

La psoriasi... va in vacanza

Il decorso della malattia migliora in estate
se l'ambiente psico-affettivo è sereno.

La pelle, specchio delle nostre emozioni, è un organo di frontiera tra l'ambiente esterno e quello interno e pertanto si presta meglio di qualsiasi altro apparato ad assumere il ruolo simbolico di "valvola di sfogo" dei conflitti emozionali. Cute e sistema nervoso originano dallo stesso foglietto embrionale (neuroectoderma) e continuano a comunicare per tutta la vita mediante speciali messaggeri fisiologici prodotti dall'encefalo denominati **neuropeptidi**.

Fino a giugno 2007 sono stati identificati almeno 50 tipi diversi di neuropeptidi, tra cui ricordiamo gli endocannabinoidi, le encefaline, le endorfine, la sostanza P, l'MSH ed il neuropeptide Y. I recettori di questi mediatori fisiologici delle "emozioni" sono stati recentemente riscontrati negli organi cosiddetti psicosomatici, come cute, stomaco e intestino, distretti particolarmente reattivi alle emozioni (stress). Secondo questo modello patogenetico, l'ambiente psicosociale eserciterebbe attraverso la produzione di neuropeptidi (sistema nervoso centrale) un'influenza modulatoria sul sistema immunitario e di conseguenza sul benessere cutaneo (**psico-immuno-dermatologia**). Al contrario invece, il processo di "somatizzazione" rappresenterebbe un importante

meccanismo di difesa dell'io, attraverso il quale pensieri inaccettabili per l'io cosciente o situazioni conflittuali inconscie, sarebbero convertiti in una serie di sintomi cosiddetti psicosomatici (es: colite, alopecia, psoriasi, vitiligine, etc).

La **PSORIASI** è stata definita la "regina" delle dermatosi psicosomatiche, in quanto il miglioramento o la cronicizzazione della patologia sono fortemente influenzati dalla sfera psico-affettiva del paziente (stress). Con l'arrivo dell'estate essa tende al miglioramento grazie all'effetto cheratoregolatore del sole e dell'acqua di mare e all'importante quota di benessere psicofisico apportata da una serena vacanza estiva.

Questa patologia colpisce almeno **3 italiani su 100** e presenta un decorso cronico caratterizzato da fasi di miglioramento o remissione, alternate a fasi di esacerbazione. La psoriasi si manifesta generalmente con delle tipiche chiazze eritematose ricoperte da squame, localizzate a gomiti, ginocchia, regione lombo-sacrale e cuoio capelluto (**psoriasi volgare**). Essa può anche interessare le zone intime (**psoriasi genitale**), le unghie (**onicopatia psoriasica**) e le articolazioni (**psoriasi artropatica**). Al cuoio capelluto le placche possono essere isolate o

confluire lungo l'attaccatura dei capelli, la cui crescita non viene però compromessa. Nelle chiazze psoriasiche le cellule dell'epidermide (cheratinociti basali) si riproducono molto più velocemente rispetto a quelle della cute sana.

Tra le cause della psoriasi rivestono un ruolo importante sia la **predisposizione genetica** (ereditarietà) sia alcuni fattori ambientali come alcool, fumo, farmaci e soprattutto lo stress emotivo. Inoltre, tra gli individui predisposti, ci sarebbe una certa associazione tra alcuni tratti del carattere (personalità ossessivo compulsiva, personalità narcisistica) e la patologia in questione.

Le **terapie tradizionali** prevedono sia l'applicazione di creme (cortisonici, cheratolitici, catrami vegetali, derivati della vitamina D), sia l'esposizione ai raggi ultravioletti (sole, solarium, lampade speciali UVB a banda stretta), sia l'impiego di farmaci assunti per via orale (retinoidi, immunomodulatori, etc).

I **moderni protocolli terapeutici** prevedono invece l'eventuale associazione con una nuova classe di farmaci sistemici, cosiddetti "biologici" (infliximab, etanercept, adalimumab, efalizumab) basati su un meccanismo d'azione più sofisticato rispetto ai trattamenti tradizionali.

