Werfel, T., Schmid-Ot, G., Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis, JEADV 2015, 29, 1898–1904 © 2015
3. Bethany F. i sur., Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review, Psychology, Health & Medicine, 2013 Vol. 18, No. 5, 501–514,
4. Evers, A. W. M. i sur. How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis, The Authors 986 BJD _ 2010 British Association of Dermatologists 2010 163, pp986–991
5. Priya, R. i sur., Oxidative stress in psoriasis, Biomedical Research 2013; 25 (1): 132-134
6. Kurilić, M., Tradicionalna sustavna terapija – značenje u liječenju psorijaze, Medicina fluminensis 2011, Vol. 47, No. 1, p. 53-58
7. Brandrup F. i sur., Psoriasis in an unselected series of twins. Arch Dermatol. 1978; 114:874-78.
8. Kaštelan M., Prpić Massari L., Nove spoznaje o imunogenetici psorijaze – Med Jad 2007;37(3-4):73-76
9. Grga Jordan S., Vuković, H., Vulgarna psorijaza - prikaz pacijenta, Med Fam Croat, Vol 24, No1, 2016.
10. Čabrijan, L., Kehler, T., Udruženost psorijaze s drugim bolestima, Acta Med Croatica, 69 (2015) 59-63
11. Kaštelan M. i sur. Smjernice za dijagnostiku i liječenje psorijaze Liječnički Vjesnik 2013; godište 135
12. Peluso, I. i sur. Plasma total antioxidant capacity and peroxidation biomarkers in psoriasis, Plasma total antioxidant capacity and peroxidation biomarkers in psoriasis, Peluso et al. Journal of Biomedical Science (2016) 23:52
13. Kurilić, M. i sur., Tradicionalna sustavna terapija – značenje u liječenju psorijaze, medicina fluminensis 2011, Vol. 47, No. 1, p. 53-58
14. Lazarus, R. S., Folkman, S. (2004) Stres, procjena i suočavanje, Zagreb: Naklada Slap

15. Koić, E. (2006) Stres, psihička trauma i PTSP – posttraumatski stresni poremećaj, Opća bolnica Virovitica, Virovitica
16. Suša D., Sušec M. (2009.), Upravljanje stresom , Upravljanje stresom, Ekonomski fakultet Zagreb, Zagreb
17. Buško, V. Procesi suočavanja i kontinuirana izloženost stresovima : disertacija. Zagreb : V. Buško, 2000.
18. Krizmanić, M. (1991). Može li psihologija pomoć i održavanju zdravlja i liječenju bolesti. U: V. Kolesarić, M. Krizmanić (ur.), Uvod u psihologiju. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.
19. Havelka, M. (1990). Zdravstvena psihologija. Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.
20. Breuer, K. i sur. (2015) Chronic stress experience and burnout syndrome have appreciable influence on health-related quality of life in patients with psoriasis, *Jeady*, 29, 1898–1904
21. Emre, S. i sur. (2013) The relationship between oxidative stress, smoking and the clinical severity of psoriasis, *JEADV*, 27, e370–e375
22. Gyulai R. (2006) The immunology of psoriasis: from basic research to the bedside. *Orv Hetil*, 147: 2213- 2220.
23. Bienenstock J, Tomioka M, Stead R et al. (1987.) Mast cell involvement in various inflammatory processes. *Am Rev Respir Dis* 135:S5–8.
24. Hunter, H. J. A., Griffiths C.E.M., Kleyn, C. E. (2013) Does psychosocial stress play a role in the exacerbation of psoriasis?, *British Journal of Dermatology*, 169, pp965–974
25. Peluso, I., Cavaliere, A., Palmery, M. (2016) Plasma total antioxidant capacity and peroxidation biomarkers in psoriasis, Peluso et al. *Journal of Biomedical Science*, 23:52
26. Fordham, B. i sur. (2013) Can stress reduction interventions improve psoriasis? A review, *Psychology*, Vol. 18, No. 5, 501–514
27. Fortune, D. G., Richards, H.L., Griffiths, C.E., & Main, C.J. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71–82.
28. Richards HL, Ray DW, Kirby B et al. Response of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2005; 153:1114–20.

29. Ewrs, A. W. M. (2010) How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis, *British Association of Dermatologists*, pp 986–991
30. Kabbur, H. i sur. (2011) Stress and quality of life in psoriasis: an update, *International Journal of Dermatology*, 783–792
31. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, et al. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001; 137: 280–284.
32. Pacan P, Szepietowski JC, Kiejna A. Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris. *Dermatol Psychosom* 2003; 4: 142–145.

McGrady, A., & Moss, D. (2013). *Pathways to illness, pathways to health*. New York: Springer.

Coatney, G., Norman, R. A. (2010) Prevention of Psoriasis, *Preventive Dermatology*, pp 151-160

Kennaway, G. (2008) I spent 20 years looking for a cure for my psoriasis - and found it in a most unlikely place, <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1025346/I-spent-20-years-looking-cure-psoriasis--unlikely-place.html>

Feldman, S. R. (2017) Treatment of psoriasis, <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis>

Pirro M, Stingeni L, Vaudo G, et al. Systemic inflammation and imbalance between endothelial injury and repair in patients with psoriasis are associated with preclinical atherosclerosis. *Eur J Prev Cardiol*. 2014; pii: 2047487314538858. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/2047487314538858>

33. Hernandez, N.E. i Harper, D.C. (2007). Research on Psychological and Personal Aspects of Albinism: A Critical Review. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 263-271.
34. Ford, J.D. (2014). Attitudes toward Persons with Albinism among a Sample of Barbadian and Trinidadian Nationals. *Caribbean Educational Research Journal*, 2(2), 32-49.
35. Zandi, S., Farajzadeh, S. i Saberi, N. (2011). Effect of vitiligo on self reported quality of life in Southern part of Iran. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 21,(1), 4-9.
36. Thompson, A. (2009). Psychosocial impact of skin conditions. *Dermatological Nursing*, 8(1), 43-48.
37. Mrowietz, U., Kragballe, K., Reich, K., Spuls, P., Griffiths, C. E. M., Nast, A. ... Yawalkar, N. (2011). Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of Dermatological Research*, 303(1), 1-10.

38. Pariser, D., Schenkel, B., Carter, C., Farahi, K., Brown, T. M. i Ellis, C. N. (2015). A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 27(1),19–26
39. Yeung H, Takeshita J, Mehta NN, et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol.* 2013;149(10):1173—9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.5015>
40. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. *American Family Physician* 2001, 11:1873-1878.
41. Bewley, A., Aldwin, M., Baron, S., Bundy, C., van Heugton, I., Johnson, M., Kownacki, S., McAlteer, H., Shah, R., Strudwicke, C., Spalding, H. i Page, B. (2013). *The Psychological and Social Impact of Skin Disease on People's Lives*. All Party Parliamentary Group on Skin, London.
42. Stress Assessments,
https://www.nysut.org/~media/files/nysut/resources/2013/april/social-services/socialservices_stressassessments.pdf?la=en
43. Carver, C.S., Scheier, M.F. and Weintraub, J.K. (1989) 'Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach', *Journal of Personality and Social Psychology* 56: 267—283.

POPIS SLIKA

| | |
|---|----|
| Slika 1: Psorijaza na nogama..... | 10 |
| Slika 2: Ciljevi liječenja psorijaze | 17 |
| Slika 3: Psihosocijalni stres i psorijaza..... | 37 |
| Slika 4: Utjecaj psihosocijalnog stresa na težinu psorijaze | 38 |
| Slika 5: Djelovanje stresa na pojavu psorijaze | 43 |

POPIS TABLICA

| | |
|--|----|
| Tablica 1 : Terapija..... | 28 |
| Tablica 2: Personalna korelacija između ozbiljnosti psorijaze, mentalnog poremećaja i QoL | 30 |
| Tablica 3: Biokemijski rezultati i parametri oksidacijskog stresa kod pušača oboljelih od psorijaze | 32 |
| Tablica 4: Biokemijski rezultati i parametri oksidacijskog stresa kod pušača i nepušača .. | 33 |
| Tablica 5: Vrijednosti MDA, NO, TAC, SOD u serumu oboljelih od psorijaze..... | 34 |
| Tablica 6: Karakteristike ispitanika na početku istraživanja | 39 |
| Tablica 7: Srednja razina dnevnih stresora, razina kortizola i bolest - ozbiljnost na mjesečnoj razini | 40 |
| Tablica 9: Anksiolitici prema djelovanju | 56 |