

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA**  
**Corso di Dottorato di Ricerca in Psicologia**  
**XXVI Ciclo**

Influenze delle caratteristiche Psicologiche nel decorso,  
gestione e trattamento di soggetti affetti da Psoriasi: uno  
studio esplorativo

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Tiziana Mancini

Tutor: Chiar.mo Prof. Carlo Pruneti

Co-tutor: Chiar.mo Prof. Christian Franceschini

Dottorado: Edoardo Ercolini

*È più importante sapere che tipo di persona  
ha un malattia piuttosto che sapere che tipo  
di malattia ha una persona.*

*IPPOCRATE*

## **Indice**

### **Parte Prima: Premesse Teoriche**

#### **Capitolo Primo: La Psicodermatologia**

Introduzione	p. 7
Psicodermatologia	p.7
Temperamento e personalità in dermatologia	p.11

#### **Capitolo Secondo: La Psoriasi**

La psoriasi: caratteristiche cliniche	p.15
Le forme di psoriasi	p.16
Etiopatogenesi e decorso	p.19
Trattamento della psoriasi	p.20

#### **Capitolo Terzo: Personalità, coping, percezioni di malattia, e competenza sociale**

La personalità	p.23
Il coping	p.26
Le diverse strategie di coping	p.27
Aspetti disposizionali del coping	p.28
Rappresentazioni di malattia	p.30
Rappresentazioni di malattia e coping	p.32
Competenza sociale ed assertività	p.33
Il concetto di Assertività	p.35

### **Parte Seconda: lo Studio**

Introduzione	p.39
La ricerca sulle componenti psicosociali della psoriasi	p.39
Obiettivi	p.44
Materiali e metodi	p.45
Campione	p.45

Strumenti	p.46
Procedura	p.50
Analisi statistica	p.51
Risultati	p.52
Descrittive	p.52
Analisi obiettivo I	p.58
Analisi obiettivo II	p.58
Analisi obiettivo III	p.59
Discussione	p.61

## **Bibliografia**

## **Appendice A**

**Parte Prima**  
**Premesse Teoriche**



## **CAPITOLO PRIMO**

### **LA PSICODERMATOLOGIA**

#### **Introduzione**

La pelle è l'unica parte del nostro organismo che è totalmente esposta all'ambiente esterno, e questo, probabilmente, è uno dei motivi per cui comunemente ad una pelle di bell'aspetto è associato uno stato di buona salute. Nella società moderna vi è una grande attenzione all'estetica; si pensi alla grande quantità di prodotti cosmetici in commercio, ai trattamenti estetici piuttosto che alla chirurgia plastica. Quindi risulta evidente che le diverse patologie che coinvolgono la pelle possano avere delle ripercussioni sia sul piano psicologico sia sul piano sociale pertanto risulta necessario tenere conto di questi aspetti tanto nella diagnosi, quanto nel trattamento e nella prognosi. Tuttavia il rischio di complicazioni psicosociali delle malattie della pelle non risulta essere l'elemento più evidente che possiamo trovare nel link mente-pelle. In questa sede l'argomento psiche e l'argomento soma sono considerate due entità separate esclusivamente per chiarezza espositiva dei contenuti proposti sebbene si consideri l'organismo umano come un'unità psicofisiologica dove la parte organica e la parte cognitiva sono due sub-unità profondamente interconnesse ed inscindibili.

#### **Psicodermatologia**

Il nucleo fondante di questa disciplina è la connessione cervello-pelle con linee di ricerca finalizzate alla determinazione dei risultati dell'interazione tra questi due organi (Jafferany, 2007; Mercan & Altunay, 2006).

Il primo lavoro che compare in letteratura su questo argomento è stato proposto da Ingram (1933), il quale considera la pelle come un'estensione della mente e si spinge ad affermare, che tra gli esami che si propongono di indagare la personalità debba esserci anche un esame delle condizioni esterne della pelle. Più recentemente altri autori hanno portato dati che giustificano l'interesse per questa relazione funzionale. Koblenzer (1983) riporta che le relazioni tra pelle e cervello iniziano già nel periodo embrionale, i due organi infatti si originano dallo stesso tessuto ed il loro sviluppo è influenzato dagli stessi ormoni e neurotrasmettitori. A livello clinico più di un terzo dei pazienti dermatologici presentano condizioni alle quali sono spesso associati fattori

di natura psicologica (Savin & Cotterill, 1992). I dermatologi infatti, ricorrono spesso, per i loro pazienti, a consultazioni psichiatriche, essendoci prove a favore che i fattori psicologici possano giocare un ruolo di fondamentale importanza in malattie croniche come l'eczema, il prurito e la psoriasi (Capoore et al., 1998; Humphreys & Humphreys, 1998; Attah Johnson & Mostaghimi, 1995).

Dal punto di vista psicosociale sono diverse le variabili che giocano un ruolo importante: l'anamnesi della patologia, le caratteristiche demografiche del paziente, i tratti di personalità, gli eventi di vita significativi, ed i vissuti rispetto alle condizioni della malattia, e alla cultura di riferimento (Ginsburg, 1996).

La psicodermatologia nasce in un territorio prettamente clinico, dalle evidenze emerse “sul campo” dalla pratica clinica prevalentemente dei dermatologi e in quanto tale, almeno ai suoi inizi, si è concentrata sugli aspetti più psicopatologici della relazione mente-pelle. In altre parole le ricerche in questo ambito erano rivolte ad individuare la presenza di sintomi e/o di vere e proprie sindromi psichiatriche associate ai disturbi dermatologici siano esse primarie o secondarie. Solo successivamente, grazie anche all'affermarsi del modello bio-psico-sociale, l'attenzione dei ricercatori si è spostata su altri aspetti più prettamente di interesse della psicologia come le strategie di coping, la qualità della vita, le configurazioni di personalità, gli stili di vita, la percezione della malattia ed infine il produttivo filone di ricerca riguardante la qualità della vita.

Nel corso degli anni si sono succedute alcune proposte di classificazione dei disturbi psicodermatologici. Non essendoci ancora un accordo univoco sulla nosografia di seguito verranno presentate quelle più significative.

Bhatia et al., (1996) propone una classificazione molto estesa ed analitica che prevede:

- Disturbi che sono basati su un disturbo psichiatrico (es. artifact dermatitis).
- Disturbi che appaiono come psichiatrici ma che in realtà risultano essere disturbi dermatologici (es. parossitosi delirante).
- Disturbi dermatologici scatenati o mantenuti da fattori psicosomatici (es. psoriasi).



- Disturbi psichiatrici secondari all'isolamento sociale e allo stigma dovuto all'alterazione dell'epidermide (es. depressione in comorbidità con la psoriasi o la vitiligine).
- Disturbi psichiatrici e dermatologici la cui relazione è influenzata da fattori genetici o di sviluppo (es. mania e psoriasi).
- Disturbi dermatologici che compaiono in alcuni pazienti psichiatrici (es. infezioni della pelle dovute alla scarsa igiene personale nella schizofrenia).
- Disturbi psichiatrici che compaiono in risposta al trattamento di un disturbo dermatologico (es. sindrome psicotica da steroidi).
- Disturbi dermatologici che compaiono come effetto collaterale degli psicofarmaci (es. Litio).

Koo & Lee (2003) propongono una classificazione che pur mantenendo una struttura simile, appare più semplificata rispetto alla precedente.

La loro proposta prevede:

- Disturbi psicofisiologici: condizioni in cui il ruolo dei fattori psicosociali è rilevante e concorre all'esordio e/o al mantenimento del disturbo (es. Psoriasi, dermatite atopica).
- Disturbi Psichiatrici con sintomi dermatologici: problemi a carico della pelle insorgono a causa del disturbo mentale (es. dermatiti in pazienti con disturbo ossessivo compulsivo).
- Disturbi dermatologici con sintomi psichiatrici: questa categoria include pazienti che sviluppano una sintomatologia psichiatrica dal momento che sono affetti da una patologia dermatologica. Spesso in pazienti con psoriasi, eczema cronico, acne di grado severo ed altre patologie “sfiguranti” si notano delle gravi ripercussioni a livello psicologico e sociale in particolar modo se queste patologie non sono mai state trattate (Koo & Lebwohl, 2001). Sintomi depressivi, ansiosi, problemi di lavoro e relazionali sono spesso riportati (Jowett & Ryan, 1985).
- Condizioni miste: in questa categoria ci rientrano sintomi e sindromi che non trovano una collocazione precisa nelle categorie precedentemente illustrate. Esempi possono essere la sindrome di Gardner-Diamond oppure i

comportamenti suicidari in pazienti dermatologici (Ratnoff, 1989; Gupta & Gupta, 1998).

Locala (2009) integra le due proposte di classificazione precedenti, utilizzando però una prospettiva più psicologica/psichiatrica, che prevede:

- Fattori psicosociali che influenzano malattie dermatologiche (es. psoriasi).
- Disturbi psichiatrici primari che si manifestano attraverso sintomi o lamentele cutanee (es. tricotillomania).
- Disturbi psichiatrici secondari emergenti dall'affrontare malattie cutanee (es. sintomi ansiosi e /o depressivi).
- Disturbi psichiatrici in comorbilità con disturbi della pelle.
- Complicazioni a livello cutaneo come effetto collaterale ad una terapia psicofarmacologica (es. litio che può provocare alopecia, urticaria, rash).
- Complicazioni a livello psichiatrico come effetto collaterale di una terapia dermatologica (es. l'uso di steroidi che può provocare un disturbo dell'umore o una psicosi).

Analizzando queste tre classificazioni emerge che esse condividono una struttura di base sostanzialmente così suddivisa:

- ⤴ disturbi psicofisiologici
- ⤴ disturbi psichiatrici primari con complicazioni dermatologiche (compresi gli effetti collaterali manifestati a livello cutaneo di terapie psicofarmacologiche)
- ⤴ disturbi dermatologici primari con complicazioni psichiatriche (compresi gli eventuali sintomi o sindromi psichiatriche risultanti da terapie dermatologiche)

Inoltre, la psicodermatologia può essere inserita nell'ambito della psicosomatica, la quale ha come oggetto di studio la relazione tra sistema nervoso, cognizioni, emozioni, personalità ed aspetti biologici e patologici. Pertanto, adottando questa prospettiva, la psicodermatologia può dare un contributo importante e rilevante alla psicosomatica e al tentativo di superare il dualismo mente-corpo. Si sono spesi fiumi di parole e scritte migliaia e migliaia di pagine sulla necessità, l'inutilità e la sostanziale fallacia del concetto di mente scollegata dal corpo, di funzione divisa dalla struttura, tuttavia

questo concetto rimane ancora presente, talvolta in maniera preponderante, nella pratica clinica, sia medica sia psicologica.

Perché ciò abbia luogo, sembra evidente che la psicodermatologia debba necessariamente, avvalersi di proprie cornici teoriche e sviluppare paradigmi e modelli esplicativi ed eziopatogenetici al fine di dotarsi di una propria autonomia rispetto alle discipline affini. Certamente questa situazione è la naturale conseguenza del fatto che la psicodermatologia sia nata sul “campo”, vale a dire in un contesto fortemente applicativo.

Un primo passo potrebbe essere, sicuramente, quello di raggiungere un accordo unanime in merito alla classificazione dei disturbi psicodermatologici ad oggi ancora non ben definita e che possa dividere i vari disturbi in base alle diverse classificazioni presenti in letteratura: disturbi psicofisiologici, disturbi psichiatrici primari con complicanze dermatologiche ed infine, disturbi dermatologici primari con complicanze psichiatriche.

### **Temperamento e personalità in dermatologia**

Diversi sono gli autori che hanno cercato di chiarire quale possa essere il ruolo delle caratteristiche temperamentali e di personalità sulla genesi, sviluppo e mantenimento delle malattie dermatologiche.

Già nel 1951 Kepecs et al. individuarono in persone affette da dermatite atopica due tipi di personalità, una denominata degli “*isterici*” (emozionalmente labili) e l’altra dei “*rigidi*” (ossessivi). Questo studio, molto datato e con evidenti limiti metodologici e teorici, risulta comunque importante in quanto perché rappresenta uno dei primi tentativi di investigare le caratteristiche personologiche in pazienti dermatologici.

Scheich et al., (1993) evidenziarono, in uno studio, pazienti affetti da dermatite atopica, versus pazienti affetti da bronchite cronica, tre variabili di personalità: eccitabilità, strategie di coping inadeguate, e atteggiamenti paranoici.

Più recentemente Bahmer et al., (2007) confrontando tre gruppi di pazienti con diagnosi rispettivamente di psoriasi, dermatite atopica e orticaria, dopo un'approfondita valutazione psicometrica, trovarono significative differenze tanto tra i tre gruppi clinici quanto confrontando gli stessi con la popolazione normale. Le persone con psoriasi risultano poco ambiziose e spontanee, raramente reagiscono con

rabbia alle critiche e tendono a sottovalutare le loro competenze e capacità. Inoltre, mostrano una tendenza all'altruismo e a stili di risposta ottimistici. Le persone con dermatite atopica risultano avere un profilo di personalità che tende a sottovalutare i rischi e una certa insensibilità alle punizioni, questi soggetti sono poco critici verso loro stessi e mostrano scarsi livelli di autocontrollo. Si può avere anche una certa tendenza a sottovalutare la malattia.

Infine le persone affette da urticaria risultano essere coscienziose, perfezioniste, esse tendono ad osservare le regole in maniera molto rigida, a manifestare comportamenti compulsivi e ad avere pensieri persistenti. Mostrano, inoltre, un'elevata sensibilità a ciò che potrebbe comportare un errore di valutazione dei risultati che ottengono in quanto vi sarebbe, a livello cognitivo, una discrepanza tra risultato e standard autoimposti troppo elevati.

Le caratteristiche di personalità, ed in particolare quelle temperamentali, potrebbero giocare un ruolo importante nell'espressione di patologie dermatologiche. Il temperamento riguarda caratteristiche individuali a base fortemente biologica che potrebbero essere in grado di esercitare un forte impatto sui processi legati allo stress (Strelau, 2001). A tal proposito, Janowski & Steuden (2008) ipotizzarono che la gravità della patologia, in questo caso la psoriasi, con il peggioramento del grado di qualità della vita percepita, potesse essere influenzata dal temperamento. Incrociando i dati risultanti da una misurazione dei tratti temperamentali, dell'indice PASI (Psoriasis Area and Severity Index) e da un questionario sulla qualità della vita (HRQL) essi dimostrarono che tratti temperamentali quali la perseveranza, l'attività, la reattività emozionale, la vivacità, la tolleranza risultano avere un effetto mediatore soprattutto sulla valutazione (appraisal) e sul fronteggiamento (coping) dello stress. In sostanza l'effetto che la patologia viene ad avere sulla qualità della vita dipenderebbe sostanzialmente dalle diverse configurazioni temperamentali. Molte ricerche dimostrano come alcuni tratti di personalità siano associati allo sviluppo o all'esacerbazione di malattie della pelle, in particolare di malattie caratterizzate da infiammazione cronica come la psoriasi e la dermatite atopica. I soggetti affetti da questo tipo di patologia sembrerebbero distinguersi per la presenza di un profilo di personalità caratterizzato da stati affettivi di tipo negativo (Kepecs et al., 1951;

Sperber et al., 1989; White et al., 1990; Michel, 1994; Panconesi & Hautmann, 1996; Buske Kirschbaum et al., 2001; Lerda & Angelini, 2004; Bahamer et al., 2007).

In pazienti affetti da patologie cutanee comuni come psoriasi, urticaria e alopecia sono stati trovati tratti di personalità di tipo ostile, stati distimici ed instabilità emotiva (Laihinen, 1987).

Molto interessante risulta essere il fatto che un sintomo comune a molte manifestazioni, il prurito, possa essere associato a specifici tratti di personalità. E' stato dimostrato come quadri di nevroticismo, inteso come labilità emotiva, risultino associati all'intensità del prurito in pazienti con psoriasi e in pazienti affetti da dermatite atopica. Evers et al. (2008) hanno evidenziato che persone con malattie della pelle croniche, mostrano elevati livelli di ansia di tratto. Gli stessi risultati sono stati ottenuti da Jordan & Whitlock (1974) su un campione di pazienti affetti da dermatite atopica. Inoltre, ancora altre ricerche, suggeriscono come uno stato clinico di depressione possa influenzare l'intensità del prurito (Gupta et al., 1988; Fjellner 1989; Gupta, et al., 1994).

Numerose evidenze dimostrano una correlazione tra alcuni tratti di personalità e disturbi dermatologici, tuttavia le direzioni di causalità rimangono a tutt'oggi non delineate (Evers et al., 2001a; 2001b). Viceversa, i tentativi di trovare un profilo di personalità caratteristico e ricorrente nelle varie patologie della pelle non ha prodotto i risultati sperati (Gupta et al., 1987; Sperber, 1989; White et al., 1990; Buske Kirschbaum, 2004).

La spiegazione a questo fenomeno potrebbe ricercarsi nella mancanza di un riferimento teorico preciso nella scelta e nell'uso degli strumenti. Infatti, nelle ricerche, sopracitate sono stati usati strumenti psicodiagnostici provenienti da approcci teorici diversi che misurano costrutti relativamente incomparabili in quanto concettualizzati ed operazionalizzati nell'ambito di teorie dissimili. Non sempre le teorie si sono avvalse di strumenti validi e sensibili per misurare accuratamente i costrutti che ne derivano.



## **CAPITOLO SECONDO**

### **LA PSORIASI**

#### **La psoriasi: caratteristiche cliniche**

La psoriasi è una dermatite eritemato-squamosa a decorso cronico, con una storia naturale molto variabile, che prevede fasi di miglioramento, di remissione spontanea e di esacerbazione; si associa spesso ad un'artropatia. Ha una genesi multifattoriale, a cui concorrono fattori genetici e ambientali. La patogenesi è complessa ed i fattori immunologici giocano un ruolo determinante. È caratterizzata da un'iperproliferazione dei cheratinociti e dall'infiltrazione di linfociti T attivati, prevalentemente Th1. Sembra che esordisca di solito nell'adolescenza o nella prima età adulta e peggiori in condizioni di stress. Si manifesta con placche secche ben delimitate, di forma e dimensioni variabili, ricoperte di squame grigie al di sotto delle quali è presente un'eritema più o meno spiccato a seconda che la psoriasi sia in fase acuta o quiescente. Alla base delle lesioni psoriasiche vi sarebbe un'alterata cinetica cellulare epidermica, la cui causa non è nota seppur si possa ammettere l'esistenza di una predisposizione genetica. L'epidermide del paziente psoriasico prolifera molto più rapidamente di quella normale; nei soggetti sani il tempo di turnover della cellula epidermica è di 28 giorni, mentre negli psoriasici la cellula epidermica impiegherebbe circa 4 giorni per raggiungere lo strato corneo dallo strato basale. Questa alterazione è attribuibile ad un ridotto tempo di sintesi del DNA. Nei pazienti psoriasici ci sarebbe anche un'alterazione dell'immunità cellulo-mediata e umorale. I linfociti T sono ridotti di numero e la loro attività soppressiva è ridotta. La psoriasi colpisce in ugual frequenza i due sessi e insorge più spesso fra i 5 e i 40 anni. Obiettivamente si presenta con chiazze di tipo eritemato-squamoso; l'eritema è rosso acceso, ben delimitato rispetto alla cute circostante sana; le squame si presentano come lamelle asciutte, bianco-argenteo, micacee e polistratificate. Le sedi più colpite sono la faccia estensoria degli arti, specie i gomiti e le ginocchia e il cuoio capelluto. La psoriasi può interessare comunque tutto l'ambito cutaneo e in genere risparmia le mucose, il volto, i capelli e i peli. I sintomi, presenti soprattutto nella fase acuta, sono: episodi di prurito intenso e talora sensazione di bruciore.

Segni clinici particolari sono:

- il segno del grattamento metodico: consiste nel grattare le squame, che si distaccano a goccia di cera; continuando il grattamento, si evidenziano da prima una membrana lucida (membrana di Duncan) e quindi uno stillicidio ematico dovuto a rottura traumatica dei capillari ectasici (Segno di Auspitz).
- e il fenomeno di Koebner: è di frequente osservazione; in sede di traumi compaiono dopo 7-15 giorni le tipiche lesioni eritematodesquamative.

### **Le forme di Psoriasi**

Le classificazioni nosografiche internazionali come l'ICD-10 (2001) propongono numerosi varianti cliniche:

- *Psoriasi Volgare*: è la forma più comune, caratterizzata dalla comparsa di placche eritematose e pruriginose che causano desquamazione dell'epidermide prevalentemente nelle regioni estensorie degli arti, in particolare i gomiti e le ginocchia, il cuoio capelluto, la regione lombo-sacrale, il palmo delle mani, la pianta dei piedi, mentre di rado è interessato il volto; insorge generalmente nella seconda/terza decade di vita.
- *Psoriasi Guttata* (o a forma di goccia): si caratterizza per la comparsa eruttiva su tutta la superficie corporea di piccole chiazze che vanno incontro a desquamazione risparmiando il volto e il cuoio capelluto. Colpisce più spesso i giovani dopo un'infezione streptococcica e provoca malessere generale e dolore alle articolazioni.
- *Psoriasi Pustolosa*. è invece una forma più rara e più severa della malattia ed è caratterizzata dalla comparsa isolata di numerose pustole delle dimensioni di uno spillo sulle chiazze eritematose.



- *Psoriasi Inversa*, relativamente frequente, è così chiamata perché ha una localizzazione “inversa” rispetto alla classica, interessando quindi altre zone quali le cavità ascellari, le cavità dei gomiti e le pieghe inguinali.
- *Psoriasi Eritrodermica*: rappresenta la forma più grave e si manifesta con febbre ed interessa tutta la cute, la quale appare molto arrossata per l’intensa vascolarizzazione. Lo stato generale del soggetto può essere seriamente compromesso a causa dei disturbi della termoregolazione, della disidratazione e a causa degli squilibri elettrolitici cui va spesso incontro.
- *Psoriasi Artropatica*: forma di psoriasi che interessa le articolazioni, in modo particolare quelle delle ginocchia, delle mani, dei piedi e del femore (Griffiths et al., 2007).
- *Psoriasi intertriginosa*: nelle zone delle grandi pieghe (ascelle, sottomammare, addominale, inguinale) soprattutto nei soggetti obesi o e/o diabetici, le lesioni psoriasiche si manifestano come macule eritematose , lisce , lucenti, spesso macerate e prive di squame. Sembra che le infezione da candida albicans svolgano un ruolo attivo nell’indizione della psoriasi intertriginosa.
- *Psoriasi universale*: la psoriasi può estendersi a quasi tutto la superficie cutanea mantenendo le sue caratteristiche morfologiche e risparmiando solo alcune zone; la desquamazione è particolarmente abbondante, mentre l’eritema è modesto.

- *Psoriasi delle mucose*: sono intaccate le mucose, la localizzazione al glande è frequente: la chiazza è ben delimitata , eritematosa, con desquamazione modesta o assente.
- *Psoriasi ungueale*: le mani sono colpite più dei piedi. In genere sono colpite anche più dita, le alterazioni più frequenti sono le depressioni cupoliformi sulla superficie della lamina ungueale; le chiazze a macchia d'olio che si presentano come aree a contorni irregolari di colore giallo o rosa salmone, visibili attraverso la lamina trasparente; l'onicolisi, distacco della lamina dal letto ungueale; l'ipercheratosi sub ungueale, dovuta ad un accumulo di squame sotto la porzione distale della lamina ungueale; le anomalie della superficie della lamina ungueale, come i solchi trasversali, le incisioni longitudinali e le depressioni superficiali; le emorragie a scheggia.
- *Psoriasi pustolosa*: è caratterizzata dalla presenza di micro pustole amicrobiche.

L'aspetto istologico varia a seconda del tipo clinico e dell'età della lesione.

Le caratteristiche istologiche della psoriasi sono :

- Paracheratosi
- Presenza di micro-ascetti di Munro
- Assenza di cellule granulose
- Acantosi delle creste interpapillari
- Assottigliamento dello strato malpighiano sopra papillare
- Aumento delle numero delle mitosi
- Allungamento e edema delle papille dermiche

## **Eziopatogenesi e decorso**

L'esatta eziopatogenesi della psoriasi è sconosciuta, ma sembra essere il risultato di una complessa interazione di fattori genetici, ambientali e immunologici. Tra i fattori scatenanti possiamo trovare traumatismi meccanici, chimici o allergici di differente natura: lesioni della cute come abrasioni, escoriazioni, grattamenti, iniezioni endovenose, tatuaggi, punture d'insetto ecc. Un altro fattore scatenante concerne l'infezione da Streptococco, specialmente delle vie respiratorie alte nei bambini, la quale provoca la comparsa di un'eruzione psoriasica. Queste forme sono solitamente le più resistenti alla terapia (Gudjonsson & Edler, 2007).

Inoltre è riportato (Brown et al., 2006) come alcuni farmaci possano determinare la comparsa di psoriasi, ad esempio i beta-bloccanti, il litio, gli antimalarici, e i composti iodati. Altri farmaci che possono indurre un'eruzione psoriatica acuta dal momento della sospensione o della riduzione del dosaggio sono gli steroidi sistemici e topici.

Si è ipotizzata una predisposizione genetica alla malattia: si sono studiati inizialmente alberi genealogici di famiglie psoriatiche giungendo alla conclusione che la malattia fosse sempre ereditaria, ma che comunque, per estrinsecarsi, necessitasse di fattori scatenanti (Menter et al., 2008).

Altri studi sono stati effettuati su famiglie con diversi membri affetti dalla malattia allo scopo di localizzare le determinanti genetiche e da queste si è potuto stabilire la presenza di qualche difetto a livello dei cromosomi 6 e 17; successivamente si è trovato un difetto a livello del cromosoma 1 (Jullien & Baker, 2006). Altri studi genetici indicano chiaramente che l'incidenza della psoriasi è più evidente fra i parenti di primo e secondo grado rispetto alla popolazione generale e che il rischio di psoriasi è da due a tre volte più alto nei gemelli monozigoti che fra gemelli dizigoti (Hensler, & Christofer, 1985).

Altri fattori sono da considerarsi importanti per la malattia: i fattori immunologici, nello specifico, mediatori nell'immunopatogenesi della psoriasi che includono le cellule T (che giocano un ruolo essenziale nell'immunità cellulo-mediata), i cheratinociti (cellule dell'epidermide che ne costituiscono l'impalcatura) e le citochine (molecole proteiche prodotte da vari tipi di cellule in grado di modificare il comportamento di altre cellule inducendo nuove attività).

## Trattamento della psoriasi

Le possibilità di trattamento della psoriasi sono molteplici e si suddividono in

- terapie locali
- terapie topiche
- fototerapia
- terapie sistemiche
- terapie biologiche o immunomodulanti

Queste terapie sono ordinate in senso crescente per quanto riguarda tossicità e gravità di malattia a cui sono applicate. Ai fini dello studio verranno brevemente illustrate solamente la fototerapia e le terapie sistemiche.

- *Fototerapia*: rappresenta la terapia d'elezione per le forme generalizzate di psoriasi o per quei soggetti in cui è sconsigliato l'impiego di trattamenti farmacologicamente più tossici (Nguyen et al., 2009). Si basa sull'esposizione alle radiazioni ultraviolette di tipo A e di tipo B; ne esistono molteplici forme, dalla semplice esposizione ai raggi solari, all'irradiazione del soggetto con luce artificiale proveniente da lampade fluorescenti o alogeno metalliche. In questo caso le possibilità di scelta sono molteplici: si possono utilizzare raggi UVB, sia a banda stretta che a banda larga, raggi UVA, UVB associati ad un farmaco retinoide (in questo caso si parla di Re-UVB) fino ad arrivare alla cosiddetta *fototerapia* (PUVA) ovvero un trattamento integrato con un farmaco sensibilizzante somministrato per via orale due ore prima dell'esposizione ai raggi UVA in alternativa lo stesso farmaco è disciolto in una vasca da bagno dove il paziente si immerge per quindici minuti prima dell'esposizione, sempre ai raggi UVA.

La fototerapia risulta molto efficace e di facile somministrazione però presenta un limite dovuto alla possibilità di provocare lesioni alla cute (es. scottature) e innalzare il rischio di melanoma (Ramsey et al., 2000).

- *Terapie sistemiche*. Sono utilizzate nei casi di psoriasi più gravi e consistono nell'assunzione di farmaci per via orale, intramuscolo o endovena. I più

utilizzati sono il Metotrexato e la Ciclosporina e la Acitretina. Il Metotrexato inibisce l'enzima necessario per la sintesi dei nucleotidi e degli aminoacidi, in questo modo riduce la sintesi del DNA e inibisce la mitosi soprattutto delle cellule in rapida proliferazione, riducendo il progredire della psoriasi (Aschroft et al., 2000). Non va somministrato a pazienti con infezioni attive, alcolismo, cirrosi, epatite, difetti immunologici e insufficienza renale. Gli effetti collaterali possono variare da una semplice nausea alla comparsa di tumori (Gattu et al., 2009).

La ciclosporina è un immunosoppressore che inibisce la produzione di interleuchina 2 e quindi la risposta immunitaria mediata dalle cellule T. Dati gli effetti collaterali del farmaco occorre monitorare sia la pressione del sangue che la funzionalità renale e midollare. Alla sospensione si assiste di solito alla riaccensione della malattia e spesso ad un peggioramento e ad una conseguente difficoltà di risposta ai trattamenti successivi (Lebwhol et al., 2005).

L' Acitretina è un retinoide che si è rivelato efficace nel trattamento della psoriasi, sia come monoterapia, molto utilizzato per aiutare il mantenimento della fase di remissione, sia associato a fototerapia. Il meccanismo molecolare esatto con cui l'Acitretina agisce contro la psoriasi ancora non è chiaro. Tuttavia è stato dimostrato come questa sostanza moduli la differenziazione cellulare dell'epidermide riuscendo a diminuire la desquamazione, l'eritema e la infiltrazione delle placche. A causa della sua alto effetto teratogeno non è in indicata in gravidanza o a coloro che volessero aver figli entro almeno 3 anni dalla sospensione. Inoltre sono stati dimostrati effetti collaterali quali pseudotumor cerebri, secchezza delle mucose, iperlipidemia (Yamauchi, et al., 2004).



## **CAPITOLO TERZO**

### **PERSONALITÀ, COPING, PERCEZIONI DI MALATTIA E COMPETENZA SOCIALE**

#### **La personalità**

Dare una definizione univoca e condivisa della personalità non è sempre facile e, attualmente, un accordo in merito non si è ancora raggiunto. Infatti analizziamo le varie definizioni disponibili, possiamo notare come i vari autori si siano di volta in volta soffermati su alcuni aspetti ignorandone altri. Così si possono avere definizioni che prendono in considerazione la struttura, altre che si focalizzano sui processi, altre ancora che ne sottolineano gli aspetti funzionali in termini di adattamento/disadattamento alle richieste ambientali.

Etimologicamente la parola “personalità” trae la propria origine dal latino medioevale *personalitas*, che deriva a sua volta dal termine classico *persona*, con la quale si designava la maschera indossata dagli attori teatrali con la funzione di assumere il carattere di un personaggio (Galeazzi & Franceschina, 2001).

Pervin (2003) dà la seguente definizione operativa di personalità: rappresentazione delle caratteristiche della persona che sono responsabili di modelli coerenti di sentire, pensare e comportarsi. Lo studio scientifico della personalità, sempre secondo questo autore dovrebbe concentrarsi sulle differenze individuali, ovvero il modo in cui questi pensieri, sentimenti e comportamenti espliciti si collegano l'un l'altro per formare l'unicità dell'individuo, la sua distinzione.

Caprara & Cervone (2003) affermano che il termine personalità si riferisca al complesso insieme dei sistemi psicologici che contribuiscono all'unità e alla continuità della condotta e dell'esperienza individuale, sia come espresso, sia come viene percepito dall'individuo e dagli altri.

La personalità è un sistema complesso di strutture e di processi psicologici la cui organizzazione risulta dalle interazioni sinergiche che hanno luogo tra molteplici sottosistemi.

La personalità, sia come azione, sia come costruzione, si sviluppa e funziona mediante una costante interazione con l'ambiente.

Esistono una coerenza e una continuità nella personalità che possono essere pienamente apprezzate solo considerando la persona un'unità organica ed esaminando l'organizzazione della sua personalità nell'arco della vita, le configurazioni di affetti, cognizioni e comportamenti, più che i singoli atti rivelano la struttura sottostante del sistema della personalità. Le azioni delle persone sono generalmente a servizio di obiettivi a lungo termine, tra cui l'obiettivo astratto ma importante di mantenere il senso dell'identità e della continuità personale.

*Il Modello neurobiologico di R. Cloninger.* Verso la metà degli anni '80 del secolo scorso, Robert Cloninger (1987) propone un modello sistematico di descrizione e classificazione della personalità nelle sue forme patologiche e non patologiche. La sua teoria si fonda sui dati derivati da una serie di studi familiari, sullo sviluppo longitudinale degli individui, psicometrici, neuroanatomici e neurofarmacologici (Conti, 2000). Il modello propone l'esistenza di tre dimensioni di temperamento, il temperamento si riferisce alle differenze tra gli individui nelle loro risposte automatiche agli stimoli emozionali. È definibile come quella componente della personalità stabile, ereditabile e manifesta fin dall'infanzia, avrebbe un'influenza nella memoria percettiva e nella formazione di abitudini. Queste tre dimensioni temperamentali sono:

- **Novelty Seeking (NS):** consiste nella forte tendenza esplorativa verso situazioni e stimoli nuovi e nell'evitamento di situazione monotona e quotidiana ed è collegata al sistema neuro-trasmittitoriale dopaminergico, ciò è stato confermato da vari studi di genetica molecolare che hanno associato tale dimensione con il polimorfismo del gene recettore dopaminergico.
- **Harm Avoidance (HA):** è la tendenza opposta alla Novelty Seeking, i soggetti caratterizzati da alti livelli questa dimensione sono predisposti a rispondere intensamente a stimoli avversivi e minacciosi, a fuggire le punizioni anche a costo di una forte inibizione psicologica e comportamentale, inoltre è presente una tendenza ad temere eccessivamente l'ignoto. Tale dimensione sarebbe in relazione con alta attività serotoninergica.



- **Reward Dependence (RD)**: consiste nella tendenza a rispondere intensamente e positivamente agli stimoli gratificanti, ai segnali di approvazione sociale e a quelli affettivi; i soggetti caratterizzati da tale dimensione ricorrono più spesso al supporto interpersonale per fronteggiare le situazioni di minaccia. Tale dimensione è legata alla attività Noradrenergica.

Successivamente, considerando troppo semplificate le originarie correlazioni tra comportamento e neurotrasmettitori chimici, Cloninger et al. (1993) hanno riformulato il modello, trasformandolo in uno schema a sette dimensioni. Alle tre dimensioni del temperamento precedentemente descritte viene aggiunta la Persistenza (Persistence).

- **Persistence (PS)**: originariamente compresa nella Reward Dependence, consiste nella tendenza a perseguire i propri obiettivi rimanendo relativamente insensibili alle circostanze ambientali, alla fatica e alle frustrazioni.

Cloninger descrive inoltre tre dimensioni caratteriali. Il carattere si riferisce alle differenze tra gli individui in merito ai loro obiettivi volontari e calori ed è legato alle esperienze personali dei singoli soggetti, il carattere si forma nell'interazione con l'ambiente e si manifesta nella sua pienezza strutturale a partire dalla prima età adulta e influenza il funzionamento personale e sociale per mezzo di un apprendimento autonomo relativo alla concezione di sé. Le concezioni di sé variano in relazione a quanto una persona si identifica come: individuo autonomo, parte integrante dell'umanità, parte integrante di un sistema universale. Ciascuna concezione di sé corrisponde ad una delle tre dimensioni del carattere chiamate rispettivamente:

- **Self-Directedness (SD)**: indica la forza di volontà, con la capacità del soggetto di regolare e controllare il suo comportamento e di adattarlo alla situazione per promuovere il raggiungimento degli obiettivi. Risulta importante per lo sviluppo di eventuali disturbi psicologici. Si basa sul concetto del Sé come

individuo autonomo; da questo concetto di Sé derivano sentimenti di integrità personale, di onore, di autostima, di auto-efficacia, di leadership e di speranza.

- **Cooperativeness (CO):** è la dimensione che esprime tolleranza, empatia, disponibilità all'aiuto e tendenza a collaborare con gli altri. Tale dimensione si basa sul concetto di Sé come parte integrante dell'umanità o della società, da questo concetto di Sé sono derivati sentimenti di comunità, di compassione, di coscienza e carità.
- **Self-Transcendence (ST):** si riferisce alla capacità di sentirsi parte dell'ambiente e dalla natura. Secondo alcuni studi sembra che tale tratto aumenti con l'età. Si basa sul concetto di Sé come parte integrante dell'universo, da questo aspetto derivano sentimenti di partecipazione mistica, di fede religiosa e di pazienza

## **Il Coping**

Il concetto di coping fa riferimento alla modalità con cui le persone cercano di gestire eventi traumatici o situazioni quotidiane stressanti. Numerose sono le prospettive che si sono alternate nel tempo nell'analisi di questo concetto (Sica, Novara, Dorze & Sanavio, 1997a; Zani & Cicognani, 1999).

Tradizionalmente, il coping è stato considerato una caratteristica relativamente stabile di personalità, la quale determina le differenze individuali nel modo di reagire a eventi di vita traumatici. Il coping è stato anche definito come una modalità che comporta reazioni flessibili e mutevoli a eventi di vita quotidiani stressanti (Eckenrode, 1991). Attualmente, il coping viene considerato un processo che nasce in situazioni che mettono fortemente alla prova le risorse di un soggetto: in questa ottica l'obiettivo consiste nell'identificare la valutazione cognitiva di tali eventi da parte della persona, le eventuali reazioni di disagio, il tipo di risorse personali e sociali, gli sforzi di coping propriamente detti e gli esiti a breve e a lungo termine di tali sforzi. In questo modo viene messa in risalto la natura ciclica e cumulativa del processo, con una influenza

reciproca tra gli elementi coinvolti (Lazarus, 1996). Tale processo può inoltre essere analizzato sia a livello individuale che sociale.

Le ricerche sul coping si sono concentrate principalmente su quattro temi: 1) la descrizione delle caratteristiche fondamentali delle strategie di coping (quali e quante sono); 2) la descrizione dei fattori che influenzano l'acquisizione e l'uso di risposte di coping, includendo gli aspetti socio-contestuali e di personalità; 3) cosa rende efficaci o meno gli sforzi di coping e 4) quali aspetti del coping sono modificabili e come (Carver & Scheier, 1982; Endler, 1997; Endler & Parker, 1993; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1996; Lazarus & Folkman, 1984; Lester, Smart & Baum, 1994).

### *Le diverse strategie di coping*

Le strategie di coping sono state descritte e classificate in vari modi, e questo dimostra l'effettiva molteplicità delle modalità a disposizione del soggetto. In generale, le risposte di coping comprendono sia tutte le decisioni e le azioni adottate da un individuo di fronte a un evento stressante, sia le emozioni a esse connesse.

Il tentativo di identificare le diverse dimensioni costitutive degli sforzi di coping non ha dato risultati definitivi; tuttavia, un certo numero di dimensioni fondamentali emerge da tutte le ricerche. In primo luogo, la maggior parte degli studi indica che le strategie di coping svolgono due funzioni principali: ridurre il rischio delle conseguenze dannose che potrebbero risultare da un evento stressante (*coping focalizzato sul problema*) e contenere le reazioni emozionali negative (*coping focalizzato sulle emozioni*). Il primo tipo di coping trova espressione in due fattori, denominati generalmente coping attivo e pianificazione.

Il secondo tipo trova espressione in quattro fattori: distanziamento (ad esempio, negare l'esistenza del problema o distrarsi), autocontrollo (non lasciarsi trascinare dalle proprie emozioni), assunzione di responsabilità (ritenersi più o meno responsabili della situazione)

e rivalutazione positiva (riconoscere i cambiamenti che provengono dalla modificazione di una situazione, vedere la realtà da un punto di vista positivo; si veda, Amirkhan, 1990; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1993; Monat & Lazarus, 1991; Lyne & Roger, 2000; Zani & Cicognani, 1999). Un secondo filone

di ricerca ha distinto strategie finalizzate all'approccio rispetto a strategie finalizzate all'evitamento (ad esempio, le dimensioni di «monitoring» e «blunting» studiate da Miller, 1987). In generale, maggiore è il senso di controllo esperito dall'individuo e maggiore è il ricorso a strategie finalizzate all'approccio. C'è una certa concordanza nel considerare la natura del coping finalizzato all'approccio più adattiva rispetto a un coping di evitamento. Quest'ultimo potrebbe essere

utile nel breve termine, nel caso di presenza di eventi incontrollabili; tuttavia, è stato rilevato come nel lungo termine le risposte di evitamento non permettano di raccogliere informazioni utili sul problema compromettendo il ricorso a risorse utili (Atala & Carter, 1993; Stanton & Snider, 1993).

Infine, una terza prospettiva ha enfatizzato soprattutto il ruolo della ricerca del *sostegno sociale*, che per Lazarus (1996) rappresenta una dimensione comune a molte strategie di coping.

#### *Aspetti disposizionali del coping*

Una seconda questione riguarda la natura più o meno disposizionale delle strategie di coping. Nonostante esista un generale accordo sul fatto che le persone scelgono le strategie di coping in base alla natura della situazione, di fatto la ricerca e gli strumenti di misura hanno enfatizzato la natura disposizionale dei processi di coping (Mc Crae & Costa, 1986; Carver & Scheier, 1994). Enfatizzare la natura disposizionale dei processi di coping significa partire dal presupposto che esistano degli stili di base, cioè delle strategie abituali usate dagli individui indipendentemente dalle situazioni. Gli stili di base sarebbero più o meno diretta espressione di variabili di personalità. Tra queste, due sono state particolarmente studiate. Kobasa (1979) ha elaborato il concetto di *hardiness* per definire una costellazione di caratteristiche di personalità che proteggono l'individuo dagli effetti dannosi dello stress: controllo (convincione di poter influenzare gli eventi della propria vita), impegno (senso di risolutezza, coinvolgimento nelle attività e nei rapporti con le persone che fanno parte della propria vita) e senso di sfida (aspettativa che nella vita sia normale il cambiamento e che questo rappresenti un'opportunità di crescita). Le persone con un alto livello di *hardiness* sembrano adottare una filosofia di vita che limita l'impatto debilitante di alcuni eventi stressanti. Studi recenti sembrano confermare che le persone con elevato

livello di hardiness vedano la propria vita con maggior positività e maggior grado di controllo (Beasley, et al., 2003). Per quanto riguarda la *propensione all'ottimismo*, Scheier & Carver (1987) hanno ipotizzato che le persone ottimiste hanno una maggiore probabilità di considerare i problemi alla propria portata e quindi di perseverare per raggiungere i propri scopi anche in situazioni di difficoltà. Gli ottimisti, inoltre, hanno maggiori probabilità di impegnarsi in forme di coping focalizzate sul problema, mentre i pessimisti tendono a far ricorso alla negazione e al distanziamento come strategie di coping. Queste relazioni sono state confermate empiricamente, ed è stata riscontrata una diversità negli stili di coping in relazione all'ottimismo. Ad esempio, si è dimostrato che l'ottimismo è correlato positivamente con un coping orientato al compito e alla ricerca di sostegno sociale, mentre è negativamente correlato a un coping orientato alle emozioni e all'evitamento (Hatchett & Park, 2004).

Altri aspetti di personalità che possono favorire uno stile stabile di coping riguardano la propensione a cercare un sostegno sociale; inoltre, certe caratteristiche individuali potrebbero influenzare la stessa percezione che le persone hanno dei livelli di sostegno sociale. Ad esempio, è stato rilevato che persone con alti livelli di nevroticismo tendono a riferire livelli più bassi di sostegno percepito. Inoltre, queste persone hanno maggior probabilità di riferire livelli più elevati di eventi esistenziali stressanti e di sintomi psicologici e somatici.

Costa, Somerfield & Mc Crae (1996) hanno studiato la relazione esistente fra le dimensioni

di personalità misurate dai Big Five e il coping: l'instabilità emotiva sembra associarsi con la tendenza ad attribuire colpe a se stessi o agli altri e al coping focalizzato sulle emozioni, l'estroversione con la ricerca di sostegno sociale, l'apertura con la ricerca di nuove informazioni, prospettive e soluzioni, la coscienziosità con la perseveranza negli sforzi e la

ricerca di significato personale e, infine, la gradevolezza con la condiscendenza.

In questa prospettiva, quindi, alcune caratteristiche stabili di personalità influenzerebbero l'adozione di determinati stili di coping influenzando la valutazione cognitiva degli eventi

da parte dell'individuo (Magnus, et. al, 1993).

Considerando invece il rapporto tra coping e benessere, numerosi sono gli studi che hanno dimostrato il ruolo delle strategie di coping nella salute psicologica e fisica (Zani & Cicognani, 1999). Per fare qualche esempio, pensiamo allo studio delle relazioni tra coping, sistema immunitario e sopravvivenza a malattie a decorso fatale (Litman, 2006; Antoni & Goodkin, 1988; Blaney et al., 1991). In questi studi, le strategie relative all'accettazione e a una interpretazione legata al senso di crescita personale, erano collegate a un migliore reattività del sistema immunitario e a una migliore qualità di vita.

Relazioni negative con la qualità della vita e la reattività del sistema immunitario sono state trovate con strategie legate allo sfogo emotivo, al cinismo e all'evitamento. Altri studi (Carver, et al., 1989) hanno messo in evidenza che forme di coping focalizzate sui problemi erano positivamente associate con ottimismo, autostima, resistenza, ma anche tendenze ai comportamenti di tipo A. Di fatto è stato sottolineato molte volte che persone tenaci e inclini al cambiamento potrebbero trovarsi in difficoltà in situazioni non modificabili. Infine, in alcuni studi, è risultato che il coping può giocare un ruolo importante nel proteggere o esacerbare le reazioni fisiologiche comunemente ritenute sintomo di stress (Connor-Smith & Compas, 2004). Hardiness e coping attivo hanno in effetti mostrato un legame diretto con lo stress percepito e le malattie, in quanto alti livelli di hardiness in lavoratori sono risultati collegati a bassi livelli di stress percepito e a minori sintomi di malattia (Soderstrom, et al., 2000).

### **Rappresentazioni di malattia**

Le rappresentazioni (o percezioni) di malattia si possono considerare come delle mappe cognitive che gli individui usano quando si trovano di fronte ad una malattia o ad uno squilibrio dello stato di salute e tentano di mettere in azione piani per risolvere il problema o, per lo meno, conviverci. Una delle maggiori teorie su questo tipo di meccanismi è la cosiddetta Self-Regulation Theory (SRT) chiamata anche Common-Sense Model (CSM) sviluppata da Leventhal, et al., (1980). Questa teoria si pone l'obiettivo di identificare i fattori coinvolti nella processazione delle informazioni che i pazienti operano riguardo la loro malattia e come queste informazioni siano integrate

per formare un quadro unitario e coerente della malattia stessa e come quest'ultimo guidi la messa in atto di strategie di coping ed influenzi l'outcome.

La SRT ipotizza che gli individui creino le rappresentazioni mentali della loro malattia a partire da informazioni sia concrete sia astratte a loro disponibili al fine di conferire un senso e, di conseguenza, poter gestire il problema. È l'interpretazione di queste informazioni che forma il primo passo di un processo di ricerca di aiuto, impegno in una strategia di coping o l'adozione di un regime di gestione della malattia (Bishop & Converse, 1986).

Una rappresentazione di malattia si forma a partire da tre fonti principali di informazioni (Leventhal et al., 1984; Leventhal, et al., 1980). La prima fonte di informazioni è l'insieme di conoscenze "profane" che il soggetto già possiede che gli derivano dall'ambiente sociale e culturale di riferimento in merito alla malattia. La seconda fonte deriva dalle informazioni ottenute dalle persone significative del soggetto e/o da fonti autorevole come i medici. Infine, la terza fonte consiste nell'esperienza corrente e contemporanea della malattia. Questa esperienza corrente si riferisce alle informazioni somatiche o sintomatiche basate sulle percezioni corrente e le esperienze precedenti con le malattie. L'esperienza corrente comprende anche la conoscenza dell'efficacia delle strategie di coping usate per fronteggiare la malattia in precedenza. Anche fattori come il tipo di personalità il retroterra culturale (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Alcuni studi hanno evidenziato come il contenuto di una rappresentazione di malattia possa essere ordinato in base a tematiche o dimensioni (Linz et al., 1982; Meyer et al., 1985). Queste dimensioni sono: cause, conseguenze, identità e durata.

La dimensione delle cause rappresenta le credenze riguardo ai fattori che sono responsabili dell'esordio della malattia o del disturbo. I fattori causali identificati sono molteplici: biologici (es. virus, germi, alterazioni sistema immunitario), emozionali (es. stress e depressione), ambientali (es. inquinamento e agenti chimici), psicologici (es. personalità, troppo lavoro) (Moss-Morris et al., 2002; 1996; Heijmans, 1998; Heijmans & De Ridder, 1998).

Le conseguenze della malattia si riferiscono alle credenze della persona riguardo all'impatto che questa ha sulla qualità della vita o come possa intaccare il funzionamento personale e sociale.

La durata si riferisce alle credenze che le persone hanno riguardo alla dimensione temporale della patologia. Questo aspetto riguarda sia la durata nel tempo (acuzie vs. cronicità) sia l'andamento dell'alternanza tra le fasi della malattia (persistente vs. cronico-recidivante).

Altri ricercatori considerano anche la dimensione cura e controllabilità della malattia. Questa dimensione si riferisce al senso di efficacia delle strategie di coping messe in atto (Lau & Hartman, 1983).

Leventhal et al., (1980) proposero la SRT come un modello di processazione in parallelo dove le persone costruivano simultaneamente rappresentazioni cognitive ed emozionali della loro malattia. In questo modo le rappresentazioni di malattia non solo comprenderebbero le dimensioni cognitive sopra delineate, ma avrebbero anche delle componenti emozionali, che potrebbero essere importanti determinanti dell'outcome emozionale (Moss-Morris, et al., 2002).

#### *Rappresentazioni di malattia e strategie di coping.*

Il modello della SRT associa esplicitamente le cognizioni di malattie e le strategie e comportamenti di coping. Il modello propone che le rappresentazioni di malattia agiscano come un filtro ed uno schema interpretativo per le risorse informative sulla malattia e come queste guidino i comportamenti messi in atto per affrontare la situazione.

Inoltre, il modello implica che la relazione sia causale, in quanto le cognizioni di malattia avranno un effetto sui comportamenti di fronteggiamento in proporzione con la gravità percepita in base alle rappresentazione derivata dallo stimolo.

La ricerca ha sostanzialmente confermato questo legame. Strategie di coping attive, ricerca di supporto sociale sono significativamente correlate con le dimensione di identità e cura/controllo su pazienti con sindrome da fatica cronica (Moss-Morris, et. al., 1996). Pazienti che percepiscono gravi conseguenze derivanti dalle loro patologie mostrano maggiormente strategie di coping basate sull'evitamento e sul distacco comportamentale. Kemp et al., (1999) hanno dimostrato come pazienti epilettici che



avevano la percezione di maggior controllo dei propri sintomi utilizzavano in maniera significativa strategie centrate sul problema. Sintetizzando potremmo dire che vedere la malattia come controllabile è relata a strategie e comportamenti di coping di tipo attivo come le strategie centrate sul problema, di converso percepire la malattia come non controllabile, cronica e altamente sintomatica è associato con strategie di coping basate sull'evitamento e la negazione.

È importante notare il fatto che queste correlazioni potrebbero essere spurie o influenzate da artefatti degli strumenti di misurazione. Ad esempio l'identità di malattia potrebbe riflettere l'esperienza sintomatica anziché le credenze sui sintomi associati alla malattia in questione dal momento che l'identità è misurata attraverso i sintomi riferiti. Questo vorrebbe dire che le associazioni tra le percezioni di identità di malattia e gli outcome potrebbero essere influenzate dallo stato corrente della malattia e che il fatto, ad esempio, di essere in una fase attiva di malattia o meno, potrebbe influenzare le rappresentazioni cognitive ed emozionali e di conseguenza le strategie di coping messe in atto. (Hagger & Orbell, 2003).

### **Competenza sociale ed assertività**

La competenza sociale riveste un ruolo importante per il benessere psichico e la realizzazione della persona (Arrindell et al., 2004). La relazione tra difficoltà nelle relazioni interpersonali e vari disturbi del comportamento è stata confermata da numerose ricerche, che hanno messo in evidenza come un basso livello di competenza sociale si accompagni spesso ad un più severo grado di disagio e come la prognosi per soggetti con diagnosi psichiatriche sia più favorevole quando vi sia riscontro di miglioramento nella competenza sociale (Fodor, 1992; Grissett & Norwell, 1992; Frank, 1974).

Mentre le origine dello studio della competenza sociale risalgono alla fine del secolo scorso, è solo negli anni sessanta che tale concetto si è inserito nell'interno di una cornice teorica convincente grazie all'opera di Argyle (1972; 1969). In sostanza per questo autore, in analogia con il modello delle abilità motorie sviluppato dall'approccio cibernetico, un individuo all'interno di una relazione sociale: a) si muove secondo piani che delineano scopi da raggiungere; b) sceglie a tal fine

opportune strategie di azione; c) controlla ed eventualmente corregge le strategie di azione secondo meccanismi di feedback. Tali strategie possono essere considerate come volontarie in origine, ma tendono a diventare in seguito relativamente inflessibili, involontarie ed automatiche. Si considera quindi che l'acquisizione delle abilità all'interno dello scambio sociale sia il risultato di un processo di apprendimento autodiretto e autocontrollato, nel corso del quale, con la progressiva padronanza, la consapevolezza tende a scomparire dando luogo a comportamenti abitudinari e semiautomatici.

Una delle definizioni più recenti e maggiormente esaustiva è quella fornita da Chadsey-Rusch (1992), che parlando di abilità sociali fa riferimento a: *“comportamenti appresi orientati verso un obiettivo e governati da regole che variano in funzione della situazione e del contesto, che si basano su elementi cognitivi ed affettivi osservabili e non osservabili, in grado di elicitare negli altri risposte positive o neutrali e di evitare risposte negative”*.

Sintetizzando la vasta letteratura sul tema possiamo dire che:

- *Le abilità sociali sono frutto di apprendimento.* Non si tratterebbe quindi di predisposizioni innate ma di risultati di processi di apprendimento determinati dalle esperienze educative sperimentate dalle persone.
- *Le abilità sociali sono meta-dirette e strumentali al perseguimento di un obiettivo.* Ogni persona, al di là di un maggior o minor altruismo, utilizza, generalmente, le proprie abilità sociali al fine di raggiungere degli obiettivi. Queste abilità, in altri termini, sarebbero i “mezzi” attraverso i quali si soddisfano le proprie esigenze sociali.
- *Le abilità sociali sono legate a situazioni specifiche e variano al variare dei contesti e dei compiti.* In altri termini, una persona dotata di buone abilità sociali le utilizza flessibilmente a seconda dei contesti.
- *Le abilità sociali comprendono elementi sia direttamente osservabili, sia non direttamente osservabili (cognitivi ed affettivi).* Le competenze sociali non si limitano ai meri comportamenti che la persona tiene in contesti sociali ma

considerano anche abilità cognitive come quelle di problem-solving e componenti emotive ed affettive.

### *Il concetto di Assertività*

L'utilizzo del termine assertività (che deriva dal termine latino *asserere*, affermare) si deve a Wolpe (1969; 1958) anche se il primo autore che utilizzò il costrutto fu Salter (1949) che aveva individuato nella *personalità inibita* la causa di varie patologie o disturbi del comportamento, soprattutto in riferimento alle relazioni sociali. Wolpe e Lazarus (1966) l'assertività è individuabile in ogni espressione di diritti e sentimenti socialmente accettabili, con l'inclusione di espressione di collera, irritazione, disaccordo e noia o, parimenti, nelle espressioni positive di gioia, di elogio, e di affetto.

Una concezione largamente condivisa dell'assertività la colloca nel mezzo di un continuum comportamentale che ha per poli la passività e l'aggressività, ed indicherebbe il comportamento socialmente abile e funzionale.

Gli elementi costitutivi dell'assertività sono:

- difesa dei diritti: ovvero la disposizione e la capacità anche di rifiutare richieste irragionevoli;
- assertività sociale: indica la capacità di iniziare, continuare e portare a termine le interazioni sociali, possibilmente con facilità e a proprio agio;
- espressione dei sentimenti: indica la capacità di comunicare sentimenti positivi (assertività positiva) e sentimenti negativi (assertività negativa) alle altre persone;
- assertività di iniziativa: concerne l'abilità nel risolvere i problemi e soddisfare personali bisogni e quindi saper avanzare richieste e favori;
- indipendenza: indica la capacità di resistere attivamente a pressioni ed influenze individuali e di gruppo nella direzione del conformismo, affermando le proprie credenze ed opinioni.

Non sempre il comportamento assertivo indica buone competenze sociali. Ad esempio se la persona è in errore, o quando la situazione richiede un comportamento più

centrato sull'ascolto e la comprensione, il comportamento assertivo non risulta essere adattivo (Arrindell, et al., 2004).

Il pericolo di identificare il comportamento assertivo in uno stereotipato ed inflessibile modulo di reazione ha successivamente condotto alla necessità di ricorrere ad un impianto teorico più vasto in cui potesse trovare posto una definizione di comportamento "socialmente abile" come qualcosa di adattabile, elastico, adeguabile alle circostanze e alle persone che interagiscono (Détto & Branconi, 1994).

# **Parte seconda**

## **Lo Studio**



## Introduzione

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica a carico della pelle, non contagiosa, che colpisce il 1,5-3% della popolazione (Griffiths & Barker, 2007), sia uomini che donne. Coinvolge infatti 130 milioni di persone nel mondo, 2 milioni solo in Italia (ADIPSO, Associazione Difesa Psoriasici), e può insorgere a tutte le età, ma in genere (nel 75% dei casi) il suo esordio avviene prima dei 40 anni. Questa patologia si manifesta con la comparsa di placche eritematose (rosse), squamose ed argentee, dovute ad un aumento anomalo della produzione di cellule dello strato più esterno della pelle, in genere distribuite simmetricamente sui gomiti, ginocchia, cuoio capelluto e talvolta sulle unghie, ma tutte le zone della cute possono esserne interessate. Nel 20% dei pazienti le lesioni sono diffuse a vaste aree della superficie corporea e nel 10-15% coesiste un'artropatia che causa dolore ed incapacità a svolgere le normali attività quotidiane assumendo così una funzione invalidante (Schon et al., 2005).

L'evoluzione generale della malattia è imprevedibile, ha un andamento cronico-recidivante, nel quale si alternano spontaneamente a fasi di riacutizzazione, un miglioramento e talvolta anche persistenti remissioni. Dal punto di vista della stagionalità si è visto (Hancox et al., 2004) che peggiora in autunno, mentre è stazionaria in inverno, tendendo a riacutizzarsi in primavera e a migliorare d'estate. Non è possibile prevenire la sua insorgenza, tutt'al più si possono limitare le recrudescenze della malattia evitando i traumatismi della cute, poiché nella fase acuta della malattia qualsiasi traumatismo, come il grattamento, una scottatura solare, l'applicazione di una tintura troppo aggressiva sui capelli o l'applicazione di sostanze chimiche irritanti può incidere negativamente sulla stessa (Griffiths et al., 2007).

### La ricerca sulle componenti psicosociali della Psoriasi

La psoriasi è una patologia molto complessa sia per la sua eziologia multifattoriale sia per la varietà delle sue manifestazioni. Negli ultimi anni la ricerca si è sempre più concentrata su quelli che sono i fattori non strettamente genetico-fisiologici, e tra questi, i fattori psicosociali che sembrano avere un ruolo, talvolta cruciale, nella genesi

e nel mantenimento della malattia (Locala, 2009). L'importanza dei fattori psicosociali è testimoniata dall'emergere, negli ultimi anni, di una vera e propria disciplina – la *Psicodermatologia* - che ha come oggetto di studio la relazione e i legami di reciproca influenza che fattori psicologici (intra-individuali e sociali) hanno con le patologie dermatologiche. È interessante notare come la maggior parte degli studi in questo settore abbia come oggetto la psoriasi.

All'interno della psicodermatologia sono stati condotti diversi studi volti ad indagare i molteplici costrutti che si pensano essere coinvolti nell'insorgenza e, soprattutto nel mantenimento della psoriasi.

Gli autori, nel corso degli anni, hanno ricercato, con fortune alterne, di evidenziare uno stile di personalità tipico dei pazienti psoriasici arrivando a risultati negativi (Ginsburg, 1995). Tuttavia più recentemente, Kilic et al., (2008), seguendo un approccio alla psoriasi di tipo bio-psico-sociale, hanno evidenziato elevati punteggi di una componente temperamentale, l'evitamento del danno, e bassi punteggi in una componente caratteriale, l'autodirezionalità. I risultati di questo studio delineerebbero il soggetto psoriasico a livello temperamentale come un soggetto inibito, schivo, preoccupato che i propri comportamenti possano avere delle conseguenze negative, mentre a livello caratteriale si distinguerebbe per avere un basso livello di accettazione di sé, poco responsabile e un comportamento poco orientato al perseguimento di obiettivi. Ak et al., (2011) confermano alti punteggi per quanto riguarda l'evitamento del danno oltre che alti punteggi alle dimensioni temperamentali di ricerca di novità e dipendenza dalla ricompensa, e alla dimensione caratteriale di autodirezionalità. Risultati opposti sono stati trovati da Guler et al., (2007) non hanno trovato differenze significative, né a livello temperamentale né caratteriale tra soggetti con psoriasi, vitiligine e neurodermatite sia tra loro che confrontandoli con un gruppo di controllo, Doruk et al., (2009) non hanno trovato differenze tra pazienti psoriasici e soggetti sani in termini di temperamento e carattere. Tuttavia è doveroso riportare una limitazione metodologica negli studi di Ak et al., (2011) e Doruk et al., (2009) in quanto il campione usato era formato esclusivamente da maschi. La questione rimane controversa.



Uno degli argomenti più indagati in psicodermatologia è quello che riguarda lo stress e su come viene affrontato e gestito da persone affetti da psoriasi. In effetti, lo stress sembra avere un ruolo cruciale, tanto che nelle classificazioni psicodermatologiche la psoriasi è categorizzata come disturbo psicofisiologico. Il ruolo del distress sembra essere fondamentale nell'esacerbazione della malattia (Locala, 2009; Griffiths & Richards, 2001). L'aspetto fondamentale dell'effetto dello stress (o meglio del distress) sull'organismo sono le interpretazioni che lo stesso dà della situazione stressante e delle strategie messe in atto per farvi fronte. Semplificando, si potrebbe dire che gli effetti dello stress non siano dovuti alla situazione stressante in sé ma al modo in cui l'individuo la percepisce e dalle modalità con cui vi fa fronte. In psicologia quest'ultime strategie prendono il nome di strategie di coping. Numerosi sono gli studi che riguardano il coping nei pazienti psoriasici; i risultati di maggior rilievo dimostrano come i soggetti con psoriasi utilizzino strategie di coping meno orientate alla pianificazione, alla reinterpretazione positiva, e in generale usino in misura minore strategie di tipo attivo per superare le difficoltà rispetto al controllo (Fortune et al., 2002); mentre Finzi et al., (2007) hanno dimostrato come questi pazienti, indipendentemente dalla gravità della malattia, usino strategie attive e improntate alla pianificazione per fronteggiare il distress. Diversi ricercatori si sono occupati di indagare se esistessero delle particolari cognizioni che potessero influenzare sia le strategie di coping sia l'outcome di pazienti psoriasici. La cornice teorica in cui si sono mossi la maggior parte degli autori è quella della *self-regulation theory* proposta da Leventhal et al., (1980), la quale ipotizza che le persone, nel tentativo di affrontare una malattia cronica, cerchino di creare un sistema coerente di percezioni rispetto alla malattia e a loro stessi attraverso la costruzione attiva di rappresentazioni cognitive della patologia. Queste rappresentazioni poi generano comportamenti (adattivi o meno) ed emozioni nella gestione della malattia che a loro volta vengono valutati dal soggetto in base ai loro effetti, il quale decide se utilizzarli in futuro in un meccanismo di autoregolazione. Scharloo et al., (1998) hanno dimostrato, indagando le influenze che le percezioni di malattia e le strategie di coping potrebbero avere sul funzionamento di pazienti con varie patologie croniche tra cui la psoriasi, che gli outcome di funzionamento migliore si avevano con percezioni di

minore durata, minori conseguenze, maggiore controllabilità del trattamento e con strategie di coping attive e di ricerca di supporto sociale. Inoltre, dopo una serie di regressioni lineari è emerso che la varianza degli indici di funzionamento spiegata dalle percezioni di malattia non subiva modificazioni significative inserendo o meno nell'analisi le strategie di coping, per cui gli autori concludono che le strategie di coping non svolgono un ruolo di mediazione tra le percezioni di malattia e gli indici di funzionamento, disconfermando in parte la teoria di Leventhal. Risultati simili sono riportati da Fortune et al., (2002) anche se in questo studio le strategie di coping spiegano una parte addizionale della varianza per quanto riguarda depressione e ansia. Le percezioni di malattia non sembrerebbero essere associate alle caratteristiche cliniche come durata e gravità di malattia (Fortune et al., 2002; 2000; 1998) anche se risultati contrastanti sono riportati da Wahl et al., (2013).

Molto prolifico è stato anche il filone di ricerca che si è occupato di indagare la qualità di vita delle persone affette da psoriasi. È stato dimostrato un aumento del disagio di tipo sia fisico, sia psicologico sia sociale, in soggetti affetti da dermatosi, in particolar modo da psoriasi. Questi studi hanno evidenziato come la patologia sottoponga il soggetto a stress distruggendo le quotidiane routine con una conseguente ridotta capacità di perseguire valori e obiettivi di vita provocando un effetto negativo sulla qualità sulla vita (Choi & Koo, 2003; Kiebert et al., 2002; Husted et al., 2001; Krueger et al., 2001; Rapp, et al., 1999; Finaly & Coles, 1995).

La psoriasi incide negativamente sulla qualità di vita delle persone che ne sono colpite, soprattutto nelle forme più estese o in quei casi dove le lesioni sono in zone del corpo esposte come le mani e la faccia, o particolari come la zona genitale (Mease & Menter, 2006). Il dolore cutaneo colpisce circa il 42% dei pazienti mentre il disagio cutaneo circa il 37% (Yosipovitch, et al., 2000; McKenna, et al., 1997). Il dolore e il disagio cutaneo interferiscono negativamente con funzioni come il sonno, l'umore e la qualità di vita (Ljosaa, et al., 2010). I disturbi del sonno nei pazienti psoriasici colpiscono circa il 57% dei soggetti (Gowda, et al., 2010). Il deterioramento del sonno sembrerebbe mediare tra il prurito e la sintomatologia psicologica ma non tra il prurito e la qualità di vita (Zachariae, et al., 2008), questi risultati sono stati parzialmente contraddetti da Ljosaa, et al., (2012).

Vari quindi sono gli studi che si propongono di mettere in correlazione, in termini di co-occorrenza, alcune variabili psicologiche come gli stili di coping, la percezione di malattia, la qualità della vita, la gravità della malattia, quasi sempre – quest'ultima – misurata attraverso l'indice PASI (Psoriasis Area Severity Index, Fredriksson & Pettersson, 1978). Da questa letteratura possiamo evincere come una forte identità di malattia sia maggiormente associata a ricoveri, prognosi più sfavorevoli, mentre pazienti che attuano immediatamente strategie centrate sulle emozioni, strategie di ricerca volte al supporto sociale e non utilizzano strategie passive, a distanza di un anno, ricevono meno prescrizioni e si mostrano meno ansiosi e meno depressi. Queste differenze sono indipendenti dalla gravità della malattia (O'Learly et al., 2004; Scharloo et al., 1997). Strategie focalizzate sulle emozioni sono correlate a bassa qualità di vita e minore salute mentale rispetto a strategie di ricerca attiva di soluzioni, e strategie focalizzate sull'ottimismo e sulla normalizzazione riportano livelli più elevati di salute mentale, inoltre le variabili relative al coping spiegano un parte di varianza di salute mentale e qualità di vita maggiore rispetto alle variabili mediche (Wahl, 1999). Inoltre è stato dimostrato che usare strategie di coping sociale come parlare con gli altri di psoriasi, coprire le lesioni alla vista e evitare le persone siano associate a più bassi livelli di qualità di vita (Rapp, et al., 2001).

Il termine aderenza si riferisce all'atto di conformarsi alle indicazioni dei professionisti sanitari in termini di tempistica, dosaggio, frequenza e durata di somministrazione dei farmaci prescritti (Colombo & De Simone, 2013). La mancata aderenza alle prescrizioni è uno dei maggiori problemi in cui i dermatologi si imbattono nella gestione dei loro pazienti psoriasici, i tassi di aderenza variano in funzione del tipo di trattamento e della metodologia con cui sono stati misurati, tuttavia è possibile notare come in molti studi la percentuale dei non aderenti superi anche il 50% dei pazienti psoriasici (Thorneloe, et al., 2013).

In letteratura sono presenti molti studi che hanno ricercato i fattori determinati l'aderenza ai trattamenti antipsoriasici. I fattori socio demografici non sarebbero associati a variazioni dell'aderenza (Carrol, et al., 2004; Zaghoul & Goodfield, 2004; Richards, et al., 1999) e non ne sarebbero fattori predittivi (Gokdemir, et al., 2008; Bhosle, et al., 2006; Renzi, et al., 2002); risultati controversi sono emersi per quanto

riguarda l'ipotesi che la gravità fosse un predittore dell'aderenza infatti alcuni ricercatori hanno trovato dati a sfavore (Zaghloul & Goodfield, 2004; Richards, et al., 1999) mentre altri a favore (Altobelli, et al., 2012; Chan et al., 2011; Kulkarni, et al., 2004). Il tipo di terapia seguita sembra essere associata ad una maggiore o minore aderenza nello specifico: i tassi maggiori di aderenza sembrano averli le terapie biotecnologiche seguite dalle terapie orali, fototerapia e farmaci topici (Ribera, et al., 2011; Chan et al., 2011; Storm, et al., 2008; Bhosle, et al., 2006; van de Kerkhof, et al., 2000). Non emergerebbe uno stile di vita predittore dell'aderenza anche se alcuni studi riportano un'associazione tra scarsa aderenza e consumo di alcool e tabagismo (Chan et al., 2011; Kulkarni, et al., 2004; Zaghloul & Goodfield, 2004 ). Una buona relazione medico-paziente, una buona soddisfazione per il trattamento e per la qualità delle cure ricevute sono associate ad alti livelli di aderenza ai trattamenti (Altobelli, et al., 2012; Ribera, et al., 2011; Gokdemir, et al., 2008; Atkinson, et al., 2004; Renzi, et al., 2002). Infine è stato evidenziato come un elevato grado di aderenza sia predittivo di una buona risposta al trattamento (Lynde, et al., 2012; Woolf, et al., 2012; Evers, et al., 2010; Feldman, et al., 2007; Lecha, et al., 2005).

Al momento non sono disponibili studi che indagano il ruolo delle competenze sociali nei pazienti con psoriasi.

## **Obiettivi**

Il razionale di questo studio, che sarà di tipo esplorativo con disegno longitudinale-correlazionale, consiste nella necessità evidenziare le caratteristiche stabili di personalità al fine di consentire:

- la programmazione di interventi psicologici (consulenza, psico-educazione, psicoterapia) da integrare a quelli medici
- la scelta del trattamento più idoneo per favorire l'aderenza alle prescrizioni

L'ipotesi esplorativa è che vi siano delle caratteristiche di tipo personologico e degli stili cognitivi e comportamentali (percezioni di malattia, strategie di coping, assertività) che influenzino l'aderenza ai trattamenti, e la qualità di vita del paziente psoriasico.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

**Obiettivo I:** indagare se l'aderenza ai trattamenti e la qualità della vita sia associata alle variabili clinico-dermatologiche ed a caratteristiche psicologiche come personalità, percezioni di malattia, coping e competenze sociali.

**Obiettivo II:** valutare le eventuali differenze tra pre e post-trattamento sia nelle variabili clinico-dermatologiche che psicologiche; valutare se alcune caratteristiche demografiche, clinico dermatologiche e se il trattamento possano influire sugli outcome di aderenza e qualità di vita.

**Obiettivo III:** evidenziare eventuali associazioni tra percezioni di malattia e variabili psicologiche come personalità, percezioni di malattia, coping e competenze sociali.

## **Materiali e metodi**

### **Campione**

Nel periodo febbraio-novembre 2013, presso il centro PUVA della U.O. di Dermatologia della Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, a tutti i soggetti che effettuavano una prima visita presso la suddetta U.O. è stato illustrato lo studio sperimentale e richiesta la loro partecipazione. L'adesione allo studio è stata raccolta attraverso la firma di un consenso informato allo studio.

I soggetti per poter essere reclutati, dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione/esclusione:

Criteri di inclusione:

- Diagnosi di psoriasi a placche
- Prescrizione di trattamento con fototerapia
- Non aver ancora iniziato il trattamento
- Età compresa tra 18 e 65 anni
- Firma del consenso informato alla partecipazione allo studio in atto

Criteri di esclusione

- anamnesi prossimo-remota positiva per disturbi psichici
- assenza di trattamenti psicologici in atto e/o pregressi
- co-morbilità con altri disturbi dermatologici

Pertanto sono stati reclutati 49 pazienti di cui in base ai suddetti criteri 23 soggetti hanno abbandonato lo studio, 15 non hanno effettuato la fototerapia prescritta, n=6 hanno ritirato il loro consenso alla partecipazione ancora prima di effettuare l'incontro previsto al T1, 2 sono stati esclusi in quanto dall'analisi della scheda anagrafica ed anamnestica è emerso un trattamento psicofarmacologico pregresso.

nel grafico 1 e nella tabella 1 vengono riportate le analisi descrittive dei 26 pazienti effettivi.

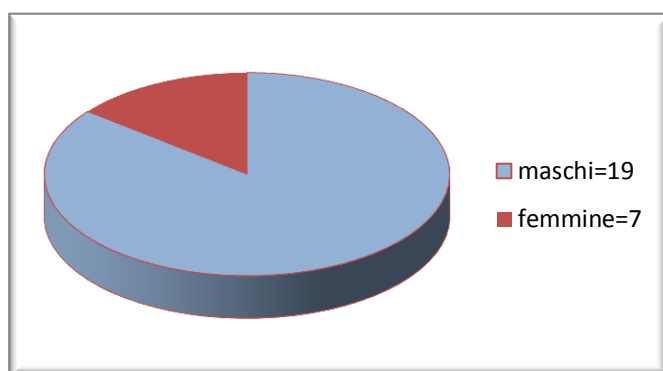


Grafico 1. Distribuzione di genere del campione

Media	51,38
Mediana	53,50
Dev.Standard	11,16
Minimo	28
Massimo	65

Tabella 1. Descrittive Età campione

## Strumenti

Ai soggetti partecipanti allo studio sono stati somministrati i seguenti strumenti:

- Schede anagrafica ed anamnestica utilizzata per avere una raccolta dettagliata del paziente a livello anagrafico e per l'anamnesi prossimo-remota personale e medico-clinica. Queste schede permettono di raccogliere in maniera veloce e precisa un insieme di importanti informazioni come età del paziente, la durata di malattia, l'età di insorgenza.
- *Temperament and Character Inventory – revised* (T.C.I.-R, Cloninger, 1999; Martinotti, 2008). Si tratta di un questionario di personalità composto da 240 item con sistema di risposta su scala tipo Likert a 5 punti: “completamente falso”, “abbastanza falso”, “né falso né vero” “abbastanza vero” “completamente vero”. Valuta il temperamento e il carattere, per quanto riguarda il temperamento – ovvero quella parte della personalità degli individui

che è più influenzata da componenti biologiche ed ereditarie, le dimensioni indagate sono *ricerca di sensazioni* (tendenza dell'individuo ad attivarsi a livello comportamentale in risposta a stimoli nuovi), *evitamento del danno* (tendenza dell'individuo all'inibizione comportamentale di fronte a stimoli potenzialmente dannosi ed ad anticiparne gli effetti), *dipendenza dalla ricompensa* (riguarda le abilità relazionali e affettive; nel suo punteggio estremo può indicare dipendenza dagli altri), *persistenza* (indica individui industriosi, gran lavoratori e stabili anche a fronte di frustrazioni e fatica). Per quanto riguarda il carattere – ovvero quella parte di personalità più influenzata dall'interazione con l'ambiente, – le dimensioni indagate sono: *autodirezionalità* (riguarda la competenza individuale a proposito di autonomia, affidabilità, maturità), *cooperatività* (è associata a competenze sociali come supporto, collaborazione), *autotrascendenza* (riguardano le attitudini al misticismo, alla religiosità, all'idealismo). (V. appendice A).

- *Social Interpersonal Behavior*, versione ridotta (SIB-r, Arrindell, et al., 2002, 2004). Si tratta di un questionario di autovalutazione dei comportamenti assertivi. La SIB elenca una serie di comportamenti specifici che il soggetto deve valutare facendo riferimento al suo comportamento abituale. La valutazione da effettuare è doppia: viene infatti richiesto di indicare il livello di *disagio* provato nel mettere in atto quel comportamento, e indipendentemente dal disagio, la *probabilità* (frequenza) di comportarsi secondo il modo descritto. Il questionario di compone di 25 item e d ha un sistema di risposta basato su scala tipo Likert a 5 punti. Per la dimensione disagio le possibilità di risposta variano da 1 "nessun disagio/tensione" a 5 "disagio e tensione particolarmente intensi"; per la dimensione frequenza le possibilità di risposta variano da 1 "non mi comporto mai nel modo descritto" a 5 "mi comporto sempre nel modo descritto". Per ognuna di queste due modalità il test fornisce cinque diversi punteggi: *manifestazione di sentimenti negativi* (7 item), *espressione e gestione dei limiti personali* (6 item), *assertività di iniziativa* (6 item), *assertività*

*positiva* (6 item), la somma dei punteggi di tutti gli item dà il punteggio della scala *Assertività generale*.

- *Coping Orientation to Problems Experienced* (C.O.P.E., Carver, 1989; Sica et al., 1997a). Il COPE è concepito come uno strumento di misura capace di valutare più sottili differenze individuali di coping e si è dimostrato capace di bilanciare la tendenza generale del soggetto (come reagirebbe se...) con la risposta attuale alla situazione stressante (come ha reagito nella specifica situazione di stress).

Per le sue caratteristiche, ben si presta per ricerche tese a chiarire in maniera più approfondita la possibile influenza degli aspetti della personalità sull'adattamento, poiché alcuni tratti di personalità sono più legati alla tendenza del soggetto a seguire determinate strategie (come, ad esempio, l'ottimismo), mentre altri sembrano essere più indipendenti (ad esempio, lo stile vigilante e quello evitante) (Sica et al., 2008).

Composto da 60 item con sistema di risposta su scala tipo Likert indaga 17 scale raggruppate in 5 superfattori: *Supporto sociale* (scale di ricerca di informazioni, ricerca di comprensione, sfogo emozionale), *Attitudine Positiva* (scale di reinterpretazione positiva e crescita, accettazione, contenimento), *Evitamento* (scale di umorismo, negazione, distacco comportamentale, distacco mentale, uso di droghe e alcool), *Attività* (scale di attività, soppressione di attività competitive, pianificazione), *Religione* (scala dedicarsi alla religione)

- *Illness Perception Questionnaire – Revised* (I.P.Q.-R, Weiman et al., 1996; Giardini et al., 2007). L' IPQ-R è un questionario che consente di ottenere un quadro completo della rappresentazione mentale della malattia. Si compone di tre parti:

Identità della malattia: gli item riguardano le convinzioni del soggetto circa la natura della propria malattia. Sono elencati quattordici sintomi e al soggetto viene chiesto di stimare se abbia o meno sperimentato, dall'inizio della propria malattia, ciascun sintomo, attraverso una risposta sì/no. In seguito, adottando il



medesimo sistema di risposta, si indaga la possibilità che ogni sintomo sia specificatamente connesso alla propria malattia. La prima parte del questionario non produce uno scoring, bensì un'identificazione dei sintomi presenti.

Opinioni sulla malattia: i trentotto item che compongono la scheda indagano il modo in cui, al momento, il paziente percepisce la propria condizione di malattia. Queste componenti sono valutate attraverso una scala Likert a cinque punti: da “fortemente in disaccordo” a “fortemente d'accordo”.

Cause della malattia: sono elencate diciotto possibili cause di malattia e al soggetto viene richiesto di esprimere, attraverso la medesima scala Likert utilizzata nella parte precedente, le proprie opinioni personali riguardo ai fattori che possono aver causato la malattia.

Ai fini dello studio è stata utilizzata solo la parte riguardante le Opinioni sulla malattia

- *Dermatology Life Quality Inventory* (DLQI, Finlay, 1994; Baranzoni et al., 2007).

È un questionario self-report composto da 10 item che si riferiscono alla qualità della vita in soggetti aventi disturbi dermatologici. Le aree indagate sono Sintomi ed emozioni (item 1 e 2), attività di vita quotidiana (item 3 e 4), tempo libero (item 5 e 6), lavoro e scuola (item 7), relazioni interpersonali (item 8 e 9), trattamento (item 10). Ogni item ha quattro opzioni di risposta: “per nulla”, “un poco”, “tanto” “moltissimo”. Fornisce un punteggio con range 0-30 dove 30 indica il massimo decadimento della qualità di vita. Si tratta dello strumento per valutare la qualità della vita più usato nella pratica clinica della dermatologia, tanto che è diventato un parametro delle linee guida per la scelta dei trattamenti per la psoriasi (DLQI >10 = psoriasi severa). Tutte le domande sono riferite all'ultima settimana.

- Per valutare l'aderenza al trattamento si userà un indice dato dal calcolo del rapporto tra sedute di fototerapia effettuate / sedute di fototerapia prescritte.

Inoltre, un dermatologo affiancato allo studio ha calcolato:

- *Psoriasis Area Severity Index* (PASI, Fredriksson & Pettersson, 1978). Fornisce una stima, espressa in percentuale, della superficie dell'epidermide coinvolta dalla malattia sulla base di tre parametri: *eritema*, *infiltrazione*, *desquamazione*, valuta la percentuale di pelle compromessa in ogni distretto del corpo. Range 0-72 (psoriasi grave PASI  $\geq$  20%. È l'indice di gravità più utilizzato in letteratura.
- *Clinical Global Impression Scale* (CGI Guy, 1976); si tratta di uno strumento di misura per valutare globalmente la malattia. fornisce tre misurazioni globali differenti che sono indicatori dell'efficacia di un particolare trattamento: *Gravità di malattia*, scala che chiede al clinico di stimare il disagio del paziente all'inizio di un trattamento; *miglioramento globale*, confronto tra le condizioni all'inizio del trattamento con le condizioni attuali, *indice di efficacia*, confronto con le condizioni del paziente alla baseline per una stima degli attuali benefici del trattamento e l'efficacia del trattamento.

## **Procedura**

Gli incontri con i partecipanti sono stati strutturati secondo la seguente time-table:

I° incontro (T1): è stato effettuato prima che il soggetto cominci la terapia proposta dal medico, in modo da ottenerne un valore o misura per ogni paziente arruolabile.

Durante questo incontro sono stato somministrati i seguenti strumenti:

- Scheda anagrafica ed anamnestica
- TCI-R
- COPE
- IPQ-R
- SIB-r
- DLQI

Un dermatologo ha compilato e calcolato i seguenti indici:

- CGI (in questa fase è stata calcolata solo la parte relativa alla *gravità di malattia*).
- PASI

Per la compilazione del CGI e il calcolo dell'indice PASI sono state utilizzate le foto scattate al paziente durante la prima visita. L'incontro ha avuto una durata di circa 2 ore.

II° incontro (T2): è stato effettuato alla fine del periodo di trattamento del paziente (la durata media del trattamento è di 6-8 settimane). Durante questo incontro stati somministrati i seguenti strumenti:

- COPE
- IPQ-R
- SIB-r
- DLQI

Un dermatologo ha compilato e calcolato i seguenti indici:

- CGI
- PASI

Per la compilazione del CGI e il calcolo dell'indice PASI sono state scattate delle foto. L'incontro ha avuto una durata di un'ora.

Tutti gli incontri sono stati effettuati in una stanza messa a disposizione presso il la suddetta U.O previo appuntamento.

### **Analisi statistica**

Sono state effettuate delle statistiche descrittive per calcolare media, mediana, deviazione standard, minimo, massimo.

Per la statistica inferenziale, data la ridotta numerosità del campione ( $N < 30$ ) è stata applicata la statistica non parametrica.

Per quanto riguarda gli obiettivi I° e III° è stato calcolato il coefficiente di correlazione Rho di Spearman.

Per l'obiettivo II° i confronti entro gruppi sono stati analizzati secondo il test di Wilcoxon per campioni dipendenti, mentre per i confronti tra gruppi è utilizzato il test di Mann-Withney e il test di Kruskal-Wallis.

## Risultati

### Analisi descrittive delle variabili clinico-dermatologico

Media	268,62
Mediana	222,00
Dev. Standard	174,666
Minimo	2
Massimo	612

Tab 2. Descrittive durata di malattia (mesi)

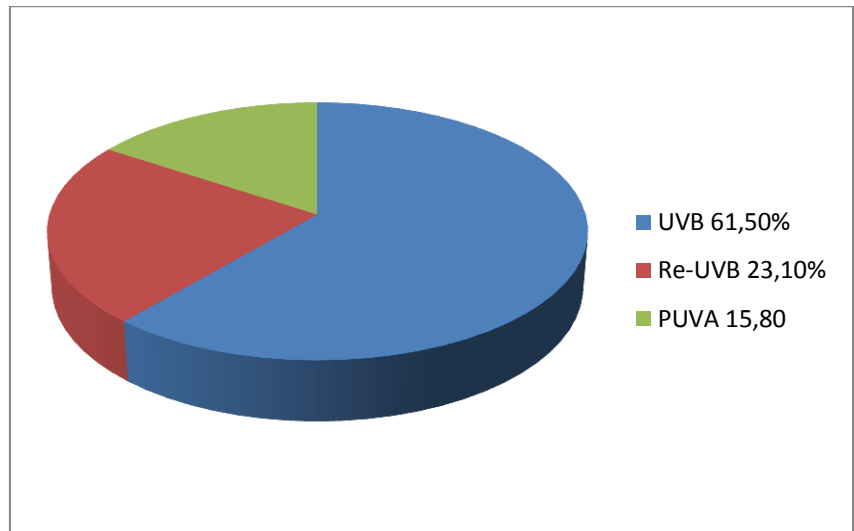


Grafico 2. Tipo di fototerapia prescritta

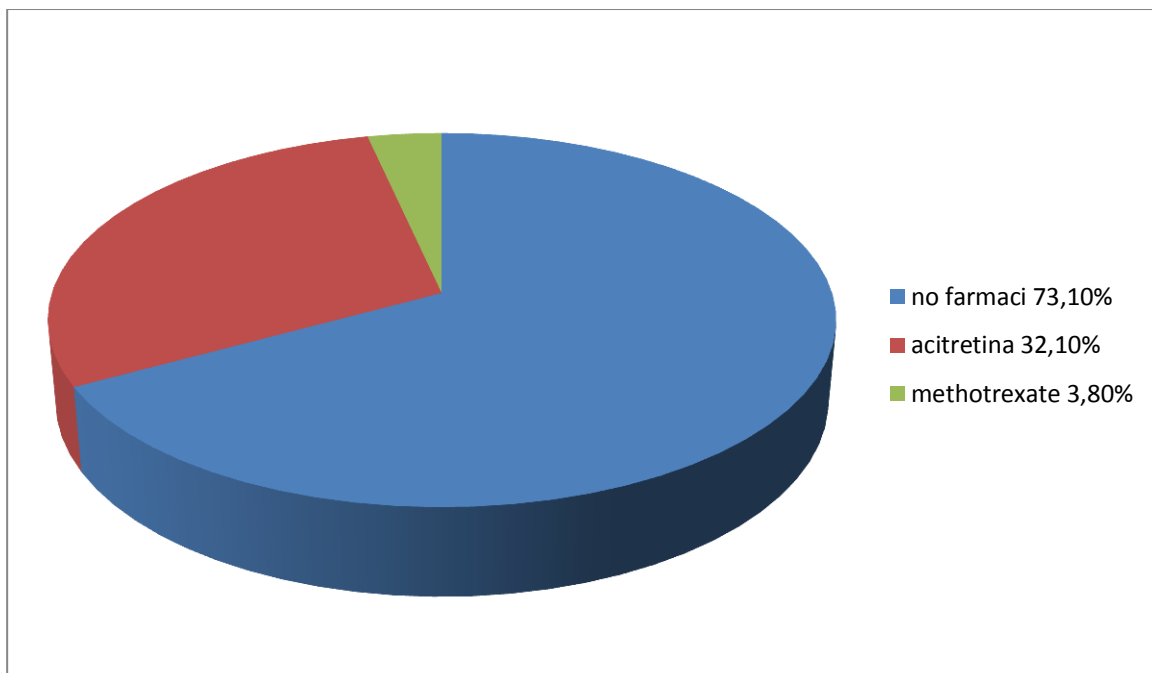


Grafico3. Terapia farmacologica prescritta

	<b>PASI T1</b>	<b>PASI T2</b>
<b>Media</b>	4,173	2,03
<b>Mediana</b>	3,000	1,50
<b>Deviazione Std.</b>	2,5228	2,330
<b>Minimo</b>	1,0	0
<b>Massimo</b>	10,8	8

Tab, 3 descrittive PASI T1 e T2

	<b>GRAVITA' T1</b>	<b>GRAVITA' T2</b>	<b>MIGLIORAM T2</b>	<b>EFFICACIA T2</b>
Media	3,15	2,20	2,25	3,80
Mediana	3,00	2	2	1
Moda	4	1	3	1
Deviaz. Std	1,156	1,322	,910	3,915
Minimo	1	1	1	1
Massimo	5	5	4	13

Tab 4. Descrittive CGI T1 e T2

### **Analisi descrittive aderenza al trattamento fototerapico**

<b>Media</b>	,8915
<b>Mediana</b>	,9100
<b>Dev. Standard</b>	,1176
<b>Minimo</b>	,5800
<b>Massimo</b>	1,000

Tab 5. Descrittive aderenza

<b>Ind. aderenza</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percent</b>	<b>Perc valida</b>	<b>Perc cumulata</b>
,5800	1	3,8	3,8	3,8
,6600	1	3,8	3,8	7,7
,7500	3	11,5	11,5	19,2
,8300	4	15,4	15,4	34,6
,9100	7	26,9	26,9	61,5
1,0000	10	38,5	38,5	100,0
<b>Totale</b>	<b>26</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tab 6. Frequenze aderenza

## Analisi descrittive della Qualità della vita

	DLQI T1	DLQI T2
<b>Media</b>	3,65	5,00
<b>Mediana</b>	2,00	3,50
<b>Dev. Standard</b>	3,807	4,613
<b>Minimo</b>	0	0
<b>Massimo</b>	12	16

Tab 7. Descrittive DLQI pre-trattamento e post trattamento

## Analisi Descrittive strumenti psicodiagnostici

*Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R).*

	NS 1	NS 2	NS 3	NS 4	NS TOT
<b>Media</b>	62,577	58,15	45,96	<b>11,808</b>	59,096
<b>Mediana</b>	52,000	56,00	36,00	5,000	53,000
<b>Deviazione Std.</b>	27,0273	20,998	26,874	15,6800	26,6158
<b>Minimo</b>	1,0	5	5	1,0	2,0
<b>Massimo</b>	99,0	95	99	66,0	97,5

Tab 9. Descrittive dimensione Ricerca di Novità

	HA 1	HA 2	HA 3	HA 4	HA TOT
<b>Media</b>	55,519	62,50	54,81	63,096	62,346
<b>Mediana</b>	57,000	67,00	62,00	66,000	71,000
<b>Deviazione Standard</b>	27,5044	28,075	28,206	23,7714	29,9736
<b>Minimo</b>	10,0	1	5	2,5	2,5
<b>Massimo</b>	99,0	99	99	99,0	99,0

Tab 10. Descrittive Dimensione Harm Avoidance

	RD 1	RD 2	RD 3	RD 4	RD TOT
<b>Media</b>	45,85	<b>30,442</b>	35,365	47,000	37,00
<b>Mediana</b>	39,00	21,500	26,000	46,500	24,50
<b>Deviazione Std.</b>	27,960	27,6826	25,2767	24,0778	30,194
<b>Minimo</b>	10	1,0	2,0	2,5	1
<b>Massimo</b>	99	99,0	90,0	95,0	90

Tab 11. Descrittive dimensione Reward Dependence

	<b>PS 1</b>	<b>PS 2</b>	<b>PS 3</b>	<b>PS 4</b>	<b>PS</b>
<b>Media</b>	52,50	44,00	40,00	44,250	43,827
<b>Mediana</b>	40,00	37,50	36,50	46,000	38,000
<b>Deviazione Std.</b>	30,094	24,972	18,293	27,3457	24,4020
<b>Minimo</b>	1	5	5	2,0	2,5
<b>Massimo</b>	99	90	99	95,0	98,0

Tab 12. Descrittive dimensione Persistence

	<b>SD 1</b>	<b>SD 2</b>	<b>SD 3</b>	<b>SD 4</b>	<b>SD 5</b>	<b>SD TOT</b>
<b>Media</b>	44,673	34,15	43,096	57,38	52,365	47,46
<b>Mediana</b>	32,000	32,00	32,000	52,00	50,000	37,00
<b>Deviazione Std.</b>	24,8133	19,003	28,8680	29,519	27,4261	27,975
<b>Minimo</b>	2,0	1	1,0	1	1,0	1
<b>Massimo</b>	97,5	75	97,5	99	97,5	99

Tab 13. Descrittive dimensione Self-Directedness

	<b>CO 1</b>	<b>CO 2</b>	<b>CO 3</b>	<b>CO 4</b>	<b>CO 5</b>	<b>CO TOT</b>
<b>Media</b>	29,69	16,00	27,77	27,31	29,04	130,31
<b>Mediana</b>	28,50	16,00	27,50	26,00	28,00	125,00
<b>Deviazione Std.</b>	4,506	3,742	3,637	3,575	4,228	15,006
<b>Errore Std. Curtosi</b>	22	8	20	20	21	97
<b>Minimo</b>	39	24	35	35	37	163
<b>Massimo</b>	29,69	16,00	27,77	27,31	29,04	130,31

Tab 14. Descrittive dimensione Cooperativeness

	<b>ST 1</b>	<b>ST 2</b>	<b>ST 3</b>	<b>ST 4</b>
<b>Media</b>	38,50	46,827	34,54	35,635
<b>Mediana</b>	36,00	40,000	27,00	28,000
<b>Deviazione Std.</b>	24,094	30,0802	27,313	25,4769
<b>Minimo</b>	5	5,0	1	2,5
<b>Massimo</b>	90	97,5	95	90,0

Tab 15. Descrittive dimensione Self-Transcendence

### *Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R)*

Lo strumento al momento non dispone di una standardizzazione per cui i punteggi riportati sono limitati ai punteggi grezzi di ogni scala. Ai fini dell'interpretazione dei

punteggi medi per ogni scala viene indicato il range minimo-massimo dei punteggi ottenibili.

	<b>DURATA</b>	<b>DURATA CICLICA</b>	<b>CONSEG</b>	<b>CONTR PERS</b>	<b>CONT TRATTAM</b>	<b>COER MALAT</b>	<b>RAPPR EMOZ</b>
<b>Media</b>	<b>25,27</b>	<b>14,28</b>	18,04	18,19	<b>17,46</b>	13,81	<b>17,15</b>
<b>Range</b>	6-30	4-20	6-30	6-30	5-25	5-25	5-25
<b>Mediana</b>	25,50	14,00	18,00	18,00	18,00	13,50	16,50
<b>Deviazione std.</b>	3,758	3,889	3,549	4,409	2,533	3,060	4,822
<b>Minimo</b>	16	5	11	7	13	7	9
<b>Massimo</b>	30	20	27	25	21	21	30

Tab 16. Descrittive IPQ-R al T1

	<b>DURATA</b>	<b>DURATA CICLICA</b>	<b>CONSEG</b>	<b>CONTR PERS</b>	<b>CONT TRATTAM</b>	<b>COER MALAT</b>	<b>RAPPR EMOZ</b>
<b>Media</b>	<b>24,35</b>	<b>13,65</b>	17,24	19,06	<b>17,00</b>	13,82	<b>17,41</b>
<b>Mediana</b>	25,00	14,00	18,00	19,00	18,00	14,00	17,00
<b>Dev. Standard</b>	4,703	3,141	4,562	3,051	3,202	3,678	3,658
<b>Minimo</b>	13	8	12	11	10	7	10
<b>Massimo</b>	29	20	32	24	20	19	24

Tab 17. Descrittive IPQ-R al T2

### *Coping Orientation to Problems Experienced (COPE).*

	<b>ATTIVITA'</b>	<b>PIANIFIF</b>	<b>SOPP ATT</b>	<b>CONTENIM</b>	<b>RIC ER INFO</b>	<b>RIC COMPR</b>	<b>SFOGO EMO</b>	<b>REINT POS</b>	<b>ACCET TAZ</b>	<b>RELIGIONE</b>	<b>UMORISMO</b>	<b>NEGAZIONE</b>	<b>DIST COMP</b>	<b>DIST MENT</b>	<b>SOSTANZE</b>
<b>Media</b>	-,318	-,567	-,269	-,281	-,365	<b>-1,180</b>	-,280	-2,88	-,183	-,987	-,131	<b>,826</b>	<b>,990</b>	-,365	-,076
<b>Mediana</b>	,000	-,548	-,372	-,173	-,274	-1,091	-,051	,000	,000	-,207	-,092	,690	1,064	-,314	,000
<b>Dev. Std</b>	1,388	1,462	1,406	1,758	1,067	,988	1,157	1,620	1,281	,980	1,127	1,468	1,063	,866	,259
<b>Minimo</b>	-3,918	-4,000	-2,412	-4,942	-1,847	-3,014	-3,379	-4,672	-2,290	-1,226	-1,306	-1,000	-1,025	-2,000	-,403
<b>Massimo</b>	2,145	1,496	3,000	3,000	2,000	,635	2,000	2,000	2,000	2,575	2,209	3,304	3,000	1,442	,5760

Tab 18. Descrittive COPE al T1



	ATTIVITA'	PLANIFIC	SOPP ATT	CONTENI	RIC INFO	RIC COMP	SFOG EMO	REINT POS	ACCETT	RELIGION	UMOR ISM	NEGAZION	DIST COM	DIST MEN	SOSTANZE
<b>Media</b>	,108	-,531	-,147	,197	-,195	-,779	-,459	-,163	,239	-,265	,260	,831	,749	-,126	-,0056
<b>Mediana</b>	,000	-,472	,000	,000	,000	-,824	-,153	,000	,000	-,374	,000	,964	,165	,000	,000
<b>Dev Std.</b>	1,096	1,361	,994	1,085	,823	1,367	,864	1,332	,723	,972	1,116	1,509	1,521	,705	,468
<b>Minimo</b>	-3,000	-3,000	-2,000	-2,000	-1,847	-3,000	-2,000	-3,000	-1,000	-1,000	-1,306	-1,000	-1,025	-1,322	-,403
<b>Massimo</b>	1,874	1,707	2,000	2,342	1,425	2,000	1,000	1,679	1,511	2,575	2,000	4,473	4,443	1,000	1,612

TAB 19. Descrittive COPE al T2

### Scale for Interpersonal Behavior – Short Form (SIB-R)

	MANIF SENT	ESP LIM	ASS INIZ	ASS POS	ASSERT GENER	MANIF SENT	ESP LIM	ASS INIZIAT	ASS POS	ASS ER GENER
<b>Media</b>	52,54	47,27	52,96	50,92	51,62	43,31	46,46	45,81	46,31	43,88
<b>Mediana</b>	54,00	48,00	50,50	51,00	53,00	41,00	46,00	42,50	43,00	41,50
<b>Dev. Std.</b>	10,92	9,65	13,61	10,80	10,90	10,71	13,82	14,16	13,97	13,76
<b>Minimo</b>	30	33	30	33	29	29	17	21	28	22
<b>Massimo</b>	74	64	82	80	73	77	78	80	79	76

Tab 20. Descrittive SIB-r T1

	MANI SEN	ESPR LIM	ASS INIZ	ASS POS	ASS GEN	MANI SEN	ESPR LIM	ASS INIZ	ASS POS	ASS GEN
<b>Media</b>	53,88	52,71	54,18	50,18	53,71	52,24	47,06	43,53	45,76	46,18
<b>Mediana</b>	49,00	53,00	54,00	50,00	51,00	54,00	45,00	43,00	45,00	41,00
<b>Dev. Std.</b>	14,75	15,19	14,46	9,63	15,32	12,37	13,45	13,68	11,88	14,48
<b>Minimo</b>	36	33	33	37	33	26	19	21	26	25
<b>Massimo</b>	82	80	82	69	80	72	76	71	67	79

Tab 21. Descrittive SIB-r T2

## Obiettivo I

### Correlazioni tra aderenza, variabili clinico-dermatologiche e psicologiche

Non emergono correlazioni statisticamente significative tra l'aderenza alla fototerapia e le variabili cliniche ne con quelle psicologiche. Anche la qualità della vita non è associata.

### Correlazioni tra qualità di vita e variabili clinico-dermatologiche e psicologiche

	CGI Gr T1	TCI NS4	TCI HA4	IPQ CONS	IPQ RAPP EMOZ	COPE SOPP ATT
<b>DLQI T1</b>	-.420*	.457*	.403*	.581**	.690**	-.405*

Tab.22 Correlazioni DLQI (\*<.05; \*\*<.01- 2 code)

## Obiettivo II

### Confronti pre-post trattamento

	Z	p-value	Effect size*	Direzione
<b>PASI</b>	-3.150	<.01	-.62	T2 < T1
<b>CGI gravità</b>	-3,355	<.01	-.65	T2 < T1
<b>DLQI</b>	-2,107	<.05	-.39	T2 > T1
<b>IPQ CONT PER</b>	-2,234	<.05	-.43	T2 < T1

\* L'effect size è stato calcolato secondo la formula:  $r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$  (Rosenthal, 1991).

Tab 23. Risultati test di Wilcoxon per campioni dipendenti

### Confronti tra gruppi su aderenza e qualità di vita

Attraverso il test di Kruskal-Wallis emerge una differenza significativa tra i tre tipi di fototerapia ( $X^2 (GL,2) = 12,126, p < .01$ ) e per indagare quale tra i tre tipi abbia più aderenza sono stati eseguiti dei confronti post-hoc attraverso il test di Mann-Whitney (Barbaranelli & D'Olimpo, 2007) da cui risulta che il trattamento con UVB ha l'aderenza maggiore, sia rispetto al Re-UVB ( $U=9; Z=-3,057, p < .01$ ) sia rispetto alla PUVA  $U=8,50; Z=-2,404; p < .05$ ) mentre tra Re-UVB e PUVA non vi sono differenze statisticamente significative. A questo punto l'ipotesi posta a verifica si focalizzava se il fatto di avere o meno un trattamento farmacologico concomitante influenzasse l'aderenza. A tal fine la variabile tipo di fototerapia è stata dicotomizzata usando come criterio la presenza o meno di assunzione di sostanze per via orale. Ne è risultato che i pazienti che hanno effettuato solo il trattamento fototerapico sono stati più aderenti ( $U=25,50; Z=-.536 p < .05$ ) ed hanno riportato maggior qualità di vita ( $U=31; Z=-2,065, p < .05$ ).

### Obiettivo III

#### Correlazioni tra percezioni di malattia e variabili psicologiche

	DURATA	CONSEG	COER MALAT	RAPPR EMOZ
NS 1	<b>.590**</b>			
NS tot	<b>.475*</b>			
HA1		<b>-.414*</b>		<b>.539**</b>
HA2		<b>.603**</b>	<b>.424*</b>	<b>.528**</b>
HA3	<b>-.495*</b>			
HA4	<b>.403*</b>	<b>.496*</b>		<b>.582**</b>
HA tot				<b>.485*</b>
PS2		<b>-.538**</b>		
PS tot		<b>-.565**</b>		
ST tot		<b>-.400*</b>		
SD3		<b>.415*</b>		
CO3		<b>-.401*</b>		

Tab.24 Correlazioni IPQ-r TCI-r (\*<.05; \*\*<.01- 2 code)

	<b>DURATA</b>	<b>CONSEGUENZE</b>	<b>CONTROLLO PERSONALE</b>
<b>SOPP ATT COMP</b>	<b>-.405*</b>	<b>-.437*</b>	
<b>PIANIFICAZIONE</b>		<b>-.437*</b>	
<b>REINTER POSITIVA</b>		<b>-.525**</b>	
<b>ACCETTAZIONE</b>		<b>-.471*</b>	
<b>CONTENIMENTO</b>	<b>-.401</b>		<b>-.408*</b>
<b>DIST MENTALE</b>			<b>.577*</b>

Tab.25 correlazioni IPQ-r COPE (\*<.05; \*\*<.01- 2 code)

	<b>DURATA</b>	<b>DURATA CIC</b>	<b>CONT TRATT</b>
<b>DIS MAN SENT NEG</b>	<b>-.477*</b>		<b>.423*</b>
<b>FRE MAN SENT NEG</b>			
<b>FRE ESPR LIM PER</b>	<b>.432*</b>		
<b>FRE ASS POS</b>		<b>-.426*</b>	
<b>FRE ASS GEN</b>	<b>.525**</b>	<b>-.480*</b>	

Tab.26 correlazioni IPQ-r SIB-r (\*<.05; \*\*<.01- 2 code)

## Discussione

Le prime considerazioni dei risultati emersi riguardano il campione. L'incidenza della psoriasi è paritaria nei due sessi tuttavia nel campione di questo studio la percentuale di maschi è nettamente superiore. In letteratura, anche se non ci sono studi specifici, è noto come i maschi, specialmente nei centri dove si somministrano terapie sistemiche (quindi sono trattati pazienti con un grado più severo di patologia) superino numericamente le femmine anche con rapporti di 2.5:1. White et al. (2012) propongono che queste differenze siano dovute al fatto che fattori scatenanti e di mantenimento, o comunque associati, alla psoriasi come malattie cardiovascolari e maggior consumo di alcool e tabacco siano maggiori tra i maschi e che quindi questi ultimi abbiano un grado di severità maggiore e di conseguenza frequentino maggiormente i centri dove si erogano terapie più energiche. La questione rimane aperta. Un altro dato di particolare interesse riguarda l'elevato numero di drop-out osservato, dato che sembrerebbe presente anche in altri studi (Fortune, et al., 2001; 1997a), senza che però ne venga data una spiegazione, la quale potrebbe essere ricercata in una percezione di inutilità di rispondere a dei questionari rispetto alla cura della psoriasi, in una mancanza di motivazione o essere parte di una più generale strategia di evitamento e negazione della malattia. nel nostro studio la causa più probabile sembra essere una mancanza di aderenza ai regimi terapeutici dal momento che la maggior parte delle persone che hanno abbandonato lo studio non hanno iniziato la fototerapia.

A livello descrittivo si nota come il campione abbia un'età media abbastanza e una cronicità elevata in quanto la durata di malattia supera i 22 anni.

Il livello di gravità misurato attraverso il PASI è lieve in entrambi i tempi. Mentre per quanto riguarda la CGI si nota come i clinici riconoscano un netto miglioramento del quadro clinico.

Per quanto riguarda l'aderenza alla fototerapia i risultati sembrerebbero confermare la scarsa aderenza ai trattamenti riportata in letteratura, dal momento che quasi due pazienti su tre non aderiscono perfettamente alla terapia, il fatto che però la maggior parte dei pazienti non aderenti salti solo una seduta su dodici sembra non inficiare l'outcome di efficacia della fototerapia che comunque è significativo.

Interessante è il dato osservato di un peggioramento della qualità di vita percepita dopo il trattamento ovvero in un periodo in cui la patologia dovrebbe essere in remissione, e in effetti il nostro campione mostra un effettivo miglioramento sia dai risultati, più oggettivi, del PASI sia dal giudizio del clinico misurato attraverso la CGI. una possibile spiegazione verrà fornito nella discussione del II° obiettivo.

Lo scopo principale di questo studio era quello di indagare l'eventuale ruolo che le caratteristiche stabili di personalità potrebbero avere nel decorso e gestione della psoriasi in riferimento a due importanti variabili quali l'aderenza ai regimi terapeutici e la qualità di vita percepita dai pazienti.

Dai risultati non sembrerebbe emergere un profilo di personalità tipico che caratterizzerebbe i pazienti psoriasici anche se il campione presenta tratti marcati di ordine, metodicità, bassa apertura all'esperienza e di distacco. Questi risultati sembrerebbero confermare in parte studi precedenti in cui non risultavano differenze in termini di temperamento e carattere tra soggetti con psoriasi e soggetti sani (Doruk et al., 2009; Guler et al., 2007).

Si nota come i pazienti, percepiscano la propria malattia come cronica, con un decorso ciclico, come abbiano convinzioni mediamente radicate di poter esercitare un controllo sulla terapia seguita e di poter eventualmente influire su di essa e una prevalenza di rappresentazioni emozionali negative sviluppate in seguito e a riguardo la propria malattia.

Le strategie di coping più utilizzate sono di evitamento. Questi pazienti tendono a negare le situazioni problematiche e a distaccarsene a livello comportamentale, in aggiunta, di fronte a distress non cercherebbero comprensione e sostegno sociale.

### **Obiettivo I**

L'aderenza tuttavia non sembrerebbe essere associata a caratteristiche di tipo psicologico e di personalità (ma su quest'ultimo aspetto potrebbe incidere la ridotta numerosità campionaria), né di tipo demografico o clinico.

Il benessere percepito dal paziente è correlato positivamente con il giudizio di gravità che fornisce il medico al momento della prima visita. Le persone che si definiscono più metodiche ed energiche riportano livelli maggiori di qualità di vita. I pazienti che

riportano livelli più alti di qualità di vita hanno la percezione di minori conseguenze a breve e lungo termine sia fisiche sia sociali della malattia e riportano una bassa prevalenza di emozioni negative sviluppate in risposta alla patologia e che i pazienti che si focalizzano sul problema e sospendono eventuali altre azioni per fronteggiare le situazioni stressanti riportano livelli di qualità di vita più elevati. Questi risultati sono in linea con la letteratura attualmente disponibile.

D'altro canto si nota anche che variabili di personalità, di percezioni di malattia e strategie di coping che correlano con la qualità di vita nel pre-trattamento, perdono le loro associazioni nel post trattamento. Questo controverso dato potrebbe essere dovuto o all'effetto del peggioramento della qualità di vita, o dalla presenza o meno di una fase attiva di malattia, oppure essere un artificio statistico dovuto alla ridotta numerosità campionaria. Il dato merita senza dubbio un approfondimento soprattutto allargando il campione per poter usare test statistici più potenti e sofisticati.

Non emergono associazioni statisticamente significative tra competenza sociale e aderenza ai trattamenti. Parimenti non sembrano esserci correlazione con la qualità di vita

## **Obiettivo II**

Dai confronti pre-post trattamento emerge l'ampia efficacia dei trattamenti fototerapici per la psoriasi mentre si assiste ad un decadimento della qualità di vita nel post – trattamento unita ad una minor percezione di controllo personale della patologia e dei suoi sintomi.

La letteratura è carente di studi con disegno longitudinale che potrebbero aiutare a spiegare questo fenomeno. Il peggioramento potrebbe avere semplicemente una natura reattiva, data dalla stanchezza di aver sostenuto un altro trattamento che, vista anche la lunga durata di malattia mostrata dal campione, è probabile che sia solo l'ultimo di tanti cicli effettuati. Una spiegazione alternativa potrebbe risiedere in una presa di consapevolezza della malattia nel senso che il campione mostra una tendenza, ad utilizzare strategie di coping centrate sull'evitamento per cui il fatto stesso di recarsi presso il centro PUVA per i trattamenti potrebbe creare disagio.

Dai confronti emerge anche che le caratteristiche psicologiche non differiscono significativamente nei due tempi.

L'aderenza ai trattamenti e la qualità di vita non sembrano essere influenzate dal genere o dalla gravità di malattia, mentre risultati significativi per entrambe le variabili si hanno quando prendiamo in considerazione l'eventuale associazione con farmacoterapia orale.

Il fatto di assumere anche una sostanza per via orale sembra che incida negativamente sull'aderenza alla fototerapia. Non è chiaro se questo dipenda dal fatto che effettuando, in pratica, due trattamenti la singola seduta di trattamento assuma, agli occhi del paziente un'importanza minore, oppure aumenti una percezione di maggior controllo della patologia o del trattamento tale per cui il paziente si sente più rassicurato e quindi, nuovamente, da un'attribuzione di minore importanza alle sedute, da un miglioramento più veloce del quadro clinico che porterebbe i pazienti a saltare delle sedute di fototerapia o al contrario da una percezione di ineluttabilità della condizione con conseguente negazione della patologia (e quindi della cura) e l'instaurarsi di una condizione di helplessness. Il fatto che ad una terapia combinata fototerapia-farmacoterapia sia associata anche una minore qualità di vita farebbe propendere per quest'ultima ipotesi. Inoltre un altro fattore che potrebbe intervenire, anche se non è stato oggetto di studio nella nostra ricerca, è la relazione medico-paziente in quanto se la prescrizione non viene spiegata e concordata col paziente, oppure se la scelta di un farmaco (o di un tipo di fototerapia rispetto ad altro) rispetto ad un altro viene presa dal medico in base a criteri sconosciuti al paziente o che il clinico dà per scontati potrebbe portare a non seguire in maniera corretta la terapia stessa.

### **Obiettivo III**

Correlando le percezioni di malattia emerge che i pazienti che sono più esplorativi, irritabili e impulsivi, più audaci e individualisti percepiscono maggiormente la loro patologia come cronica inoltre non concentrano i loro comportamenti per affrontare i problemi e non trattengono dall'agire impulsivamente di fronte a situazione problematiche. Queste persone agiscono assertivamente soprattutto per quanto riguarda la manifestazione dei loro sentimenti negativi ed esprimono i loro limiti personali.



Le persone che si comportano con meno frequenza in maniera assertiva, soprattutto per quel che riguarda il sentirsi in imbarazzo nell'esprimere sentimenti positivi, il fare fatica nell'esprimere affetto o gradimento, il provare imbarazzo a relazionarsi con persone per loro attraenti percepiscono la propria patologia come tendente a ricadute, avente cioè un andamento ciclico.

I pazienti che tendono ad essere cauti, timorosi, passivi ed insicuri di loro stessi e che si percepiscono come dotati di minori energie paragonandosi agli altri, che sono meno persistenti e meno inclini ad impegnarsi, aventi più risorse personali, che sono maggiormente autocentrati sui loro bisogni, impazienti e materialisti percepiscono di avere più conseguenze gravi, a livello fisico, psicologico e sociale a causa della malattia.

Inoltre i pazienti con una percezione di conseguenze di maggiore gravità tendono a riflettere, a progettare e pianificare meno per trovare strategie di risoluzione dei problemi, non concentrano i loro comportamenti per affrontare i problemi e non trattengono dall'agire impulsivamente di fronte a situazione problematiche, non elaborano l'esperienza negativa in termini più positivi e/o di crescita personale e non accettano la situazione problematica o la loro incapacità di fronteggiarla.

Le persone che percepiscono un elevato controllo personale sulla propria malattia e hanno la percezione di poter esercitare un'influenza positiva sul decorso non riescono a trattenersi dall'agire impulsivamente nell'affrontare le situazioni problematiche e vi reagiscono distaccandosi mentalmente dalla situazione stressante attraverso ad esempio la distrazione o l'impegno in attività passive e ripetitive.

coloro i quali percepiscono di poter esercitare un elevato controllo sul trattamento della propria patologia riferisce di provare disagio nell'esprimere i propri sentimenti negativi come fastidio, rabbia, vi è un'incapacità di rifiutare richieste e di far valere i propri diritti.

Le persone che si mostrano insicure, poco tolleranti l'incertezza mostrano una percezione di maggiore comprensione della propria malattia.

Infine, i pazienti che tendono ad essere cauti, timorosi, passivi ed insicuri di loro stessi e che si percepiscono come dotati di minori energie paragonandosi agli altri riportano una prevalenza di emozioni negative sviluppate in risposta alla malattia.

Pur non emergendo, da questo studio, un profilo di personalità “psoriasico” sono da sottolineare interessanti associazioni tra le dimensioni, soprattutto temperamentali, del TCI-r e le percezioni di malattia con particolare riferimento alle conseguenze e alle rappresentazioni emozionali. Infatti queste due scale sono correlate ad alcuni aspetti della dimensione Harm Avoidance che essendo, almeno in linea teorica, presente fin dalla nascita si può considerare predittrice di costrutti come le rappresentazioni di malattia. Le rappresentazioni a loro volta generano dei comportamenti di coping che, secondo la SRT, medierebbero tra la rappresentazione stessa e l’outcome. Inoltre l’efficacia del coping messo in atto sarebbe valutata dal soggetto che con queste informazioni manterebbe/modificherebbe la rappresentazione stessa e produrrebbe una risposta emotiva. In altre parole, l’Harm Avoidance potrebbe essere una predittrice delle rappresentazioni emozionali, che con la mediazione del coping possono influenzare la percezione di benessere delle persone con psoriasi.

Le correlazioni tra le percezioni di malattia, che dalla letteratura e in parte anche da questo studio sembrerebbero essere le caratteristiche psicologiche più coinvolte nel decorso e nella gestione della psoriasi, e le altre variabili di tipo cognitivo farebbero emergere delle associazioni importanti con dimensioni temperamentali come “Ricerca di Sensazioni” ed “Evitamento del Danno” che in letteratura sono segnalate come caratterizzanti il soggetto psoriasico (Kilic, et al., 2008) mentre l’associazione con le strategie di coping non risulterebbe così netto come ipotizzato dalla Self-Regulation Theory (Leventhal, et al., 1980).

Ulteriori studi con analisi di regressione sono auspicabili per stabilire se queste variabili siano predittrici dell’outcome in termini di aderenza e qualità di vita. Prove di come il coping non sia un fattore di mediazione tra percezione di malattia e outcome in termini di funzionamento sono presenti in letteratura (Fortune, et al., 2002; Scharloo et al. 1998). Se questo fosse confermato, il ruolo del distress come fattore scatenante, o comunque associato alla recrudescenza della malattia, verrebbe ridimensionato.

Sarebbe auspicabile che gli sviluppi futuri della ricerca si volgessero anche alla progettazione di studi con disegno longitudinale che facciano luce se e come le caratteristiche psicologiche cambino nel corso del tempo. Inoltre, soprattutto per quanto riguarda il filone di ricerca sull’aderenza, al momento mancano strumenti di

misura sufficientemente validi ed affidabili e continua ad esserci una certa confusione sul costrutto.

Poca attenzione, fino a questo momento, è stata dedicata all'indagine del ruolo che gli aspetti culturali potrebbero avere sia sull'aderenza sia sulla qualità di vita. Infatti è plausibile ipotizzare che, mentre le caratteristiche temperamentali sono sostanzialmente universali, costrutti come le rappresentazioni di malattia e in parte le strategie di coping possano essere modulati dalla cultura di riferimento del soggetto.

Questo studio ha degli evidenti limiti. Principalmente la ridotta numerosità campionaria che non permette l'utilizzo di analisi statistiche più elaborate e la forte disparità di genere che non permette un'ampia generalizzabilità dei risultati. La quale è ulteriormente limitata dalla scelta di studiare solo soggetti con prescrizione di fototerapia.

Da tempo esiste una vasta letteratura che dimostra come i fattori psico-sociali siano importanti nel trattare alcuni disturbi dermatologici in particolare modo la psoriasi. Il ruolo che lo psicologo potrebbe avere – attuando in questo modo un'effettiva presa in carico globale del paziente – potrebbe svolgersi nell'aiutare il soggetto a riconoscere eventuali cognizioni distorte, percezioni rigide di malattia e strategie di coping disadattive, nonché aiutarlo a fronteggiare le emozioni negative attraverso interventi che spaziano dalla psico-educazione alla vera e propria psicoterapia. Inoltre potrebbe affiancare il medico aiutandolo a curare quegli aspetti comunicativi indispensabili per creare una buona relazione medico-paziente indispensabile per creare una alleanza terapeutica funzionale.

## Bibliografia

- Ak, M., Bikem, H., Turan, Y., Lapsekili, N., Doruk, A., Bozkurt, A., Akar, A. (2001). Temperament and character properties of male psoriasis patients. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 774-781.
- Altobelli, E., Marziliano, C., Fagnoli, M.C. et al. (2012). Current psoriasis treatments in an Italian population and their association with sociodemographical and clinical features. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 26, 976–82.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- Antoni, M.H. & Goodkin, K. (1988). Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia. I. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 327-338.
- Archives of Dermatology*, 137, 280-284
- Argyle, M. (1969). *Social interaction*. London: Methuen
- Argyle, M. (1972). *The psychology of interpersonal behavior*. Harmondsworth, UK: Penguin Books.
- Arrindell, W.A., Nota, L., Sanavio, E., Sica, C., & Soresi, S. (2004). *SIB. Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Trento, Edizioni Erickson.
- Arrindell, W.A., Sanavio, & E., Sica, C. (2002). Introducing a short form version of the Scale for Interpersonal Behavior (s-SIB) for use in Italy. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 3-18.
- Ashcroft, D.M., Li Wan Po1, A., & Griffiths, C.E.M. (2000). Therapeutic strategies for psoriasis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 25, 1-10.
- Atala, K.D., & Carter, B.D. (1993). Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 117-130.
- Atkinson, M.J., Sinha, A., Hass, S.L. et al. (2004). Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. *Health Quality of Life Outcomes*, 2, 12.
- Attah Johnson F.Y., & Mostaghimi, H. (1995). Comorbidity between dermatologic disease and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *International Journal of Dermatology*. 34, 244-248.
- Bahmer, J.A., Kuhl, J., & Bahmer, F.A. (2007). How do personality system interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria?. *Acta dermatologica et Venereologica*, 87, 317-324.

- Baranzoni, N., Scaloni, L., Mantovani, L.G., De Portu, S., Monzini, M.S., & Giannetti, A. (2007). Validation of the Italian version of the Dermatology Life Quality Index. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia*, 142, 209-214.
- Barbaranelli, C., & D'Olimpo, F. (2007). *Analisi dei dati con SPSS. Le analisi di base*. Milano, LED, Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
- Beasley, M., Thompson, & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
- Bhatia, M.S. Gautan, R.K., & Bedi, G.K. (1996). Psychiatric profile of patients with neurodermatitis. *Journal of Indian Medical Association*. 94, 445-446.
- Bhosle, M.J., Feldman, S.R., & Camacho, F.T. (2006). Medication adherence and health care costs associated with biologics in Medicaid-enrolled patients with psoriasis. *Journal of Dermatology Treatment*, 17, 294–301.
- Bishop, G.D. and Converse, S.A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5, 95–114.
- Blaney, N.T., Morgan, R.O., Feaster, D., Millon, C., Szapocznik, J.E., & Eisdorfer, C. (1991). Cynical hostility: A risk factor in HIV-1 infection? *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 668-695.
- Brown, K.K., Rehmus, W.E., & Kimball, B. (2006). Determining the relative importance of patient motivations for nonadherence to topical corticosteroid therapy in psoriasis. *Journal of the American Acedemy of Dermatology*. 55, 607-613.
- Buske Kirschbaum, A., Ebrecht, M., Kern, S., et al. (2004). Personality characteristics and their association with biological stress responses in patients with atopic dermatitis. *Dermatology Psychosomatic*, 5, 12-16
- Buske Kirschbaum, A., Geiben, A., & Hellhammer, D. (2001). Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychoterapy Psychosomatic*, 70, 6-16.
- Capoore, H.S., Rowland Payne, C.M., & Goldin, D. (1998). Does psychological intervention help chronic skin conditions? *Postgraduate Medicine Journal*. 74, 662-664.
- Caprara, G.V. & Cervone, D. (2003). *Personalità. Determinanti, dinamiche e potenzialità*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Carroll, C.L., Feldman, S.R., Camacho, F.T., & Balkrishnan, R. (2004). Better medication adherence results in greater improvement in severity of psoriasis. *British Journal of Dermatology*; 151, 895–897.

- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1982). «Control theory»: A useful conceptual framework for personality – social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92,111-135.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational Coping and Coping Disposition in a Stressful Translation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66,184-195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chadsey-Rusch, J. (1992). toward defining and measuring social skills in employment setting. *American Journal of Mental Retardation*, 96, 405-418.
- Chan, S.A., Hussain, F., Lawson, L.G., & Ormerod, A.D. (2011). Factors affecting adherence to treatment of psoriasis: comparing biologic therapy to other modalities. *Journal of Dermatology Treatment*, Epub ahead of print [DOI:10.3109/09546634.2011.607425]
- Choi, J., & Koo, J.Y. (2003). Quality of life issues in psoriasis. *Journal of American Academy Dermatology*, 49(Suppl), S57-61.
- Cloninger C.R. (1999) *The Temperament and Character Inventory—Revised*. St Louis (Mo): Center for Psychobiology of Personality, Washington University.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variables: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44: 573-588.
- Colombo, L., & De Simone, C. (2013). Aderenza e trattamento della psoriasi: considerazioni farmaco-economiche. *ClinicoEconomics - Italian Articles on Outcomes Research*,8,1-12 .
- Connor-Smith, J.K., & Compas, B.E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.
- Conti, L. (2000). *Repertorio delle scale di valutazione in Psichiatria*. Firenze, SEE.
- Costa, P.T., Somerfeld M.R., & McCrae R.R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. In M. Zeidner, N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). Oxford, England: Wiley and sons.
- Déttore, D., Branconi, R. (1994). Dalla “leadership situazionale” alla “assertività situazionale”. In A. Galeazzi, *Personalità e competenza sociale*. Pordenone: ERIP
- Diefenbach, M.A. and Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5, 11–38.
- Doruk, A., Tunca, M., Koc, E., Erdem, M., Uzum, O., (2009). Alexythimia, anger-anger management style and temperament-character profiles in males with alopecia areata and psoriasis. *Journal of Medical Sciences*, 29, 1503-1509.

- Eckenrode, J. (1991). *The social context of coping*. New York: Plenum.
- Endler, N.S. (1997). Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Canadian Psychology*, 38, 136-153.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and measurement. In L.G. van Heck, P. Bonaiuto, I.J. Deary, W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe*. Vol. 4 (pp. 309-319). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Evers, A.W., Kleinpenning, M.M., Smits, T. et al. (2010). Treatment nonadherence and long-term effects of narrowband UV-B therapy in patients with psoriasis. *Archives of Dermatology* 146, 198–199.
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., van Lankveld, et al. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic disease. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 69, 1026-1036.
- Evers, A.W., Kraaimaat, F.W., van Riel, P.L., et al (2001). Cognitive, behavioral and physiological reactivity to pain as a predictor of long-term pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 93, 139-146.
- Evers, A.W.M., Duller, P., van de Kerhof, P.C.M., et al. (2008). The impact of chronic skin disease on daily life (ISDL): a generic and dermatology-specific health instrument. *British Journal of Dermatology*. 158, 101-108.
- Feldman, S.R., Camacho, F.T., Krejci-Manwaring, J. et al.(2007). Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *Journal of American Academy of Dermatology*, 57, 81–83.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Finlay, A.Y., & Coles, E.C. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132, 236-244.
- Finlay, A.Y., & Khan, G.K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical Experimental Dermatology*, 19, 210-6.
- Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G et al., for the PSYCHAE Study Group. (2007). Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 1161–1169.
- Fjellner, B., Lindelof, B, Wahlgren, C.F., et al. (1989). Influence of Grenz rays and psychological factors on experimental pruritus induced by histamine and compound 48/80. *Archives of Dermatology Research*, 281, 111-115.

- Fodor, I.G. (1992). *adolescent assertiveness and social skill training: A clinical handbook*. New York: Springer.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 740-745.
- Fortune, D.G., Main, C.J., O'Sullivan, T.M., & Griffiths, C.E.M. (1997a). quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *British Journal of Dermatology*, 137, 755-760.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.M.E., & Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157-174
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., & Griffiths, C.M.E. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of American Academy of Dermatology*, 39, 196-201.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., & Griffiths, C.M.E. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71-82.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., & Griffiths, C.M.E. (2002). Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clinical Experimental Dermatology*, 27, 177-184.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Main, C.J., Kirby, B., Bowcock, S., & Griffiths, C.E.M. (2001). A cognitive-behavioral symptom management programme for psoriasis as an adjunct in psoriasis therapy. *British Journal of Dermatology*
- Frank, J.D. (1974). Therapeutic components of psychotherapy: A 25 years-progress report of research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 325-342.
- Fredriksson, T., & Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis – Oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 157, 238–244.
- Galeazzi, A. & Franceschina, E. (2001). *L'indagine della personalità. Un'introduzione*. Padova, UPSEL Domeneghini Editore.
- Gattu S, Rashid, R.M., & Wu, J.J. (2009). 308-nm excimer laser in psoriasis vulgaris, scalp psoriasis and palmoplantar psoriasis. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. 23, 36-41.
- Giardini, A., Majani, J., Pierobon, A., Gremigni, P., & Catapano, I. (2007). Contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29, N.1 suppl A, psicologia, A64-A74.



- Ginsburg, I.H. (1996). The psychosocial impact of skin disease: an overview. *Dermatology Clinic*, 14, 473-484.
- Ginsburg, I.H., (1995). Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Dermatology Clinics*, 13,793-804.
- Gokdemir, G., Ari, S., Kos., Lu, A. (2008). Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*; 22, 330–335.
- Gowda, S., Goldblum, O.M., McCall, W.V., & Feldman, S.R., (2010). Factors affecting sleep quality in patients with psoriasis. *Journal of American Academy of Dermatology*, 63, 114-123.
- Griffiths C.E. & Barker, J.N. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, 370, 263-271.
- Griffiths, C.E., & Richards, H.L. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical Experimental Dermatology*, 26, 338–342.
- Griffiths, C.E., Christofers, E., Barker, J.N., Chalmers, R.J.G., Chimenti, S., Kreuger, G.G., et al., (2007). A Classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *British Journal of Dermatology*, 156, 258-262.
- Grissett, N.J. & Norvell, N.K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,60, 2, 293-299.
- Gudjonsson, J.E., & Edler, J.T. (2007). Psoriasis: Epidemiology. *Clinics Dermatology*, 25, 535-546.
- Guler, O., emul, M., Ozbulut, O., Gecic, O., Kulac. M., & Karaca, S. (2007). A temperament and character profile in patients with psoriasis, vitiligo and neurodermatitis. *Archives of Neuropsychiatry*, 44, 139-144.
- Gupta, M.A. Gupta, A.K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 139, 846-850.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., & Haberman, H.F. (1987). Psoriasis and Psychiatry: an update. *General Hospital Psychiatry*, 9, 166.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., Schork, N.J., et al. (1994). Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosomatic Medicine*, 56, 36-40.
- Gupta, M.A., Gupta. A.K., Kirkby, S., et al. (1988). Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Archieves of Dermatology*,124, 1052-1057.

- Guy, W. (Ed.), (1976) . Clinical Global Impressions. In: ECDEU *Assessment Manual for Psychopharmacology, revised*. National Institute of Mental Health, Rockville, MD.
- Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sens model of illness representations. *Psychology and Health, 18*, 141–184.
- Hancox, J.G., Sheridan, S.C., Feldman, S.R., & Fleischer, A.B. Jr. (2004). Seasonal variation of dermatologic disease in the USA: a study of office visit from 1990 to 1998. *International Journal of Dermatology, 43*, 6-11.
- Hatchett, G.T., & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology and counseling outcome. *Personality and Individual Differences, 36*, 1755-1769.
- Heijmans, M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: Importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research, 45*, 39–51.
- Heijmans, M. and de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 485–503.
- Hensler, T, & Christophers, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of American Academy of Dermatology, 13*, 450-456.
- Humphreys F., & Humphreys, M.S. (1998). Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. *British Journal of Dermatology, 139*, 679-681.
- Husted, J.A., Gladman, D.D., Farewell, V.T., & Cook, R.J. (2001). Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatoid, 45*, 151-158.
- Ingram, J.T. (1933). The personality of the skin. *Lancet*, 1, 889.
- Italia: Ministero della Sanità (2001). ICD-10: *classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlate. 10° revisione*. Roma, Istituto poligrafico e zecca dello Stato.
- Jafferany, M. (2007). Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prime Care Companion Journal of Clinical Psychiatry, 9*, 203-213.
- Janowski, K., & Steuden, S. (2008). Severity of psoriasis and Health-related quality of life: the moderating effects of temperament. *British Journal of Dermatology, 158*, 624-657.
- Jowett, S. & Ryan, T. (1985). Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin condition. *Social Sciences and Medicine, 20*, 425-429.
- Jullien, D. & Baker, J.N. (2006). Genetics in Psoriasis. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology. 20 supplement s2*, 42-51.

- Kemp, S., Morley, S. and Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy: do illness representations play a role? *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 43–58.
- Kepecs, J.G., Rabin, A., & Robin, M. (1951). Atopic Dermatitis. A Clinical Psychiatric Study. *Problems of Mental Deficiency*, 12, 1-9.
- Kiebert G., Sorensen, S.V., Revicki, D., Fagan, F.C., Doyle, J.J., Cohen, J., et al., (2002) Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *International Journal of Dermatology*; 41, 151-8.
- Kilic, A., Gulec, M.Y., Gul, U., Gulec H. (2008). Temperament and Character Profile of patients with psoriasis. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 23, 537-542.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Koblentz, C.S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. *Archives of Dermatology*, 119, 501-512.
- Koo, J.Y.M. & Lee, C.S. (2003). General approach to evaluating psychodermatological disorders. In Koo, J.Y.M. & Lee, C.S. *Psychocutaneous Medicine*. New York, NY: Marcel Dekker, 1-29.
- Koo, J.Y.M., & Lebwohl, A. (2001). Psychodermatology: the mind and skin connection. *American Family Physician*, 64, 1873-1878.
- Krueger G., Koo J., & Lebwohl M., (2001). The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey.
- Kulkarni, A.S., Balkrishnan, R., Camacho, F.T. et al. (2004). Medication and health care service utilization related to depressive symptoms in older adults with psoriasis. *Journal of Drugs Dermatology*, 3, 661–6.
- Laihinen, A. (1987). Psychosomatic aspects in dermatoses. *Annals of Clinical Researches*, 19, 147-149.
- Lau, R.R. and Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167–185.
- Lazarus, R.S. (1996). *Psychological stress and coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lebwohl, M.G. (2005). Advances in Psoriasis. *Archives of Dermatology*. 141, 1589-1590.
- Lecha, M., Mirada, A., Lopez, S., & Artes, M. (2005). Tacalcitol in the treatment of psoriasis vulgaris: the Spanish experience. *Journal of European Academy Dermatology and Venereology*, 19, 414–417.
- Lerda, S. & Angelini, G. (2004). Psychosomatic condition in atopic dermatitis. *Dermatology psychosomatic*, 5, 5-15.

- Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychoogy and Health, 9*, 409-424.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.) *Contributions to medical psychology (vol.2)*. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. and Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In: Baum, A., Taylor, S.E. and Singer, J.E. (Eds.), *Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health*, Vol. 4. pp. 219–252. Earlbaum, Hillsdale, NJ.
- Linz, D., Penrod, S. and Leventhal, H. (1982). Cognitive organisation of disease among laypersons. Paper presented at the 20th International Congress of Applied Psychology, Edinburgh, Scotland.
- Liosaa, T.M., Mork., c., Stubhaug, A., Moum, t., & Wahl, A.K. (2012). Skin pain and skin discomfort is associated with quality of life in patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 26*, 29-35.
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences, 41*, 273-284.
- Ljosaa, T.M., Rustoen, T., & Mork, C., (2010). Skin pain and discomfort in psoriasis: an exploratory study of symptom prevalence and characteristics. *Acta Dermatologica et Venereologica, 90*, 39-45.
- Locala, J.A. (2009). Current concepts in Psychodermatology. *Current Psychiatry Reports. 11*, 211-218.
- Lynde, C.W., Gupta, A.K., Guenther, L. et al. (2012). A randomized study comparing the combination of nbUVB and etanercept to etanercept monotherapy in patients with psoriasis who do not exhibit an excellent response after 12 weeks of etanercept. *Journal of Dermatology Treatment, 23*, 261–267.
- Lyne, K., & Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the Cope questionnaire. *Personality and Individual Differences, 29*, 321-335.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life event: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1046-1053.
- Martinotti, G., Mandelli, L., Di Nicola, M. Serretti, A., Fossati, A., Borroni, S., et al., (2008). Psychometric characteristic of the Italian version of the Temperament and Character

- Inventory—Revised, personality, psychopathology, and attachment styles. *Comprehensive Psychiatry* 49, 514–522.
- Mc Crae, R.R., & Costa, P.T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 384-405.
- McKenna, K.E., & Stern, R.S. (1997). The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of American Academy of Dermatology*, 36, 388-394.
- Mease, P.J., & Menter, M.A. (2006). Quality of life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *Journal of American Academy of Dermatology*, 54, 685-704.
- Menter, A., (2008). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of American Academy of Dermatology*, 58, 826-850.
- Mercan, S., Kivanc Altunay, I. (2006). Psychodermatology: a collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17, 1-9.
- Meyer, D., Leventhal, H. and Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115–135.
- Michel, F.B. (1994). Psychology of the allergic patient. *Allergy*, 49, 28-30.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping: An Anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. and Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15–25.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. and Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.
- Nguyen, T., Gattu, S., Pugashetti, & R. Koo, J. (2009). Practice of Phototherapy in the Treatment of Moderate-to-Severe Psoriasis. *Current Problems in Dermatology*. 38, 59-78.
- O’Leary, C.J., Creamer, D., & Higgins, E. (2004). Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research* 57, 465–471
- Panconesi, A. & Hautmann, G. (1996). Psychophysiology of stress in dermatology. The psychobiological pattern of psychosomatics. *Dermatology Clinic*, 14, 399-421.
- Pervin, L. A., & John, O.P. (2003). *La scienza della personalità*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

- Ramsey, C.A., Schawartz, B.E., & Lowson, D. (2000). Calcipotriol Cream Combined with Twice Weekly Broad-Band UVB Phototherapy: A Safe, Effective and UVB-Sparing Antipsoriatic Combination Treatment. *Dermatology*, *200*, 17-24.
- Rapp, S.R., Cottrell, C.A. & Learly, M.R. (2001). Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, *145*, 610-616.
- Rapp, S.R., Feldman, S.R., Exum, Ml., (1999). Psoriasis causes as much disability as other major medical disease. *Journal of American Academy of Dermatology*, *41*, 401-407.
- Ratnoff, O.D. (1989). Psychogenic Purpura (autocrythrocyte sensitization): an unsolved dilemma. *American Journal of Medicine*, *87*, 16N-21N.
- Renzi, C., Picardi, A., & Abeni, D. (2002). Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Archives of Dermatology* , *138*, 337–342.
- Ribera, M., Dauden, E., Puig, L. et al. (2011). Design and validation of a questionnaire to measure treatment satisfaction in patients with moderate-to-severe psoriasis: the NEODERMA study. *Actas Dermosifiliogr*, *102*, 28–38.
- Richards, H.L., Fortune, D.G., & Griffiths, C.E. (2006). Adherence to treatment in patients with psoriasis. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. *20*, 370-379.
- Richards, H.L., Fortune. D.G., & O’Sullivan ,T.M. (1999). Patients with psoriasis and their compliance with medication. *Journal of American Academy of Dermatology*, *41*, 581–583.
- Rosenthal, R. (1991). Effect sizes: Pearson’s correlation, its display via the BESD and alternative indices. *American Psychologist*, *46*, 1086-1087.
- Savin, J.A., Cotterill, J.A. (1992). Psychocutaneous disorders. In Champion, R.H., Burton, J.L., & Ebling, F.J.G. *Textbook of Dermatology*. Oxford. Blackwell Scientific Publications, 2479-2496.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J ., Bergman, W., Vermeer, B.J. & Rooijmans, H.G.M. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *British Journal of Dermatology*. *142*, 899-907.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J ., Hazes, J.M., Willems, L.N.A., Bergman, W., & Rooijmans, H.G.M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*,(5) 573-585.
- Scheich, G., Florin, I., Rudolph, R., et al.. (1993). Personality characteristics and serum IgE level in patients with atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research*, *37*, 637-642.
- Schon, M.P. W.H. (2005). Psoriasis, *The New England Journal of Medicine*, *352*, 1899-1912.

- Sica, C., Magni, C., Ghisi, M., Altoè, G., Sighinolfi, C., Chiri, L.R. et al., (2008). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14, 27-53.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997a). Coping Orientations to Problems Experienced: traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., & Sanavio, E. (1997a). Coping Orientations to Problems Experienced: traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Soderstrom, M., Dolbier, K., Leiferman, J., & Steinhardt, M., (2000). The relationship of hardiness, coping strategies and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 311-328.
- Sperber, J., Shaw, J., & Bruce, S. (1989). Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychotherapy Psychosomatic*, 51, 135-141.
- Stanton, A.L., & Snider, P.R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 16-23.
- Storm, A., Andersen, S.E., Benfeldt, E., Serup, J. (2008). One in three prescriptions are never redeemed: primary nonadherence in an outpatient clinic. *Journal of American Academy of Dermatology*, 59, 27-33.
- Strelau, J. (2001). The role of temperament as a moderator of stress. In *Temperament in context*, Wachs, T.D., Kohnstamm, G.A., (eds). Mahawah, N.J. Erlbaum, 153-172.
- Thorneloe, R.J., Bundy, C., Griffiths, C.E.M., Ashcroft, D.M., & Cordingley, L. (2013). Adherence to medication in patients with psoriasis: a systematic literature review. *British Journal of Dermatology*, 168, 20-31.
- van de Kerkhof, P.C.M., de Hoop, D., de Korte, J. et al. (2000). Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands. *Dermatology*, 200, 292-298.
- Wahl, A., Hanestad, B.R., Wiklund, I. & Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of Life Research* 8, 427-433.
- Weiman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology and Health*, 17, 431-45.

- Whal, A., Robinson, H.I., Langeland, E., Larsen, M.H. Krogstad, A., & Moum, T. (2013). Clinical characteristics associated with illness perception in psoriasis. *Acta Dermatologica et Venereologica*, 93
- White, A. Horne, D.J., & Varigos, G.A. (1990). Psychological profile of the atopic eczema patient. *Australian Journal of Dermatology*, 31, 13-16.
- White, D, O'Shea, S.J., Rogers., S. (2012). Do men have more severe psoriasis than women? *Journal of European Academy of Dermatology*, 26, 122-130.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Standford, CA: Standford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.
- Woolf, R.T., West, S.L., Arenas-Hernandez, M. et al. (2012). Methotrexate polyglutamates as a marker of patient compliance and clinical response in psoriasis: a single-centre prospective study. *British Journal of Dermatology*, 167, 165–173.
- Yamauchi, P.S., Rizk, D., & Lowe, J.L. (2004). Retinoid therapy for psoriasis. *Dermatologic Clinics*, 22, 467-476.
- Yosipovitch, G., Goon, A., Wee., J, Chan, Y.H. & Goh, G.L. (2000). The prevalence and clinical characteristic of pruritus among patients with extensive psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 143, 969-973.
- Zachariae, R., Zachariae, C.O., Lei, U., & Pedersen, A.F. (2008). Affective and sensory dimensions of pruritus severity: associations with psychological symptoms and quality of life in psoriasis patients. *Acta Dermatologica et Venereologica*, 88, 121-127.
- Zaghloul, S.S., & Goodfield, M.J. (2004). Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Archives of Dermatology*, 140, 408-414.
- Zaghloul, S.S., & Goodfield, M.J.D., (2004). Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Archives of Dermatology*, 140, 408–414.
- Zani, B., & Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere*. Roma: Carocci.



## **APPENDICE A. Dimensioni e sotto dimensioni TCI-R**

Novelty Seeking (ricerca di sensazioni):

NS1 eccitabilità/rigidità stoica; NS2 Impulsività/riflessività NS3 eccesso o sperpero/riservatezza; NS4 sregolatezza/irrigimentazione

Harm Avoidance (evitamento del danno)

HA1 ansia anticipatoria/ottimismo disinibito; HA2 paura dell'incertezza/sicurezza di sé; HA3 timidezza/ audacia, socievolezza; HA4 affaticabilità/dinamismo

Reward Dependence (dipendenza dalla ricompensa)

RD1 sentimentalismo/pragmatismo; RD2 apertura all'esperienza/distacco; RD3 attaccamento/schizoidia; RD4 dipendenza/indipendenza;

Persistence (persistenza)

PS1 desiderio di impegno/pigrizia; PS2 Temprato dal lavoro/viziato; PS3 ambizioso/poco produttivo; PS4 perfezionismo/disordine

Self-Directness (autodirezionalità)

SD1 responsabilità/irresponsabilità; SD2 proposizionalità/mancanza di scopi; SD3 ricchezza di risorse/mancanza di risorse; SD4 accettazione di sé/lotta con sé  
SD5 abitudini connaturate agli obiettivi/abitudini incongruenti con obiettivi

Cooperativeness (cooperatività)

CO1 accettazione sociale/intolleranza sociale; CO2 empatia/disinteresse sociale; CO3 altruismo/egocentrismo; CO4 compassione/vendicatività; CO5 onestà morale/opportunismo

Self-Transcendence (autotrascendenza)

ST1 dimenticanza di sé/individualism; ST2 identificazione transpersonale/autodifferenziazione; ST3 accettazione spirituale/materialismo razionale

## **RINGRAZIAMENTI**

I miei ringraziamenti vanno al Prof. Carlo Pruneti e a tutto il corpo docente del Dottorato in Psicologia.

Un ringraziamento enorme al Prof. Christian Franceschini per l'aiuto che mi ha fornito.

Un pensiero speciale, oltre che un enorme grazie, per l'aiuto, la crescita e il modo con cui mi hanno accolto, al Prof. Sergio di Nuzzo, al Direttore Prof. Giuseppe Fabrizi, e a tutto il mitico staff del centro PUVA, Dott.ssa Martina Zanni, Dott.ssa Caterina Bombonato, Dott.ssa Dahiana Casanova, Dott.ssa Maria Luisa Conti, e poi Fanny, Carola, Lidia.....

Grazie ai miei, Michelangelo e Claudia senza di loro nulla sarebbe stato (ed continua ad esserlo) possibile...

Grazie soprattutto a te, Angela, per il modo in cui mi hai supportato e sopportato in questi tre anni, lunghi e non sempre facili!!!!

Infine grazie anche a me stesso...almeno un po'.....