

Psihodinamika u psihodermatologiji

Adžić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:412121>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-01**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Ana Adžić

Psihodinamika u psihodermatologiji

DIPLOMSKI RAD



Ovaj diplomski rad izrađen je na Klinici za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Zorane Kušević i predan na ocjenu u akademskoj godini 2023./2024.

POPIS KRATICA KORIŠTENIH U RADU:

ACTH – adrenokortikotropni hormon-

CRH – kortikotropin-oslobađajući hormon

GPP – generalizirana pustularna psorijaza

HSV – herpes simplex virus

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

NGF – faktor rasta živčanih stanica

NIKS – neuro-imuno-kutani sustav

NT – neurotropin

OKP – opsesivno-kompulzivni poremećaj

SILS – *self-inflicted skin lesions* (lezije kože nastale samoozljeđivanjem)

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

TP – tvar P

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

UVOD.....	1
1. POVEZANOST UMA I KOŽE.....	2
2. KLASIFIKACIJA PSIHODERMATOLOŠKIH BOLESTI.....	2
3. PSIHOFIZIOLOŠKE BOLESTI.....	4
a) Psorijaza.....	4
b) Atopijski dermatitis.....	5
c) Ekskorijacijske akne.....	6
d) Hiperhidroza.....	6
e) Urtikarija.....	7
f) Infekcije virusom Herpesa simplex.....	7
g) Seboroični dermatitis.....	8
h) Aftoze.....	8
i) Rozacea.....	8
j) Pruritus.....	9
*) Sistemski eritemski lupus.....	9
4. PSIHIJATRIJSKE BOLESTI S DERMATOLOŠKIM SIMPTOMIMA.....	10
a) Dermatitis artefacta.....	10
b) Deluzije o parazitozama.....	10
c) Trihotilomanija.....	11
d) Opsesivno-kompulzivni poremećaj.....	11
e) Fobije.....	12
f) Dismorfofobija.....	12
g) Poremećaji hranjenja.....	12
h) Neurotične ekskoriacije.....	13
i) Psihogeni pruritus.....	13
5. DERMATOLOŠKI POREMEĆAJI SA PSIHIJATRIJSKIM SIMPTOMIMA.....	13
a) Alopecia areata.....	13
b) Vitiligo.....	14
c) Generalizirana psorijaza.....	14
d) Kronični ekcem.....	14
e) Ihtioziformni sindromi.....	15
f) Rinofima.....	15
g) Neurofibromi.....	15
h) Albinizam.....	16
6. MJEŠOVITI POREMEĆAJI.....	16
a) Kutani senzorički poremećaji.....	16
b) Psihogeni purpura sindrom.....	17
c) Pseudopsihodermatološke bolesti.....	17
d) Suicid u dermatoloških pacijenata.....	18
7. SUOČAVANJE S BOLESTIMA KOŽE.....	18
8. LIJEČENJE.....	20
a) Psihoterapija.....	20
b) Ostali pristupi.....	28
9. ZAKLJUČAK.....	37
10. ZAHVALE.....	38

11. LITERATURA.....	39
12. ŽIVOTOPIS.....	46

1. SAŽETAK

Psihodinamika u psihodermatologiji

Ana Adžić

Psihodermatološke bolesti česti su poremećaji u kojima se isprepliće složeni međudnos uma i kože. Važno je naglasiti kako se odnos psiholoških i kožnih poremećaja u nekim bolestima može jasno dokazati, a u nekima čvrsti dokazi i dalje ne postoje. Moderne klasifikacije svrstavaju ih u psihofiziološke bolesti (psihosomatski poremećaji), psihijatrijske bolesti s dermatološkim simptomima (primarne psihijatrijske bolesti), dermatološke poremećaje sa psihijatrijskim simptomima (sekundarne psihijatrijske bolesti) te mješovite poremećaje. Uzročno-posljedični odnos psihičkih bolesti i poremećaja kože složen je i često ga je teško utvrditi. Ipak, poznati patofiziološki mehanizmi temeljeni na radu hormona i neurotransmitora objašnjavaju učinak stresa i emocija na razvoj kožnih bolesti i njihovo posljedično djelovanje na psihička stanja kod ljudi. Tako stres ima negativni učinak na stanje kože u bolestima poput psorijaze, atopijskog dermatitisa, hiperhidroze, akne vulgaris, rozacee i potiče egzacerbaciju simptoma. S druge strane, neke nagrdjujuće kožne bolesti poput alopecije, cističnih oblika akne, vitiliga ili rinofime uzrokuju psihičke i socijalne smetnje kod bolesnika koji od njih pate. Najčešći psihijatrijski komorbiditeti koji se javljaju u ovih pacijenata jesu depresivna i anksiozna stanja. Liječenje mora biti multidisciplinarno i obuhvatiti tretiranje kožnih lezija, ali i psihološku potporu. Psihoterapija igra ključnu ulogu u rješavanju složenih problema u psihodermatologiji. Psihodinamski oblici psihoterapije baziraju se na nesvjesnim procesima i unutrašnjim konfliktima koji uzrokuju nastanak ili pogoršanje kožnih bolesti. Pokazali su se kao učinkovita metoda liječenja u kombinaciji sa drugim pristupima, uključujući i psihofarmakološke pripravke i topikalno liječenje dermatoloških bolesti.

Cilj je rada prikazati najčešće poremećaje u psihodermatologiji i napraviti pregled složenog međudnosa psiholoških i kožnih bolesti. Usto, cilj je prikazati važnost psihoterapije, a osobito psihodinamskog pristupa u liječenju ovih poremećaja.

Ključne riječi: psihodermatologija; kožne bolesti; psihodinamika

2. SUMMARY

Psychodynamics in psychodermatology

Ana Adžić

Psychodermatological diseases are common disorders characterized by the complex relationship between the mind and the skin. Modern classifications categorize them into psychophysiological diseases (psychosomatic disorders), psychiatric diseases with dermatological symptoms (primary psychiatric diseases), dermatological disorders with psychiatric symptoms (secondary psychiatric diseases), and mixed disorders. The causal relationship between psychological illnesses and skin disorders is complex and often difficult to determine. However, known pathophysiological mechanisms based on the action of hormones and neurotransmitters explain the impact of stress and emotions on the development of skin diseases and their consequent effect on psychological states in people. For example, stress has a clear negative effect on skin conditions in diseases such as psoriasis, atopic dermatitis, hyperhidrosis, acne, rosacea and it triggers the exacerbation of symptoms. On the other hand, some disfiguring skin diseases such as alopecia, cystic forms of acne, vitiligo, or rhinophyma cause psychological and social disturbances. The most common psychiatric comorbidities in these patients are depressive and anxiety disorders. Treatment must be multidisciplinary and encompass the treatment of skin lesions as well as psychological support. Psychotherapy plays a key role in addressing the complex problems in psychodermatology. Psychodynamic forms of psychotherapy are based on unconscious processes and internal conflicts that cause the onset or worsening of skin diseases. They have proven to be an effective treatment method in combination with other approaches, including psychopharmacological preparations and topical treatment of dermatological diseases.

The aim of this paper is to present the most common disorders in psychodermatology and to review the complex interrelationship between psychological and skin diseases. Additionally, the goal is to highlight the importance of psychotherapy, especially the psychodynamic approach, in the treatment of these disorders.

Key words: psychodermatology; skin diseases; psychodynamics

3. UVOD

Psihodermatologija je znanstveno područje koje proučava interakciju psihološkog stanja i kožnih promjena (1). Povezanost uma i kože izuzetno je kompleksna, a uzročno-posljedični odnos ide u oba smjera – psihološke bolesti mogu dovesti do nastanka ili egzacerbacije kožnih bolesti, a isto tako, postojeće kožne promjene mogu značajno utjecati na mentalno zdravlje oboljelih. Prema tome, područje proučavanja u psihodermatologiji može se podijeliti na psihosomatske poremećaje te primarne i sekundarne psihijatrijske poremećaje (2).

Složeni odnos psiholoških i kožnih komponenti bolesti može se proučavati kroz niz različitih znanstvenih hipoteza. Embriološki gledano, koža i središnji živčani sustav imaju zajedničko ishodište, razvijaju se iz ektoderma. Osim toga, njihov međudodnos počiva i na konceptu neuro-immuno-kutanog sustava (NIKS). Ovim konceptom objašnjeno je usko međudjelovanje živčanih i kožnih stanica te stanica imunskog sustava. Živčani završetci u koži otpuštaju različite neuromedijatore i neurohormone koji reguliraju aktivnost epidermalnih i dermalnih stanica te istodobno utječu na imunostanice (makrofage i limfocite). Na ovom mehanizmu počiva i primjena protuupalnih lijekova koji se koriste u nekim dermatološkim bolestima poput psorijaze ili atopijskog dermatitisa, što je još jedan jasan dokaz povezanosti neurološkog sustava i kožnih bolesti (3).

Liječenje pacijenata u psihodermatologiji obuhvaća interdisciplinarnu suradnju psihologa, psihijataru, dermatologa i obiteljskih liječnika kako bi se oboljelima pružila optimalna skrb uz ciljano djelovanje na sve komponente bolesti. Liječnik dermatolog može uz konzultaciju sa psihijatrima prepisivati anksiolitike, antidepresive, antipsihotike i stabilizatore raspoloženja. Ipak, najbitnije je osigurati psihološku pomoć pacijentima, a ona se najčešće provodi u obliku kognitivno-bihevioralne terapije ili psihodinamskim pristupom (4).

Psihodinamika je psihološko gledište bazirano na nesvjesnim procesima koji se manifestiraju u ljudskom ponašanju. Bavi se intrapsihičkim sukobima koji nastaju kao posljedica prošlih iskustava osobe i proučava njihov utjecaj u nastanku simptoma. Ubraja se u najstarije terapijske metode u modernoj psihologiji, ali njezina je primjena i dalje široko zastupljena u današnje vrijeme (5). Ova teorija, kao i druge psihološke teorije, može imati jasnu primjenu u području psihodermatologije i pomoći u shvaćanju povezanosti nesvjesnih procesa i kožnih bolesti, a samim time doprinijeti i liječenju pacijenata s ovim problemom.

1. POVEZANOST UMA I KOŽE (NA STANIČNOJ RAZINI)

Koža je najveći organ ljudskog tijela i kao takva stvara barijeru između vanjskog okoliša i unutrašnjih tkiva. Služi i kao primarni senzorni organ i prima podražaje poput topline, hladnoće, boli i mehaničkih promjena, a živčani završetci iz kože šalju impulse u središnji živčani sustav. Upravo je ova bogata mreža neurona odgovorna za složen odnos živčanog sustava i kože i igra važnu ulogu u odgovoru na stresore. Odgovor kože na stres može se proučavati kroz nekoliko mehanizama (6). Glavnina stresnih podražaja uzrokuje aktivaciju osi hipotalamus-hipofiza-adrenalna žlijezda i posljedično lučenje hormona stresa – kortizola. Visoke razine kortizola imaju immunosupresivan učinak koji se jasno vidi i na koži. Osim ovog centralnog mehanizma odgovora na stres, postoje i periferni mehanizmi razvijeni u slojevima same kože. Radi se o proizvodnji kortikotropin-oslobađajućeg hormona (CRH) i adrenokortikotropnog hormona (ACTH) koja se odvija u stanicama kože. CRH u epidermalnim keratinocitima inhibira proliferaciju, uzrokuje degranulaciju mastocita te pojačava upalni odgovor. ACTH stimulira proizvodnju proinflammatoryh citokina i proliferaciju melanocita (7). Osim toga, u koži se nalazi i periferni sustav lučenja katekolamina pa se tako u keratinocitima luči adrenalin koji je odgovoran za poticanje melanogeneze te migraciju i proizvodnju kolagena (8). Isto tako, periferni živci u koži luče neuropeptide poput tvari P (TP), neurotropina (NT) i faktora rasta živčanih stanica (NGF) koji potiču neurogenu upalu te alergijski odgovor kože na stresne podražaje (9). Upravo su ove tvari jedan od ključnih pokretača nekih od najčešćih kožnih bolesti poput psorijaze, atopijskog dermatitisa, akne vulgaris, alopecije i drugih te ukazuju na jasnu poveznicu između središnjeg živčanog sustava i bolesti kože.

2. KLASIFIKACIJA PSIHODERMATOLOŠKIH BOLESTI

Psihodermatološke bolesti obuhvaćaju širok spektar različitih patologija. Postoje različite klasifikacije koje se bave ovim problemom, a jedna od njih je podjela psihodermatoloških poremećaja koju su u svom radu navele Šitum i Buljan, navedena u tablici 1 (2).

PSIHODERMATOLOŠKI POREMEĆAJI	KLINIČKE DIJAGNOZE
Psihosomatski poremećaji	Akne Alopecija areata Atopijski dermatitis Psorijaza Psihogeni purpura Rozacea Seboroični dermatitis Urtikarija
Primarni psihijatrijski poremećaji	Artefaktni dermatitis Bromosiderofobija Sumanutosti parazitoza Dizmorfofobija Neurotske ekskrijacije Trihotilomanija Onihotilomanija Atipični bolni sindromi
Sekundarni psihijatrijski poremećaji	Alopecija areata Cistični oblik akne vulgaris Hemangiomi Ihtioza Kapošijev sarkom Psorijaza Vitiligo Kongenitalni gigantski nevusi Rinofima

(Tablica 1, Podjela psihodermatoloških poremećaja. Šitum M, Kolić M, Buljan M; 2016.)

Jedna od najznačajnijih klasifikacija u području psihodermatologije svakako je ona koju su 2003. godine predložili Koo i Lee, navedena u tablici 2 (10). Ova podjela uključuje četiri velike skupine – psihofiziološke bolesti, psihijatrijske bolesti sa dermatološkim simptomima, dermatološke poremećaje sa psihijatrijskim simptomima te mješovite poremećaje. Svaka od ovih skupina sadrži temeljito analizirane dermatološke i psihološke bolesti te na sistematičan način objašnjava njihovu uzročno-posljedičnu vezu.

Psychophysiologic disorders
Psoriasis
Atopic dermatitis
Acne excoriee
Hyperhidrosis
Urticaria
Herpes simplex virus infection
Seborrheic dermatitis
Aphthosis
Rosacea
Pruritus
Psychiatric disorders with dermatologic symptoms
Dermatitis artefacta
Delusions of parasitosis
Trichotillomania
Obsessive-compulsive disorder
Phobic states
Dysmorphophobia
Eating disorders
Neurotic excoriations
Psychogenic pruritus
Dermatologic disorders with psychiatric symptoms
Alopecia areata
Vitiligo
Generalized psoriasis
Chronic eczema
Ichthyosiform syndromes
Rhinophyma
Neurofibroma
Albinism
Miscellaneous
Cutaneous sensory syndromes
Glossodynia
Vulvodynia
Chronic itching in scalp
Psychogenic purpura syndrome
Pseudopsychodermatologic disease
Suicide in dermatology patients

(Tablica 2., Klasifikacija psihodermatoloških bolesti. Koo JYM, Lee CS; 2003.)

3. **PSIHOFIZIOLOŠKE BOLESTI**

Psihofiziološke bolesti uključuju fizičke bolesti uzrokovane psihološkim poremećajima, fizičke bolesti koje se pogoršavaju zbog psiholoških bolesti, kao i somatoformne poremećaje. Somatoformni poremećaji definiraju se kao pojavnost fizičkih simptoma bez konkretnih fizičkih uzroka.

Koo i Lee su u ovu skupinu bolesti ubrojili psorijazu, atopijski dermatitis, ekzorijacijske akne, hiperhidrozu, urtikariju, infekcije virusom Herpesa simplex, seboreične dermatitis, aftozu, rozaceu i pruritus (10).

a) Psorijaza

Psorijaza je definirana kao kronična recidivirajuća upalna bolest kože koja se javlja u genski podložnih osoba pod utjecajem endogenih ili egzogenih provocirajućih faktora (11). Prezentira se hiperkeratotičnim plakovima i srebrnkastim ljuskicama na koži, najčešće na području koljena, laktova, tjemena i lumbosakralnom području. Pojavnost simptoma najčešće je ciklička, uz izmjenu perioda egzacerbacije bolesti koja nerijetko zna trajati tjednima ili mjesecima i perioda remisije ili ublažavanja kožnih lezija. Točan uzrok psorijaze nije u potpunosti jasan, ali zna se kako je u podlozi genetsko naslijeđe u kombinaciji s vanjskim čimbenicima poput okolišnih faktora, trauma, infekcija te psihološkog i emocionalnog stresa. Ovi stresni čimbenici potiču upalni odgovor kože aktivacijom imunocita koji posljedično luče proupalne citokine i pogoršavaju stanje pacijenta. Istraživanja pokazuju kako postoji bimodalni uzorak pojave simptoma psorijaze, pa se tako najčešće prvi put javljaju u vrijeme puberteta ili u vrijeme menopauze. S obzirom na hormonalne i emocionalne promjene u tim periodima života, psorijaza predstavlja dodatni otegotni faktor u kvaliteti života (12). Osim svega navedenog, velik problem u pacijenata s psorijazom predstavljaju i teškoće s mentalnim zdravljem. Istraživanja pokazuju kako pacijenti oboljeli od psorijaze imaju 1,5 puta veću šansu za pojavu depresivnih simptoma, a pojava anksioznosti, shizofrenije i suicidalnih misli u ovoj populaciji značajno je češća (13). Skupine pacijenata s psorijazom koje su pod većim rizikom za razvoj mentalnih bolesti jesu žene, mlađi pacijenti, ratni veterani, pacijenti koji imaju teže oblike bolesti ili su lezije na vidljivim područjima, kao i u anogenitalnoj regiji. Studije pokazuju kako se simptomi anksioznosti javljaju u 82,8 % pacijenata, dok je učestalost generaliziranog anksioznog poremećaja 33 %. Isto tako, čini se kako odnos depresije i psorijaze nije jednosmjernan jer depresija može pogoršavati simptome psorijaze, a s druge strane, psorijaza može značajno utjecati na pojavu depresije (14).

b) Atopijski dermatitis

Atopijski dermatitis kronična je upalna kožna bolest karakterizirana suhoćom i svrbežom te kliničkom slikom koja ovisi o dobi pacijenta, a uz to je često udružena s drugim atopijskim bolestima poput astme ili alergijskog rinitisa (11). Kožne promjene najčešće su vidljive u području lica, vrata i nogu. Bolest se obično javlja još u novorođenačko doba i može se poboljšati tijekom odrastanja, ali nerijetko se nastavlja i u odrasloj dobi. Atopijski dermatitis nije direktno uzrokovan stresom, ali stres dovodi do učestalijih egzacerbacija bolesti i određuje njezin tijek. Dosadašnja su istraživanja pokazala kako stres utječe na

pogoršanje bolesti preko već poznatih neuroimunoloških mehanizama – otpuštanjem upalnih medijatora te hormona poput adrenalina i kortizola. Upravo su se velike količine kortizola pokazale ključnim čimbenikom u bolesnika s atopijskim dermatitisom (15). S druge strane, pacijenti koji boluju od atopijskog dermatitisa pod povećanim su rizikom za razvoj mentalnih bolesti. Istraživanja su pokazala kako ove skupine bolesnika pokazuju veću učestalost suicidalne ideacije, kao i anksioznosti i depresije (16). Osim toga, bolesnici s atopijskim dermatitisom na testiranjima iskazuju značajno sniženu razinu kvalitete života, koja se kod odraslih ispitanika može usporediti s kvalitetom života pacijenata s malignim bolestima, artritisom, srčanim bolestima i dijabetesom, a u dječjoj dobi je usporediva s kvalitetom života oboljelih od cistične fibroze i renalnih bolesti (17). U dječjoj je dobi također zabilježena veća ovisnost o drugima, strah, kao i bihevioralne teškoće u odnosu na populaciju koja ne boluje od atopijskog dermatitisa (18). Svi ovi problemi jasno ukazuju na značajan psihološki teret koji ova bolest predstavlja za sve oboljele.

c) Ekskorijacijske akne

Ekskorijacijske akne podrazumijevaju specifičan ekskorijacijski poremećaj u kojem bolesnici imaju minimalne akne, ali manipulacijom od njih stvaraju velike lezije. Najčešće se radi o pritiskanju i štipanju prstima, a ponekad koriste i oštre alate. Promjene na koži mogu biti varijabilne, od većih upaljenih erozija pa sve do pigmentiranih promjena koje nastaju cijeljenjem rana. U pravilu se radi o nemogućnosti umirenja impulsa koji nastaje u stanjima akutnog stresa ili dosade, a pacijenti nerijetko pokušavaju opravdati svoj čin „izbacivanjem“ infektivnih tvari (19).-

d) Hiperhidroza

Hiperhidroza je poremećaj prekomjernog znojenja zbog povećane kolinergične stimulacije na ekrine znojne žlijezde. Ove se žlijezde nalaze u aksili, dlanovima, tabanima i licu pa bolest najčešće zahvaća upravo ova područja (20). Hiperhidroza se dijeli na primarnu, koja zahvaća najčešće mlađu populaciju i najčešće je genetski uvjetovana te sekundarnu koja obično nastaje uslijed sistemskih bolesti ili kao nuspojava lijekova (21). Psihološki komorbiditeti u pacijenata s hiperhidrozom značajno utječu na njihovu kvalitetu života. Pacijenti koji boluju od primarne hiperhidroze najčešće su mladi ljudi čiji su društveni i intimni odnosi narušeni zbog ove bolesti. Istraživanja pokazuju kako ovi pacijenti iskazuju

naglašene osjećaje srama, nesigurnosti i frustracije. Osim toga, javljaju se i problemi s niskom motivacijom i učinkovitosti na poslu te sram prilikom sudjelovanja u rekreacijskim aktivnostima. Zbog prekomjernog znojenja koriste razne metode prikrivanja poput ručnika, uložaka, tamne ili prevelike odjeće, što također utječe na njihov socijalni život i psihološko stanje (22).

e) Urtikarija

Urtikarija je monomorfna dermatoza koju ubrajamo u najčešće alergijske kožne bolesti, a karakterizirane su pojavom urtika, crvenih plikova praćenih intenzivnim svrbežom uz moguću pojavu angioedema (11). Ovisno o trajanju, mogu biti akutne i kronične (traju dulje od 6 tjedana), a ovisno o uzroku inducirane ili spontane (23).

Najčešće se javljaju u obliku kronične spontane urtikarije, a posebno su česte kod žena u dobi od 30-50 godina (24). Trajanje ove bolesti u prosjeku je 3-5 godina, ali u 10 % pacijenata očekivano trajanje bolesti prelazi 5 godina (25). Upravo je dugotrajnost uz učestale relapse, neprepoznate uzroke i neadekvatnu terapiju jedan od glavnih čimbenika koji dovode do psiholoških smetnji bolesnika. Baiardini i sur. proveli su istraživanje kvalitete života pacijenata s kroničnom spontanom urtikarijom na temelju šest parametara – subjektivnog osjećaja svrbeža, oticanja, izgleda, utjecaja na svakodnevne aktivnosti, problema sa spavanjem i drugih ograničenja vezanih uz bolest (26). Osim toga, pacijenti nerijetko imaju probleme s koncentracijom, usnivanjem i preranim buđenjem. Ove teškoće dovode do poremećaja u društvenim odnosima i seksualnom životu te narušavaju obiteljske odnose (27). Neki pacijenti navode i narušene poslovne odnose i prilike koji nastaju kao posljedica straha od pojave bolesti na javnim mjestima, zbog čega se sve više povlače u sebe i imaju problem s napuštanjem svog doma. Jasno je kako su psihijatrijski komorbiditeti učestali u bolesnika s urtikarijom, a to je potvrdila i metaanaliza iz 2019. pokazavši kako su prisutni u 32 % pacijenata. Najveći postotak čine depresija i poremećaji raspoloženja (39 %), zatim poremećaji spavanja i buđenja (36 %) te anksiozni poremećaji (30 %), a u manjim postotcima javljaju se i druge vrste psihijatrijskih poremećaja poput opsesivno-kompulzivnog poremećaja i ovisnosti (28).

f) Infekcije virusom Herpesa simplex

Herpes simplex virus (HSV) uzrokuje česte infekcije koje se na koži manifestiraju u obliku bolnih mjehurića ili ulkusa. Razlikujemo dva osnovna tipa, HSV-1 koji se najčešće

prenosi oralnim putem i uzrokuje infekcije oko usta ili u ustima, te HSV-2 koji se prenosi spolnim putem i manifestira se na genitalijama. Simptomi se mogu pojavljivati u sklopu akutne infekcije ili u sklopu rekurentnih epizoda koje nastaju zbog latencije virusa u organizmu. Virus se uglavnom ponovno aktivira zbog pada imuniteta, a neki od najčešćih uzroka su bolest, izlaganje suncu, mjesečnica, ozljede, ali i emocionalni stres. Hormoni stresa, adrenalin i kortikosteron djeluju na selektivnu modulaciju akutnog HSV-1 i HSV-2 (29). Razina stalne izloženosti stresu čak može i pomoći u predviđanju nastanka genitalnih lezija, a pojava anksioznosti i depresije obično prethodi pojavi simptoma unutar 3-5 dana (30). Osim toga, infekcija HSV-om i povratno utječe na psihološko stanje zaraženih osoba. Velik broj pacijenata pokazuje kratkoročne emocionalne probleme prilikom suočavanja s dijagnozom, a najčešće se javljaju osjećaji iznenađenja, poricanja i zbunjenosti. Isto tako, značajan broj javlja i kratkoročne psihosocijalne teškoće poput straha od priznavanja svom partneru ili ljutnje prema partneru koji je bio prenositelj virusa. Najveći broj pacijenata ove psihosocijalne teškoće smatra većim i trajnijim problemom, a uz to javljaju i osjećaj seksualne nepoželjnosti, stigmatizacije i brige za buduće partnere (31).

g) Seboroični dermatitis

Seboroični dermatitis bolest je koja uzrokuje pojavu ljuskastih kožnih promjena i peruti, a simptomi su obično najjače naglašeni u području vlasišta, obrva, nausnica, nazolabijalne brazde i brade. Klinička slika varira ovisno o vanjskim faktorima i stanju imunskog sustava, a epizode egzacerbacije bolesti najčešće su potaknute emocionalnim stresom. Najveći dio pacijenata obično prolazi kroz umjerene psihološke teškoće neposredno prije pojave simptoma, a anksioznost ima ulogu jednog od najvažnijih čimbenika za njihov razvoj (32). Osim toga, seboroični dermatitis značajno povisuje rizik za razvoj pridruženih psihičkih bolesti. Pacijenti koji boluju od ove bolesti pokazuju značajno više razine somatizacije, depresije i anksioznosti. Isto tako, kod ovih pacijenata bilježi se i statistički značajno viša stopa neuroticizma nego u kontrolnim skupinama. Negativni psihološki učinci seboroičnog dermatitisa najizraženiji su kod mlađih, obrazovanih pacijenata te kod ženskog spola, a posebno važan faktor čini i sama težina bolesti (33).

h) Aftoze

Aftoze ili aftozni stomatitis stanje je u kojem se u usnoj šupljini javljaju bolni okruglasti ulkusi. Radi se o upalnom procesu oralne sluznice koji može nastajati idiopatski, bez jasnog uzroka, ili kao posljedica postojećih bolesti poput febrilnih sindroma, iritabilne bolesti crijeva ili bolesti vezivnog tkiva. Postoji jaka povezanost psihološkog stresa i pojave afti, a depresija i anksioznost uvelike pospješuju razvoj simptoma (34).

i) Rozacea

Rozacea je upalna bolest kože karakterizirana crvenilom uz mogući razvoj papula i pustula i rinofime, a ponekad zahvaća i oči koje zbog toga postaju crvene i osjetljive. Bolest najčešće zahvaća ljude starije od 30 godina, a klinička slika obično je jače naglašena u muškog spola. S obzirom na to da se radi o kroničnoj bolesti za koju još uvijek ne postoji mogućnost potpunog izlječenja, jasno je kako je i psihološki teret koji dolazi sa pojavom simptoma značajan. Testovi kvalitete života kod pacijenata s rozaceom ispituju nekoliko različitih faktora – fizičke simptome (bol, iritabilnost, pečenje, suhoću, očne simptome), psihosocijalne čimbenike (ljutnju, depresiju, smanjeno samopouzdanje, stigmatizaciju, strah, anksioznost, sram, frustraciju, socijalnu fobiju) te poslovne faktore (dane bolovanja, smanjene radne prilike) (35). Ovi testovi pokazuju značajno sniženu kvalitetu života, ponajviše zbog osjećaja niskog samopouzdanja, srama i frustracije (36). Trećina ispitanika javlja osjećaj stigmatizacije koja je naglašenija kod muškaraca i stvara povećan rizik za razvoj depresije i anksioznosti (37). Osim toga, ovi pacijenti imaju naglašene psihosocijalne teškoće, u najvećem broju slučajeva socijalne fobije i anksioznosti (38). U konačnici, ovi pacijenti zbog svojih simptoma učestalije izostaju s posla, a zbog crvenila se nerijetko smatraju manje opuštenima i manje zdravima zbog čega dobivaju i manje poslovnih prilika u odnosu na ostale kandidate (35).

j) Pruritus

Pruritus predstavlja osjećaj svrbeža koji može biti lokaliziran na ograničenom području ili zahvaćati cijelu kožu. Može biti posljedica drugih sistemskih bolesti ili se javljati kao zaseban entitet. Ako se radi o svrbežu koji nije povezan sa drugim sistemskim ili dermatološkim bolestima, tada u podlozi može biti i psihološki uzrok. Psihogeni pruritus može nastajati i kao posljedica prethodno postojeće pruritičke bolesti iz koje su proizašli psihički simptomi ili proizaći iz prethodnih psihičkih bolesti koje dovode do osjećaja svrbeža. Najčešće su u podlozi depresivni simptomi ili simptomi opsesivno-kompulzivnog

poremećaja, a ponekad i psihoze poput deluzija o parazitozama (39). Kod pojave pruritusa važno je utvrditi postojeće bolesti i razlikovati radi li se o primarno dermatološkom ili psihološkom simptomu kako bi se na vrijeme pristupilo adekvatnoj formi liječenja (40).

***) Sistemski eritemski lupus**

Sistemski eritemski lupus bolest je koju literatura svrstava u multifaktorijalne kožne bolesti (19). Iako je Koo i Lee ne navode u svojoj originalnoj podjeli, važna je za spomenuti zbog značajnih psihičkih teškoća koje ju prate. Riječ je o upalnoj, autoimunoj bolesti koja se na koži manifestira najčešće u obliku leptirastog eritema na licu i fotoosjetljivosti, a moguća je i pojava buloznih lezija. Osim toga, moguća je pojava i diskoidnih lezija, promjene po tipu vaskulitisa i alopecije, periungualne promjene te promjene na sluznici usne šupljine (11). U usporedbi s drugim bolestima u skupini kolagenoza, lupus najčešće pokazuje učinak na središnji živčani sustav. Preko 90 % oboljelih pati od blagih kognitivnih ili emocionalnih poremećaja, a kvaliteta života značajno je narušena (19). Kada je riječ o težim psihičkim poremećajima, otprilike 2,9 % oboljelih pokazuje suicidalno ponašanje, a ono se češće javlja u težim fazama bolesti. Najčešće se uz suicidalno ponašanje javljaju i depresija, psihoze i socijalne fobije (20).

4. PSIHIJATRIJSKE BOLESTI S DERMATOLOŠKIM SIMPTOMIMA (primarno psihijatrijske)

Primarno psihijatrijske bolesti koje se manifestiraju dermatološkim simptomima rjeđi su entitet u odnosu na psihofiziološke bolesti. Najčešće se radi o anksioznosti, depresiji, psihozama ili opsesivno-kompulzivnom poremećaju uslijed kojih dolazi do pojave kožnih promjena. U novije vrijeme javljaju se i takvozvane *self-inflicted skin lesions* (SILS), odnosno promjene uzrokovane samoozljeđivanjem kože ili sluznice koje se ne mogu pripisati drugoj psihičkoj bolesti, a u današnje vrijeme postaju sve češće (2). Koo i Lee ovdje navode još i dermatitis artefacta, deluzije o parazitozama, trihotilomaniju, fobije, dismorfofobiju, poremećaje hranjenja, neurotične ekskoriacije i psihogeni pruritus (10).

a) Dermatitis artefacta

Dermatitis artefacta kožna je bolest nastala samoozljeđivanjem. Ozljede na koži nastaju djelovanjem mehaničkih ili kemijskih sredstava, a pacijenti negiraju odgovornost vezano uz nastajanje promjena, što ga razlikuje od drugih dijagnoza povezanih sa samoozljeđivanjem. Kožne promjene obično su bizarnog izgleda i nalikuju drugim upalnim bolestima zbog čega je

teško donijeti dijagnozu, posebice ako se psihički problemi u početku ne uoče (43). Ovaj problem najčešće zahvaća žene, osobito u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi (44). Najčešći psihički problemi u podlozi ove bolesti jesu neuroza, poremećaji ličnosti, impulzivnost i depresija te nezreli obrasci suočavanja sa stresom (45). Kompleksnost ove bolesti zahtijeva pravovremeno uočavanje psihijatrijske podloge i multidisciplinarnan pristup u liječenju.

b) Deluzije o parazitozama

Deluzije o parazitozama ubrajaju se u hipohondrijske poremećaje, a pacijenti koji boluju od ove bolesti opsjednuti su mišlju kako su infestirani parazitima koji ne postoje i ne mogu se dijagnostički potvrditi. Kada je riječ o samoj hipohondriji, postoje različite teorije koje objašnjavaju nastanak ovog poremećaja. Kognitivne teorije opisuju hipohondriju kao pogrešno tumačenje tjelesnih senzacija, sociodinamske kao oslobođenje od obaveza na društveno prihvatljiv način, a psihodinamske je objašnjavaju autoagresijom na tijelo ili teškoćom transformacije nagona (46). Kada je riječ o kožnim simptomima, pacijenti s deluzijom o parazitozama najčešće grebu svoju kožu od razine ekzorijacija pa sve do ulkusa kako bi se riješili osjećaja infestacije i nerijetko donose komadiće tkiva na pregled kod liječnika kako bi „potvrdili“ svoju dijagnozu (10). Ove deluzije mogu nastati kao primarno stanje bez pridruženih psihičkih poremećaja ili nastaju kao sekundarna manifestacija već postojećih psihičkih poremećaja te zlouporabe opojnih sredstava (47).

c) Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) karakteriziran je pojavom nekontroliranih i repetitivnih misli, odnosno opsesija te ponavljajućim radnjama koje nazivamo kompulzijama. Opsesije i kompulzije mogu se javljati zasebno ili zajedno, a uzrokuju značajno narušavanje kvalitete života oboljelih. Neke od najčešćih opsesija jesu strah od bacila i kontaminacije, strah od gubitka ili zaboravljanja predmeta, strah od gubitka kontrole, agresivne misli prema sebi i drugima te želja za simetrijom i savršenim redom. Kompulzije najčešće prate opsesije i obično se radi o radnjama prekomjernog čišćenja, preslagivanja, provjeravanja, brojanja te molitvenih rituala (48). Kada je riječ o dermatološkim simptomima OKP-a, oni obično prate kompulzivne radnje. Tako se u pacijenata s prekomjernim pranjem ruku uglavnom javljaju simptomi pogoršanja atopijskog dermatitisa, iritativni dermatitis ili suha koža dlanova i ruku (49). Ponekad se atopijski dermatitis javlja i u području vrata, genitalija i skrotuma kao

rezultat prekomjernog tuširanja. Osim toga, pacijenti s OKP-om često boluju od pridruženih ekscorijacijskih poremećaja poput grebanja, struganja i čupkanja kože. Poremećaj čupanja dlaka, poznatiji kao trihotilomanija, također spada u spektar bolesti povezanih s OKP-om. Uz to, ovi pacijenti često imaju pridruženu onihofagiju (griženje noktiju), pseudo-jastučice na ekstenzornim zglobovima nastale uslijed griženja, trljanja i masiranja površina prstiju te *morsicatio buccarumis*, stanje nastalo kompulzivnim griženjem usne, jezika ili obraza (50).

d) Trihotilomanija

Trihotilomanija je psihički poremećaj koji se svrstava u spektar opsesivno-kompulzivnih poremećaja, a karakteriziran je repetitivnim čupanjem kose, obrva ili trepavica. Pacijenti najčešće navode osjećaj napetosti koji prethodi čupanju dlaka, a sam čin donosi im trenutačno olakšanje. Ponekad čupanju prethodi i osjećaj dosade te unutarnjeg nezadovoljstva. Ova bolest obično započinje u adolescenciji i nastavlja se tijekom odraslog života, a učestalija je u ženskog spola. Pacijenti obično čupaju dlake sa vlasišta, a prilikom čupkanja obično biraju one koje su točno određene teksture i stoga u nalazu vidimo područja smanjene gustoće kose uz očuvano zdravlje folikula. Ponekad iščupane dlake pacijenti pojedu, što može rezultirati stvaranjem nakupine dlaka u želucu koja se može zakomplicirati i uzrokovati i po život opasno stanje (51).

e) Fobije

Fobije čine grupe poremećaja u kojima se osjećaj straha javlja samo ili dominantno zbog jasno definiranih situacija koje objektivno ne predstavljaju ugrozu za osobu. Anksiozna i fobična stanja smatraju se dijelom spektra opsesivno-kompulzivnog poremećaja pa se i dermatološki simptomi obično javljaju u sličnim obrascima kao i kod OKP-a (52).

f) Dismorfofobija

Dismorfofobija ili tjelesni dismorfni poremećaj predstavlja prekomjernu zaokupljenost sa zamišljenim defektom fizičkog izgleda. Poremećaj karakterizira prekomjerno proučavanje vlastitog izgleda te uspoređivanje s drugim osobama, što rezultira osjećajem manje vrijednosti i srama. Nekoć se ova bolest nazivala i dermatološkom hipohondrijazom jer su koža i kosa najčešći izvor brige za ove pacijente. Najčešće kožne mane koje okupiraju pacijente jesu akne, mrljice, ožiljci i bore, a kod kose imaju problem s područjima ćelavosti ili prekomjerne dlakavosti te samom teksturom kose (53). Jedan od najvećih problema ove skupine pacijenata

jesu ekskorijacijski poremećaji koje nalazimo u 27 % pacijenata s dismorfnim poremećajem (54). Zbog problema s vlastitim izgledom ovi pacijenti često podliježu prikrivanju svojih nedostataka korištenjem šminke ili odjeće, prekomjernom proučavanju u ogledalu i traženju potvrda o svome izgledu od drugih ljudi. Zbog svega ovoga imaju značajne teškoće u socijalnim okruženjima zbog srama i nedostatka samopouzdanja u društvu drugih ljudi (55). Istraživanja pokazuju i kako je barem trećina ljudi s dismorfofobijom provodila vrijeme zatvorena u kući najmanje tjedan dana zbog simptoma svoje bolesti (56). Sve ovo izrazito utječe na kvalitetu života pacijenata koja je na testiranjima pokazana kao značajno lošija u odnosu na opću populaciju te čak lošija od kvalitete života pacijenata s depresijom, dijabetesom i infarktom miokarda (57). U konačnici, istraživanja pokazuju i kako je učestalost suicida veća u pacijenata s tjelesnim dismorfičnim poremećajem, kao i da je najveći udio suicida u dermatoloških pacijenata upravo u populaciji koja boluje od akne vulgaris ili dismorfofobije (55).

g) Poremećaji hranjenja

Poremećaji hranjenja ubrajaju se u skupinu psihijatrijskih poremećaja sa fizičkim komplikacijama. Najčešći poremećaji iz ove skupine su *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*, a dermatološki simptomi koji se uz njih javljaju posljedica su gladovanja i iscrpljivanja organizma. Neki od specifičnih kožnih simptoma koji ukazuju na poremećaje hranjenja jesu kseroza (pretjerano suha koža), lanugo dlačice na torzu, rukama, nogama i licu te *telogen effluvium* (gubitak kose). Jedan od karakterističnih znakova je i Russelov znak koji čine kalusi na stražnjoj strani zglobova šake nastali zbog učestalog samopotaknutog povraćanja. Osim toga, na koži se mogu javljati akne, hiperpigmentacije, petehije, paronihija (upala kože oko noktiju) te hladnoća na okrajinama. U slučaju uočavanja ovih kožnih promjena, važno je napraviti i psihološku procjenu pacijenta kako bi se potvrdila ili isključila dijagnoza poremećaja hranjenja (58).

h) Neurotične ekskorijacije

Neurotične ekskorijacije kožne su lezije nastale samooštećenjem, obično kao posljedica grebanja, trljanja i češanja. Javlja se u osoba koje imaju slabu kontrolu impulsa i zbog toga se ne mogu oduprijeti nagonu koji rezultira oštećenjem. Procjenjuje se kako otprilike 2 % dermatoloških pacijenata ima ekskorijacijske poremećaje, a najčešće je riječ o ženama srednje životne dobi.

Kožne promjene obično su smještene na lako dostupnim mjestima pa ih tako češće nalazimo na ekstenzornim stranama ruke i anteriornoj strani bedara, a obično imaju izgled erozija ili krusti, uz moguće hipopigmentacije ili hiperpigmentacije na mjestima nekadašnjih rana (44). Ponekad se ove promjene nalaze i na licu kod pacijenata s aknama pa se tada nazivaju ekskorijacijskim aknama, koje čine zasebno istaknut poremećaj.

i) Psihogeni pruritus

Psihogeni pruritus predstavlja svrbež koji nije povezan sa postojećim dermatološkim ili sistemskim bolestima. Najčešće se javlja u području lica i ekstenzornih strana tijela, a češće se javlja kod žena srednje životne dobi. Nerijetko je udružen s drugim psihijatrijskim bolestima poput OKP-a, depresije, anksioznosti te bipolarnih i psihotičnih poremećaja (59).

5. DERMATOLOŠKI POREMEĆAJI SA PSIHIJATRIJSKIM SIMPTOMIMA

Dermatološki poremećaji sa psihijatrijskim simptomima nazivaju se još i sekundarni psihijatrijski poremećaji. Radi se o dermatološkim nagrdjućim bolestima koje značajno utječu na fizički izgled osobe i stoga dovode do psihološke i socijalne ugroze (2). U ovu skupinu bolesti Koo i Lee ubrojili su alopeciju areatu, vitiligo, generaliziranu psorijazu, kronični atopijski dermatitis, ihtioziformne sindrome, rinofimu, neurofibrome te albinizam (10).

a) Alopecia areata

Alopecia areata autoimuni je poremećaj koji karakterizira neožiljkasto ispadanje kose. Ovo stanje smatra se benignim, a najčešće se javlja prije 30. godine života. S obzirom na to da kosa ima veliko estetsko značenje, pacijenti koji boluju od alopecije često nose velik psihološki teret. Najčešći psihički poremećaji koji se javljaju kod ovih pacijenata jesu anksioznost i depresija. Istraživanja pokazuju kako preko 60 % pacijenata oboljelih od alopecije ima pridruženu depresiju, a čak preko 70 % anksioznost. Oko 82 % pacijenata s depresijom pokazivalo je znakove minimalne, a oko 18 % je bolovalo od umjerene depresije. Što se tiče anksioznih pacijenata oboljelih od alopecije, njih 89 % imalo je blagu, a 11 % umjerenu anksioznost (60).

b) Vitiligo

Vitiligo je autoimuna kožna bolest koja se prezentira pojavom depigmentiranih područja zbog gubitka melanocita, a mogu se javljati lokalizirano ili generalizirano. Incidencija je otprilike jednaka za muške i ženske skupine, kao i za različite etničke i rasne skupine. Istraživanja pokazuju kako je kvaliteta života kod pacijenata oboljelih od vitiliga značajno narušena, a najviše ovisi o veličini depigmentiranog područja, kao i o njihovoj lokaciji na tijelu. Tako je, na primjer, genitalni vitiligo povezan sa narušenom kvalitetom seksualnog života koja se javlja u oko 18 % pacijenata, podjednako u muškaraca i žena. Kada je riječ o facijalnom vitiligu, preko 50 % oboljelih procijenilo je kako bolest ima umjeren ili značajan učinak na njihovu kvalitetu života. Pacijenti koji pripadaju rasnim ili etničkim skupinama tamnije puti nose veći psihološki teret zbog bolesti, ali istraživanja pokazuju kako je i generalni stres zbog bolesti podjednak u svim rasnim i etničkim skupinama (61).

c) Pustulozna psorijaza

Generalizirana pustulozna psorijaza (GPP) teški je oblik psorijaze, a karakterizira ju upala velikih površina kože praćena crvenilom i nastankom gnojnih mjehurića – pustula. Može se razviti kao zaseban entitet ili u svezi sa *psoriasis vulgaris* koju karakteriziraju crveni ljuskavi plakovi (62). Pacijenti s GPP-om izjasnili su se kako bolest utječe na njihovu kvalitetu života i kada simptomi miruju i kada su u egzacerbaciji. Tako, na primjer, bolest utječe na fizičku aktivnost 58 % ispitanika tijekom egzacerbacija i na 21 % ispitanika u stanju mirovanja bolesti. Isto tako, utječe na važne životne događaje u 39 % ljudi tijekom egzacerbacije i u 15 % tijekom stadija mirovanja. U 52 % bolesnika tijekom egzacerbacije ispašta seksualni život, a u mirovanju bolesti isti problem zahvaća 23 % pacijenata. Slične probleme imaju i s drugim životnim čimbenicima, sve od nošenja cipela i obavljanja kućanskih poslova pa do socijaliziranja s drugim ljudima (63).

d) Kronični atopijski dermatitis

Kronični atopijski dermatitis obilježavaju svrbež i rekurentni plakovi na koži. Bolest ima značajan učinak na psihičko zdravlje oboljelih jer se odražava na kvalitetu spavanja te društvene i poslovne okolnosti. Najčešće psihosocijalne teškoće jesu depresija, sram, gađenje, nesanica, ideacija suicida. Nije točno utvrđeno jesu li nedostatak spavanja, stalni svrbež ili stigma direktni uzroci psihičkih problema ili je u podlozi neuroimunološki odnos, ali jasno je kako ova bolest sa sobom nosi snažan psihološki učinak. Zbog kronične naravi bolesti i njezinog estetskog učinka, narušeni su i obiteljski i radni odnosi, kao i samopouzdanje i

psihičko stanje pacijenata (64).

e) Ihtioziformni sindrom ili ihtioze

Ihtioziformni sindrom spada u grupu nasljednih poremećaja, a karakterizira ga ljuskanje kože. Dijele se u četiri skupine koje čine *ichthyosis vulgaris* koja se prenosi autosomno dominantno, zatim spolno vezana ihtioza, te bulozni i nebulozni oblici kongenitalne ihtioziformne eritrodermije. Klinička slika varira u različitim oblicima, ali se generalno najčešće javljaju suha koža i ljuskave promjene po trupu i udovima, a u buloznim oblicima i edematozni mjehuri. Najčešće psihičke promjene u pacijenata s ovim poremećajima jesu depresija, anksioznost i iritabilnost. Kod žena, depresija i anksioznost su najčešće povezane sa stigmom i sramom vezanim uz bolest, a iritabilnost najčešće nastaje zbog nemogućnosti reguliranja tjelesne temperature. Kod muškaraca je stigmatizacija također značajno povezana s razvojem depresije, anksioznosti i iritabilnosti, a loša kvaliteta veza i problemi s tretiranjem kožnih promjena dodatno doprinose depresiji i anksioznosti (65).

f) Rinofima

Rinofima predstavlja napredni stadij rozaceje u kojem se javlja zahvaćenost nazalnog mekog tkiva, zbog čega se pacijenti prezentiraju s uvećanim, crvenim i kvrgavim nosom. Najčešće se javlja u muškaraca bijele rase i starije životne dobi (66). Zbog nagršujuće prirode bolesti koja se teško može prikriti, kvaliteta života ovih pacijenata značajno je narušena. Najznačajniji problemi s kojima se susreću jesu sniženo samopouzdanje i stres u društvenim okruženjima, kako sa strancima, tako i sa prijateljima i obitelji. Ono što je također specifično za ovu bolest jest i stigma zbog povezanosti rinofime sa prekomjernom konzumacijom alkohola (67).

g) Neurofibromatoza

Neurofibromatoza je neurokutani poremećaj karakteriziran pojavom tumora u živčanom sustavu i koži. Najčešće se javlja u obliku neurofibromatoze tip 1 i tip 2, koji se nasljeđuju autosomno dominantno, a najučestaliji znakovi bolesti su neurofibromi, *cafe-au-lait* mrlje, gliomi te švanomi i meningeomi (68). Učestalost psihijatrijskih poremećaja veća je nego u zdravoj populaciji, a totalna prevalencija se kreće oko 33 %. Najčešći poremećaji koji se javljaju su distimija i depresija, a uz to, učestalost anksioznih poremećaja, neuroza, poremećaja ličnosti i zlouporabe alkohola veća je nego u općoj populaciji. Osim toga, u pacijenata koji boluju od neurofibromatoze veća je i učestalost suicida (69).

h) Albinizam

Albinizam je naziv za skupinu urođenih poremećaja čije su glavne značajke varijabilni hipopigmentirani fenotipi te oštećenje vida zbog smanjene količine melanina. Istraživanja koja se bave psihološkim poteškoćama vezanima uz albinizam nisu mnogobrojna, a najveći dio njih bazira se na afričkim državama u kojima albino osobe trpe snažnu diskriminaciju te posljedice praznovjerja. U ovim sredinama oboljeli nerijetko trpe i nasilje te odbacivanje iz obitelji i zajednice, što rezultira snažnim osjećajima straha, depresije, niskog samopouzdanja i socijalne isključenosti. Uz to, ovi pacijenti imaju naglašene osjećaje srama, krivnje i frustracije, a često se javlja i strah od reprodukcije, odnosno od prenošenja ove bolesti na svoje potomstvo (70).

6. MJEŠOVITI POREMEĆAJI

Mješoviti poremećaji čine skupinu kožnih bolesti koje se ne mogu svrstati u nijednu od prethodno navedenih grupa, a Koo i Lee u ovu skupinu ubrajaju kutane senzoričke sindrome, psihogeni purpura sindrom, pseudopsihodermatološke bolesti te suicid u populaciji dermatoloških pacijenata (10).

a) Kutani senzorički sindromi

Kutani senzorički sindromi heterogena su skupina poremećaja koju karakterizira pojava kožnih osjeta poput svrbeži i pečenja, te pojava boli i/ili negativnih osjetilnih simptoma poput trnjenja ili gubitka osjeta. Za ove je sindrome karakterističan izostanak dijagnoze dermatološke bolesti koja bi objasnila nastanak simptoma (71). U ovu skupinu poremećaja ubrajamo glosodiniju, vulvodiniju te kronični svrbež tjemena.

(a) Glosodinija

Glosodinija se još naziva i sindromom pekućih usta, a karakterizira je osjećaj boli i pečenja u usnoj šupljini. Etiologija nije u potpunosti razjašnjena, ali smatra se kako su neki od faktora koji sudjeluju u nastanku ove bolesti hematološki poremećaji, deficijencija vitamina, klimakterij te endokrinološki poremećaji, a istraživanja pokazuju kako i psihološki čimbenici značajno utječu na razvoj i tijek bolesti. Psihološki profil ovih pacijenata obično uključuje naglašenu agresivnost i autoagresivnost, a učestalost neuroza i depresije veća je nego u općoj populaciji (72).

(b) Vulvodinija

Vulvodinija se definira kao bol u stidnici koja traje duže od 3 mjeseca, a nema jasan uzrok. Smatra se da zahvaća od 8-16 % osoba različite životne dobi i etničke pripadnosti. Najčešći psihološki problemi vezani uz vulvodiniju jesu oni koji se tiču seksualnog života, pa tako pacijentice imaju problem s prenatlaženim očekivanjem boli prije seksualnih odnosa, kao i problem sa seksualnom uzbuđenošću što nerijetko rezultira izbjegavanjem intimnih odnosa. Isto tako, ove osobe iskazuju povećanu samokritičnost, depresiju, anksioznost te strah, kao i veće probleme sa percipiranjem vlastitog tijela (73).

(c) Kronični svrbež tjemena

Kronični svrbež tjemena simptom je koji najčešće povezujemo s kožnim bolestima poput seboroičnog dermatitisa i psorijaze, ali može predstavljati značajan dijagnostički problem kada se javi kao izoliran simptom. Osim dermatoloških, sistemskih i neuroloških bolesti, može biti posljedica i psihogenog pruritusa te u skladu s tim izaziva simptome i teškoće karakteristične za osnovnu bolest (74).

b) Psihogeni purpura sindrom

Psihogeni purpura koje se naziva još i Gardner-Diamond sindrom, rijetka je bolest praćena spontanom pojavom bolnih ekhimoza na ekstremitetima, a javlja se najčešće kod psihički promijenjenih žena. Pojavi modrica obično prethodi osjećaj trnjenja ili pečenja, a javljaju se najčešće uslijed stresnih okolnosti. Psihološki profil ovih pacijenata najčešće uključuje histerična i mazohistična obilježja, depresiju i anksioznost te nemogućnost nošenja s vlastitim osjećajem agresije (75).

c) Pseudopsihodermatološke bolesti

Pseudopsihodermatološke bolesti poremećaji su koji oponašaju psihodermatološke bolesti. Literatura navodi primjere koji su doveli do pogrešne dijagnoze. Primjerice, *pseudodermatitis artefacta* (lokalizirani bulozni pemfigoid koji oponaša dermatitis artefactu), pseudodeluzija o parazitozama (primjer multiple skleroze koja je pogrešno dijagnosticirana kao deluzija o parazitozama te primjer bakterijskog folikulitisa), pseudodeluzija o bromozi (temporalna epilepsija koja je oponašala deluziju o bromozi). Ovi slučajevi jasno pokazuju kako treba biti oprezan prilikom dijagnosticiranja psihodermatoloških poremećaja i kako treba napraviti detaljnu i adekvatnu psihološku i dermatološku dijagnostiku u postavljanju dijagnoze (76).

d) Suicid u dermatoloških pacijenata

Suicid definiramo kao postupak namjernog oduzimanja vlastitog života, a suicidalno ponašanje odnosi se na suicidalnu ideaciju, planiranje ili pokušaje samoubojstva. Brojna istraživanja pokazuju kako su stope suicida i suicidalne ideacije veće u dermatoloških pacijenata, a najčešće je u podlozi snažan utjecaj kožnih bolesti na kvalitetu života pacijenata, bilo da je riječ patnji zbog fizičkog izgleda ili zbog funkcionalnih teškoća koje nastaju u sklopu ovih bolesti (77). Depresija, koja čini jedan od najučestalijih psihičkih poremećaja kod dermatoloških pacijenata, snažan je prediktor suicidalnog ponašanja (78). Kronične kožne bolesti, poput psorijaze ili pruritusa, pokazuju značajnu povezanost sa suicidalnom ideacijom. Tako, primjerice, adolescenti koji boluju od pruritusa prijavljuju ideaciju samoubojstva nakon intenzivnih epizoda pruritusa u čak 21,2 % slučajeva, dok bez pruritusa taj postotak iznosi 8,4 % (79). Osim toga, privremene ili trajne kožne lezije snažno utječu na sniženje kvalitete života, posebice ako se nalaze na vidljivim mjestima ili na genitalijama. Još jedan faktor koji može doprinijeti povećanoj stopi samoubojstava u dermatoloških pacijenata jesu lijekovi. Tako je, na primjer, adalimumab koji se koristi u liječenju psorijaze povezan sa suicidalnim ponašanjem, te učestalijim pokušajima i dovršenim samoubojstvima (80). Slična pojava prati se i kod izotretinoina koji je široko primijenjen u liječenju težih oblika akne vulgaris (81).

7. SUOČAVANJE S BOLESTIMA KOŽE

Dermatološke su bolesti, kao i svi drugi oblici kroničnih bolesti, snažan izvor stresa za pacijente koji od njih boluju. Najvažniji aspekt ovih bolesti jest upravo njihova vidljivost, zbog čega su pacijenti izloženi interpersonalnim problemima. Neka istraživanja pokazuju kako su osobe koje boluju od kožnih bolesti izložene negativnim reakcijama okoline, a smatra se kako je to dijelom uzrokovano evolucijskim čimbenicima koji dovode do toga da se odbacuju oni koji izgledaju „bolesno“, kao i zbog primitivnih praznovjernih stavova. Zbog svega toga učestalost psihičkih poremećaja kod dermatoloških pacijenata značajno je veća u odnosu na opću populaciju i potrebne su snažne vještine suočavanja. Čimbenici koji utječu na suočavanje i prilagodbu su brojni, a mogu se svesti u nekoliko različitih skupina.

Prvu skupinu čini sama bolest i terapijski postupak. Iako je za očekivati kako teža klinička slika uzrokuje i teže psihičke smetnje, istraživanja pokazuju kako to ne mora biti tako. Pokazalo se kako je subjektivna procjena težine bolesti puno važnija za razvoj psiholoških komorbiditeta. Osim toga, i dob u kojoj je došlo do razvoja bolesti jedan je od važnijih čimbenika. Tako su, primjerice, akne jedan od najjačih stresora za psihičko stanje bolesnika

jer se najčešće javljaju u dobi između 12. i 16. godine života, odnosno u vrijeme koje je kritično za razvoj identiteta i slike o vlastitom tijelu.

Drugu skupinu čimbenika čine predispozicijski faktori u razvoju. Još od rane dobi, djeca internaliziraju stereotipne i negativne reakcije okoline. Okolina ima tendenciju posvećivati više pažnje konvencionalno lijepoj djeci, a nerijetko su i djeca koja izgledaju drugačije izložena različitim oblicima nasilja i diskriminacije. Stoga djeca koja su rođena s nekom vidljivom manom zbog koje se često osjećaju odbačeno ili manje lijepom u odnosu na drugu djecu imaju veću sklonost za razvoj psihičkih poremećaja.

Treću skupinu čimbenika čine sociokulturalni čimbenici. Emocionalna stabilnost lako se može narušiti kada postoji nesrazmjer između vlastitog izgleda i željenog izgleda, koji je najčešće uvjetovan trendovima i sociokulturalnim vrijednostima. U ovom kontekstu treba razmotriti i pojavu značajnih socioloških ili prirodnih događaja koji mogu dovesti do akutnih afektivnih poremećaja koji se mogu odraziti na kožu. Tako, primjerice, prirodne katastrofe utječu na opće stanje društva koje se odražava na duševne i tjelesne aspekte. Jedan od takvih primjera jesu potresi koji su se pokazali kao izniman stresor te u samoj akutnoj fazi uzrokuju gubitak osjećaja realnosti i s vremenom rezultiraju somatizacijom simptoma. Najčešće je riječ o poremećajima spavanja, separacijskoj anksioznosti, iritabilnosti, paničnim napadajima, ali i depresiji (82). Osim psihološkog učinka, mogu dovesti i do pojave direktnih i indirektnih kožnih poremećaja. Direktni su posljedica infekcije rana nastalih u potresima, a indirektni su posljedica oštećenja infrastrukture i psiho-emocionalnih faktora. Upravo se zbog emocionalnih faktora nakon potresa pojačano javljaju egzacerbacije atopijskog dermatitisa, sistemskog eritemskog lupusa, psorijaze, vitiliga, psihogenog pruritusa i imunobuloznih poremećaja (83).

Iduću skupinu čine kognitivni čimbenici, odnosno karakterne osobine i stavovi. Tako se privrženost pokazala kao osobina ključna za razvoj prilagodbe, a istraživanja iz područja vitiliga pokazuju kako ovi pacijenti najčešće imaju prisutnu izbjegavajuću i nesigurnu privrženost, te osjećaj nedovoljne podrške. Nemogućnost izražavanja emocija naziva se aleksitimija i česta je odlika pacijenata s dermatološkim bolestima, a praćena je visokim stopama anksioznosti. Ovaj se poremećaj povezuje sa poremećajem regulacije afekta, te ekspresijom i supresijom osjećaja, što je posebice izraženo kod pojave bolnih emocija (84).

Istraživanja pokazuju kako problem s izražavanjem emocija dovodi do somatizacije simptoma (85). Povećana učestalost ovog problema bilježi se u pacijenata s vitiligom, psorijazom i

alopecijom. Najvažniji kognitivni čimbenik je percepcija bolesti, koja snažno utječe na intenzitet psihičke reakcije, ali i odgovornost pacijenta u liječenju svoje bolesti.

U konačnici, važno je napomenuti kako je stil suočavanja sa stresom još jedan ključan faktor u suočavanju sa samom bolesti. Prema teoriji Lazarusa i Folkmana, ono može biti problemsko ili emocionalno suočavanje. Problemsko se pokazalo boljom strategijom jer je usmjereno na rješavanje teškoća za razliku od emocionalnog, koje nerijetko završava izbjegavanjem ili ignoriranjem problema (86).

8. LIJEČENJE

Liječenje psihodermatoloških bolesti kompleksan je problem koji zahtijeva multidisciplinarni pristup. Važno je na vrijeme liječiti dermatološki aspekt bolesti kako bi se spriječilo progrediranje i potencijalno pogoršanje sveukupnog stanja. S psihijatrijskog gledišta, ključno je djelovati na stresore koji uzrokuju egzacerbaciju kožne bolesti, ali i prepoznati utjecaj bolesti na psihološko stanje pacijenata te liječiti pridružene psihijatrijske poremećaje. Pacijenti koji boluju od psihosomatskih bolesti nerijetko imaju problem s osvješćivanjem korelacije stanja njihovog uma i fizičkog zdravlja, zbog čega je već u prvim susretima važno uspostaviti povjerljiv odnos liječnika i pacijenta, pokazati razumijevanje i pokušati smanjiti otpor ili regresiju kako bi bolesnik čim prije prihvatio svoje stanje (87). Ključni terapijski procesi uključuju psihoterapiju te ostale pristupe u koje ubrajamo farmakološke i nefarmakološke metode liječenja (88).

a) Psihoterapija

Psihoterapija je u hrvatskom zakonu definirana kao „nezavisna interdisciplinarna znanost koja obuhvaća psihoterapijske pravce utemeljene na znanstvenim principima i metodama“. Radi se o tretmanu različitih emocionalnih problema tijekom kojeg stručnjak psihološkim putem i namjerno uspostavlja profesionalan terapijski odnos i primjenjuje stručne postupke pomoću kojih se uklanjaju, modificiraju ili ublažavaju psihički simptomi ili teškoće (89). Može se provoditi individualno, grupno, u parovima ili u obitelji. Važnost psihoterapije u liječenju dermatoloških bolesti prepoznata je još u prvoj polovici 20. stoljeća, kada je američki dermatolog Joseph Klauder naglasio potrebu za ovim pristupom liječenja. Danas postoji niz različitih vrsta psihoterapije koje se mogu koristiti samostalno ili u kombinacijama. Tako primjerice postoje suportivni oblici psihoterapije koji se zasnivaju na podršci i mogu se provoditi i u obliku savjetovanja psihički normalnih osoba u kriznim životnim situacijama.

Ako je riječ o težim psihičkim stanjima, psihoterapija se može kombinirati i sa psihofarmacima kako bi se postigao optimalan učinak. Kada je riječ o indikacijama za psihoterapiju, one su brojne i razlikuju se i na individualnom nivou. Ovaj je oblik liječenja najbolje provoditi s bolesnicima koji boluju od neurotskih simptoma i blažih poremećaja ličnosti. Ključ uspješne terapije jest i motivacija pacijenta, odanost tretmanu i sposobnost razumijevanja psiholoških koncepata, kao i verbalna fluentnost te zadovoljavajuća inteligencija. U slučaju dermatoloških bolesti, pacijenti nerijetko imaju pridružene socijalne teškoće i probleme s vlastitim izgledom, a prilikom liječenja najčešće se naglašavaju samo fizički aspekti bolesti. Stoga je ključno prepoznati pacijente kojima je psihoterapija nužna i koji ispunjavaju indikacije za adekvatan psihološki tretman. S druge strane, važno je osvijestiti i da nisu svi pacijenti podobni za provođenje psihoterapije. Ona se otežano provodi kod bolesnika sa psihozama i ovisnicima te bolesnicima s teškim poremećajima ličnosti. Isto tako, potrebno je naglasiti kako psihoterapija ne može biti jedini oblik liječenja u psihodermatologiji jer bi bilo pogrešno zanemariti dijagnostiku i liječenje fizičkih simptoma kožnih bolesti.

Najčešći oblici psihoterapije koji se provode u današnje vrijeme jesu psihodinamska psihoterapija te kognitivno-bihevioralna terapija (86).

a) **Psihodinamika**

Psihodinamika podrazumijeva psihološki pristup koji se zasniva na nesvjesnim procesima i nerazriješenim konfliktima iz prošlosti. Ovaj pristup objašnjava utjecaj želja, motivacije i obrambenih mehanizama na složene procese koji utječu na oblikovanje ličnosti i ponašanja.

Začetnik ovog pristupa bio je Sigmund Freud, koji je u svom djelu „Psihoanaliza“ iznio osnove psihodinamske teorije. Njegov koncept uključuje nekoliko osnovnih jedinica. Čine ih model ličnosti, stupnjevi psihoseksualnog razvitka, prijenos ili transfer te kontratransfer, otpor kojim bolesnik izbjegava istraživanje problema, tumačenje snova i parapraksa memorije. Ideja psihodinamske psihoanalize je u obliku seansi koje traju po 40-50 minuta, 4-5 puta tjedno u trajanju od nekoliko godina, potaknuti pacijenta da govori o prošlosti i sadašnjosti, emocijama, snovima i željama kako bi postao svjestan svojih psihičkih procesa i kako bi bio u stanju mijenjati svoje ponašanje (89).

- Model ličnosti

Sigmund Freud u psihodinamskom konceptu objašnjava ličnost kao složeni sustav koji čine tri osnovne komponente – *id*, *ego* i *superego*.

Id čini primitivnu i instinktivnu komponentu ličnosti koja je uvjetovana u potpunosti biološkim naslijeđem. Ona određuje naše seksualne i agresivne nagone i vodi se principom užitka. *Ego* je racionalni i uvelike svjesni dio ličnosti koji djeluje u skladu s principom realnosti i koristi mehanizme obrane u svrhu balansiranja zahtjeva *ida* i stvarnoga svijeta. *Superego* predstavlja internalizaciju autoriteta i naučenih pravila te služi kao moralni vodič u razlikovanju dobrog i lošeg i u postavljanju standarda. Ovaj model predstavlja izrazito pojednostavljen način prikaza ličnosti, ali uvelike pomaže razumijevanju dinamike i odnosa između nagona, želja, realiteta i savjesti te kao takav pomaže u razumijevanju ljudskog ponašanja (90).

- Stupnjevi psihoseksualnog razvitka

U svojoj teoriji o psihoseksualnom razvitku, Freud navodi 5 ključnih faza: oralnu, analnu, edipovsku, latentnu i genitalnu. Tijekom oralne faze djeca pronalaze zadovoljstvo u stavljanju predmeta u usta, žvakanju i gutanju. U analnoj fazi dijete pronalazi zadovoljstvo putem mehanizama analnog zadržavanja ili pražnjenja, što se temelji na podršci i poticaju okoline. U trećoj, edipovskoj fazi, dijete ima fiksaciju na roditelja suprotnog spola. Četvrta je faza latentna i smatra se kako u njoj libido miruje, a jasne erogene zone nema. U konačnici, zadnja je faza genitalna, *ego* se formira i nastupaju želje za stupanjem u zdrave odnose (91).

- Prijenos ili transfer

Pojam prijenosa ili transfera označava sve one stavove koji nastaju kao posljedica ranih veza, a projiciraju se na terapeuta. Može biti pozitivan, kada se na terapeuta projiciraju ugodni osjećaji, negativan, kada se projiciraju osjećaji povezani sa neprijateljstvom i agresivnosti, te seksualan, kada postoji osjećaj privlačnosti ili romantične vezanosti na terapeuta (86).

- Kontratransfer

Kontratransfer podrazumijeva vlastitu nesvjesnu reakciju koju psihoanalitičar prenosi na pacijenta. U isto vrijeme odražava i novu kreaciju pacijenta, odnosno dio pacijentove ličnosti i može snažno utjecati na terapijski proces (89).

- Otpor

Otpor u psihodinamici predstavlja pojam suprotstavljanja sugestijama, a temelji se na usvojenim i automatiziranim procesima pomoću kojeg se regulira dinamika skrivanja i otkrivanja skrivenih aspekata svake osobe. Postoje različiti oblici otpora, poput otpora prema prepoznavanju osjećaja, impulsa, fantazija i motiva ili otpora prema priznavanju osjećaja terapeutu. Osim toga, može se javljati i u obliku otpora prema osjećajima, otpora prema mijenjanju ponašanja izvan terapije te kao otpor samog terapeuta (92).

- Tumačenje snova

Freud u svojim tumačenjima snovima pridaje veliko značenje i smatra ih sredstvom otkrivanja nesvjesnih procesa. Smatra kako snovi reflektiraju subjektivna iskustva, vanjske podražaje, fiziološke procese iz tijela i mentalne procese koji se odvijaju tijekom spavanja. Navodi kako sadržaj snova proizlazi iz stvarnog života, iako ga ne oponaša u potpunosti. Definira dva tipa snova – manifestne i latentne. Manifestni snovi sastoje se od elemenata kojih se prisjećamo i nakon buđenja, a latentne čine podsvjesne želje, misli i strahovi, a Freud ih naziva pravim snovima (93).

- Parapraksa

Pojam paraprakse odnosi se na pogrešku memorije, govora ili djela koja se javlja u svakodnevnom životu, a ima obilježje podsvjesnog.

Psihoanalitička terapija često koristi i tehniku hipnoze kojom se inducira promjena stanja svijesti, odnosno stanje transa. U tom trenutku osoba gubi svoje mehanizme obrane čime dopušta pristup potisnutim iskustvima iz prošlosti. Zbog toga svi događaji iz okoline gube značenje, a koncentracija se usmjerava na unutarnja zbivanja što omogućuje dolazak do nesvjesnih procesa (86).

Depresija u sklopu psihoanalitičkih teorija

Depresija se u literaturi pokazala kao česta pojava u sklopu kožnih bolesti. Kada se depresija promatra u kontekstu psihodinamike, postoje različite varijante koje objašnjavaju njezin nastanak. Prvu je teoriju postavio Freud koji je depresiju opisao kao reakciju na gubitak imaginarnog ili stvarnog objekta kojeg pacijent ne mora nužno biti svjestan. Nerijetko se taj gubitak internalizira i postaje dio nesvjesne internalizacije selfa, a zatim se napada agresijom, što u konačnici rezultira depresivnim stanjem. Ta agresija, osim na internalizirani objekt, može biti usmjerena i na vanjske

objekte ili na samog sebe. Osim toga, depresiju karakteriziraju i jaki osjećaji bespomoćnosti i krivnje, najčešće zbog neriješenih konflikta iz prošlosti i nesrazmjera u odnosima *superega*, *ega* i *ida*. U konačnici, važno je naglasiti kako se depresija odražava na sve sfere ljudskog života, uključujući socijalne i međuljudske odnose, zbog čega možemo reći kako je istovremeno i intrapersonalni i interpersonalni problem (94).

Primjena u psihodermatologiji

Psihodinamika se u dermatovenerologiji može primjenjivati kod bolesnika koji nisu svjesni psihičke komponente svoje bolesti. Ovaj pristup može koristiti dermatološkoj praksi kroz različite aspekte – učvršćivanjem psiholoških i psihijatrijskih procesa tijekom savjetovanja, svrstavanjem nesvjesnih emocija i konflikata koje pacijent ispoljava putem svojih simptoma i smetnji te otkrivanjem mehanizama obrane koje pacijenti koriste za suočavanje s bolesti. Osim toga, psihodinamski pristup može pomoći i u odabiru pravilnog liječenja, kao i u učvršćivanju odnosa pacijenata i liječnika. Isto tako, važno je naglasiti potrebu za multidisciplinarnošću u području psihodermatologije. Liječnik dermatolog trebao bi moći razumjeti osnovne psihodinamske procese kako bi identificirao psihološku komponentu bolesti i uzeo je u obzir prilikom planiranja liječenja. S druge strane, terapeut bi psihodermatološke bolesti trebao moći promatrati i kroz prizmu fizičke bolesti i simptomatologiju kako bi mogao razumjeti kompleksne odnose fizičkih i psihičkih aspekata bolesti (95).

Tijekom godina pojavljivale su se različite interpretacije značenja kože u razvoju selfa. Jedna od najistaknutijih teorija je ona koju je iznio Anzieu, a uvodi pojam *ego-skin* (konstrukcija *selfa*) koji nastaje zbog toga što se tijekom razvoja fizičkih iskustava koža nalazi u središtu pažnje. Ima ulogu primanja podražaja, percepcije, zaštite, kohezije, predstavlja podršku i integraciju identiteta i energije. Anzieu navodi kako su kožne bolesti puno značajnije i jače naglašene kod pacijenata koji imaju alterniran *ego* (96).

Druga teorija podrazumijeva pojam *second-skin* (druga koža) u kojem koža održava cjelovitost fragmentiranih dijelova ličnosti i služi kao granica između *selfa* i okoline (97). Još je jedna istaknuta teorija ona koju je iznio Koblenzer, a potkrijepljena je njegovim istraživanjem koje je pokazalo kako čisto somatsko liječenje ne poboljšava stanje pacijenta, nego se ono poboljšava verbalizacijom i psihoterapijom. On u ovoj teoriji objašnjava kako čak i lokacija lezija na koži ima simbolično značenje za pacijenta (98).

Osim navedenih, postoji i niz drugih interpretacija uloge kože u razvoju svijesti. Neke od njih ističu kako bespomoćnost i nedostatak zaštite u dojenačkoj dobi predisponiraju nastanak kožnih lezija. Isto tako, postoje teorije i o tome kako alergijske reakcije imaju veze sa simbiotskim odnosima i

poremećajima identiteta. U konačnici, postoje i teorije o tome da koža ima važno značenje u razvoju seksualnosti, što proizlazi iz potrebe za pogledom i dodirom. Ovu teoriju potkrepljuju podatci o tome da dodir na određenom mjestu može izazivati naviranje emocija iz prošlosti usko povezanih s tom lokacijom na koži (95).

Jorge Claudio Ulnik u svom radu iz 2013. godine navodi nekoliko različitih tipova pacijenata koji se javljaju u dermatološke ambulante, a imaju pridružene psihološke smetnje:

- „Fragmentirani“ pacijent

U najranijem vremenu razvoja, nošenje, držanje i diranje novorođenčeta stvara u njemu osjećaj jedinstvenosti i integracije osjetilnih podražaja. Kada ti elementi izostanu, stvara se nesvjesna želja za razdvajanjem stimulusa, ili, s druge strane, pojačana želja za udruživanjem.

Tako se, primjerice, javlja „skupina pacijenata koji imaju tendenciju za združivanje“, a prepoznamo ih po društvenim i poslovnim aktivnostima koje to potiču, kao i hobbijima poput lijepljenja, šivanja, vezenja unutar kojih mogu zadovoljiti svoju potrebu za liječenjem fragmentiranosti. U dermatologiji zbog različitih obilježja kože na različitim dijelovima tijela liječnici često propisuju preparate, šampone i kreme za sve te dijelove zasebno. Stoga često doprinose dodatnoj fragmentaciji kod ovih pacijenata.

Drugi tip čine one „skupine koje naginju fragmentaciji“. Zbog nezrelih obrazaca udruživanja i razdvajanja koje vuku iz djetinjstva oni imaju osjećaj fragmentacije koju zatim projiciraju i na svoju okolinu. Prepoznamo ih po tome što često idu kod različitih doktora ili koriste različite tretmane za istu bolest, a liječnici koji ih liječe ih često opisuju potpuno drugačije. Strategija liječenja ovih pacijenata trebala bi uključivati sastavljanje medicinskog tima koji bi liječio ove pacijente u cijelosti kako bi se ostvario optimalan terapijski učinak.

- Pacijent koji ima narcisoidne zahtjeve

Ova skupina pacijenata uključuje osobe s narcisoidnim crtama, a može se razvijati u dva smjera. Prvu skupinu čine oni „pacijenti koji pretjerano ovise o nekome“. Kada ti pacijenti bivaju povrijeđeni od strane osobe o kojoj ovise, postaju

ogorčeni, nepovjerljivi i krive druge za svoje probleme. Zbog toga imaju teškoće i pri liječenju, nerijetko ga napuštaju i ne cijene liječnike. Drugu skupinu čine „pacijenti koji izbjegavaju ovisiti o nekome“. Oni liječniku dolaze samo da bi se mogli žaliti u kontroliranom okruženju, ali brzo odustaju od terapije. Ipak, u krajnjoj nuždi, kada bolest egzacerbira, vraćaju se i traže pomoć. Strategija liječenja ovih skupina uključivala bi ravnopravan, simetričan odnos. Narcisoidnost ovih pacijenata može se iskoristiti i kao prednost – potrebno im je naglasiti kako su sami odgovorni za olakšavanje svoje bolesti.

- Pacijent s problemom individualizacije

Ovi pacijenti poistovjećuju se sa svojom bolesti. Naučeni su na svoje kožne mane, izloženost stigmi i uspoređivanju s drugima. Bolest ispunjava njihove praznine i zbog toga imaju problem u odvajanju od nje. Strategija liječenja ovih pacijenata zato mora izbjeći potpuni oporavak i sačuvati neka od obilježja njihove bolesti (poput nekih manjih kožnih lezija) kako ne bi izgubili centralni dio svog identiteta.

- Pacijent nesvjestan svog problema

Ovi su pacijenti razvili „ljušturu“ kao obrambeni mehanizam i opiru se interakcijama i prihvaćanju pomoći. Zbog njihove nesvjesnosti, važno je u liječenju koristiti projekciju. Na taj način mogu pomoću treće osobe ili objekta opisati svoje osjećaje i osvijestiti problem bez izravne invazije u njihove nesvjesne procese.

- Pacijent koji se osjeća povrijeđeno i izloženo

U ovu skupinu pacijenata ubrajamo dvije vrste pacijenata. Prvu čine „pacijenti s ranama koje ne cijele“. To mogu biti osobe koje su u djetinjstvu fizički ranjavane od strane strogih roditelja, a njihove kožne lezije zbog toga služe kao memorijal traumama. Osim toga, u ovu skupinu spadaju i oni koji zbog nezrelih separacijskih obrazaca trpe emocionalnu bol i često se povlače iz liječenja kada osjete privrženost, a svoju bol pokušavaju materijalizirati kroz kožne lezije koje si nerijetko sami nanose. Druga vrsta „pacijenata jesu oni koji su alergični na sve“. Kada od dermatologa dobiju lijekove i preparate, osjećaju samo njihove negativne

učinke i imaju problem sa svakim lijekom. Nerijetko su to osobe iz „spojenih“ kućanstava, a zbog bliskih odnosa sa širom obitelji imaju problem vlastitog identiteta. Traže konzultacije od različitih liječnika, često i dijele lijekove sa svojim bližnjima, a kada se naruši njihov integritet, događa se dekompenzacija bolesti.

Postoje i druga istraživanja koja potkrepljuju važnost psihodinamike u liječenju dermatoloških bolesti. Tako se, primjerice, hipnoza pokazala kao moćan alat u liječenju urtikarije. Pacijenti koji bili izloženi hipnozi prijavili su poboljšanje simptoma. Oni pacijenti koji su procijenjeni kao podložniji hipnozi nakon tretmana imali su manje urtika, a tijekom kontrolnih sesija, kada nisu izlagani hipnozi, prijavljivali su veću učestalost pojave simptoma (99).

b) Kognitivno-bihevioralna terapija

Osim psihodinamike, najčešća primjenjivana metoda u psihoterapiji jest kognitivno-bihevioralna terapija (KBT). Ovaj terapijski pristup bazira se na kognitivnom i bihevioralnom pristupu. U kognitivnom pristupu važni su kognitivni procesi (kognitivna iskrivljenja, negativne automatske misli, bazična vjerovanja) pomoću kojih se vanjski događaji prevode u osobna iskustva. Neke od najčešćih pogrešaka koje se javljaju u tim procesima jesu preuveličavanje, prekomjerna generalizacija, personalizacija, dihotomno mišljenje i selektivna percepcija. Ljudi koji imaju ove kognitivne distorzije najčešće ih nisu svjesni i upravo zato one postaju meta u terapiji.

Ideja bihevioralne terapije jest osvješćivanje neprilagođenih obrazaca i djelovanje na ponašanje kako bi se ti mehanizmi revidirali. U dermatologiji, primjerice, može mijenjati stanje svijesti kod pacijenata koji pate zbog fizičkog izgleda i na taj način pomoći poboljšanju ukupnog stanja. Isto tako, može pomoći u procesima suočavanja s bolesti, ali i kod liječenja kronične boli. Upravo su zato neke od indikacija za liječenje KBT-om liječenje kroničnih boli, kao i liječenje anksioznih poremećaja, poremećaja hranjenja, poremećaja ličnosti, koji nerijetko bivaju pridruženi upravo dermatološkim bolestima.

Koncept KBT-a obuhvaća kraći vremenski period (od 6-12 seansi), usmjerava se na problem i zahtjeva aktivni angažman pacijenta i terapeuta. Osnovu terapije čine tehnike ispitivanja misli i tehnike ometanja kako bi se maknuo naglasak s negativnih misli. Isto tako, koriste se metode pisanja dnevnika i raspoređivanja aktivnosti. Jedna od najčešće korištenih metoda u KBT-u jest sistematska desenzitizacija u kojoj se pacijent postupno izlaže negativnom iskustvu kako bi ga s vremenom prebrodio. To bi kod dermatoloških pacijenata primjerice mogli biti susreti s drugim ljudima usprkos

lošem stanju kože. Slična tehnika izloženosti jest i preplavljanje, a razlika je u intenzitetu i akutnoj izloženosti podražaju koji izaziva negativno iskustvo. Osim toga, postoje i tehnike modeliranja (pacijent oponaša terapeuta); biološke sprege (moduliranje fizioloških funkcija), imaginacija (zamišljanje stresnih situacija). Isto tako, kod pacijenata s opsesivno-kompulzivnim poremećajima može se raditi prevencija reagiranja (pranje ruku kod OKP-a) ili pak zaustavljanje opsesivnih misli i prekidanje navika. Najčešće KBT koristi kombinacije ovih tehnika za postizanje optimalnog učinka (86).

b) Ostali pristupi (farmakološki, nefarmakološki - biofeedback)

Farmakološki pristup

Osim psihodinamske i kognitivno-bihevioralne terapije, postoje brojni drugi pristupi koji se mogu koristiti u liječenju psihodermatoloških bolesti. Uz različite treninge relaksacije, vježbe disanja, radne i kreativne oblike terapije, važno je spomenuti i farmakološki pristup liječenju.

Kada psihički poremećaji čine značajnu komponentu dermatološke bolesti, a pacijent nije spreman na suradnju s liječnicima psihijatrija, tada dermatolog ima pravo prepisati psihofarmake uz uvjet da ima adekvatno znanje i iskustvo u području ovih lijekova.

Indikacije za korištenje psihofarmakološke terapije u dermatologiji mogu se svrstati u tri skupine. Prvu čine primarni psihijatrijski poremećaji koji se odražavaju na koži, a to su deluzije, kompulzivni poremećaji, somatoformni poremećaji, psihogeni svrbež. Drugu skupinu čine sekundarne psihičke smetnje uzrokovane dermatozama, a najčešće uključuju depresiju i/ili anksioznost. Treću skupinu čine komorbiditeti, odnosno isprepleteni psihički poremećaji i kožne bolesti koje je teško razdvojiti prema uzročno-posljedičnom odnosu.

Prije psihofarmakološkog liječenja, treba napraviti detaljnu procjenu pacijentovog stanja i promotriti parametre koji mogu biti značajni pokazatelji željenog smjera liječenja. Ti parametri uključuju patnju pacijenta, ograničenja koja mu postavlja bolest, moguće nuspojave, mogućnost usklađivanja, postojanje potrebnih psihosocijalnih resursa kao i pacijentovo socijalno i kognitivno stanje.

Lijekovi koji se najčešće koriste u liječenju psihodermatoloških bolesti jesu antipsihotici. Radi se o skupini lijekova koji blokiraju D2 dopaminske receptore i na taj način utječu na misaone procese i iskustva. Konkretno, djeluju na modulaciju psihotičnih simptoma poput vizualnih, slušnih i taktilnih halucinacija, zatim na deluzije i sumanute ideje, psihotičnu anksioznost i psihomotornu pobuđenost. U dermatologiji se najviše koriste sljedeći antipsihotici – risperidon, olanzapin, kvetiapin, aripiprazol,

ziprasidon i pimozid. Doziranje i trajanje liječenja treba prilagoditi svakom pacijentu individualno. Smatra se kako bi u pravilu trajanje terapije trebalo biti minimalno mjesec dana, a kod pacijenata koji imaju pozitivan odgovor na terapiju liječenje psihofarmacima može trajati i godinama.

U liječenju depresivnih stanja koja prate dermatološke bolesti koriste se i standardni antidepresivi, bilo da je riječ o lijekovima iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS), nesorotoninerične skupine ili skupine tricikličkih antidepresiva. Kada je riječ o liječenju anksioznih poremećaja, prvi lijekovi izbora su benzodiazepini. U nekim kožnim stanjima praćenim poremećajima spavanja daju se i hipnotici, a kod bolesti koje prati značajan pruritus mogu se davati i antihistaminici s anksiolitičkim učinkom (19).

Nefarmakološki pristup

Psihoterapija nije jedini nefarmakološki oblik liječenja psihodermatoloških bolesti. Literatura navodi mogućnost uporabe *biofeedbacka*. Radi se o neinvazivnoj metodi liječenja baziranoj na praćenju elektromiografije i krvnog protoka, a povratne informacije o mjerenjima dobivaju se putem različitih oblika tehnologije. Upravo zbog dojma visokotehnološkog liječenja pacijenti imaju pozitivan pristup prema *biofeedbacku* što rezultira povećanom suradljivošću. Princip liječenja funkcionira tako da pacijenti pomoću različitih tehnika relaksacije djeluju na svoj autonomni živčani sustav, a pomoću monitoringa dobivaju informacije o uspješnosti tih postupaka. Na taj način razvijaju nove mehanizme suočavanja s bolesti koje mogu prakticirati i u svakodnevnom životu. Tako, primjerice, *biofeedback* koristi pacijentima s hiperhidrozom ili Raynaudovim sindromom, a pokazao se korisnim i kod pacijenata s psorijazom (88).

9. ZAKLJUČAK

Na osnovi dosadašnjih istraživanja i spoznaja u području psihodermatologije, utvrđeno je kako su neka psihička stanja i neke kožne bolesti usko povezani. Stres djeluje kao snažan katalizator simptoma u dermatološkim poremećajima, a to je posebice uočljivo u pacijenata sa psorijazom, atopijskim dermatitisom, urtikarijom, hiperhidrozom, rozaceom i drugim čestim bolestima. Osim toga, kožne bolesti imaju snažan učinak na fizički izgled pacijenata, što rezultira psihičkim poremećajima od kojih su najistaknutija depresivna i anksiozna stanja. Upravo je zbog narušenog fizičkog izgleda veća i učestalost socijalnih poremećaja u ovih pacijenata, a praćeni su osjećajima srama i izoliranosti zbog stigmatizacije.

Provedeni pregled literature ukazao je i na nesrazmjer u istraženosti različitih područja u psihodermatologiji. Tako su, primjerice, češće dermatološke bolesti poput psorijaze i atopijskog dermatitisa relativno dobro pokrivena istraživanjima o kvaliteti života pacijenata i predstavljaju dobru podlogu za daljnji napredak. S druge strane, informacije o bolestima poput ekskorijskih poremećaja ograničene su i slabo dostupne, što svakako ostavlja prostora za buduća istraživanja. Isto tako, čini se kako je područje psihodermatologije u Hrvatskoj zanemareno u odnosu na ostatak Europe, s obzirom na to da su domaća istraživanja na ovu temu relativno rijetka.

Kada je riječ o korištenju psihoterapije u liječenju psihodermatoloških bolesti, pregled literature prikazuje njezinu iznimnu važnost i potencijal u liječenju. Ipak, čini se kako i u tom području postoji prostor za daljnja istraživanja s obzirom na nedostatak statističkih podataka o učinkovitosti ove metode.

U konačnici, jasno je kako je psihodermatologija znanstveno područje koje može imati veliku ulogu u zdravlju opće populacije, s obzirom na veliku učestalost kožnih bolesti i sve veću učestalost psihičkih poremećaja. Za očekivati je kako će u suvremenom svijetu u kojem se fizički izgled često stavlja u središte pozornosti, a mentalne bolesti postaju sve veći problem zdravstvenog sustava, psihodermatologija dobiti na važnosti i postati predmetom novih istraživanja.

10. ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici izv. prof. dr. sc. Zorani Kušević na iskazanom povjerenju, podršci i svim savjetima pri pisanju ovog rada.

Želim zahvaliti i svima koji su me pratili i podržavali tijekom studija, a najviše onima koji su zaslužni za moju ljubav prema medicini i ljudima.

Zahvalna sam svojoj užoj i široj obitelji, a posebno mami, tati i Mariji, na bezuvjetnoj ljubavi i potpori tijekom cijelog mog školovanja.

Zahvaljujem i Petru i prijateljicama – hvala vam za razumijevanje, savjete i to što ste bili uz mene kad je bilo najteže – zbog vas je sve bilo lakše.

I na kraju, zahvaljujem svojim kolegama i prijateljima s fakulteta s kojima sam dijelila i lijepe i teške trenutke, učinili ste mi ovaj period života nezaboravnim.

11. LITERATURA

1. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007;9(3):203-13. doi: 10.4088/pcc.v09n0306. PMID: 17632653; PMCID: PMC1911167.
2. Šitum M, Kolić M, Buljan M. Psihodermatologija. *Acta Med Croatica*. 2016;70(Supl. 1):35-38.
3. Misery L. Le système neuro-immuno-cutané (SNIC) [Neuro-immuno-cutaneous system (NICS)]. *Pathol Biol (Paris)*. 1996 Dec;44(10):867-74. French. PMID: 9157366.
4. Buljan D, Buljan M, Situm M. Psychodermatology: a brief review for clinicians. *Psychiatr Danub*. 2005 Jun;17(1-2):76-83. PMID: 16395847.
5. Center for Substance Abuse Treatment. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 34. HHS Publication No. (SMA) 12-3952. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 1999.
6. Chen Y, Lyga J. Brain-skin connection: stress, inflammation and skin aging. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2014;13(3):177-90. doi: 10.2174/1871528113666140522104422. PMID: 24853682; PMCID: PMC4082169.
7. Slominski A, Zbytek B, Nikolakis G, Manna PR, Skobowiat C, Zmijewski M, Li W, Janjetovic Z, Postlethwaite A, Zouboulis CC, Tuckey RC. Steroidogenesis in the skin: implications for local immune functions. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2013 Sep;137:107-23. doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.02.006. Epub 2013 Feb 19. PMID: 23435015; PMCID: PMC3674137.
8. Romana-Souza B, Otranto M, Almeida TF, Porto LC, Monte-Alto-Costa A. Stress-induced epinephrine levels compromise murine dermal fibroblast activity through β -adrenoceptors. *Exp Dermatol*. 2011 May;20(5):413-9. doi: 10.1111/j.1600-0625.2010.01239.x. Epub 2011 Mar 1. PMID: 21366703.
9. Botchkarev VA, Yaar M, Peters EM, Raychaudhuri SP, Botchkareva NV, Marconi A, Raychaudhuri SK, Paus R, Pincelli C. Neurotrophins in skin biology and pathology. *J Invest Dermatol*. 2006 Aug;126(8):1719-27. doi: 10.1038/sj.jid.5700270. PMID: 16845411.
10. Koo JYM, Lee CS, editors. *Psychocutaneous medicine*. 1st ed. CRC Press; 2003. Available from: <https://doi.org/10.1201/9780203911877>
11. Basta-Juzbašić A (ur.). *Dermatovenerologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
12. Ceovic R, Mance M, Bukvic Mokos Z, Svetec M, Kostovic K, Stulhofer Buzina D. Psoriasis:

Female Skin Changes in Various Hormonal Stages throughout Life—Puberty, Pregnancy, and Menopause. *BioMed Research International*. Hindawi Limited; 2013. p. 1–6.

13. Bhat L, Bhat SR, Ramakrishnan A, Amirthalingam M. Brilaroxazine lipogel displays antipsoriatic activity in imiquimod-induced mouse model. *Skin Res Technol*. 2024;30:e13606. <https://doi.org/10.1111/srt.13606>
14. Krstanović K, Kroflin K, Kroflin L, Kušević Z. Psoriasis and mental health: A psychodermatological approach with an emphasis on psychotherapy. *Psychiatr Danub*. 2024;36(1):7–16. doi:10.24869/psyd.2024.7.
15. Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther* 2008; 21:22–31.
16. Dieris-Hirche J, Gieler U, Kupfer JP, Milch WE. Suicidal ideation, anxiety and depression in adult patients with atopic dermatitis. *Hautarzt* 2009; 60:641–6.
17. Beattie PE, Lewis-Jones MS. A comparative study of impairment of quality of life in children with skin disease and children with other chronic childhood diseases. *Br J Dermatol* 2006; 155:145–51.
18. Daud LR, Garralda ME, David TJ. Psychosocial adjustment in pre school children with atopic eczema. *Arch Dis Child* 1993; 69:670–6.
19. Harth W, Gieler U, Kusnir D, Tausk FA. *Clinical Management in Psychodermatology*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009.
20. Parperis K, Kyriakou A, Voskarides K, Chatzittofis A. Suicidal behavior in patients with systematic lupus erythematosus: Systematic literature review and genetic linkage disequilibrium analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2022 Jun;54:151997. doi: 10.1016/j.semarthrit.2022.151997. Epub 2022 Mar 19. PMID: 35344734.
21. Kušević Z, Friščić T, Babić G, Jurić Vukelić D. Depression
22. Menzinger S, Quenan S. [Evaluation and management of hyperhidrosis]. *Rev Med Suisse*. 2017 Mar 29;13(556):710-714.
23. Romero FR, Haddad GR, Miot HA, Cataneo DC. Palmar hyperhidrosis: clinical, pathophysiological, diagnostic and therapeutic aspects. *An Bras Dermatol*. 2016 Nov-Dec;91(6):716-725.
24. Andò A, Girolamo MD, Pignolo C, Zennaro A, Giromini L, Minichino A, Salatino A, Morese R. Personality features and vulnerability to stress: a case study on hyperhidrosis. *Res Psychother*. 2019 Apr 19;22(1):344. doi: 10.4081/ripppo.2019.344. PMID: 32913779; PMCID: PMC7451363.

25. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Abdul Latiff AH, Baker D, Ballmer-Weber B. The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*. 2018; 73:1393-414.
26. Sarbjit S. Chronic spontaneous urticaria: Clinical manifestations, diagnosis, pathogenesis, and natural history. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/chronic-spontaneous-urticaria-clinical-manifestations-diagnosis-pathogenesis-i-natural-history>.
27. Sánchez-Borges M, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein J, Canonica GW, Ebisawa M. The challenges of chronic urticaria part 1: Epidemiology, immunopathogenesis, comorbidity, quality of life, and management. *World Allergy Organ J*. 2021;14(6):100533.
28. Baiardini I, Pasquali M, Braido F, Fumagalli F, Guerra L, Compalati E. A new tool to evaluate the impact of chronic urticaria on quality of life: chronic urticaria quality of life questionnaire (CU-QoL). *Allergy*. 2005;60: 1073-8.
29. Gonçalo M, Giménez-Arnau A, Al-Ahmad M, Ben-Shoshan M, Bernstein JA, Ensina LF. The global burden of chronic urticaria for the patient and society. *Br J Dermatol*. 2021; 184:226-36.
30. Konstantinou GN, Konstantinou GN. Psychiatric comorbidity in chronic urticaria patients: a systematic review and meta analysis. *Clin Transl Allergy*. 2019; 9:42-52.
31. Ives AM, Bertke AS. 2017. Stress hormones epinephrine and corticosterone selectively modulate herpes simplex virus 1 (HSV-1) and HSV-2 productive infections in adult sympathetic, but not sensory, neurons. *J Virol* 91:e00582-17. <https://doi.org/10.1128/JVI.00582-17>.
32. Strachan E, Saracino M, Selke S, Magaret A, Buchwald D, Wald A. The effects of daily distress and personality on genital HSV shedding and lesions in a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial of acyclovir in HSV-2 seropositive women. *Brain Behav Immun*. 2011 Oct;25(7):1475-81.
33. Melville J, Sniffen S, Crosby R, Salazar L, Whittington W, Dithmer-Schreck D. Psychosocial impact of serological diagnosis of herpes simplex virus type 2: a qualitative assessment. *Sex Transm Infect*. 2003;79(4):280–285. doi:10.1136/sti.79.4.280.
34. Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli S-G. Stress et dermatite séborrhéique. *Ann Dermatol Venereol*. 2007;134(11):833–7.
35. Gül A, Karaaslan Ö, Çölgeçen E. Personality traits and common psychiatric conditions in patients with seborrheic dermatitis. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2017;44(1):6-9. doi:10.1590/0101-60830000000106.
36. Ajmal M, Ibrahim L, Mohammed N, Alqarni H. Prevalence and psychological stress in recurrent aphthous stomatitis among female dental students in Saudi Arabia. *Clujul Med*. 2018;91. doi:10.15386/cjmed-840.

37. Oussedik E, Bourcier M, Tan J. Psychosocial Burden and Other Impacts of Rosacea on Patients' Quality of Life. *Dermatol Clin*. 2018;36(2):103-113. doi:10.1016/j.det.2017.11.005.
38. EuroQol Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16(3):199–208.
39. Halioua B, Cribier B, Frey M, Tan J. Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31(1):163–8.
40. Huynh TT. Burden of disease: the psychosocial impact of rosacea on a patient's quality of life. *Am Health Drug Benefits* 2013;6(6):348–54.
41. Brown G, Sorenson E, Malakouti M, Leon A, Reichenberg JS, Magid M. The spectrum of ideation in patients with symptoms of infestation: from overvalued ideas to the terminal delusional state. *J Clin Exp Dermatol Res* 2014;5:6.
42. Buteau A, Reichenberg J. Psychogenic Pruritus and Its Management. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):309–314. doi:10.1016/j.det.2018.02.015.
43. Verraes-Derancourt S, Derancourt C, Poot F, Heenen M, Bernard P. [Dermatitis artefacta: retrospective study in 31 patients]. *Ann Dermatol Venereol*. 2006 Mar;133(3):235-8.
44. Wong JW, Nguyen TV, Koo JY. Primary psychiatric conditions: dermatitis artefacta, trichotillomania and neurotic excoriations. *Indian J Dermatol*. 2013 Jan;58(1):44-8.
45. Mohandas P, Ravenscroft JC, Bewley A. Dermatitis artefacta in childhood and adolescence: a spectrum of disease. *G Ital Dermatol Venereol*. 2018 Aug;153(4):525-534.
46. Begić D (ur.). Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2022.
47. Ansari MN, Bragg BN. Delusions of Parasitosis. [Updated 2023 May 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541021/>.
48. National Institute of Mental Health. Obsessive-compulsive disorder: When unwanted thoughts or repetitive behaviors take over. [no date]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/obsessive-compulsive-disorder-when-unwanted-thoughts-or-repetitive-behaviors-take-over>
49. Kestenbaum T. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2013; **32**: 83–7.
50. Tampa M, Sarbu MI, Matei C, Benea V, Georgescu SR. Common dermatoses in patients with obsessive-compulsive disorders. *J Med Med Sci*. 2015;II(2):150-158.
51. Pereyra AD. Trichotillomania. In: StatPearls [Internet]. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493186/> (Accessed: 07 June 2024).

52. Goljevscek S, Carvalho LA. Current management of obsessive and phobic states. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7:599-610. doi: 10.2147/NDT.S17032. Epub 2011 Sep 30. PMID: 22003299; PMCID: PMC3191872.
53. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, Walburn J. Body dysmorphic disorder: a survey of 50 cases. *Br J Psychiatry.* 1996 Aug;169(2):196–201.
54. Phillips KA, Taub SL. Skin picking as a symptom of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull.* 1995;31:279–88.
55. Castle DJ, Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder and cosmetic dermatology: more than skin deep. *J Cosmet Dermatol.* 2004 Apr;3(2):99-103. doi: 10.1111/j.1473-2130.2004.00105.x. PMID: 17147563; PMCID: PMC1785390.
56. Phillips KA, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:570–7.
57. Phillips KA. Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188:170–5.
58. Strumia R. Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2005;6(3):165–173. doi:10.2165/00128071-200506030-00003.
59. Yosipovitch G, Samuel LS. Neuropathic and psychogenic itch. *Dermatol Ther.* 2008;21(1):32–41. doi:10.1111/j.1529-8019.2008.00167.x.
60. Marahatta S, Agrawal S, Adhikari BR. Psychological impact of alopecia areata. *Dermatol Res Pract.* 2020;2020:1–5. doi:10.1155/2020/8879343.
61. Salama AH, Alnemr L, Khan AR, Alfakeer H, Aleem Z, Ali-Alkhateeb M. Unveiling the Unseen Struggles: A Comprehensive Review of Vitiligo's Psychological, Social, and Quality of Life Impacts. *Cureus.* 2023 Sep 11;15(9):e45030. doi: 10.7759/cureus.45030. PMID: 37829995; PMCID: PMC10566310.
62. Hrvatski savez za rijetke bolesti. Generalizirana pustularna psorijaza. <https://rijetke-bolesti.com/rijetke-bolesti/biblioteka/generalizirana-pustularna-psorijaza/>
63. Reisner DV, Johnsson FD, Kotowsky N, Brunette S, Valdecantos W, Eyerich K. Impact of generalized pustular psoriasis from the perspective of people living with the condition: Results of an online survey. *Am J Clin Dermatol.* 2022;23(S1):65–71. doi:10.1007/s40257-021-00663-y.
64. Courtney A, Su JC. The Psychology of Atopic Dermatitis. *J Clin Med.* 2024;13:1602. doi:10.3390/jcm13061602.
65. Esterly NB. The ichthyosiform dermatoses. *Pediatrics.* 1968;42(6):990–1004. doi:10.1542/peds.42.6.990.

66. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, severity, impact and management. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13:537–551. doi:10.2147/ccid.s201290.
67. Hiltcher D, Boslet WT, Fuchslocher M, Sinkgraven R, Rzany B.. Lebensqualität bei Patienten mit rosacea und rhinophym. *Aktuelle Dermatol*. 2001;27(12):391–394. doi:10.1055/s-2001-19630.
68. Le C, Bedocs PM. Neurofibromatosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated 2023 Jan 25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459329/>.
69. Belzeaux R, Lançon C. Neurofibromatose de type 1. *Presse Med*. 2006;35(2):277–280. doi:10.1016/s0755-4982(06)74570-5
70. Fournier H, Calcagni N, Morice-Picard F, Quintard B. Psychosocial implications of rare genetic skin diseases affecting appearance on daily life experiences, emotional state, self-perception and quality of life in adults: A systematic review. *Orphanet J Rare Dis*. 2023;18(1). doi:10.1186/s13023-023-02629-1.
71. Gupta MA, Gupta AK. Cutaneous sensory disorder. *Semin Cutan Med Surg*. 2013 Jun;32(2):110-8. doi: 10.12788/j.sder.0010. PMID: 24049969.
72. Trikkas G, Nikolatou O, Samara C, Bazopoulou-Kyrkanidou E, Rabavilas AD, Christodoulou GN. Glossodynia: Personality characteristics and psychopathology. *Psychother Psychosom*. 1996;65(3):163–168. doi:10.1159/000289070.
73. Niedenfuehr J, Edwards M, King LM. A scoping review: the psychosocial barriers that exist for people with vulvodynia. *J Sex Med*. 2023 May 26;20(6):833-858. doi: 10.1093/jsxmed/qdad035. PMID: 37037784.
74. Bin Saif GA, Ericson ME, Yosipovitch G. The itchy scalp - scratching for an explanation. *Experimental Dermatology*. 2011 Dec;20(12):959-68.
75. Sarkar S, Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Nath S. Psychogenic purpura. *Indian J Psychiatry*. 2013 Apr;55(2):192-4. doi: 10.4103/0019-5545.111463. PMID: 23825859; PMCID: PMC3696248.
76. Koo J, Gambla C, Fried R. Pseudopsychodermatologic Disease. *Dermatol Clin*. 1996;14(3):525–530. doi:10.1016/s0733-8635(05)70380-6
77. Azmitia EC. Serotonin neurons, neuroplasticity, and homeostasis of neural tissue. *Neuropsychopharmacology* 1999;21:S33-45.
78. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EM, Paus R. Neuroimmunology of stress: Skin takes center stage. *J Invest Dermatol* 2006;126:1697-704.
79. Sayar K, Köse O, Ebrinç S, Setin M. Hopelessness, depression and alexithymia in young Turkish soldiers suffering from alopecia areata. *Dermatol Psychosom* 2001;2:12-5.

80. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. A case-control study. *Psychother Psychosom* 2003;72:150-8.
81. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:196-201.
82. Kušević Z, Krstanović K, Kroflin K. Some psychological, gastrointestinal and cardiovascular consequences of earthquakes. *Psychiatr Danub*. 2021;33, Suppl. 4 (part IV):1248-1253.
83. Karn D. Dermatoses Following Nepal Earthquake 2015. *Kathmandu University Medical Journal. Nepal Journals Online* 2017;13:193-4.
84. Kušević Z, Marušić K. Povezanost aleksitimije i morbiditeta. *Liječ Vjesn* 2014;136:44-48
85. Kusevic Z, Civljak M, Rukavina TV, Babic G, Loncar M, Cusa BV, Gregurek R. The Connection between Alexithymia and Somatic Morbidity in a Population of Combat Veterans with Chronic PTSD. *Acta Inform Med*. 2013 Mar;21(1):7-11. doi: 10.5455/AIM.2013.21.7-11. PMID: 23572853; PMCID: PMC3610587.
86. Buljan D, Šitum M, Buljan M, Vurnek Živković M. *Psihodermatologija*. Zagreb: Naklada Slap, 2008.
87. Kroflin K, Krstanović K, Kušević Z. How can we improve clinical outcome by understanding the inseparability of mind and body ?. *Medica Jadertina [Internet]*. 2021;51(3):243-252. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/263149>.
88. Yadav S, Narang T, Kumaran MS. Psychodermatology: A comprehensive review. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013;79:176-192.
89. Kušević Z. *Psihoterapija – ljekovitost riječi i susreta*. Zagreb: Medicinska naklada, 2024.
90. Tarzian M, Ndrio M, Fakoya AO. An introduction and brief overview of psychoanalysis. *Cureus [Preprint]*. 2023. doi:10.7759/cureus.45171.
91. Lantz SE, Ray S. Freud Developmental Theory. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Updated 2022 Dec 5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557526/>
92. Messer S. A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la resistance. *J Clin Psychol*. 2002;58:157-163. doi:10.1002/jclp.1139.
93. Zhang W, Guo B. Freud's Dream Interpretation: A Different Perspective Based on the Self-Organization Theory of Dreaming. *Front Psychol*. 2018 Aug 23;9:1553. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01553. PMID: 30190698; PMCID: PMC6115518.
94. Kušević Z, Friščić T, Babić G, Jurić Vukelić D. Depression in the light of some psychoanalytic theories. *Socijalna Psihijatrija*. 2020;48(1):72-103. doi:10.24869/spsih.2020.72.

95. Ulnik JC. Psychological evaluation of the dermatology patient: a psychoanalyst's perspective. *Clin Dermatol*. 2013;31(1):11–17. doi:10.1016/j.clindermatol.2013.05.002.
96. Anzieu D. *The skin-ego*. Yale University Press; 1989. p. 288
97. Bick E. The experience of the skin in early object relations. *Int J Psychoanal* 1968;49:2-3.
98. Koblenzer C. Successful treatment of a chronic and disabling dermatosis by psychotherapy. A case report and discussion. *J Am Acad Dermatol* 1986;15:390-3.
99. Shertzer CL, Lookingbill DP. Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria. *Arch Dermatol*. 1987;123(7):913–916. doi:10.1001/archderm.1987.01660310081019.

12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 28.03.2000. godine u Vinkovcima gdje sam stekla osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje. Školovanje u Općoj gimnaziji Matije Antuna Reljkovića završila sam 2018., a iste godine upisala sam Medicinski fakultet u Zagrebu.

Tijekom studija bila sam urednica u časopisu Medicinar i član vodstva Studentske sekcije za neuroznanost. Osim toga, bila sam član Međunarodne udruge studenata medicine (CroMSIC) u sklopu čega sam sudjelovala kao koordinator projekta THE Talk koji se bavi edukacijom o spolnom zdravlju i spolno prenosivim bolestima. Za vrijeme studiranja sudjelovala sam na profesionalnim razmjenama u Portugalu i Maroku.

2022. godine sudjelovala sam u Multi-Center Fetal Brain Tissue Annotation (FeTA) Challenge u organizaciji Sveučilišta u Zürichu. Autorica sam i koautorica nekoliko prikaza slučajeva prezentiranih na studentskim kongresima.

Nagrađena sam dvjema Rektorovim nagradama za društveno koristan rad u akademskoj i široj zajednici – 2022. za projekt „Zdravi dani“ te 2023. za organizaciju kongresa “Brain-gut congress“.

U razdoblju od veljače do lipnja 2024. godine radila sam kao student asistent u odjelu Farmakovigilancije u Teva Pharmaceuticals.

Posjedujem Cambridge Certificate in Advanced English (CAE) te osnovno znanje njemačkog jezika.