

**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Baigiamasis darbas

PSORIAZE SERGANČIŲJŲ DEPRESIJOS VERTINIMAS NAUDOJANT SKALES

ASSESSMENT OF DEPRESSION IN PSORIASIS USING SCALES

KRISTINA ELENBERGIENĖ 12 GRUPĖ

INFEKCINIŲ LIGŲ IR DERMATOVENEROLOGIJOS KLINIKA

Darbo vadovas

Gyd. T. Raudonis

Katedros arba Klinikos vadovas

Dr. J. Grigaitienė

2022-05-20

Studento elektroninio pašto adresas - kristina.bagdonaviciute@mf.stud.vu.lt

Santrauka

Įvadas:

Psoriazė – tai lėtinė sisteminė recidyvuojanti uždegiminė odos liga, kuriai būdingas odos, plaukuotosios galvos dalies, nagų ir sąnarių pažeidimas. Ši liga gali taip pat sukelti psichikos sutrikimus, tokius kaip depresija ir nerimas. Dėl geresnių gydymo rezultatų svarbu atkreipti dėmesį ir spręsti ne tik fizines, bet ir psichologines pacientų problemas, kylančias dėl psoriazės.

Tikslas:

Šiuo tyrimu buvo siekiama įvertinti psoriazės poveikį pacientų psichinei sveikatai, išsiaiškinti depresijos ir nerimo paplitimą sergančiųjų tarpe, taip pat poveikį su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei.

Tiriamieji ir metodai:

Kaip tyrimo būdas pasirinktas anoniminė pacientų, sergančiųjų psoriaze, anketinė apklausa. Gauti rezultatai iš 139 pacientų, gydytų Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Dermatovenerologijos centre. Respondentams buvo pateiktos savarankiško įsivertinimo skalės: ASI-R-36 (Jautrumo nerimui skalė), BDI (Becko depresijos inventorių) ir DLQI (Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas.)

Rezultatai:

Sužinojome, jog 55 apklausti pacientai turėjo depresijai būdingų simptomų. 60 pacientų išreiškė padidėjusį nerimui jautrumo lygį. 71 pacientas DLQI vertinimu nurodė jaučiantis ligos įtaką gyvenimo kokybei, o net 35 iš jų turėjo ligos sukeltą rimtą gyvenimo būklės pablogėjimą. Tačiau nei vienas respondentas/-ė nenurodė, DLQI vertinimu, jog psoriazė turėtų be galo didelę įtaką jų gyvenimo kokybei.

Vidutinės ir sunkios depresijų simptomų grupėms priskirtos moterys išskirtinai nurodė patiriančios mažą ligos įtaką gyvenimo kokybei.

Respondentų vyrų grupė išsiskyrė tuo, jog ligos įtaką gyvenimo kokybei vertino kaip prastesnę, esant lengvesnio laipsnio depresijai.

Susituokusių pacientų imtys parodė ženklų depresijos bei nerimo simptomų nebuvimą palyginus su kitą šeimyninį statusą nurodančiomis grupėmis.

Išvados:

Šio tyrimo rezultatai parodė, jog daugiau nei pusė apklaustųjų, sergančių psoriaze, išreiškė simptomus būdingus depresijai bei nerimui. Tai pabrėžia, kaip svarbu įvertinti nerimą ir depresiją, sergant psoriaze, kadangi šie simptomai lemia gyvenimo kokybę. Nereikėtų nuvertinti psoriazės, kaip psichologines pasėkmes galinčio sukelti veiksnio, dėl patiriamo nerimo ir depresijos. Psoriaze sergantiems pacientams reikalinga atitinkama holistinė gydymo terapija.

Raktažodžiai:

Psoriazė; Depresija; Nerimas; Gyvenimo kokybė.

Summary

Introduction:

Psoriasis is a chronic systemic recurrent inflammatory skin disease affecting the skin, hair, nails, and joints. The disease can also cause mental disorders such as depression and anxiety. In order to achieve better treatment outcomes, the importance of addressing not only the physical but also the psychological problems of patients with psoriasis needs to be emphasized.

Purpose:

The aim of this study was to evaluate the effects of psoriasis on patients' mental health, the prevalence of depression and anxiety in patients, and the impact on health-related quality of life.

Research and methods:

An anonymous survey of psoriasis patients was chosen as the research method. Results were obtained from 139 patients treated at Vilnius University Hospital Santaros Klinikos Centre of Dermatovenereology. Respondents were provided with self-assessment scales: ASI-R-36 (anxiety sensitivity index), BDI (Beck depression index), and DLQI (Dermatology life quality index).

Results:

We found that 55 patients had depressive symptoms. 60 patients expressed increased levels of anxiety sensitivity. Psoriasis affected the quality of life of 71 patients according to the DLQI and as many as 35 of them had a significant deterioration in their condition. However, none of the respondents indicated that, according to the DLQI, psoriasis has a significant impact on their quality of life. Women in the moderate to severe depressive symptom groups reported exceptionally low quality of life. The group of male respondents differed in that the impact of the disease on quality of life was rated as worse in presence of mild depression.. Samples of married patients also did not show significant symptoms of depression and anxiety compared with other groups indicating marital status.

Conclusions:

The results of this study showed that more than half of psoriasis patients experienced depressive and anxiety-related symptoms. This highlights the importance of assessing anxiety and depression in psoriasis, as these symptoms determine quality of life. The psychological consequences of psoriasis due to the potential for anxiety and depression should not be underestimated. Patients with psoriasis need appropriate holistic therapy.

Keywords:

Psoriasis; Depression; Anxiety; Quality of life.

Įvadas:

Psoriazė – tai lėtinė sisteminė recidyvuojanti uždegiminė odos liga, kuriai būdinga odos, plaukuotosios galvos dalies, nagų ir sąnarių pažeidimas. Kalbant apie odą – psoriatiniai pažeidimai pasireiškia kaip niežtinčios, rausvos, iškilusios plokštelės, padengtos sidabro spalvos žvyneliu. Psoriatiniai pažeidimai gali atsirasti bet kurioje kūno vietoje ir atsirandantys būtent ant neprisidengiamų vietų, natūralu, kad sukelia nepatrauklumo, nusivylimo savimi jausmą, pacientai tuomet linksta save izoliuoti nuo socialinio pasaulio ir būti vieni, dėl ko jie galiausiai tampa prislėgti [1]. Ši lėtinė liga paveikia ne tik fiziškai, bet ir psichologiškai per socialinių ryšių prizmę.

2016 metais Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) psoriazę paskelbė kaip rimtą pasaulinę problemą [1]. Jos paplitimas svyruoja nuo 0,09 % Jungtinėse Amerikos Valstijose iki 8,5 % Norvegijoje, o sergamumo Europoje vidurkis 2-3 %. Vyrai ir moterys paveikiami vienodai, dažniausias ligos pasireiškimo periodas sulaukus 20-40 metų [2]. Liga atsiranda dėl kelių faktorių sąveikos, tokių kaip, genetika, aplinka ir imuninė sistema. Be to, stresiniai gyvenimo įvykiai, teigiama psoriazės ligos anamnezė šeimoje ir neseniai buvusi infekcija yra rizikos veiksniai, kurie gali sukelti pirmąją psoriazės epizodą [3]. Pacientams iššūkiu tampa kasdienis ligos suvaldymas ir nuolatinės pastangos norint su ja susigyventi, o jų gydytojams – nuolatiniai ligos simptomų paūmėjimai bei pasikartojimai, tuo pačiu turintys įtakos paciento gyvenimo kokybei.

Paprastai laikoma odos liga, psoriazė taip pat didina riziką susirgti kitomis gretutinėmis, tokiomis kaip širdies ir kraujagyslių, virškinamojo trakto, inkstų, psichikos, ligomis [3]. Palyginti su bendra populiacija, psoriaze sergantys pacientai turi 40-90 % daugiau psichologinių problemų, pasireiškiančių miego sutrikimais, dideliu nerimu, depresija ir mintimis apie savižudybę [4,5]. Prislėgta psichikos būseną daro neigiamą poveikį paciento sveikatai, nes trikdo gydymo procesą, vaistų laikymosi režimą, o tai lemia blogą ligos prognozę [6-9]. Kalbant apie komorbidiškumą buvo rasta svarbi bei nerimą kelianti koreliacija, jog pacientai, sergantys psoriaze ir depresija turi padidėjusią miokardo infarkto, insulto ar net kardiovaskulinės sistemos sukeltos mirties riziką, ypač ūmios depresijos fazės metu [10].

Psoriaze sergantys pacientai kenčia ne vien dėl fiziškai jaučiamų ligos simptomų, tokių kaip niežulys ir skausmas. Oda yra didžiausias ir labiausiai matomas kūno organas, ypač neuždengtos vietos, tokios kaip galva, kaklas, rankos ir pėdos, o bet kokie šiose srityse atsiradę pažeidimai gali stigmatizuoti pacientus, ypač kai juos sustiprina neigiama reakcija iš

visuomenės [11,12]. Tyrimai įrodė, kad depresijos simptomai pablogėjo pacientams, kurie socialinėje situacijoje jautėsi stigmatizuoti, palyginti su tais, kurie nesijautė stigmatizuojami identiškoje situacijoje [13]. Be to, kiekvieno individo turimas tobulo kūno įsivaizdavimas, sergančius ir turinčius išreikštą fizinę ligos išraišką, gali privesti prie gėdos jausmo, nerimo ir depresijos. Dėl patiriamos psichologinės įtampos būna paveikiami pacientų asmeninio, socialinio, ekonomio ir seksualinio gyvenimo aspektai [14-17]. Pacientų gyvenimo kokybę blogina nuolatinis stresas, stigmatizavimo jausmas ir savo išvaizdos menkinimas, nepriėmimas, tuo pačiu kenčiant dėl lėtinio ligos pobūdžio, prisidedančio prie nuotaikos sutrikimų [18].

Taip pat pacientų, sergančių psoriaze, rizika susirgti depresija yra didesnė nei sergant bet kuria kita dermatologine liga [18]. Remiantis tyrimu, kuriame dalyvavo 127 psoriaze sergantys pacientai, ataskaita net 9,7 % respondentų atsakė, kad tyrimo metu norėtų būti mirę, o 5,5 % turėjo minčių apie savižudybę [19]. Tokie radiniai ir skaičiai tyrimuose sufleruoja, jog ryšys tarp psoriazės ir afektyvių sutrikimų reikalauja tolesnio ir nuodugnesio ištyrimo. Nors psoriazės įtaka pacientų gyvenimui plačiai pripažįstama, įskaitant psichosocialinio nevisavertiškumo jausmą, dažnai psichologinės problemos lieka nediagnozuotos ir negydomos [20,21]. Depresijos pasireiškimas, sergant psoriaze, svyruoja nuo 6 % iki 62 % priklausomai nuo to, koks tyrimo būdas buvo pasirinktas, kiek sergančiųjų apklausta ir kaip vertintas depresijos pasireiškimas [22-24]. Dauguma atliktų tyrimų, vertinančių depresijos pasireiškimą psoriaze sergančiųjų tarpe, naudojo patvirtintus klausimynus, įvertinančius depresijos simptomus.

Atsižvelgus į vyraujančią įsitikinimą, kad fiziškai nepatraukli išvaizda sukelia žemą savivertę ir depresiją, šiuo tyrimu norėta išsiaiškinti ryšį tarp psoriazės ir depresijos bei jų sąveikos poveikio kasdieniam pacientų gyvenimui. Dėl neigiamo visuomenės požiūrio į fizinę ligos išraišką psoriaze sergantys pacientai linkę izoliuotis ir riboti save. Pacientai savo pažeidimus stengiasi slėpti po drabužiais ir vengia išeiti į lauką, susitikti su žmonėmis, nes tai padidina tikimybę, kad kiti pastebės vizualinę ligos pasireiškimą. Pacientai pradeda nemėgti savo fizinės išvaizdos ir mano, kad kiti juos mato taip pat, kaip jie mato save [25]. Tai psichologiškai paveikia pacientų gyvenimą, nes net ir įprasta kasdienė veikla pradeda kelti nerimą, kas galiausiai daro įtaką gyvenimo kokybei [26-33].

Pacientai, patiriantys neigiamus fizinius ir emocinius pokyčius dėl ligos tampa depresiški, o jų pasitikėjimas savimi nyksta jaučiant visuomenės atstūmimą. Pacientai, kurie jau turi tam tikrų depresijos simptomų ar polinkį save stigmatizuoti, tikėtina, dažniau kentės nuo šių, su psoriaze susijusių stigmatizacijos, jausmų. Dėl to sergantieji pasižymi žema

saviverte, nerimu ir galiausiai tampa depresiški [25,34]. Skirtingos komorbidinės būklės susijusios su psoriaze taip pat gali pabloginti psoriazės depresijos procesą [3].

Kol kas jaučiamas informacijos trūkumas, apimantis depresijos ir nerimo paplitimą tarp pacientų, sergančių psoriaze. Visuomenės atstūmimo baimė ir savistigmatizacija veikia kaip kuras, skatinantis psoriaze sergančių pacientų depresijos vystymąsi [5]. Šiuo tyrimu buvo siekiama įvertinti psoriazės poveikį pacientų psichinei sveikatai, išsiaiškinti depresijos ir nerimo paplitimą sergančių tarpe, taip pat poveikį su sveikata susijusiai gyvenimo kokybei. Šio tyrimo vienas iš tikslų – atkreipti dėmesį į tai, kad dėl geresnių gydymo rezultatų svarbu spręsti ne tik fizines, bet ir psichologines pacientų problemas, kylančias dėl psoriazės.

Metodai:

Anketinės apklausos būdu buvo apklausti 139 pacientai sergantys psoriaze, kurie lankėsi Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Dermatovenerologijos centre 2021 gruodžio – 2022 balandžio mėnesiais. Dalyviai buvo 18 metų ir vyresni pacientai, kuriems psoriazės diagnozė buvo nustatyta gydytojo dermatovenerologo. Bioetikos leidimas anketinei apklausai buvo gautas iš Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų bioetikos komisijos. Pateikti klausimynai susidėjo iš ASI-R-36 (Jautrumo nerimui skalė), BDI (Becko depresijos inventorių) ir DLQI (Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas.) Sociodemografinė pacientų charakteristikai naudota įprasta informacija, tokia kaip – amžius, lytis, šeimyninė padėtis, išsilavinimo lygis.

Beck depresijos inventorių (BDI, BDI-1A, BDI-II) [35-36], sukurtas Aarono T. Becko, yra 21 klausimo kelių pasirinkimų savarankiško vertinimo inventorių, vienas iš plačiausiai naudojamų psichometrinių testų depresijos sunkumui matuoti. Kiekvienam klausimui skiriami taškai nuo 0 iki 3. Depresijos balas gali būti nuo minimalaus 0 iki maksimalus 63. Kuo aukštesnis balas – tuo sunkesni depresijos simptomai. 0-10 balų rodo depresijos nebuvimą ar minimalius jos simptomus. Surinkti 11-16 balų indikuoja lengvą depresiją. 17-23 balai rodo vidutinio laipsnio depresiją. Daugiau nei 24 – sunkią ar labai sunkią depresiją. Šiame tyrime gautas BDI balas, kuris buvo didesnis nei 10, laikomas depresijos simptomų buvimu. BDI turinio galiojimas buvo plačiai išbandytas ir patvirtintas ankstesnių tyrimų [35]. Taip pat jį oficialiai naudoja Respublikinė Vilniaus Psichiatrijos ligoninė.

Jautrumo nerimui skalė (ASI-R-36) yra labiausiai paplitusi ir dažniausiai taikoma vertinti jautrumą nerimui. Skalę sudaro 36 teiginiai. Kiekvienam teiginiui įvertinti skiriami taškai nuo 0 – “beveik ne” iki 4 – “labai daug.” Didžiausias balų skaičius – 144. Skalės vertinimas – žemas (0-47), vidutinis (48-96), aukštas (97-144) nerimo lygiai. Šiame tyrime surinkus daugiau nei 47 balus, taip patenkant į vidutinį ar aukštą jautrumo nerimui lygį, buvo laikoma reikšmingai nerimo simptomų pasireiškimui. Jautrumo nerimui skalė sukurta 1985 [Reiss and McNally, 1985], taisyta 1999 m. atsižvelgiant į taikymo patogumą ir patikimumą. Šiame tyrime taikoma *Anxiety Sensitivity Index Revised-36* (ASI-R-36) [Taylor, 1999]. Vertimas iš anglų kalbos patvirtintas Dr. I. Veličkienės Daktaro disertacijoje „Nerimo jautrumo indeksas, jo ryšys su koronarine širdies liga, uždegiminiais rodikliai (IL-8 IR IL-8).“

Dermatologinį gyvenimo kokybės indeksą (DLQI) 1990–1994 m. sukūrė Andre Y Finlay ir Gul Karim Khan, siekdami įvertinti odos ligų įtaką paciento gyvenimui praėjusią savaitę. Jame yra 10 klausimų, sugrupuotų į šešias subskales: simptomai ir jausmai, kasdienė veikla, laisvalaikis, darbas ir mokykla, asmeniniai santykiai ir gydymas. Kiekvienam elementui dalyvių buvo paprašyta įvertinti „0“ už „visai ne“ arba „netaikoma“, „1“ reiškia „mažai“, „2“ reiškia „daug“ ir „3“ reiškia „labai daug“. Maksimalus indekso balas - 30. Šiame tyrime stiprus ligos poveikis gyvenimo kokybei buvo patvirtinamas surinkus daugiau nei 10 skalės balų.

Gauti anketiniai duomenys buvo įvesti į kompiuterinę duomenų bazę siekiant realizuoti tyrime iškeltus tikslus. Iš apklausos metu surinktų duomenų buvo atliekama statistinė analizė naudojant SPSS – 26 versiją. Apskaičiuota pacientų statistika gauta iš demografinių duomenų (amžiaus, lyties, išsilavinimo, šeimyninio statuso) ir psichologinių bei dermatologinio testo rezultatų (BDI, ASI-R-36, DLQI). Apibendrintų rezultatų pateikimui buvo naudotos dažnių stulpelinės diagramos, o ryšių statistiniam reikšmingumui vertinti naudojamas Chi-kvadrato kriterijus. Visuose skaičiavimuose pasirinktas statistinio reikšmingumo lygmuo $\alpha=0.05$.

Rezultatai:

BDI depresijos skalė

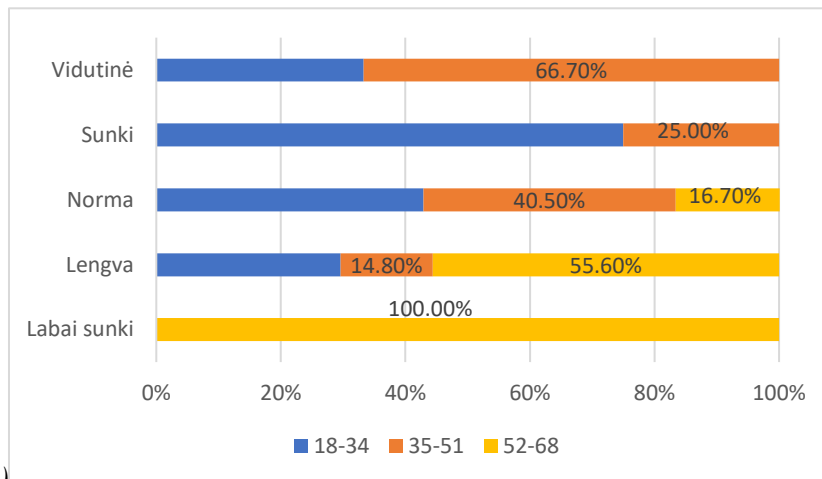
Lentelė nr. 1: BDI skalės pacientų įverčiai.

BDI įvertinimas	
BDI taškų kategorijos	n (%)
Vidurkis	9.58993
Norma (<10)	84 (60,43)
Lengva depresija (11-16)	34 (24,46)
Vidutinė depresija (17-23)	16 (11,51)
Sunki depresija (24-30)	3 (2,15)
Labai sunki depresija (>30)	2 (1,43)

Tyrimo metu rasta, jog depresijos simptomų turi 39 % apklaustų pacientų (N=55). Šiame tyrime, kaip turintys depresijai būdingų simptomų, buvo priskirti tie asmenys, kurie BDI klausimyne surinko 11 ir daugiau taškų. Pagal surinktų taškų sumą pacientai buvo priskirti atitinkamai grupei - patiriančius lengvai/vidutinei/sunkiai/labai sunkiai depresijai būdingus simptomus. Vidutinis apklaustųjų BDI įvertis - 9,58 taškai. Daugiausia pacientų, priskirtų, kaip turinčių depresijai būdingų simptomų, buvo priskirti lengvos depresijos grupei (11-16 BDI taškų) – 24 % (N=34.)

Didžioji dalis apklaustųjų (60 %, N=84) neparodė depresijai būdingo pasireiškimo (surinktas BDI įvertis <11 taškų.) Apklauso duomenimis depresijos simptomus patirti labiau buvo linkusios moterys (44 %, N=34) nei vyrai (34 %, N=21.)

Grafikas nr. 1: Moterų depresijos laipsnis (BDI įvertis) skirtingose amžiaus grupėse



($p=0.06$)

X ašyje: procentinis amžiaus grupių pasiskirstymas

Y ašyje: patiriamų depresijos simptomų laipsnis (BDI įvertis)

Mėlyna spalva: pacientės, esančios 18-34 metų grupėje

Oranžinė spalva: pacientės, esančios 35-51 metų grupėje

Geltona spalva: pacientės, esančios 52-68 metų grupėje

Pagal BDI depresijos simptomų normalų pasireiškimą (0-10 taškų BDI įvertis) didžioji dalis priskirtų moterų priklausė 18-34 metų grupei. Ši grupė sudarė 42.9 % (N=18) normai priskirtų moterų. 40.5 % (N=17) sudarė 35-51 metų grupei priskirtos respondentės. Vyriausiųjų apklaustų pacienčių imtis – 52-68 metų - buvo mažiausia depresijos normos grupėje įvertinus jų BDI klausimyno atsakymus - 16.7 % (N=7) šios amžiaus grupės pacienčių išreiškė nepatiriančios depresijai būdingų simptomų.

Pacienčių grupę, kurioms buvo nustatyta lengvo laipsnio depresija (11-16 taškų įvertis BDI), daugiau nei pusė – 55.6 % (N=15) - sudarė 52-68 metų respondentės. Likusius 29.6 % (N=7) ir 14.8 % (N=4) atitinkamai sudarė 18-34 ir 35-51 metų amžiaus grupių pacientės.

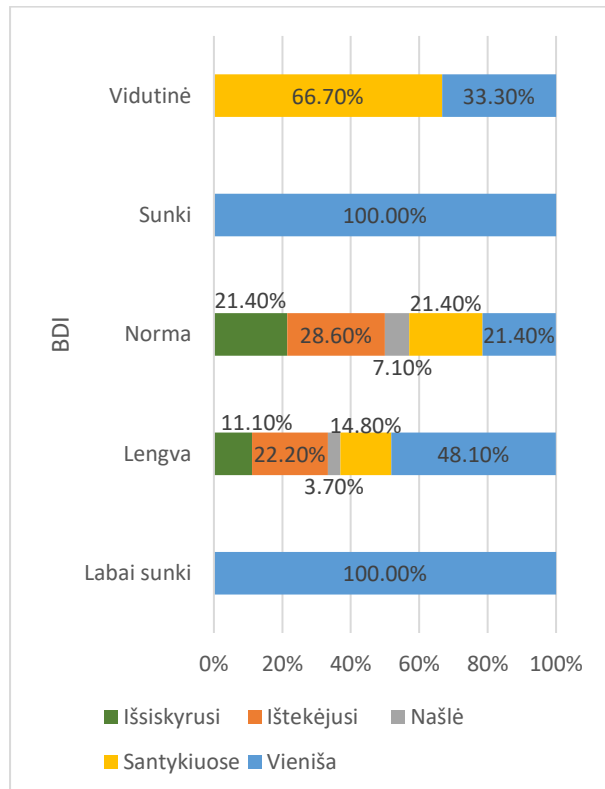
Vertinant vidutinei depresijai (17-23 BDI įvertis) būdingų simptomų pasireiškimą amžiaus grupėse išsiskyrė tai, kad nei viena respondentė, priklausanti 52-68 metų grupei, neturėjo vidutinio laipsnio depresijai būdingų simptomų. Vidutinei depresijai būdingus simptomus patiriančiai grupei (N=2), sudarė pacientės 35-51 amžiaus grupei. Likusius 33.3 % (N=1) – 18-34 amžiaus grupės respondentė.

Vertinant sunkios depresijos pasireiškimą (24-30 taškų įvertis BDI), pastebėta, kad kaip ir vidutinės depresijos simptomų grupėje, išsiskyrė viena amžiaus grupė. Nei viena pacientė, priskirta 52-68 metų grupei, įvertinus pagal BDI nebuvo priskirta sunkios depresijos grupei. 75 % (N=3) šio sunkumo depresijai būdingus simptomus patyrė jauniausioji

pacienčių imtis – 18-34 metų. Likusius 25 % (N=1) patiriančių sunkiai depresijai būdingus simptomus sudarė 35-51 metų grupės pacientė.

Labai sunkiai depresijai būdingus simptomus (BDI įvertis >30) išreiškė respondentė, priklausanti 52-68 metų amžiaus grupei – 100 % (N=1).

Grafikas nr. 2: Moterų depresijos laipsnis (BDI įvertis) ir esama šeimyninė padėtis (p=0.234)



X ašyje: procentinis kiekvienos grupės išsidėstymas

Y ašyje: patiriamų depresijos simptomų laipsnis (BDI įvertis)

Žydra spalva: vienišos moterys

Geltona spalva: moterys, esančios santykiuose

Pilka spalva: našlės

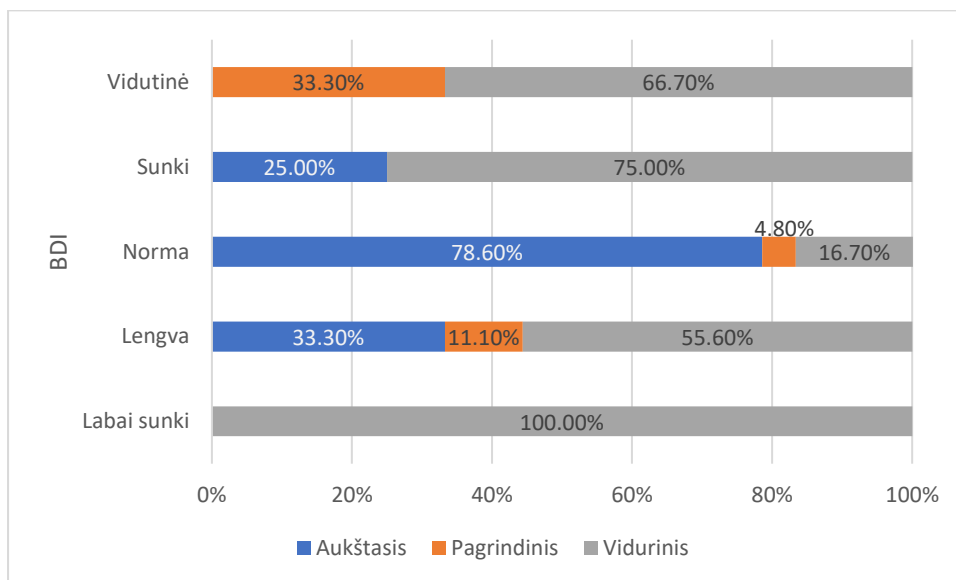
Oranžinė spalva: ištekėjusios moterys

Žalia spalva: išsiskyrusios moterys

Charakterizuojant pacienčių depresijos sunkumą pagal tai, kokia jų šeimos padėtis, jautriausia grupė depresijos pasireiškimui išsiskyrė vienišos moterys. Sunkiausios depresijos formoms pagal BDI (sunkiai N=4 ir labai sunkiai N=1) priskirtos buvo būtent vienišos moterys. Taip pat vienišos moterys sudarė didžiausią dalį grupės, turinčių lengvos depresijos

simptomų (48.10 %, N=13). Vidutinio laipsnio depresijos moterų grupę daugiausia sudarė santykiuose esančios respondentės (66.70 %, N=2). Susituokusių moterų BDI įverčiai buvo tolygūs normaliam-lengvam depresijos simptomų pasireiškimui.

Grafikas nr. 3: Moterų depresijos laipsnis (BDI įvertis) ir turimas išsilavinimo laipsnis (p=0.003)



X ašis: procentinis grupės pasiskirstymas

Y ašis: patiriamų depresijos simptomų laipsnis (BDI įvertis)

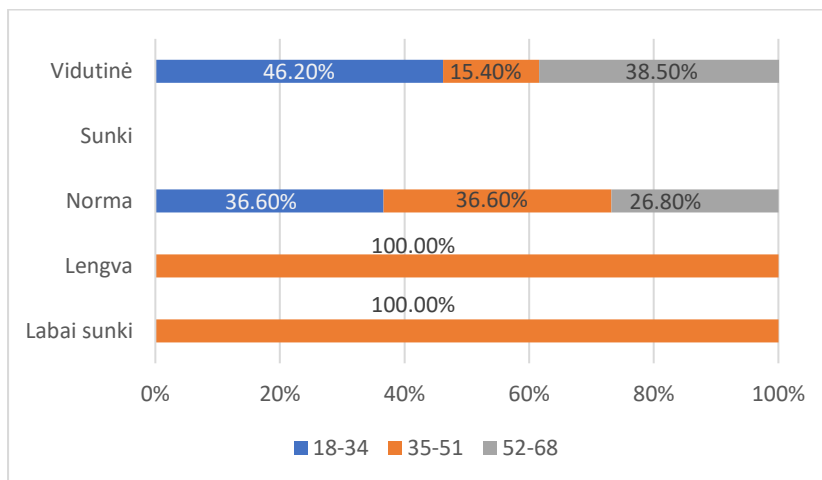
Oranžinė spalva: pagrindinis išsilavinimas

Pilka spalva: vidurinis išsilavinimas

Mėlyna spalva: aukštasis išsilavinimas

Vertinant depresijos sunkumą ir tai, kokį išsilavinimą turi respondentės, išsiskyrė vidurinio išsilavinimo moterys. Jos sudarė didžiąją kiekvienos skirtingo sunkumo depresijos simptomų grupės dalį: lengvos (55.60 %, N=15), vidutinės (66.70 %, N=2), sunkios (75 %, N=3), labai sunkios (100 %, N=1.) Normalaus laipsnio depresijos simptomų pasireiškimų imtyje didžiausią dalį sudarė aukštąjį išsilavinimą turinčios pacientės (78.60 %, N=32.)

Grafikas nr. 4: Vyrų depresijos laipsnis (BDI įvertis) amžiaus grupėse ($p=0.028$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: patiriamų depresijos simptomų laipsnis (BDI įvertis)

Mėlyna spalva: 18-34 metų pacientai

Oranžinė spalva: 35-51 metų pacientai

Pilka spalva: 52-68 metų pacientai

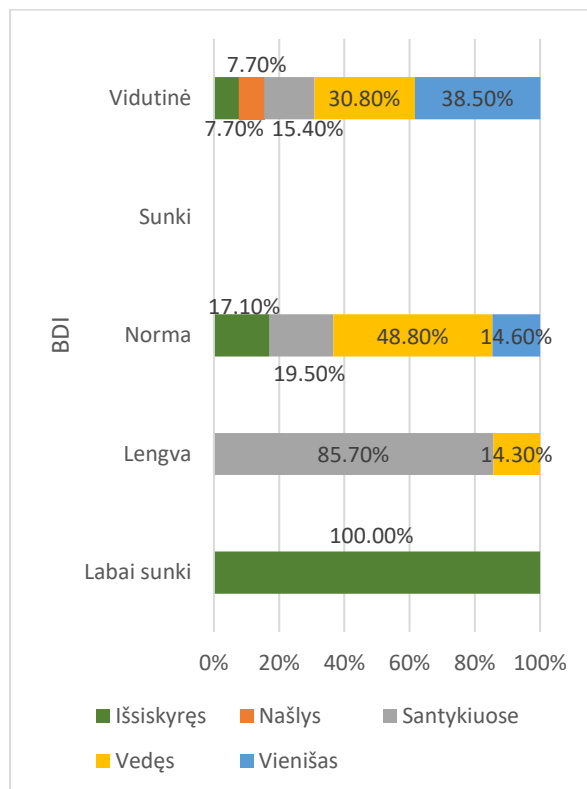
Depresijos simptomų norma (0-10 taškų įvertis BDI) apylygiai pasiskirstė 18-34 ir 35-51 metų amžiaus pacientų grupėse. Abiejų šių amžiaus grupių respondentai sudarė po 36.6 % (N=15) priskirtų kaip neturinčių depresijai būdingų simptomų. Likusius 26.8 % (N=11) sudarė 52-68 metų pacientų grupė.

Lengvai (11-16 taškų įvertis BDI), kaip ir labai sunkiai (>30 taškų įvertis BDI), depresijai būdingus simptomus pažymėjo išskirtinai tik 35-51 metų amžiaus pacientų grupė. Lengvos depresijos simptomus patiria N=7, labai sunkią – N=1 šio amžiaus pacientų.

Vidutinę depresiją daugiausia patiria 18-34 metų amžiaus grupės vyrai – 46.2 % (N=6). Kiek mažiau – 38.5 % (N=5) 52-68 metų amžiaus grupės respondentai. Mažiausiai – 15.4 % (N=2) 35-51 metų vyrai.

Nei vienas apklaustas pacientas, vertinant pagal BDI, nebuvo priskirtas sunkios depresijos (24-30 BDI įvertis) grupei.

Grafikas nr. 5: Vyrų depresijos laipsnis (BDI įvertis) ir esama šeimyninė padėtis ($p=0.004$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: patiriamų depresijos simptomų laipsnis (BDI įvertis)

Žydra spalva: vieniši vyrai

Geltona spalva: vedę vyrai

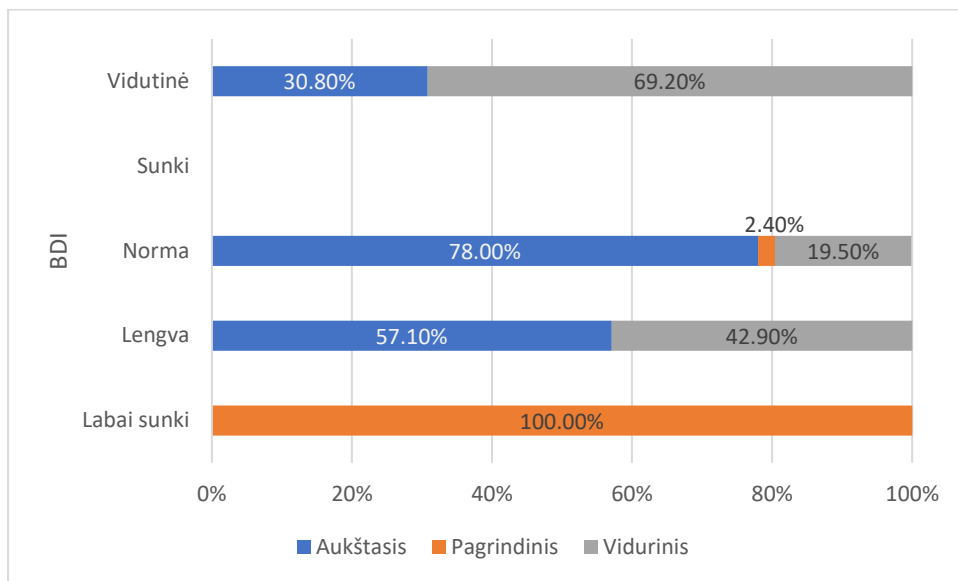
Pilka spalva: santykiuose esantys vyrai

Oranžinė spalva: našliai

Žalia spalva: išsiskyrę vyrai

Charakterizuojant vyrų grupę dėl depresijos laipsnio pasiskirstymo ir šeimyninės padėties išsiskyrė tai, kad didžioji dalis (85.70 %, N=6) lengvą depresiją patiriančių vyrų pažymėjo buvimą santykiuose kaip šeimyninę padėtį. Labai sunkiai depresijai priskirtas respondentas pažymėjo esantis išsiskyręs. Taip pat kaip ir respondenčių moterų grupėje – santuokoje esantiems vyrams būdingas reikšmingų depresijos simptomų nebuvimas (48.80 %, N=20.)

Grafikas nr. 6: Vyrų depresijos laipsnis (BDI įvertis) ir turimas išsilavinimo laipsnis ($p=0$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: patiriamų depresijos simptomų laipsnis (BDI įvertis)

Oranžinė spalva: pagrindinį išsilavinimą turintys vyrai

Pilka spalva: vidurinį išsilavinimą turintys vyrai

Mėlyna spalva: aukštąjį išsilavinimą turintys vyrai

Tiriant kaip pasiskirstė depresijos pasireiškimas skirtingą išsilavinimą turinčių pacientų grupėje pastebėta, kad normalios-lengvos depresijos simptomus daugiausia patiria aukštąjį išsilavinimą turintys vyrai (norma - 78 %, $N=32$; lengva 57.10 % $N=4$.)

Vidutinės depresijos imtį daugiausia sudarė vidurinį išsilavinimą turintys respondentai (69.20 %, $N=9$.)

Labai sunkios depresijos rezultatas atspindėjo pagrindį išsilavinimą turinčio respondento anketoje (100 %, $N=1$.)

ASI-R-36 nerimo skalė

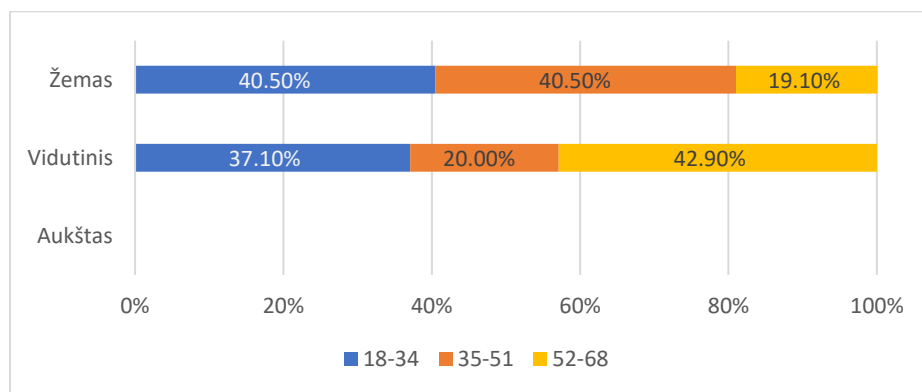
Lentelė nr. 2: ASI-R-36

ASI-R-36 įvertinimas	
ASI-R-36 nerimo lygio vertinimas	n (%)
Vidurkis	45.2158
Žemas (0-47)	79 (56,83)
Vidutinis (48-96)	55 (39,56)
Aukštas (97-144)	5 (3,59)

Vertinant jautrumo nerimui skale - ASI-R-36 – nerimo simptomus jaučia 43 % (N=60) apklaustų pacientų, su vidutiniu ASI-R-36 skalės įverčiu 45,21. Šiame tyrime, kaip nerimą patiriančių pacientų grupei, buvo priskirti asmenys, kurie pateiktame klausimyne surinko >47 taškus. Vidutinį nerimo lygį (48-96 taškai pagal ASI-R-36) patiriančių pacientų buvo 41 % (N=57), aukštą (97-144 taškai pagal ASI-R-36) 2 % (N=3.) Daugiausia respondentų (57 %, N=79) buvo priskirti kategorijai, nepasižyminčia reikšmingu nerimo lygio padidėjimu (0-47 taškai pagal ASI-R-36.)

Apklaustos moterys buvo labiau linkusios nurodyti, jog patiria nerimo simptomus (58 %, N=35), nei apklausti vyrai (42 %, N=25.) Tačiau tik vyrai nurodė, patiriantys aukšto nerimo lygio simptomus (5 %, N=3.)

Grafikas nr. 7: Moterų nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis) amžiaus grupėse ($p=0.45$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis)

Mėlyna spalva: 18-34 metų pacientės

Oranžinė spalva: 35-51 metų pacientės

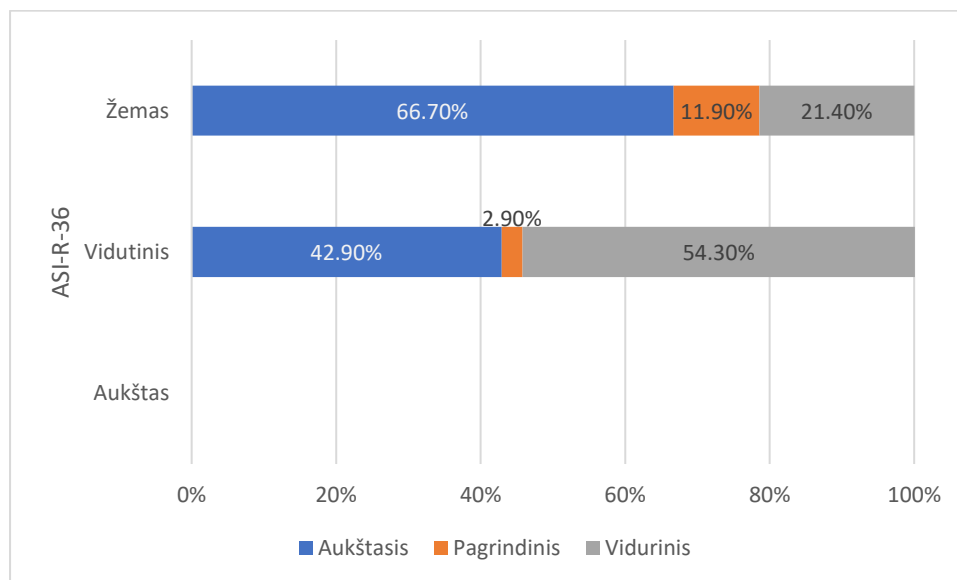
Geltona spalva: 52-68 metų pacientės

Vertinant nerimo lygio pasireiškimą skirtingose amžiaus grupėse pastebėta, jog nei viena apklausta pacientė nebuvo priskirta, kaip patirianti aukštą nerimo lygį pagal ASI-R-36 (>97 taškų įvertis.)

Vidutinį nerimą (>47 taškų įvertis ASI-R-36) daugiausiai – 42.9 % (N=15) patiria vyriausios apklaustos pacientės, t.y. esančios 52-68 metų amžiaus grupėje. Daugiau nei trečdalis – 37.1 % (N=13) vidutinį nerimą jaučiančių apklaustų moterų buvo 18-34 metų. Likusius 20 % (N=7) sudarė 35-51 amžiaus grupės respondentės.

Žemo lygio nerimą (<47 taškų įvertis) po 40.50 % (N=17) patiria dvi amžiaus grupės – 18-34 ir 35-51 metų. Likusius 19.10 % (N=8) sudarė pacientės 52-68 metų amžiaus.

Grafikas nr. 8: Moterų nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis) ir turimas išsilavinimo laipsnis ($p=0.008$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis)

Oranžinė spalva: pagrindinis išsilavinimas

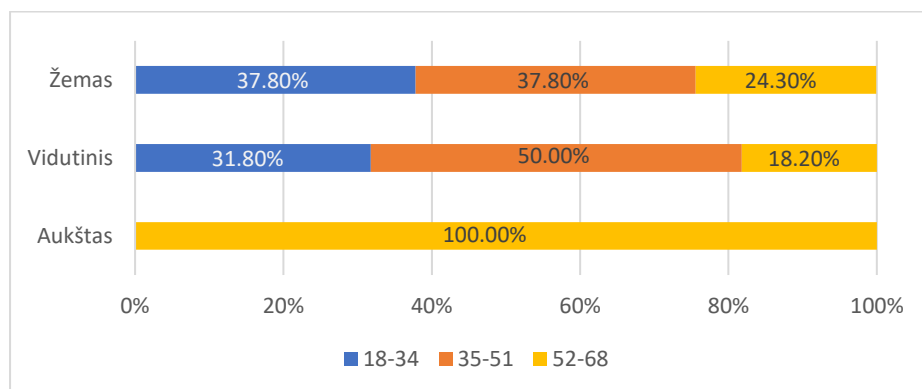
Pilka spalva: vidurinis išsilavinimas

Mėlyna spalva: aukštasis išsilavinimas

Vertinant nerimo paplitimą apklaustų moterų anketose ir lyginant pagal tai, kokį išsilavinimo laipsnį buvo įgijusios, pastebėta, jog didžiausia dalis (66,70 %, N=28) žemam nerimo lygiui priskirtų moterų turėjo aukštąjį išsilavinimą.

Vidutinio nerimo lygio didžiąją dalį (54.30 %, N=19) sudarė vidurinį išsilavinimą turinčios respondentės.

Grafikas nr. 10: Vyrų nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis) amžiaus grupėse ($p=0.082$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis)

Mėlyna spalva: 18-34 metų vyrai

Oranžinė spalva: 35-51 metų vyrai

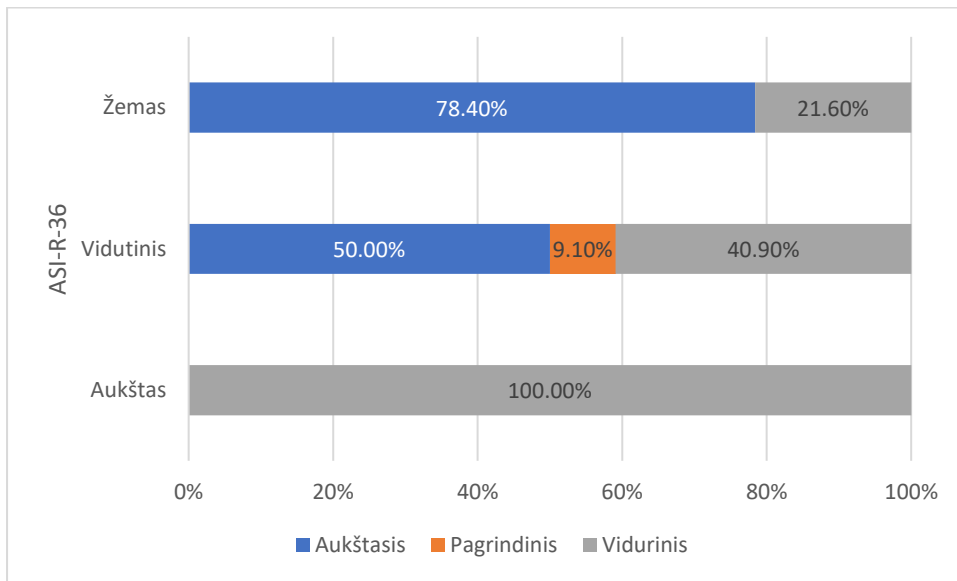
Geltona spalva: 52-68 metų vyrai

Vertinant kaip pasiskirstė nerimo lygių paplitimas apklaustųjų vyrų grupėje – išsiskyrė tai, jog kitaip nei moterų grupėje, buvo rastas aukšto nerimo lygio (>97 taškų įvertis ASI-R-36) pasireiškimas. Jai priklausė vyrai, esantys 52-68 metų amžiaus grupėje (100 %, N=3.)

Pusę (50 %, N=11) vidutinį (48-96 taškų įvertis ASI-R-36) nerimo lygį patiriančių vyrų grupės sudarė 35-51 metų respondentai. 31.8 % (N=7) priskirtų, kaip turintys vidutinį nerimo lygį, pacientų buvo 18-34 metų. Likę 18.2 % (N=4) 52-68 metų pacientai.

Žemo nerimo grupei buvo būdingas toks pats amžiaus grupių pasiskirstymas kaip ir moterų imtyje. Po lygiai – 37.8 % (N=14) reikšmingo nerimo lygio padidėjimo neturėjo vyrai, esantys 18-34 bei 35-51 amžiaus grupėse. Likusius 24.3 % (N=9) sudarė 52-68 metų respondentai.

Grafikas nr. 11: Vyrų nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis) ir turimas išsilavinimo laipsnis ($p=0.009$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: nerimo laipsnis (ASI-R-36 įvertis)

Oranžinė spalva: pagrindinis išsilavinimas

Pilka spalva: vidurinis išsilavinimas

Mėlyna spalva: aukštasis išsilavinimas

Vertinant kaip nerimo lygis kinta apklaustų vyrų populiacijoje turint skirtingą išsilavinimo laipsnį pastebėta, kad taip pat, kaip ir moterų imtyje, žemo nerimo lygiui priskirtų vyrų didžioji dalis (78.40 %, N=29) turėjo aukštąjį išsilavinimą.

Tačiau skirtingai nei moterų imtyje - čia ir vidutinį nerimo lygį turintys respondentai daugiausia nurodė įgiję aukštąjį išsilavinimą (50 %, N=11.)

Aukšto nerimo lygio respondentai buvo vidurinio išsilavinimo (100 %, N=3.)

Dermatologinis gyvenimo kokybės indeksas (DLQI)

Lentelė nr. 3: DLQI anketos įverčiai

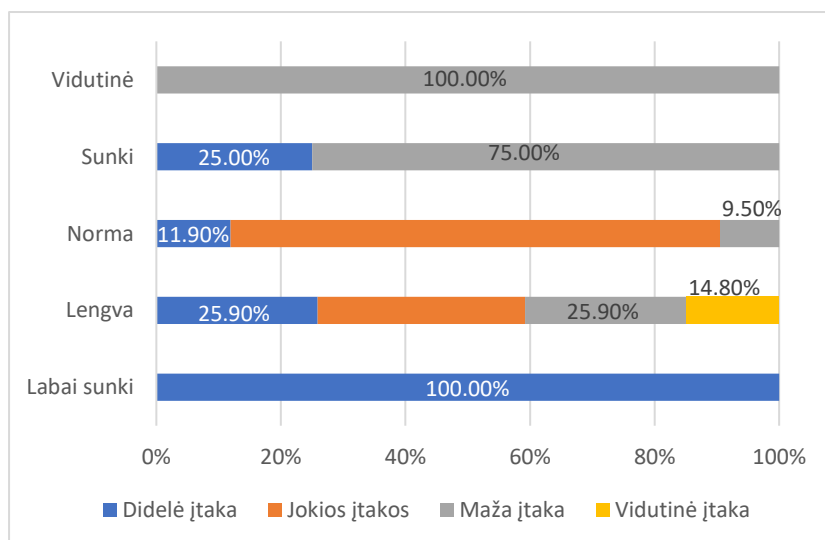
DLQI įvertinimas	
DLQI taškų kategorijos	n (%)
Vidurkis	5.53237
Jokios įtakos paciento gyvenimui (0-1)	68 (48,92)
Maža įtaka paciento gyvenimui (2-5)	22 (15,82)
Vidutinė įtaka paciento gyvenimui (6-10)	14 (10,07)
Didelė įtaka paciento gyvenimui (11-20)	35 (25,17)
Be galo didelė įtaka paciento gyvenimui (21-30)	0

Paprašius pacientų įvertinti savo ligos įtaką gyvenimo kokybei gautų atsakymų vidurkis buvo 5,5 taškai vertinant pagal DLQI. Vis tik daugiausia pacientų (48,92 %, N=68) nurodė, kad liga neturi jokios įtakos (1-2 taškai DLQI) gyvenimo kokybei.

25,17 % (N=35) pacientų jaučia, kad liga turi didelę įtaką (11-20 taškai DLQI) jų gyvenimo kokybei.

Reikia pažymėti, kad nei vienas apklaustas pacientas nenurodė, jog liga turėtų be galo didelę įtaką jų gyvenimo kokybei (21-30 taškai DLQI.)

Grafikas nr. 11: Moterų depresijos laipsnis (BDI įvertis) ir įtaka gyvenimo kokybei (DLQI įvertis) ($p=0.003$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: depresijos laipsnis (BDI įvertis)

Oranžinė spalva: jokios įtakos gyvenimo kokybei

Pilka spalva: maža įtaka gyvenimo kokybei

Geltona spalva: vidutinė įtaka gyvenimo kokybei

Mėlyna spalva: didelė įtaka gyvenimo kokybei

Didesnę ligos įtaką gyvenimo kokybei nurodė tos respondentės, kurios neturėjo sunkios depresijos simptomų:

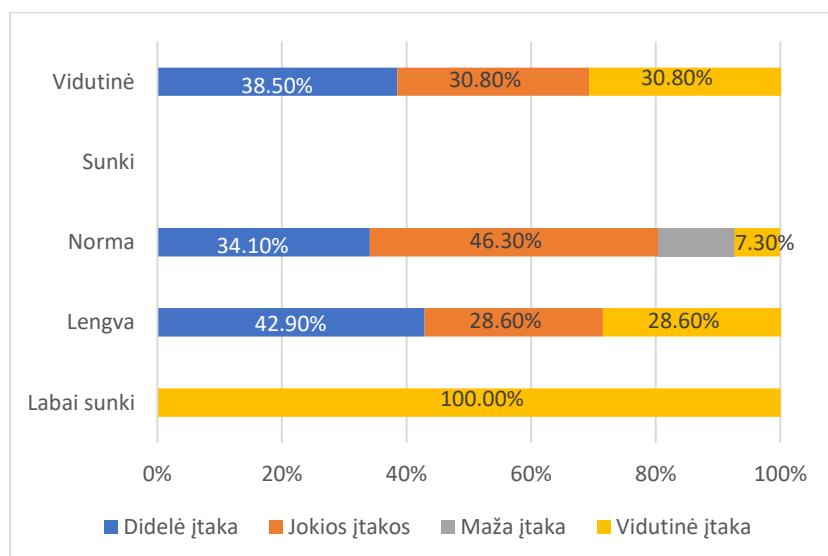
Didžioji dalis depresijos simptomų normai (0-10 taškų įvertis BDI) būdingus simptomus jaučiančios pacientės 78.6 % (N=33) pažymėjo, kad liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. 11.9 % (N=5) pažymėjo, kad liga daro didelę įtaką, o likę 9.5 % (N=4) šioje grupėje nurodė, kad liga turi mažą įtaką gyvenimo kokybei.

Kaip lengvą depresiją (11-16 taškų įvertis BDI) jaučiančios moterys taip pat daugiausia 33.4 % (N=9) nurodė, kad liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. Po 25.9 % (N=7) nurodė kaip jaučiamą didelę ar atitinkamai mažą įtaką. 14.8 % (N=4) nurodė jaučiančios vidutinę ligos įtaką gyvenimo kokybei.

Vidutinės (17-23 įvertis BDI) ir sunkios (24-30 įvertis BDI) depresijų grupėms priskirtos moterys išskirtinai nurodė patiriančios mažą ligos įtaką gyvenimo kokybei. Vidutinės depresijos grupei priskirtos moterys 100 % (N=3) nurodė mažą ligos įtaką, sunkios depresijos – 75 % (N=3) mažą ir 25 % (N=1) didelę ligos įtaką gyvenimo kokybei.

Labai sunkia depresija (>30 įvertis BDI) pasižymintis gautas respondentės DLQI įvertis – jaučiama didelė ligos įtaka gyvenimo kokybei (100 %, N=1.)

Grafikas nr. 12: Vyrų depresijos laipsnis (BDI įvertis) ir įtaka gyvenimo kokybei (DLQI įvertis) ($p=0$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: depresijos laipsnis (BDI įvertis)

Oranžinė spalva: jokios įtakos gyvenimo kokybei

Pilka spalva: maža įtaka gyvenimo kokybei

Geltona spalva: vidutinė įtaka gyvenimo kokybei

Mėlyna spalva: didelė įtaka gyvenimo kokybei

Apklausti vyrai taip pat buvo linkę nurodyti jaučiamą didesnę ligos įtaką gyvenimo kokybei net ir nesant aukšto laipsnio depresijai. Normai (<11 įvertis BDI) priskirta pacientų grupė daugiausia (46.3 %, N=19) pažymėjo, kad liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. Tačiau net 34.1 % (N=14) pacientų toje pačioje grupėje pažymėjo, kad liga daro didelę įtaką gyvenimo kokybei. Mažą ligos įtaką gyvenimo kokybei jaučia 12.3 % (N=5.) Vidutinę - 7.3 % (N=3.)

Patiriantys lengvą depresiją vyrai (11-16 įvertis BDI) daugiausia 42.9 % (N=3) nurodė, kad liga daro didelę įtaką gyvenimo kokybei. Po 28.6 % (N=2) šioje grupėje nurodė, kad liga daro vidutinę įtaką arba nepatiria jokios įtakos gyvenimo kokybei.

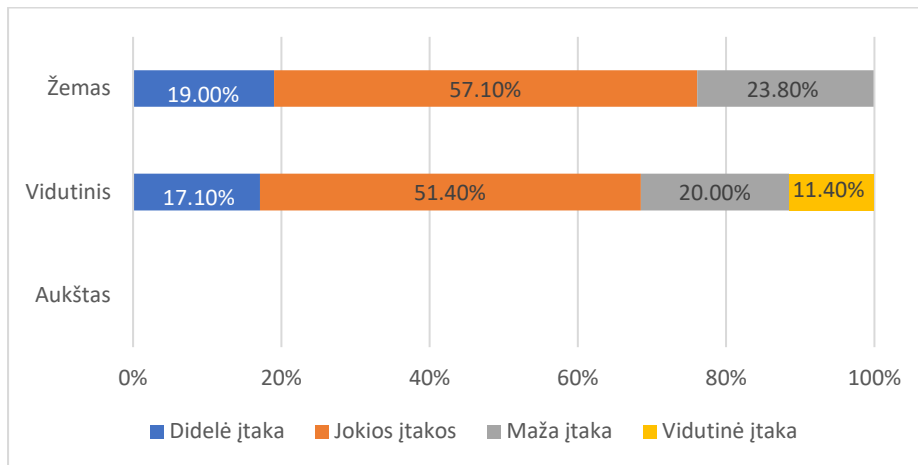
Vidutinės depresijos (17-23 įvertis BDI) grupei priskirti pacientai daugiausia 38.5 % (N=5) nurodė jaučiantys didelę įtaką gyvenimo kokybei. Po 30.8 % (N=4) nurodė vidutinę ar jokios ligos įtakos gyvenimo kokybei.

Nei vienas respondentas nebuvo priskirtas sunkios depresijos grupei.

Labai sunkiai depresijai (>30 įvertis BDI) priskirtas respondentas teigė patiriantis vidutinę ligos įtaką gyvenimo kokybei (100 % N=1.)

Taigi, respondentų vyrų grupė išsiskiria tuo, kad ligos įtaką gyvenimo kokybei vertina kaip prastesnę esant mažesnio laipsnio depresijai.

Grafikas nr. 12: Moterų nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis) ir įtaka gyvenimo kokybei (DLQI įvertis) ($p=0.166$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis)

Oranžinė spalva: jokios įtakos

Pilka spalva: maža įtaka

Geltona spalva: vidutinė įtaka

Mėlyna spalva: didelė įtaka

Žemą nerimo lygį (<48 ASI-R-36 įvertis) patiriančios moterys buvo labiau nei vidutinio lygio (48-96 ASI-R-36 įvertis) nerimą patiriančios pacientės linkusios nurodyti, kad liga turi didelę įtaką jų gyvenimo kokybei (19 % N=8.)

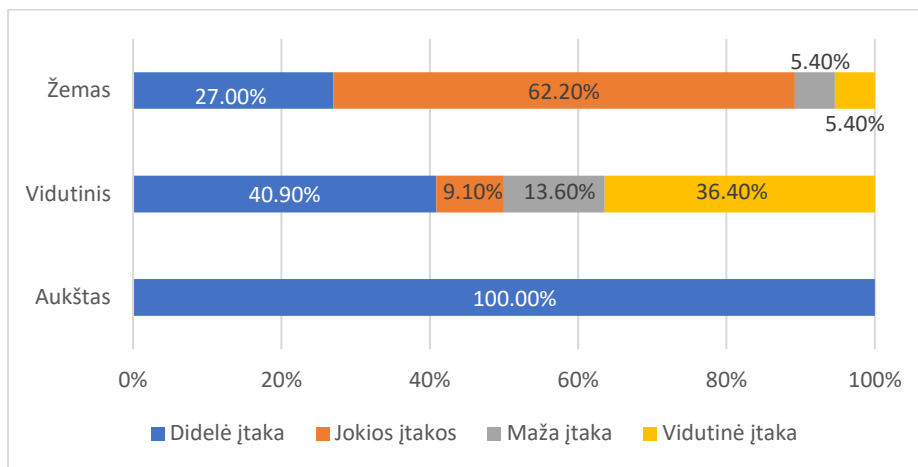
Vidutinio nerimo lygiui priklausančių moterų imties rezultatas jaučiant didelę ligos įtaką gyvenimo kokybei -17.1 % (N=6.)

23.8 % (N=10) nurodė mažą ligos įtaką, o 57.1 % (N=24) įvertino, kad liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei.

Vidutinį nerimo lygį patiriančių moterų statistika pasiskirstė panašiai – daugiausia (51.4 %, N=18) buvo nurodančių, kad nejaučia jokios ligos įtakos gyvenimo kokybei. 20 % (N=7) patiria mažą ligos įtaką. Ir 11.4 % (N=4) nurodė patiriančios vidutinę ligos įtaką gyvenimo kokybei.

Nei viena apklaustoji pagal ASI-R-36 įvertį nebuvo priskirta aukštą nerimo lygį (>97 ASI-R-36 įvertis) patiriančiai grupei.

Grafikas nr. 13: Vyrų nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis) ir įtaka gyvenimo kokybei (DLQI įvertis) ($p=0$)



X ašis: procentinis grupių pasiskirstymas

Y ašis: nerimo lygis (ASI-R-36 įvertis)

Oranžinė spalva: jokios įtakos

Pilka spalva: maža įtaka

Geltona spalva: vidutinė įtaka

Mėlyna spalva: didelė įtaka

Respondentų vyrų atsakymams buvo būdingas akivaizdi vienos grupės išskirtis – daugiau nei pusė (62.2 %, N=23) respondentų, priskirtų žemą nerimo lygį (<48 ASI-R-36 įvertis) turinčiai grupei, pažymėjo, kad liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. 27 % (N=10) šioje pačioje grupėje nurodė, kad liga daro didelę įtaką jų gyvenimui. Po 5.4 % (N=2) nurodė jaučiantys mažą ar vidutinę ligos įtaką gyvenimo kokybei.

Vidutiniam nerimo lygiui (48-96 ASI-R-36 įvertis) priskirtiems pacientams vyrams buvo būdingas jausmas, kad liga daro didelę įtaką gyvenimo kokybei – 40.9 % (N=9.) 36.4 % (N=8) nurodė patiriantys vidutinę ligos įtaką. 13.6 % (N=3) šioje nerimo grupėje nurodė jaučiantys mažą, o 9.1 % (N=2) – jokios ligos įtakos gyvenimo kokybei.

Aukšto nerimo lygio (>96 ASI-R-36 įvertis) grupei priskirti respondentai (100 %, N=2) pažymėjo jaučiantys didelę ligos įtaką gyvenimo kokybei.

Apklaustųjų vyrų tarpe DLQI įvertis didėjo tolygiai kylant nerimo lygiui.

Vertinant pateiktus rezultatus reikia atkreipti dėmesį į tai, jog apklausos forma buvo pasirinkta, kaip paciento savęs įsivertinimas. Tolesni tyrimai apklausos formą galėtų praplėsti įtraukus ir gydytojo psichiatro atliktą profesionalų psichologinės būklės įvertinimą.

Diskusija:

Tyrimų rezultatai parodė, kad moterys, jaunesni pacientai, ir tie pacientai, kuriems liga prasideda anksti ar kurie save įvertina kaip kenčiančius nuo sunkios psoriazės formos, yra ypatingos rizikos asmenys, kuriems gali pasireikšti psichikos ir elgesio pokyčiai sergant šia liga [39]. Taip pat nerimas ir depresija labiau būdingi žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą turintiems asmenims.

Moterys, turinčios žemesnį nei aukštąjį išsilavinimą ir sergančios psoriaze, yra labiau pažeidžiamos depresijos, nei psoriaze sergantys tokio pačio išsilavinimo vyrai [40,41]. Tačiau reikia nepamiršti, jog dažnai vyrams būdingas uždarumas - jie stengiasi savo pažeidimus maskuoti - dengti juos po drabužiais ir vengti situacijų, kai pažeidimai taptų matomi. Jie stengiasi nusišluoti tiesą apie savo ligą nuo draugų ir šeimos narių - visa tai vyksta dėl baimės būti atstumtiems visuomenės [39]. Šiame tyrime depresijos bei nerimo paplitimas taip pat išsiskyrė lyčių tarpe – tiek depresijai būdingus simptomus, tiek aukštesnį nerimo lygį turėjo respondentės moterys. Reikia paminėti ir tai, kad kai kurie tyrimai nerado jokių reikšmingų skirtumų tarp lyčių, patiriant stigmatizaciją [21].

Priklausomai nuo lyties, mūsų apklaustų moterų rezultatai atspindėjo tokį depresijos paplitimą lyginant su DLQI įverčiu:

Pacientės, kurios pagal BDI taškų sumą buvo priskirtos kaip nepatiriančios depresijos simptomų, daugiausiai iš visų nurodė, kad pagal DLQI liga neturi jokios įtakos jų gyvenimo kokybei. Tačiau šioje grupėje pagal BDI buvo ir tokių respondenčių, kurios nurodė, jog liga turėjo mažą ar didelę įtaką gyvenimo kokybei.

Lengvai depresijai pagal patiriamus simptomus priskirtų pacienčių DLQI įverčiai skyrėsi labiausiai. Didžioji dalis, kaip ir grupė, neturinčių depresinių simptomų, nurodė, kad liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. Kiek mažiau, bet tolygiai pasiskirstė maža ir didelė ligos įtaka gyvenimui DLQI vertinimu. Mažiausiai lengvą depresiją patiriančių moterų nurodė, kad liga turi vidutinę įtaką jų gyvenimo kokybei.

Kas yra įdomu, kad vidutinę bei sunkią depresiją pagal BDI įvertį turinčios respondentės išskirtinai nurodė, kad liga turi mažą įtaką jų gyvenimo kokybei. Taip pat įdomi ir logiška atitiktis stebima grupėje, patiriančių labai sunkiai depresijai priskiriamus simptomus. Joje vienareikšmiškai buvo pažymėta, kad psoriazė, vertinant pagal DLQI, turi didelę įtaką gyvenimo kokybei.

Apklaustųjų vyrų populiacijoje atsakymai DLQI indekso įsivertinimas skyrėsi:

Įvairiausiai naudojant DLQI buvo įvertinti tie vyrai, kurie pagal BDI buvo priskirti kaip neturintys depresijos. Kaip ir moterų, taip ir vyrų grupėje, jie daugiausiai nurodė, jog liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. Gauti rezultatai parodė, kad nors BDI buvo priskiriamas normai, buvo pacientų, išreiškusių, jog liga atitinkamai turi didelę, vidutinę ar mažą įtaką gyvenimo kokybei.

Lengvai bei vidutinei depresijai priskirtų vyrų grupė pasižymėjo praktiškai vienodu ligos įtakos gyvenimo kokybei įvertinimu. Daugiausia abiejose šiose grupėse nurodė, kad patiriama didelė ligos įtaka. Tolygiai sekė vidutinės ir jokios įtakos gyvenimo kokybei įverčiai.

Pagal BDI įvertį nei vienas respondentas vyras nebuvo priskirtas sunkios depresijos grupei. Turint labai sunkios depresijos simptomus, kitaip nei moterų imtyje, buvo jaučiama vidutinė ligos įtaka gyvenimo kokybei pagal DLQI. Moterų imtyje esant labai sunkios depresijos simptomams jausta didelė ligos įtaka gyvenimo kokybei

Kitaip nei apklaustųjų moterų imtyje, skirtingoms depresijos pasireiškimo lygio grupėms priskirti vyrai buvo labiau linkę ligos įtaką gyvenimo kokybei įvertinti kaip vidutinę. Moterys – kaip mažą ar didelę.

Vertinant pacientų nerimo lygio koreliaciją su DLQI klausimynu gauti tokie rezultatai:

Tiek žemą, tiek vidutinį nerimo lygį pagal ASI-R-36 turinčios pacientės daugiausia nurodė, jog liga neturi jokios įtakos gyvenimo kokybei. Žemą nerimo lygį turinčios pacientės labiau juto didelę ligos įtaką gyvenimo kokybei nei tos, kurios turėjo vidutinį nerimo lygį. Būtent šiame – vidutinio nerimo lygiui priskirtų - buvo tokių, kurios išreiškė vidutinį ligos poveikį gyvenimo kokybei. Pažymėtina, jog nei viena apklaustoji pagal klausimyno įvertį nenurodė, kad turėtų aukštą nerimo lygį. Didesnę ligos įtaką gyvenimo kokybei nurodė tos respondentės, kurios neturėjo nerimo ar depresijos simptomų.

Respondentų vyrų grupėje nerimo paplitimas buvo įvairesnis nei moterų. Taip pat kaip ir apklaustos moterys, priskirtos žemo nerimo lygio grupei, vyrai toje pačioje grupėje nurodė, jog liga neturi jokios įtakos jų gyvenimo kokybei. Tačiau vidutinį nerimo lygį patiriantys vyrai daugiausia nurodė, kad liga turi vidutinę ar didelę įtaką gyvenimo kokybei. Aukštas nerimo lygis išskirtinai koreliavo su jausmu, kad liga turi didelę įtaką gyvenimo kokybei apklaustų vyrų tarpe.

Vertinant pacientų depresijos sunkumo pasireiškimą ir jų esamą šeimyninę padėtį išsiskyrė sunkiai ir labai sunkiai depresijai priskiriamų respondentų kategorijos. Sunkiai

depresijai priskirti pacientai buvo išskirtinai vienišos moterys. Labai sunkiai – po pusę pasiskirstė vienišos moterys ir išsiskyrę vyrai. Susituokę pacientai buvo dažniau nei bet kuri kita šeimyninio statuso grupė įvertinti kaip nepatiriantys depresijos ir nerimo simptomų

Vertinant pagal kitą sociodemografinį rodmenį – lytį – rezultatai depresijos nepatiriančioje ir labai sunkią depresiją patiriančių pacientų grupėse beveik per pusę pasiskirstė vyrų ir moterų imtys.

Lengvą depresiją daugiausiai nurodė moterys. Lyginant depresijos pasireiškimą atitinkamai pagal lytį išsiskyrė vyrų populiacija, priskirta patiriančių vidutinės depresijos simptomų grupei. Šiai kategorijai buvo priskirta keturis kartus daugiau vyrų nei moterų. Sunkiai depresijai, pagal BDI įverti, nebuvo priskirtas nei vienas vyras.

Nerimo paplitimas tarp lyčių buvo vienodas tiek žemą, tiek vidutinį nerimo lygį patiriančių respondentų grupėse. Abiejose grupėse daugiau šį jausmą juto moterys. Apklaustųjų moterų tarpe vyravo žemas nerimo lygmuo, vyrų – vidutinis. Taip pat tik vyrų grupėje fiksuotas aukšto nerimo lygio pasireiškimas.

Viena iš dažniausiai naudotų skalių tyrimuose – BDI – Becko depresijos inventorių. Jis taip pat akredituotas Lietuvoje ir naudojamas medicininėje sistemoje depresijos simptomams vertinti. Becko depresijos inventorių buvo sukurtas įvertinti depresijos stiprumą diagnozavus psichiatrinio profilio sutrikimus pacientams ir yra toliau naudojamas depresinių simptomų paplitimui populiacijoje vertinti. Šis inventorių yra akredituotas įvertinti su dermatologinėmis būklėmis nesusijusias ligas ir nebuvo atlikta jokių tyrimų, leidžiančių daryti išvadą, jog inventorių būtų tam tinkamas.

Sisteminėje ir meta-analizinės tipo apžvalgoje [41] buvo apžvelgti rezultatai iš atliktų tyrimų ir rasta, jog 26 kontroliniuose tyrimuose 42 % naudojo anketinius psichometrinius testus depresijos sunkumui vertinti kaip ir šiame tyrime. 9 iš 11 klausimynais paremtuose tyrimuose vidutinis atsakymų vidurkis parodė, jog psoriaze sergantys pacientai reikšmingai labiau linkę išreikšti depresijos simptomus palyginus su kontroline, psoriaze nesergančiųjų, grupe [41]. Minėtame apžvalginiame straipsnyje buvo išskirti du atlikti tyrimai, kuriuose pastebėtas keturis kartus didesnis antidepresantų suvartojimas sergant psoriaze. Iš pateiktų darbų rezultatų buvo sudaryta išvada, jog psoriaze sergantys pacientai turi 1,5 karto didesnę tikimybę depresijos pasireiškimui nei bendroji populiacija. Daugiau nei ketvirtadalis pacientų turėjo depresijos simptomų ir maždaug kas dešimtas turėjo klinikinei depresijai būdingų ženklų. Gauti rezultatai buvo nepriklausomi nuo vidutinio amžiaus bei lyties. Šiame Dowlatsahi *et al* straipsnyje aptarti ir 8 tyrimai, kurie naudojo jau pacientams nustatytos depresijos diagnozės kodą, vertinant kaip jos pasireiškimą sergant psoriaze. Tokiu būdu yra

gaunamas patikimesnis depresijos pasireiškimo įvertinimas palyginus su tais tyrimais, kurie naudojo tik klausimynus [42-50]. Taip išvengiant depresinės būklės hiperdiagnozės. Pagrindinis klausimynų trūkumas yra kad ir kiti, su depresija nesusiję, somatiniai simptomai, gali būti priskirti prie klinikinės depresijos simptomų, nors tai ne visada reikš, jog žmogus serga depresija [46].

Nors streso vaidmuo psoriazės eigoje plačiai pripažįstamas – šio ryšio kilmė dar vis išlieka neaiški. Yra pasiūlyti trys psichofiziologiniai sąveikos mechanizmai:

1. Ligos poveikis pasireiškia per hipofizės-antinksčių žievės ašį [45]
2. Streso generuojami imunodulatoriai [46,49] ir 3. neuropeptidai [47-50]

Pasireiškimas per hipofizės-antinksčių žievės ašį:

Depresija yra dažna psichikos sveikatos problema, dėl kurios pacientai praranda nuotaiką ir susidomėjimą kasdiene veikla. Remiantis tyrimu, didelis uždegiminių citokinių (TNF- α ir IL-6) kiekis randamas pacientams, sergantiems depresija, dažniausiai nesant jokios uždegiminės ligos. Priešingai, lėtinis uždegimas gali sukelti įvairius nuotaikos sutrikimus, įskaitant depresiją [51]. Depresija sergančių pacientų periferinė kraujotaka ir smegenų skystis parodė padidėjusį IL-1-beta ir TNF- α kiekį. Be to, tyrime su šunimis aukšti uždegiminiai citokinai sukėlė ligotą elgesį ir depresiją; taip gali nutikti ir žmonėms [52]. Terapinis citokino INF- α vartojimas parodė, koks svarbus yra uždegimo vaidmuo sergant depresija ir tai, jog pusei pacientų sukėlė depresiją [53]. Kito tyrimo duomenimis, padidėję uždegiminiai citokinai neigiamai veikia neurotransmiterių metabolizmą ir neuronų aktyvumą. Šie periferiškai išskiriami citokinai pasiekia centrinę nervų sistemą molekuliniais, ląsteliniais ir nerviniais keliais ir paveikia su nuotaika susijusių smegenų sričių uždegiminiuosius procesus [54].

Pasireiškimas per streso generuojamus imunodulatorius ir neuropeptidus:

Sergant psoriaze, makrofagai, T ir dendritinės ląstelės migruoja link epidermio ir tolyn nuo dermos, išlaisvindamos uždegiminiuosius citokinus, tokius kaip tumoro nekrozės faktorius-alfa (TNF- α), interleukinus 1 β (IL-1 β) ir IL-6, IL-22 ar 1 tipo citokinus (IL-2, interferoną- γ [IFN- γ] ir TNF- α) [61]. Sergant psoriaze yra T ląstelių ir citokino IL-10 defektas.

Keratinocitai yra sudirginami cheminių pernešėjų iš dendritinių ir T ląstelių išskirti citokinus, kurie sukelia dar daugiau uždegimo [56]. Dendritinės ląstelės veikia kaip tiltas tarp įgimtos ir įgytos imuninės sistemos tuo pačiu suaktyvinandamos šias sistemas psoriatiniuose pažeidimuose [63].

Taip pat buvo nustatyta, kad smegenų kilmės neuropatinis faktorius (BDNF), kuris atlieka esminį vaidmenį neuropatiniuose ir psichikos sutrikimuose yra susijęs su psoriaze [57]. Sergant depresija ir psoriaze BDNF koncentracija sumažėja.

Gupta *et al.* savo tyrime, kuriame dalyvavo 127 psoriaze sergantys pacientai, išskyrė pacientų pogrupį, kuriems liga paūmėdavo iki atitinkamo lygio dėl patiriamo streso. Šių pacientų charakteristikai buvo priskirta tai, kad jie buvo labiau priklausomi nuo kitų asmenų ir išreiškė specifinius asmenybės bruožus, tokius kaip sunkumus įvertinant pyktį reiškiančius jausmus ir pritarimo siekį iš kitų [60]. Idėja, jog yra tam tikras tiesioginis biocheminis ryšys [61] ir galimas defektas beta-adrenerginių receptorių funkcijoje tiek sergant psoriaze, tiek depresija, yra pateikta kaip viena iš paaiškinančių padidėjusį depresijos simptomų paplitimą tarp psoriaze sergančiųjų pacientų [56]. Nereiktų nuvertinti ir to fakto, jog depresija gali atsirasti ir kaip rezultatas, dėl vizualinių, ilgai išliekančių ligos pažeidimų.

Publikuotame tyrime [71] psoriazės būklė tarp pacientų, kuriems stresas yra svarbus faktorius jų ligos būklei, reikšmingai nesiskyrė nuo tų, kuriems stresas neturi didelės įtakos. Taip pat didelę streso įtaką jaučianti pacientų grupė neparodė jokių reikšmingų skirtumų atliekant psichologinius testus lyginant su tais pacientais, kuriems stresas neturi įtakos ligos eigoje. Taip pat šiame tyrime autoriai rado reikšmingai didesnius depresijos pasireiškimo laipsnius psoriaze sergančiųjų pacientų tarpe nei kontrolinėje sveikųjų grupėje. BDI įvertinimai koreliavo su psoriazės ligos simptomų sunkumu. Mūsų atliktame tyrime ši koreliacija taip pat stebima, ypač psoriaze sergančiųjų vyrų grupėje. Vidutinę ir labai sunkią depresiją turintys respondentai ligos įtaką gyvenimo kokybei pagal DLQI įvertino kaip vidutinę. Tai sutampa su tyrimu, kuriame nustatyta, jog psoriazės paūmėjimo rizika išauga tiems pacientams, kurie turi vidutinio ar sunkaus laipsnio depresiją. Panašius rezultatus savo tyrime parodė ir kiti autoriai [69-71]: Hardy ir Cotterill tyrimas parodė, jog psoriaze sergantys pacientai buvo labiau linkę į depresiją nei bendroji populiacija kontrolinėje grupėje [56]. Fava et al savo tyrime pažymėjo, jog pacientai, sergantys psoriaze ir dilgėline, turėjo didesnius nerimo, depresijos įvertinimus palyginus su tais pacientais, kurie turėjo grybelines infekcijas [58].

Yra atlikta nemažai tyrimų, įrodančių psoriazės ryšį su depresija [59-65]. Šis atliktas anketinis tyrimas šį ryšį dar kartą įrodo: beveik pusė apklaustųjų nurodė turintys depresijai būdingų simptomų, beveik tokia pati imtis nurodė ir padidėjusio nerimo lygį. Taip pat stebėta ligos sukeltos būklės ir depresijos įvėčio rezultatų panašumai tirtose grupėse. Galime daryti išvadą, kad psoriazė ir depresija turi daug bendrų mechanizmų, egzistuojančių kartu. Pasunkėjusi psoriazės eiga gali pasunkinti depresiją ir toks pat ryšys gali veikti atvirkščiai.

Socialinė stigmatizacija ir žema savivertė, atsirandanti dėl psoriazės, vaidina svarbų vaidmenį depresijos simptomų atsiradime.

Gauti šio tyrimo rezultatai parodė, kad nei vienas pacientas nenurodė, jog psoriazė turėtų be galo didelę įtaką jų gyvenimo kokybei. Reikia prisiminti tą faktą, kad pacientų apklausa vykdyta Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Dermatovenerologijos centre, kur pacientai ir buvo gydyti bei jiems prieinama visa reikiama profesionali medicininė priežiūra. Vien žinojimas, kad bet kada gali kreiptis į specialistus ir sulaukti pagalbos, teikia psichologinę naudą pacientui. Tam, kad pacientas būtų įvertintas, kaip patiriantis be galo didelę įtaką gyvenimo kokybei dėl psoriazės (ar bet kurios kitos dermatologinės ligos) DLQI klausimyne reikia surinkti mažiausiai 21 tašką (21-30). Ši indeksą sudaro 10 klausimų apimančių 10 skirtingų sričių, tokių kaip: ligos simptomai, gėdos jausmas, dėl odos būklės patiriami sunkumai buityje, ligos paveiktas drabužių pasirinkimas, visuomeninė veikla ir laisvalaikis, sportas, darbas ar mokslas, santykiai su kitais asmenimis, lytinis gyvenimas, gydymas. Turint tai omenyje, be galo didelės įtakos gyvenimo kokybei patyrimas reikštų, kad kiekvienas šis gyvenimo aspektas respondento buvo įvertintas mažiausiai 2 taškais, kas tolygu „stipriai, daug.“ Tokią įtaką sukelti galėtų tik visiškai nekontroliuojama, gydymui rezistentiška liga. Reikėtų prisiminti ir tai, kad psoriazei būdinga banguojanti ligos eiga – recidyvus keičia remisijos. Tikėtina, kad šis faktorius smarkiai prisideda prie to, jog pacientams sunku savo būklę įvertinti kaip beviltišką, absoliučiai priklausomą nuo psoriazės. Jie būna susitaikę su savo diagnoze ir žino, kas jų laukia psoriatinės būklės paūmėjimo metu. Negalime atmesti ir tos minties, kad pacientai, gyvendami su šia lėtine liga ne vienerius metus, optimistiškai žiūri į ateitį. Normalu, kad pacientai vis daugiau domisi savo liga, gydymo galimybėmis ir žino, kad jai, kaip ir kitoms ligoms, mokslininkai skiria daug laiko, jog būtų rasti naujesni bei efektyvesni gydymo metodai.

DLQI kaip ir kitų savarankiškų klausimynų, trūkumas yra tai, jog trūksta objektyvumo. Atsakymai subjektyviai būna pasirenkami pačio paciento. Net ir paprasti, su liga nesusiję dirgikliai gali pakeisti klausimyno atsakymus priklausomai nuo paciento nuotaikos. Vienas iš galimų būdų, norint patikrinti rezultatų patikimumą, būtų pakartoti testą po kurio laiko ir stebėti gautų atsakymų koreliaciją.

Psoriazės ir depresijos ryšio tyrinėjimas yra reikšmingas psichinei asmens sveikatai. Rekomenduojama gydytojams dermatologams atlikti ir tokius tyrimus, kurie įvertintų pacientų psichologinę sveikatą. Tai gali padėti nustatyti rizikos veiksnius, galinčius sukelti depresiją sergant psoriaze ir paruošti gydytojus bei pacientus iš anksto su tais veiksniais

susidoroti. Vienas iš būdų - pasiūlant psichologinę pagalbą greta pagrindinės ligos – psoriazės – gydymo, taip sumažinant pacientų psichologinio streso tikimybę.

Psichologinis ligos aspekto įvertinimas ir gydymas yra labai svarbus, įvertinant psoriazės sunkumą, kadangi tai vaidina svarbų vaidmenį paciento ligos supratime ir jos gydyme. Depresijos ir psoriazės ryšio supratimas padėtų gydytojams geriau valdyti ligą. Pavyzdžiui, pacientai, sergantys depresija, dažniausiai nesilaiko reikalavimų ir sutelkia dėmesį į negatyvias mintis. Jie gali manyti, kad niekada nepavyks atsikratyti ligos nepaisant gydymo. Apėmęs beprasmybės jausmas gali sutrikdyti reguliarių psoriazės gydymo režimą bei prisidėti prie psoriatinės būklės pablogėjimo.

Lėtinės ligos turi įtakos pacientų psichologinei sveikatai, o aukštesnis psichosocialinės negalios lygis mažina gydymo režimo laikymąsi, kas galiausiai kelia nepasitenkinimą gydymu, o tai galiausiai gali taip pat prisidėti prie depresijos [81]. Šiuo požiūriu psoriazė yra uždegiminė liga, reikalaujanti brangaus ir ilgalaikio gydymo, nes psichosocialinis stresas ligą gali sustiprinti.

Jau įrodyta, kad depresija yra kaip komorbidinis susirgimas sergant lėtinėmis ligomis, tokiomis kaip diabetas, reumatoidinis artritas ir širdies nepakankamumas su skirtingu depresijos simptomų laipsnio ir klinikos pasireiškimu [61-75]. Sudėtinga įvertinti ir atitaikyti vienodą depresijos pasireiškimą turiant skirtingas lėtinės būkles, nes atliekant tyrimus ne visada naudojami tie patys įvertinimo metodai ir ne taip pat traktuojamas depresijos pasireiškinimas.

Gydytojui įtarus, jog pacientas serga depresija, paciento turėtų būti paklausiama ar jis patiria kokių nors, klinikei depresijai būdingų, simptomų ir jeigu yra būtinybė – nukreipti pas gydytoją psichiatrą.

Nuotaikos sutrikimai, įskaitant depresiją bei nerimą, yra stebimi maždaug 30 % pacientų, turintiems dermatologinių sutrikimų [76]. Psichiatrinės komorbidinės būklės psoriaze sergančiųjų pacientų tarpe gali būti kaip pirminės ar kaip antrinės, sukeltos kosmetinių išvaizdos pakitimų ir socialinės stigmos [77]. Psoriazės paūmėjimai dažnai atsiranda po patirtų psichosocialinių streso epizodų [78,79]. Dowlatshahi su kolegomis publikavo depresijos ir depresijos simptomų paplitimą sergant psoriaze meta-analizę [77]. Jų rezultatai parodė, kad daugiau nei 10 % psoriaze sergančiųjų pacientų sirgo klinicine depresija ir daugiau nei 20 % turėjo depresinių simptomų.

Nerimas yra subjektyvi būklė, kuomet žmogus jaudinasi, jaučia įtampą. Nerimo sutrikimams priskiriami generalizuotas nerimo sutrikimas, panikos atakos, socialinis nerimo sutrikimas, specifinės fobijos ir obsesinis-kompulsinis sutrikimas. Šios būklės dažnai

atsiranda sąveikoje su kitomis psichiatrinėmis būklėmis, ypač depresiniais sutrikimais [78]. Žinant tai, kad depresija yra viena iš psoriazės komorbidinių būklių, galima įtarti, kad nuo psoriazės kenčiantys pacientai turi didesnę riziką nerimo sutrikimų pasireiškimui.

Oda atlieka svarbų vaidmenį žmogaus gyvenime. Ne tik biologine prasme, bet ir psichologine. Per ją žmogus komunikuoja ir į ją aplinkiniai itin kreipia dėmesį. Todėl atitinkamai odos sutrikimai smarkiai paveikia savęs supratimą bei vertinimą. Savivertės sumažėjimas dėl odos būklės ir psichosocialiniai reiškiniai gali prisidėti prie bendro sergamumo, ypač jei psoriazės simptomai atsiranda ir progresuoja kritiniu gyvenimo laikotarpiu, tokiu kaip paauglystė [79-81].

Žinant tą faktą, kad psoriazė gali reikšmingai atsispindėti per asmens psichologinius bei socialinius veiksnius, įprastinis medicininis psoriazės gydymas mažai atsižvelgia į psichologinį ligos aspektą. Vienas iš pirmųjų, į tai atkreipusių dėmesį, buvo Dr R. Coles kuris suorganizavo atvirus grupinius susitikimus psoriaze sergantiems pacientams su gydytojais dermatologais, kaip jų koordinatoriais, dar 1967 metais [70]. Ir nors yra žinoma, kad tokios pagalbinės priemonės, kaip paramos grupė, įžvalgų ar /ir relaksacijos terapijos bei hipnozė, yra veiksmingos ir padedančios pacientų psichinei sveikatai – psichosocialinė terapija, kaip viena iš psoriazės gydymo sudedamųjų dalių, šiuo metu dar vis yra labiau išimtis nei taisyklė [71,72].

Kartu su tinkamu medicininio gydymu, savipagalbos grupėmis ir pagalbiniomis terapijomis galima būtų siekti sumažinti pacientų patiriamą psichofiziologinį stresą bei padėti susikurti būdus, leidžiančius išmokyti valdyti stresinius įvykius. Šie būdai gali būti naudingi užkertant kelią psoriazės eigos paūmėjimui. Išmokus atpažinti psichosocialines problemas galima tikėtis sutrumpėjusio terapinio laikotarpio, tuo pačiu ir sveikatos priežiūros išlaidų. Žinodami pacientų psichologinę būklę gydytojai galėtų iš karto nuspėti, kad reikės atidesnės priežiūros ir daugiau pastangų, norint pasiekti kontroliuojamą ligos eigą.

Literatūros sąrašas:

1. World Health Organization. (2016). *Global report on psoriasis*. World Health Organization.
2. Parisi, R., Symmons, D. P. M., Griffiths, C. E. M., Ashcroft, D. M., & Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team.

- (2013). Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *The Journal of Investigative Dermatology*, 133(2), 377–385.
3. Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, T. N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 14(4), 267–271.
 4. Sharma, N., Koranne, R. V., & Singh, R. K. (2001). Psychiatric morbidity in psoriasis and vitiligo: A comparative study. *The Journal of Dermatology*, 28(8), 419–423.
 5. González-Parra, S., & Daudén, E. (2019). Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 110(1), 12–19.
 6. Renzi, C., Picardi, A., Abeni, D., Agostini, E., Baliva, G., Pasquini, P., Puddu, P., & Braga, M. (2002). Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Archives of Dermatology*, 138(3), 337–342.
 7. Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., Main, C. J., & Griffiths, C. E. M. (2003). Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139(6), 752–756.
 8. Verhoeven, E. W. M., Kraaimaat, F. W., de Jong, E. M. G. J., Schalkwijk, J., van de Kerkhof, P. C. M., & Evers, A. W. M. (2009). Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: A prospective study. *The British Journal of Dermatology*, 161(2), 295–299.
 9. Egeberg, A., Khalid, U., Gislason, G. H., Mallbris, L., Skov, L., & Hansen, P. R. (2016). Impact of Depression on Risk of Myocardial Infarction, Stroke and Cardiovascular Death in Patients with Psoriasis: A Danish Nationwide Study. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(2), 218–221.
 10. Papadopoulos, L., Bor, R., & Hawk, J. (1999). *Psychological approaches to dermatology*. BPS Books.
 11. Zięciak, T., Rzepa, T., Król, J., & Żaba, R. (2017). Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1153–1163.
 12. Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepietowski, J. C. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Dermato-Venereologica*, 92(1), 67–72.
 13. Ayala, F., Sampogna, F., Romano, G. V., Merolla, R., Guida, G., Gualberti, G., Paparatti, U. D. L., Amerio, P., Balato, N., Potenza, C., & Daniele Study Group. (2014). The impact of psoriasis on work-related problems: A multicenter cross-

- sectional survey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 28(12), 1623–1632.
14. Bewley, A., Burrage, D. M., Ersser, S. J., Hansen, M., & Ward, C. (2014). Identifying individual psychosocial and adherence support needs in patients with psoriasis: A multinational two-stage qualitative and quantitative study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 28(6), 763–770.
 15. Kimball, A. B., Gieler, U., Linder, D., Sampogna, F., Warren, R. B., & Augustin, M. (2010). Psoriasis: Is the impairment to a patient's life cumulative? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 24(9), 989–1004.
 16. Wu, J. J., Feldman, S. R., Koo, J., & Marangell, L. B. (2018). Epidemiology of mental health comorbidity in psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 29(5), 487–495.
 17. Warren, R. B., Kleyn, C. E., & Gulliver, W. P. (2011). Cumulative life course impairment in psoriasis: Patient perception of disease-related impairment throughout the life course. *The British Journal of Dermatology*, 164 Suppl 1, 1–14.
 18. Weiss, S. C., Kimball, A. B., Liewehr, D. J., Blauvelt, A., Turner, M. L., & Emanuel, E. J. (2002). Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 47(4), 512–518.
 19. Moon, H.-S., Mizara, A., & McBride, S. R. (2013). Psoriasis and psychodermatology. *Dermatology and Therapy*, 3(2), 117–130.
 20. Bundy, C., Borthwick, M., McAteer, H., Cordingley, L., Howells, L., Bristow, P., & McBride, S. (2014). Psoriasis: Snapshots of the unspoken: using novel methods to explore patients' personal models of psoriasis and the impact on well-being. *The British Journal of Dermatology*, 171(4), 825–831.
 21. Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 11–15.
 22. Fortune, D. G., Richards, H. L., Corrin, A., Taylor, R. J., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2003). Attentional bias for psoriasis-specific and psychosocial threat in patients with psoriasis. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3), 211–224.
 23. Esposito, M., Saraceno, R., Giunta, A., Maccarone, M., & Chimenti, S. (2006). An Italian study on psoriasis and depression. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 212(2), 123–127.

24. Walker, C., & Papadopoulos, L. (Eds.). (2005). *Psychodermatology*. Cambridge University Press.
25. Meyer, N., Paul, C., Feneron, D., Bardoulat, I., Thiriet, C., Camara, C., Sid-Mohand, D., Le Pen, C., & Ortonne, J. P. (2010). Psoriasis: An epidemiological evaluation of disease burden in 590 patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 24(9), 1075–1082 .
26. Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *The British Journal of Dermatology*, 147(4), 736–742.
27. Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G., Simoni, L., Sgarbi, S., Giannetti, A., & PSYCHAE Study Group. (2007). Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: The PSYCHAE Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 21(9), 1161–1169.
28. Bewley, A., & Page, B. (2011). Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 25 Suppl 4, 9–14.
29. Ljosaa, 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: JEADV*, 26(1), 29–35.
30. Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.-W., Jäger, B., Sittig, U., Hofste, N., Ott, R., Malewski, P., & Lamprecht, F. (2005). Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: A 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Dermato-Venereologica*, 85(1), 27–32.
31. Schmid-Ott, G., Schallmayer, S., & Calliess, I. T. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in Dermatology*, 25(6), 547–554.
32. Russo, P. A. J., Ilchef, R., & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *The Australasian Journal of Dermatology*, 45(3), 155–159; quiz 160–161.
33. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.

34. Wang, Y.-P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 416–431.
35. Golpour, M., Hosseini, S. H., Khademloo, M., Ghasemi, M., Ebadi, A., Koohkan, F., & Shahmohammadi, S. (2012). Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatology Research and Practice*, 2012, 381905.
36. Pignone, M. P., Gaynes, B. N., Rushton, J. L., Burchell, C. M., Orleans, C. T., Mulrow, C. D., & Lohr, K. N. (2002). Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 136(10), 765–776.
37. Kurd, S. K., Troxel, A. B., Crits-Christoph, P., & Gelfand, J. M. (2010). The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Archives of Dermatology*, 146(8), 891–895.
38. Schmitt, J., & Ford, D. E. (2010). Psoriasis is independently associated with psychiatric morbidity and adverse cardiovascular risk factors, but not with cardiovascular events in a population-based sample. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 24(8), 885–892.
39. Han, C., Lofland, J. H., Zhao, N., & Schenkel, B. (2011). Increased prevalence of psychiatric disorders and health care-associated costs among patients with moderate-to-severe psoriasis. *Journal of Drugs in Dermatology: JDD*, 10(8), 843–850.
40. Kimball, A. B., Guérin, A., Tsaneva, M., Yu, A. P., Wu, E. Q., Gupta, S. R., Bao, Y., & Mulani, P. M. (2011). Economic burden of comorbidities in patients with psoriasis is substantial. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 25(2), 157–163.
41. Tsai, T.-F., Wang, T.-S., Hung, S.-T., Tsai, P. I.-C., Schenkel, B., Zhang, M., & Tang, C.-H. (2011). Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. *Journal of Dermatological Science*, 63(1), 40–46.
42. Haddad, A., & Zisman, D. (2017). Comorbidities in Patients with Psoriatic Arthritis. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 8(1).
43. Schmitt, J. M., & Ford, D. E. (2007). Role of depression in quality of life for patients with psoriasis. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 215(1), 17–27.

44. Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2003). Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatologic Disorders: Epidemiology and Management. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(12), 833–842.
45. Kannan, S., Heller, M. M., Lee, E. S., & Koo, J. Y. (2013). The role of tumor necrosis factor-alpha and other cytokines in depression: What dermatologists should know. *The Journal of Dermatological Treatment*, 24(2), 148–152.
46. Rosenblat, J. D., Cha, D. S., Mansur, R. B., & McIntyre, R. S. (2014). Inflamed moods: A review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 53, 23–34.
47. Tuglu, C., Kara, S. H., Caliyurt, O., Vardar, E., & Abay, E. (2003). Increased serum tumor necrosis factor-alpha levels and treatment response in major depressive disorder. *Psychopharmacology*, 170(4), 429–433.
48. Raison, C. L., Capuron, L., & Miller, A. H. (2006). Cytokines sing the blues: Inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, 27(1), 24–31.
49. Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815.
50. Palfreeman, A. C., McNamee, K. E., & McCann, F. E. (2013). New developments in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: A focus on apremilast. *Drug Design, Development and Therapy*, 7, 201–210.
51. Nestle, F. O., Kaplan, D. H., & Barker, J. (2009). Psoriasis. *The New England Journal of Medicine*, 361(5), 496–509.
52. Ouyang, W. (2010). Distinct roles of IL-22 in human psoriasis and inflammatory bowel disease. *Cytokine & Growth Factor Reviews*, 21(6), 435–441.
53. Brunoni, A. R., Lotufo, P. A., Sabbag, C., Goulart, A. C., Santos, I. S., & Benseñor, I. M. (2015). Decreased brain-derived neurotrophic factor plasma levels in psoriasis patients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira De Pesquisas Medicas E Biologicas*, 48(8), 711–714.
54. Gupta, M. A., Gupta, A. K., & Haberman, H. F. (1987). Psoriasis and psychiatry: An update. *General Hospital Psychiatry*, 9(3), 157–166.
55. Gupta, M. A., Schork, N. J., Gupta, A. K., Kirkby, S., & Ellis, C. N. (1993). Suicidal ideation in psoriasis. *International Journal of Dermatology*, 32(3), 188–190.

56. Harvima, I. T., Viinamäki, H., Naukkarinen, A., Paukkonen, K., Neittaanmäki, H., Harvima, R. J., & Horsmanheimo, M. (1993). Association of cutaneous mast cells and sensory nerves with psychic stress in psoriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60(3–4), 168–176.
57. Fava, G. A., Perini, G. I., Santonastaso, P., & Fornasa, C. V. (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *The British Journal of Medical Psychology*, 53(3), 277–282.
58. Cohen, B. E., Martires, K. J., & Ho, R. S. (2016). Psoriasis and the Risk of Depression in the US Population: National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2012. *JAMA Dermatology*, 152(1), 73–79.
59. Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., Misery, L., Szabo, C., Linder, D., Sampogna, F., Evers, A. W. M., Halvorsen, J. A., Balieva, F., Szepietowski, J., Romanov, D., Marron, S. E., Altunay, I. K., Finlay, A. Y., Salek, S. S., & Kupfer, J. (2015). The psychological burden of skin diseases: A cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. *The Journal of Investigative Dermatology*, 135(4), 984–991.
60. Tohid, H., Aleem, D., & Jackson, C. (2016). Major Depression and Psoriasis: A Psychodermatological Phenomenon. *Skin Pharmacology and Physiology*, 29(4), 220–230.
61. Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–1078
62. Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 52–60.
63. Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527–1537.
64. Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., Pouwer, F., & European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: A systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(12), 2480–2486.

65. Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., Pellegrini, F., Saglimbene, V., Logroscino, G., Fishbane, S., & Strippoli, G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, *84*(1), 179–191.
66. Alpsoy, E., Ozcan, E., Cetin, L., Ozgur, O., Er, H., Yilmaz, E., & Karaman, T. (1998). Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? A double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *38*(2 Pt 1), 197–200.
67. Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C. F., Puddu, P., & Pasquini, P. (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. *The British Journal of Dermatology*, *143*(5), 983–991.
68. Dowlatshahi, E. A., Wakkee, M., Arends, L. R., & Nijsten, T. (2014). The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Investigative Dermatology*, *134*(6), 1542–1551.
69. Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H.-U., Beesdo, K., Höfler, M., & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(5), 618–626, quiz 730.
70. Voorhees, J. J., & Duell, E. A. (1971). Psoriasis as a possible defect of the adenyl cyclase-cyclic AMP cascade. A defective chalone mechanism? *Archives of Dermatology*, *104*(4), 352–358.
71. Gaston, L., Lassonde, M., Bernier-Buzzanga, J., Hodgins, S., & Crombez, J. C. (1987). Psoriasis and stress: A prospective study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *17*(1), 82–86.
72. Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, N., Kumbasar, H., & Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *14*(4), 267–271.