



**ISTITUTO TOLMAN**

**Scuola di Specializzazione  
in Psicoterapia  
Cognitivo-Comportamentale**

***SEDE CAGLIARI***

***ELABORATO FINALE DI 2° ANNO***

***PSORIASI E BENESSERE PSICOFISICO: IL RUOLO DI ANSIA,  
DEPRESSIONE, LOCUS OF CONTROL E ASSERTIVITÀ NEL VISSUTO DEL  
PAZIENTE***

***DOTT. ANDREA GIURDANELLA***

***ANNO 2025***

# ***Psoriasi e Benessere Psicofisico: Il Ruolo di Ansia, Depressione, Locus of Control e Assertività nel Vissuto del Paziente***

## **Abstract**

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della pelle mediata dal sistema immunitario, associata a numerose comorbidità come artrite psoriasica, disturbi psicologici, cardiovascolari ed epatici. Nonostante la sua non pericolosità immediata per la vita, la psoriasi può compromettere significativamente la qualità della vita (QoL) dei pazienti, con un impatto psicosociale spesso sottovalutato. Il presente studio mira a esplorare le correlazioni tra la psoriasi e aspetti psicologici quali lo stile comunicativo, il locus of control, e la presenza di ansia e depressione. Sebbene la letteratura esistente abbia ampiamente documentato gli effetti psicologici della psoriasi, specialmente attraverso parametri come il Dermatology Life Quality Index (DLQI) e il Psoriasis Disability Index (PDI), vi è una carenza di studi che investigano il legame tra psoriasi e fattori psicologici più profondi, come l'apprendimento sociale. Questo lavoro si propone di colmare questa lacuna, indagando come il modo di comunicare dei pazienti e la loro percezione di controllo sulla malattia possano influire sul benessere psicologico, evidenziando l'importanza di un approccio integrato nella gestione terapeutica della psoriasi.

## **Parole chiave**

- Psoriasi
- Benessere psicofisico
- Qualità della vita (QoL)
- Ansia
- Depressione
- Locus of control
- Assertività
- Stress cronico
- Psicosomatica
- Adesione terapeutica
- Coping
- Dermatology Life Quality Index (DLQI)
- Psoriasis Disability Index (PDI)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

## **Introduzione**

La psoriasi è una malattia infiammatoria cronica della pelle, a base autoimmune, non contagiosa, che colpisce milioni di individui in tutto il mondo. Clinicamente caratterizzata da lesioni eritematoso ricoperte da squame argentee, la psoriasi può manifestarsi in forme molto variabili, da quadri lievi e localizzati fino a coinvolgimenti cutanei estesi e debilitanti. Oltre agli aspetti dermatologici, la psoriasi è oggi riconosciuta come una patologia sistemica, associata a numerose comorbidità — tra cui artrite psoriasica, sindrome metabolica, disturbi cardiovascolari e disordini psichiatrici — e in grado di compromettere profondamente la qualità della vita (QoL) dei pazienti.

L'impatto della psoriasi va ben oltre le manifestazioni cliniche visibili. Numerosi studi hanno evidenziato come questa patologia sia spesso accompagnata da un importante carico psicologico ed emotivo. I pazienti riferiscono frequentemente sentimenti di vergogna, isolamento, ansia e depressione, accentuati dalla visibilità delle lesioni e dalla stigmatizzazione sociale. In questo senso, la psoriasi rappresenta un modello paradigmatico di patologia psicosomatica, in cui le componenti biologiche e psicologiche si influenzano reciprocamente in un circolo vizioso: lo stress e l'ansia possono aggravare la malattia, che a sua volta alimenta il disagio psichico.

Dal punto di vista patogenetico, la psoriasi è determinata da una complessa interazione tra fattori genetici, ambientali e immunologici. La risposta immunitaria aberrante, mediata da cellule T e da citochine pro-infiammatorie come TNF- $\alpha$ , IL-17 e IL-23, porta a un'eccessiva proliferazione dei cheratinociti e alla formazione delle classiche placche psoriasiche. Tuttavia, l'interesse crescente verso l'interfaccia mente-corpo ha aperto nuovi filoni di ricerca sull'importanza degli aspetti psicologici, della personalità e del funzionamento emotivo nel decorso della malattia.

Nonostante l'ampia disponibilità di trattamenti — topici, sistemici e biologici — l'aderenza terapeutica resta spesso subottimale, in parte proprio a causa del vissuto soggettivo di malattia, che può includere sfiducia, frustrazione e disimpegno. In questo contesto, la valutazione della qualità della vita diventa uno strumento indispensabile per comprendere l'esperienza globale del paziente, orientare le scelte terapeutiche e migliorare la gestione clinica della malattia.

Nel presente studio abbiamo voluto approfondire, oltre ai ben noti sintomi fisici e psicologici della psoriasi, anche alcuni aspetti finora poco indagati in letteratura, come il locus of control e lo stile comunicativo dei pazienti. Abbiamo ipotizzato che queste variabili psicologiche possano giocare un ruolo nel modo in cui la malattia viene vissuta e affrontata, influenzando indirettamente la gravità percepita, l'efficacia del trattamento e l'aderenza terapeutica.

Per valutare l'impatto globale della psoriasi sulla vita quotidiana dei pazienti abbiamo utilizzato strumenti standardizzati e validati, tra cui:

- Il Dermatology Life Quality Index (DLQI), un questionario specifico per le malattie dermatologiche che misura l'impatto fisico, sociale, relazionale e psicologico della malattia;
- Il Psoriasis Disability Index (PDI), che valuta la disabilità percepita nei principali ambiti della vita quotidiana;
- La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), sviluppata nel 1983 da Zigmond e Snaith e misura i sintomi di ansia e depressione. Composta da 14 item su scala Likert a quattro punti, la HADS è suddivisa in due sotto-scale:
  - Sintomi d'ansia: Rilevano tensione, nervosismo, paura, preoccupazione e irrequietezza.
  - Sintomi depressivi: Misurano tono dell'umore basso, rallentamento psicomotorio, anedonia e pessimismo.
- La scala del locus of control (LoC) di Rotter misura la percezione che un individuo ha riguardo al controllo degli eventi della propria vita. La versione utilizzata è composta da 29 item, 23 dei quali sono validi per il punteggio. Gli item sono organizzati in coppie, e il partecipante deve scegliere quale affermazione riflette meglio le proprie convinzioni riguardo al controllo interno o esterno degli eventi.
- Il Test sull'Assertività “quale stile prediligi”, che valuta un'abilità sociale che influisce sulla qualità delle interazioni e sul benessere psicologico. Questo test aiuta a capire come il paziente gestisce le proprie interazioni sociali e a indirizzare eventuali interventi per migliorare la comunicazione e l'auto-espressione, riducendo conflitti emotivi che potrebbero influire sul benessere generale.

Attraverso un'analisi integrata di questi dati, l'obiettivo del nostro lavoro è quello di offrire una visione più completa della psoriasi, che tenga conto non solo della dimensione clinica, ma anche di quella psicosociale, nella prospettiva di un approccio terapeutico realmente multidisciplinare e centrato sulla persona.

### ***Utilizzo degli Strumenti***

Questi strumenti psicologici vengono somministrati per valutare vari aspetti psicologici e comportamentali dei pazienti con psoriasi. La combinazione di questionari sull'impatto della malattia (PDI), misurazioni dello stress emotivo (HADS), percezioni del controllo personale (LoC) e competenze interpersonali (assertività) consente di ottenere una visione completa del benessere psicologico e delle necessità di intervento terapeutico.

In ambito clinico, questi strumenti vengono utilizzati per monitorare la qualità della vita del paziente, il livello di ansia e depressione legato alla malattia, la percezione del controllo sul decorso della malattia e sugli eventi della propria vita e le difficoltà nelle relazioni sociali e la capacità di comunicare in modo assertivo.

Ogni strumento ha il suo scopo specifico, ma insieme offrono un quadro utile per adattare le terapie psicologiche e psicosociali alle necessità individuali dei pazienti.

## **Materiali e Metodi**

Lo studio ha coinvolto un totale di 30 pazienti affetti da psoriasi, di cui 13 uomini e 17 donne, tutti con lesioni attive recenti, seguiti presso l'Unità Operativa di Dermatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari. I pazienti hanno soddisfatto i criteri di inclusione e hanno accettato di partecipare volontariamente allo studio. Prima dell'inizio, i partecipanti sono stati informati sul protocollo dello studio e hanno fornito il loro consenso scritto.

### ***Criteri di Inclusione e Esclusione***

I pazienti arruolati erano maggiorenni ( $\geq 18$  anni) e almeno diplomati alla scuola primaria. I criteri di esclusione comprendevano:

- Malattie croniche concomitanti (infezioni, disturbi autoimmuni, diabete mellito, ipercolesterolemia familiare).
- Stato di immunodepressione.
- Gravidanza.
- Ritardo mentale.
- Disturbi psicotici (attuali o passati) e abuso di sostanze o alcol.
- Malattie neoplastiche, malattie del fegato o dei reni.
- Interventi chirurgici maggiori recenti.

I test sono stati somministrati ai pazienti dal personale medico dell'ospedale. L'età media dei pazienti arruolati era di 51 anni (deviazione standard = 16; età mediana = 52; intervallo = 26-81 anni). I dati demografici, inclusi il genere, l'età e i punteggi dei test, sono stati registrati in un modulo appositamente progettato (tabella 1).

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando Jamovi. Per le variabili numeriche, sono stati calcolati la media e la deviazione standard. Sono stati utilizzati anche metodi di analisi inferenziale, tra cui:

- Regressione lineare.
- Coefficiente di correlazione di Pearson (r).
- Analisi della varianza (ANOVA), con analisi post-hoc utilizzando la correzione di Tukey.

I risultati delle correlazioni tra le variabili sono riportati nella tabella 2, che mostra le interazioni tra le diverse misure.

## ***Valutazione della Qualità della Vita (QoL)***

La qualità della vita è stata valutata con il DLQI e il PDI, strumenti che misurano rispettivamente l'impatto generale e funzionale della psoriasi. I test sono facili da somministrare e richiedono poco tempo. Entrambi il DLQI e il PDI sono stati validati in numerosi studi per misurare l'impatto della psoriasi sulla qualità della vita. Il DLQI può essere applicato a un ampio numero di patologie dermatologiche. Il PDI si concentra sul deterioramento della qualità della vita funzionale, utile per monitorare cambiamenti durante il trattamento.

Tuttavia essendo questionari autocompletati, i punteggi possono essere influenzati dalla percezione individuale dei pazienti. Il PDI, pur utile, potrebbe non cogliere aspetti specifici della psoriasi come le problematiche psicologiche o psicosociali. Infine i test potrebbero non riflettere con precisione l'impatto su particolari gruppi, come i bambini o gli anziani.

## **Discussione**

La psoriasi, patologia infiammatoria cutanea multifattoriale, mostra un impatto profondo non solo a livello fisico ma anche emotivo e sociale, come confermato da studi recenti. L'alterazione cutanea, pur rappresentando la manifestazione visibile della malattia, è solo la "punta dell'iceberg" poiché la sofferenza psicologica che ne deriva richiede un approccio integrato, che consideri le dimensioni biologica e psicologica del paziente.

I meccanismi immunitari sottostanti alla psoriasi sono fortemente influenzati dallo stress cronico, che amplifica l'infiammazione mediante l'attivazione delle cellule Th1, Th22 e Th17 e la produzione di citochine pro-infiammatorie come IFN-gamma, IL-17 e IL-22. Lo stress modifica quindi il normale equilibrio immunologico, promuovendo un ambiente favorevole alla persistenza e al peggioramento delle lesioni cutanee. Questo stato di infiammazione cronica si inserisce in un complesso sistema di interazioni tra sistema nervoso, endocrino e immunitario, evidenziando il ruolo centrale della psiconeuroendocrinoimmunologia nel comprendere e gestire questa patologia.

Dal punto di vista psicosomatico, la localizzazione e la visibilità delle lesioni rappresentano fattori cruciali nel vissuto emotivo del paziente, influenzando autostima, relazioni sociali e sessuali. Le lesioni in zone esposte spesso generano ansia sociale e evitamento, peggiorando la qualità della vita. La presenza di lesioni in aree genitali ha inoltre implicazioni sulla sessualità, con possibili episodi di astinenza dovuti a timori inconsci o consapevoli di rigetto. Tali manifestazioni rivelano come la patologia cutanea possa essere anche espressione somatica di conflitti interiori e meccanismi difensivi inconsci come l'identificazione proiettiva e le "isole psicotiche".

L'aderenza terapeutica risulta spesso compromessa da un ambivalente desiderio di guarigione, dove alcuni atteggiamenti del paziente possono ostacolare la remissione delle lesioni come modalità di gestione dello stress emotivo. Miglioramenti clinici in seguito a cambiamenti di dieta o stile di vita, possono essere interpretati come una variazione dell'attenzione psicologica, spostandola da un sintomo a un altro o su un diverso livello corporeo.

Il locus of control (LoC) emerge come costrutto psicologico essenziale nella gestione dello stress e della malattia. Un LoC interno favorisce strategie di coping attive, una migliore regolazione emotiva e una maggiore resilienza, mentre un LoC esterno può prevenire la colpa e il rimuginio ma, se rigido, aumenta il rischio di ansia e depressione. La flessibilità del LoC e il riconoscimento delle differenze culturali nel suo significato sottolineano l'importanza di contestualizzare gli interventi psicologici nel rispetto delle caratteristiche individuali e culturali del paziente.

L'assertività, come comportamento di equilibrio tra passività e aggressività, si presenta come una competenza sociale e personale cruciale per migliorare le relazioni interpersonali e favorire un'autostima solida. Favorire lo sviluppo di comportamenti assertivi nei pazienti può aiutare a migliorare la gestione dello stress e a potenziare le capacità di affrontare le sfide personali e sociali legate alla malattia. Tuttavia, l'acquisizione dell'assertività richiede consapevolezza, impegno e flessibilità, poiché implica modifiche nei modelli di comportamento appresi e nei rapporti interpersonali.

In sintesi, la gestione della psoriasi beneficia di un approccio multidisciplinare che tenga conto non solo delle dimensioni immunologiche e dermatologiche, ma anche di quelle psicologiche e comportamentali, con particolare attenzione a stress, locus of control e assertività. Questo approccio integrato può migliorare l'aderenza terapeutica, la qualità della vita e il benessere emotivo dei pazienti, rappresentando una prospettiva necessaria per interventi più efficaci e personalizzati.

## **Risultati**

La psoriasi è una patologia cutanea cronica che impatta significativamente sia la sfera sociale che quella professionale della persona colpita. La gravità della malattia può variare da forme lievi, caratterizzate da prurito moderato, a forme gravi e invalidanti, con compromissione delle attività quotidiane proporzionale all'intensità del prurito, del dolore, della sede e dell'estensione delle lesioni cutanee. Le riacutizzazioni frequenti comportano assenze lavorative e riduzione dell'efficienza, generando un impatto economico non trascurabile sul nucleo familiare. L'aspetto personale e psicosociale è profondamente compromesso: le manifestazioni visibili della malattia possono causare ansia, depressione, bassa autostima, difficoltà relazionali, fino a pensieri suicidari nei casi più gravi. Poiché la psoriasi è una patologia cronica, la qualità della vita tende a deteriorarsi nel tempo.

L'aumento dell'incidenza diagnostica può essere attribuito a una maggiore consapevolezza della malattia e a un più frequente ricorso a specialisti dermatologi. Tuttavia, nonostante i progressi terapeutici e un approccio gestionale multifattoriale (che include valutazione della gravità, localizzazione, complicanze e strategie di trattamento), una porzione rilevante di pazienti continua a riferire insoddisfazione nei confronti della gestione terapeutica ricevuta.

Per valutare l'impatto della psoriasi sulla qualità della vita, sono stati utilizzati strumenti validati come il Dermatology Life Quality Index (DLQI), riconosciuto come il questionario di riferimento a livello internazionale per la valutazione della QoL nei pazienti dermatologici.

I dati emersi confermano una significativa compromissione della qualità della vita: sebbene alcuni studi riportino un impatto lieve, altri evidenziano effetti moderati. Il DLQI e il Psoriasis Disability Index (PDI) hanno dimostrato di essere strumenti efficaci per misurare il burden psicosociale della psoriasi, valutando specificamente le attività quotidiane, la vita lavorativa, le relazioni interpersonali e il tempo libero.

Nel presente studio è stato condotto un T-Test indipendente per verificare eventuali differenze tra i sessi. I risultati (Tab. 3) non hanno evidenziato alcuna significatività statistica, suggerendo che, anche con un campione ampliato, è improbabile che emerga una differenza significativa tra uomini e donne in relazione ai principali outcome considerati.

È stata quindi effettuata una regressione lineare semplice tra DLQI e il parametro “ansia” della scala HADS (Tab. 4). I risultati indicano una correlazione positiva significativa: all'aumentare del punteggio DLQI, aumenta il punteggio dell'ansia. Il modello presenta un  $R^2 = 0.418$ , indicando che circa il 41.8% della variabilità dell'ansia è spiegata dal DLQI e dal PDI, sebbene solo il DLQI risulti significativamente predittivo ( $p < 0.01$ ) (Tab. 5).

Anche per la depressione (Tabb. 6-7), il DLQI mostra una correlazione positiva significativa, seppure meno marcata rispetto all'ansia ( $p = 0.043$ ). Si ipotizza che, con un campione più ampio, questa correlazione possa risultare più robusta.

Un'analisi della varianza (ANOVA) one-way è stata utilizzata per valutare le differenze nei punteggi medi di PDI, HADS e Rotter in base a diversi livelli di intensità della malattia. Mentre HADS e Rotter non hanno mostrato risultati significativi, l'interazione tra DLQI e PDI è risultata altamente significativa (Tabb. 8-9), in linea con la matrice di correlazione (Tab. 2). L'analisi post-hoc di Tukey ha confermato che i punteggi DLQI aumentano significativamente con l'aumento dei livelli di gravità del PDI, con differenze significative tra il livello “lieve” e “moderato/severo”, ma non tra “moderato” e “grave”.

L'analisi degli stili di assertività ha evidenziato una differenza significativa nel parametro aggressività tra uomini e donne (Tabb. 10-11), con gli uomini che riportano punteggi significativamente più elevati ( $p = 0.045$ ). L'effetto della differenza, misurato tramite la Cohen's d, è pari a 0.77, indicando un effetto di dimensione media-alta, con rilevanza anche clinica.

È stata inoltre osservata una tendenza alla significatività nell'interazione tra sesso e PDI (Tabb. 12-13;  $p = 0.07$ ). Sebbene non statisticamente significativa, la direzione dell'effetto suggerisce che le donne possano percepire un maggiore disagio rispetto agli uomini, ipotesi che merita approfondimenti con campioni più ampi.

Infine, l'analisi della correlazione tra il locus of control (Rotter) e l'assertività ha evidenziato una correlazione negativa ( $r = -0.401$ ): un locus of control esterno si associa a una minore assertività. Questo risultato è coerente sia teoricamente che dal punto di vista statistico.

In sintesi:

- Esiste una correlazione positiva significativa tra DLQI e PDI;
- Entrambi i test dermatologici correlano significativamente con HADS, con una correlazione più marcata per il parametro ansia;
- Il sesso maschile è associato a livelli più elevati di aggressività;
- Il sesso femminile mostra una tendenza a punteggi più elevati nel PDI, pur in assenza di significatività statistica;
- Il locus of control esterno si associa a minore assertività, evidenziando un possibile impatto sulle strategie di coping.

## **Conclusione**

I risultati dello studio confermano che la psoriasi esercita un impatto rilevante sulla qualità della vita dei pazienti, non solo a livello fisico, ma anche psicologico e sociale. L'estensione delle lesioni cutanee e la visibilità della malattia sono i principali determinanti del disagio percepito.

La correlazione tra punteggi elevati di DLQI/PDI e i livelli di ansia e depressione suggerisce che la valutazione psicologica dovrebbe essere integrata sistematicamente nella gestione della psoriasi. In particolare, l'ansia risulta fortemente influenzata dal carico percepito della malattia, rappresentando una dimensione clinica prioritaria.

Le differenze osservate tra i sessi, soprattutto nei livelli di aggressività e nella tendenza a una maggiore compromissione della qualità della vita nelle donne, indicano la necessità di un'attenzione nella gestione

terapeutica. Anche la presenza di un locus of control esterno, associato a minore assertività, può rappresentare un fattore di vulnerabilità psicologica che dovrebbe essere considerato nella presa in carico multidisciplinare del paziente.

Alla luce di questi risultati, è raccomandato un approccio biopsicosociale integrato, in cui alla misurazione oggettiva dell'estensione della psoriasi si affianchino strumenti validati per la valutazione soggettiva del carico di malattia e del disagio psicologico. Solo attraverso tale integrazione sarà possibile migliorare l'efficacia delle terapie, la compliance del paziente e, soprattutto, la sua qualità della vita.

## **Tabelle**

*Tab. 1*

M 1; F 2			HADS				Assertività				
n.	Età	Sesso	DLQI	PDI	Ansia	Depressione	Passivo	Aggressivo	Assertivo	Rotter	
1	53	1	8	4	8	6	6	7	9	10	
2	81	1	10	24	9	1	2	5	9	8	
3	61	2	9	12	9	3	2	6	9	8	
4	68	2	3	8	5	3	2	7	7	16	
5	35	2	1	9	6	5	5	6	8	11	
6	43	2	1	10	5	2	4	4	9	13	
7	65	1	2	4	5	1	5	6	9	13	
8	58	1	9	16	16	4	3	6	9	14	
9	29	2	10	30	3	2	1	3	9	9	
10	44	2	9	17	8	4	6	6	9	9	
11	68	1	0	3	6	2	2	6	9	14	
12	60	1	11	10	6	2	3	7	9	12	
13	26	2	0	3	6	6	9	1	6	12	
14	33	2	9	10	10	10	5	4	9	10	
15	50	2	10	9	10	4	1	0	0	15	
16	56	2	10	10	10	4	4	4	7	17	
17	53	1	3	6	9	4	8	4	8	11	
18	67	2	15	20	11	3	3	7	7	11	
19	32	2	5	3	3	6	0	5	9	9	
20	76	2	11	14	12	5	1	4	8	14	
21	61	1	4	8	1	2	2	4	8	13	
22	40	1	13	17	11	9	1	4	9	6	
23	56	1	2	0	5	0	2	5	7	10	
24	40	2	13	30	12	4	3	6	7	12	
25	38	1	2	0	7	4	6	4	9	12	
26	30	1	5	3	7	1	3	7	9	4	
27	44	2	7	8	9	3	3	2	9	11	
28	36	1	2	6	5	2	5	6	8	9	
29	46	2	12	16	13	6	4	1	8	16	
30	79	2	9	12	12	5	6	3	9	10	

Tab. 2

Correlation Matrix

		Età	Sesso	DLQI	PDI	Ansia	Depressione	Passivo	Aggressivo	Assertivo	Rotter
Età	Pearson's r	—									
	p-value	—									
Sesso	Pearson's r	-0.162	—								
	p-value	0.393	—								
DLQI	Pearson's r	0.202	0.276	—							
	p-value	0.285	0.140	—							
PDI	Pearson's r	0.094	0.336	0.725 ***	—						
	p-value	0.622	0.070	<.001	—						
Ansia	Pearson's r	0.249	0.173	0.639 ***	0.394 *	—					
	p-value	0.185	0.361	<.001	0.031	—					
Depressione	Pearson's r	-0.319	0.331	0.305	0.062	0.411 *	—				
	p-value	0.085	0.074	0.101	0.744	0.024	—				
Passivo	Pearson's r	-0.204	-0.051	-0.348	-0.294	0.068	0.195	—			
	p-value	0.279	0.788	0.060	0.115	0.721	0.301	—			
Aggressivo	Pearson's r	0.215	-0.369 *	-0.051	-0.022	-0.145	-0.304	-0.085	—		
	p-value	0.254	0.045	0.787	0.908	0.444	0.103	0.654	—		
Assertivo	Pearson's r	0.022	-0.277	-0.078	0.039	-0.098	-0.005	0.098	0.456 *	—	
	p-value	0.910	0.138	0.681	0.839	0.607	0.981	0.607	0.011	—	
Rotter	Pearson's r	0.311	0.252	-0.062	-0.069	0.145	-0.015	0.032	-0.273	-0.401 *	—
	p-value	0.094	0.179	0.746	0.717	0.443	0.938	0.868	0.144	0.028	—

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Tab. 3

### Paired Samples T-Test

Paired Samples T-Test

			statistic	df	p
Uomo	Donna	Student's t	-0.678	103	0.499

Note.  $H_0: \mu_{\text{Measure 1} - \text{Measure 2}} \neq 0$

Tab. 4

### Linear Regression

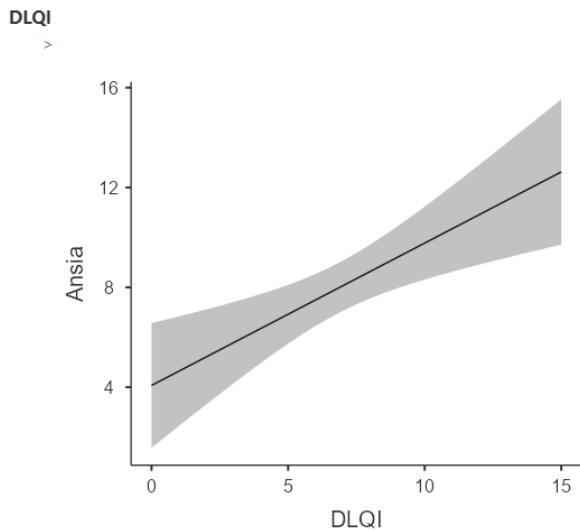
Model Fit Measures

Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.647	0.418

Model Coefficients - Ansia

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	4.7480	0.9278	5.117	<.001
DLQI	0.5702	0.1631	3.495	0.002
PDI	-0.0631	0.0920	-0.687	0.498

Tab. 5



Estimated Marginal Means - DLQI

DLQI	Marginal Mean	SE	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
2.41 <sup>-</sup>	5.44	0.872	3.65	7.23
6.83 $\mu$	7.97	0.489	6.96	8.97
11.26 <sup>+</sup>	10.49	0.872	8.70	12.28

Note. <sup>-</sup> mean - 1SD,  $\mu$  mean, <sup>+</sup> mean + 1SD

Tab. 6

## Linear Regression

Model Fit Measures

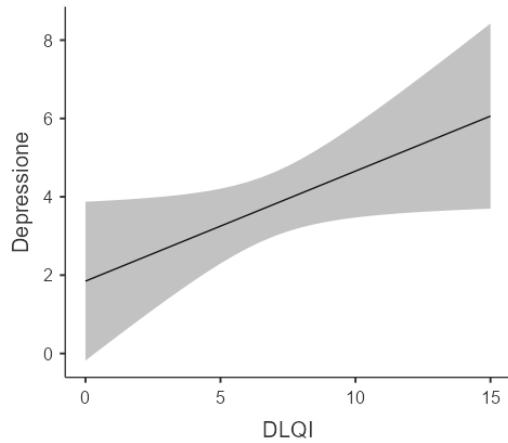
Model	R	R <sup>2</sup>
1	0.382	0.146

Model Coefficients - Depressione

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	2.8866	0.7528	3.83	<.001
DLQI	0.2808	0.1324	2.12	0.043
PDI	-0.0968	0.0746	-1.30	0.206

Tab. 7

DLQI



Estimated Marginal Means - DLQI

DLQI	Marginal Mean	SE	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
2.41 <sup>-</sup>	2.52	0.708	1.07	3.98
6.83 <sup>μ</sup>	3.77	0.397	2.95	4.58
11.26 <sup>+</sup>	5.01	0.708	3.56	6.46

Note. <sup>-</sup> mean - 1SD, <sup>μ</sup> mean, <sup>+</sup> mean + 1SD

Tab. 8

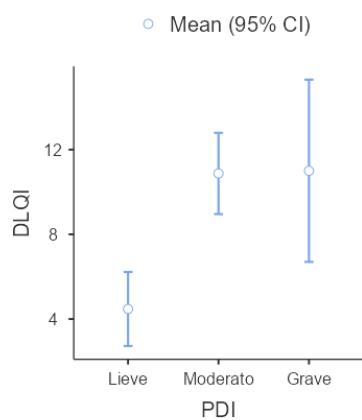
### One-Way ANOVA

One-Way ANOVA (Welch's)

	F	df1	df2	p
DLQI	17.5	2	7.48	0.001

### Plots

DLQI



Tab. 9

### Post Hoc Tests

>

#### Tukey Post-Hoc Test – DLQI

		Lieve	Moderato	Grave
Lieve	Mean difference	—	-6.40 ***	-6.526 **
	p-value	—	< .001	0.008
Moderato	Mean difference	—	-0.125	
	p-value	—	0.998	
Grave	Mean difference	—		
	p-value	—		

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Tab. 10

### Post Hoc Tests

#### Post Hoc Comparisons - Sesso

Comparison								
Sesso	Sesso	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	Cohen's d	
M	-	F	1.40	0.668	28.0	2.10	0.045	0.773

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

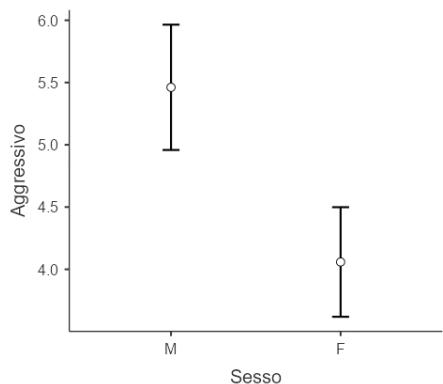
#### Estimated Marginal Means - Sesso

Sesso	Mean	SE	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
M	5.46	0.503	4.43	6.49
F	4.06	0.440	3.16	4.96

Tab. 11

### Estimated Marginal Means

Sesso



Tab. 12

#### Post Hoc Tests

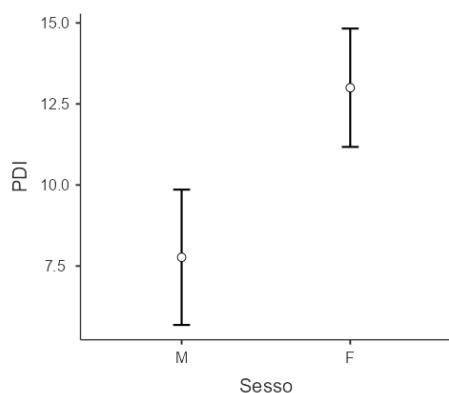
Post Hoc Comparisons - Sesso

Comparison		Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	Cohen's d	
Sesso	-	Sesso						
M	-	F	-5.23	2.77	28.0	-1.89	0.070	-0.695

Note. Comparisons are based on estimated marginal means

Tab. 13

Sesso



Estimated Marginal Means - Sesso

Sesso	Mean	SE	95% Confidence Interval	
			Lower	Upper
M	7.77	2.09	3.49	12.0
F	13.00	1.83	9.26	16.7

#### Bibliografia

World Health Organization. (2016). *Global report on psoriasis*. World Health Organization.

Kouris, A., et al. (2017). Psychological parameters of psoriasis. *Psychiatriki*, 28(1).

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Psoriasis: assessment and management (Clinical Guideline [CG153])*.

Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (2000). Quality of life of psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14(4), 241–242.

- Pearce, D. J., Singh, S., Balkrishnan, R., et al. (2006). The negative impact of psoriasis on the workplace. *Journal of Dermatological Treatment*, 17(1), 24–28.
- Finlay, A. Y., & Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)—A simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210–216.
- Bassi, R. (2006). *Psiche e pelle: Introduzione alla dermatologia psicosomatica*. Bollati Boringhieri.
- Dal Sacco, D. (2024). *Dermatologia psicosomatica: Quando è la pelle a parlare*. Armando Editore.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28.
- Kumar, A., & Srivastava, N. (1985). *Rotter's locus of control scale*. Kumar Publications.
- Pedrotti, M. (2008). L'assertività. *Psicoterapeuti in-formazione*, 1, 90–120.
- Rathus, S. A. (1973). A thirty-item schedule for assessing assertive behavior. In Galeazzi, A. (1989). Uno strumento per l'assessment comportamentale: il Questionario di Assertività di Rathus (R.A.S.). *Bollettino di Psicologia Applicata*, 190, 3–12.
- Sanavio, E., & Sanavio, F. (2023). *Training di comunicazione assertiva*. Erickson.
- Arrindell, W., Nota, L., Sanavio, E., Sica, C., & Soresi, S. (2004). *SIB: Valutazione del comportamento interpersonale e assertivo*. Erickson.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2017). *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza delle cure integrate*. Edra.
- Levenson, H. (1973). Reliability and validity of the I, P, and C scales—A multidimensional view of locus of control. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 7, 261–262.
- Sonetti, D., & Meneghelli, A. (2004). *Assertività e training assertivo – guida per l'apprendimento in ambito professionale*. FrancoAngeli.
- Zani, B., Selleri, P., & David, D. (1995). *La comunicazione – modelli teorici e contesti sociali*. La Nuova Italia Scientifica.
- Nasreen, S., Ahmed, I., & Effendi, S. (2008). Frequency and magnitude of anxiety and depression in patients with psoriasis vulgaris. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18(7), 397–400.
- Ludwig, M. W., Oliveira, M. S., Muller, M. C., & Moraes, J. F. (2009). Quality of life and site of the lesion in dermatological patients. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(2), 143–150.
- Poor, A. K., Brodzszy, V., Pentek, M., Gulacs, L., Ruzsa, G., & Hidvegi, B., et al. (2018). Is DLQI appropriate for medical decision making in psoriasis patients? *Archives of Dermatological Research*, 310(1), 47–55.