

# Psihodermatologija

---

**Mikec, Damjan**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:252546>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-10**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET  
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI  
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Damjan Mikec  
PSIHODERMATOLOGIJA  
Diplomski rad

Rijeka, 2021.

SVEUČILIŠTE U RIJECI  
MEDICINSKI FAKULTET  
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI  
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Damjan Mikec  
PSIHODERMATOLOGIJA  
Diplomski rad

Rijeka, 2021.

Mentor rada: izv.prof.dr.sc. Ika Rončević-Gržeta, dr. med

Diplomski rad ocjenjen je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_, pred

povjerenstvom u sastavu:

1. Izv. prof. prim. dr. sc. Klementina Ružić, dr. med

2. Doc. dr. sc. Ana Kaštelan, dr. med.

3. Doc. dr. sc. Mirjana Graovac, dr. med

Rad sadrži stranica \_\_\_\_37\_\_\_\_, slika \_\_\_\_0\_\_\_\_, tablica \_\_\_\_0\_\_\_\_, literaturnih

navoda \_\_\_\_54\_\_\_\_.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se svojoj obitelji, prijateljima, Pauli na podršci tijekom studiranja.

# Sadržaj

1. UVOD .....	1
2. SVRHA RADA.....	4
3. PREGLED LITERATURE.....	5
1) Klasifikacija psihodermatoloških poremećaja .....	5
1.1) Psihosomatski poremećaji.....	5
1.1.1) Mehanizam nastanka psihosomatske bolesti .....	5
1.2) Kožne bolesti kod kojih je utjecaj stresa značajan .....	7
1.2.1) Atopijski dermatitis .....	7
1.2.2) Psorijaza .....	8
1.2.3) Alopecija areata.....	8
1.2.4) Akne.....	9
1.3) Primarni psihijatrijski poremećaji s kožnim manifestacijama .....	10
1.3.1) Artefaktni dermatitis (dermatitis artefacta) .....	11
1.3.2) Trihotilomanija .....	11
1.3.3) Funkcionalni poremećaji kože i sluznica .....	12
1.3.4) Sumanuti poremećaji .....	12
1.4) Sekundarni psihijatrijski poremećaji .....	14
2.) Liječenje psihodermatoloških bolesnika .....	16
2.1.) Opći principi liječenja u dermatologiji.....	16
2.1.1) Lokalna terapija .....	16
2.1.2.) Sustavna terapija.....	17
2.2.) Psihijatrijsko liječenje psihodermatoloških bolesnika.....	17
2.1.1) Farmakoterapija .....	17
2.1.2) Psihoterapija.....	20
4. RASPRAVA.....	25
5. ZAKLJUČAK.....	28
6. SAŽETAK.....	29
7. SUMMARY .....	30
8. LITERATURA.....	31
9. ŽIVOTOPIS.....	37

## 1. UVOD

Koža je najveći, a ujedno i najvidljiviji organ ljudskog tijela. Još početkom prošlog stoljeća opisana je kao organ ekspresije (1). Koža predstavlja omotač tijela, sadržava tijelo i tvori granicu između unutarnjeg i vanjskog svijeta (2). Zbog svoje vidljivosti predstavlja prvu točku kontakta kada se upoznajemo s nekim (1). Koža je također i primarni organ privrženosti (attachmenta). Prva osjetilna iskustva novorođenčeta su uvelike taktilna i djetetu su za pravilan fizički, neurološki i psihosocijalni razvoj potrebni fizički kontakti s majkom u vidu čuvanja i zagrljaja, koji se isto tako ostvaruju preko kože (3).

Za razliku od većine unutarnjih bolesti, kožne bolesti uglavnom su odmah vidljive okolini i zbog toga dermatološki bolesnici često imaju nisko samopoštovanje i socijalnu fobiju te izbjegavaju društvene događaje gdje bi njihova bolest mogla biti viđena (1). U današnjem društvu postoji općenita predodžba da su fizički atraktivnije osobe uspješnije. Zbog toga dermatološki bolesnici mogu imati krivu percepciju o svojoj uspješnosti, odnosno neuspješnosti (2,4). S druge strane, vidljive i uznemirujuće kožne promjene mogu izazvati negativne reakcije okoline koje često idu i do razine gađenja, a onda i izbjegavanja takvog bolesnika (2). Smatra se da osobe čiji izgled odstupa od norme imaju jače izraženu svijest o vlastitom tijelu i s tim povezan pritisak oko zadovoljavanja socijalnih standarda (1). Taj pritisak onda ima utjecaj na ostvarivanje odnosa, hobije i općenitu kvalitetu života. Osim poteškoća u ostvarivanju odnosa, bolesnici su navodili da imaju slabije šanse za zaposlenje, a spominjali su i nedostatak samopouzdanja, probleme na poslu, povećanu razinu anksioznosti. Nadalje, mnogi od njih naveli su da njihova kožna bolest utječe na sposobnost pronalaženja partnera i seksualni život (5).

Utvrđeno je da od 40%, pa do čak 80% bolesnika u dermatološkoj ambulanti ima psihijatrijski komorbiditet (1). Najčešći psihički simptomi s kojima se susreću dermatolozi su anksioznost i depresija. Neliječena depresija u komorbiditetu u značajnoj mjeri ometa liječenje i zbog toga je nužno prepoznati depresivnog bolesnika u dermatološkoj ambulanti i na vrijeme početi sa terapijom (2). Također, procijenjeno je da u barem jednoj trećini dermatoloških bolesnika, učinkovito liječenje postignuto nakon uzimanja u obzir povezanih emocionalnih čimbenika. Nadalje, u liječenju dermatoloških bolesnika više od 30% stanja daje odgovor na terapiju placebom, što dodatno naglašava važnost psihosomatskih čimbenika u dermatologiji (4).

Znanost koje pokriva sve aspekte međudnosa psihološkog statusa i kože u pogledu uzroka, početka, razvoja, dijagnostike i liječenja različitih kožnih bolesti naziva se psihodermatologija (6). Koncept o povezanosti emocionalnih i psiholoških čimbenika s razvojem kožnih bolesti postoji već razmjerno dugo i široko je prihvaćen (7). Smatra se da su, kao posljedica embriološkog razvoja, koža i mozak povezani još prije rođenja jer se tijekom trudnoće koža i središnji živčani sustav razvijaju iz istog zametnog listića, ektoderma (2). Međutim, etiopatogeneza psihodermatoloških bolesti kompleksnija je, i ne može se tumačiti samo na temelju te spoznaje. Uz spomenut neurološki, važne uloge u nastanku psihodermatoloških bolesti imaju i endokrini te imunološki sustav (6).

Generalno se psihodermatologija može podijeliti u dvije velike podskupine: kožne promjene nastale zbog psihijatrijske bolesti i psihijatrijska bolest nastala zbog kožnih bolesti (4). Koblenzer je 1983. uvela klasifikacijski sustav u kojem razlikuje tri kategorije psihodermatoloških bolesti; stanja koja su isključivo izvorno psihološko-psihijatrijska, stanja pod snažnim utjecajem psihogenih čimbenika i stanja koja su ovisna o genetskim i okolišnim čimbenicima, ali u kojima je tijekom bolesti značajno pod utjecajem stresa (1, 8).



Danas se iz praktičnih razloga koristi klasifikacija u kojoj se psihodermatološki poremećaji dijele na psihosomatske, primarno psihijatrijske ili psihogene i sekundarno psihijatrijske.

## **2. SVRHA RADA**

Svrha ovog rada je naglasiti povezanost kože i psihičkog stanja te ukazati na psihogenezu kožnih bolesti, kako bi se liječenju dermatološkim bolesnika pristupilo na cjelovit, holistički način sa somatsko - dermatološkog i psihološkog aspekta.

### **3. PREGLED LITERATURE**

#### **1) Klasifikacija psihodermatoloških poremećaja**

##### **1.1) Psihosomatski poremećaji**

One bolesti iz područja dermatologije na čiju pojavu ili pogoršanje utječe emocionalni stres spadaju u grupu psihosomatskih poremećaja. Međutim, bitno je naglasiti da ti poremećaji nisu uzrokovani samim stresom, međutim isti može biti okidač za njihov nastanak ili može dovesti do njihova pogoršanja.

##### **1.1.1) Mehanizam nastanka psihosomatske bolesti**

Postoji nekoliko teorija koje pokušavaju definirati pojam stresa. Hans Selye uvodi pojam „stres“ i definira ga kao poremećaj tjelesne ravnoteže nastao pod utjecajem stresora, odnosno vanjskog podražaja. On razvija model stresa koji naziva „opći adaptivni sindrom“. Njime opisuje reakciju laboratorijskih životinja koje su bile eksperimentalno izložene određenoj noxi. Spomenuti sindrom razdjeljuje u tri faze: 1. faza alarma, 2. faza otpornosti, 3. faza iscrpljenosti organizma. Također razlikuje stres koji može biti ugodan i neugodan, a za neugodan stres koristi naziv *distress*. Walter Cannon fiziološki odgovor na stresor pripisuje aktivaciji endokrinoloških čimbenika uključujući simpatičko-adrenomedularnu os. Cannon definira i „fight or flight“ refleks i smatra da je takav oblik prilagodbe koristan za životinje, ali uviđa potencijalne štetne učinke stresa za ljude. On smatra da dugotrajni stresni podražaji u kojima se taj refleks aktivira, a borba ili bijeg se ne ostvare, iscrpljuju organizam i mogu rezultirati bolešću (8, 9). Panconesi navodi glavna obilježja domaćina koji mogu utjecati na stres, a to su genetika i percepcija. Panconesi opisuje i različite tipove stresora; okolišni, bihevioralni, psihološki (9, 10).

Stres aktivira noradrenergički sustav u mozgu i uzrokuje otpuštanje katekolamina iz autonomnog živčanog sustava. Uz to aktivira i serotoninergični sustav, a to dovodi do povećane razine serotonina. Istraživanja pokazuju da i hormon koji oslobađa kortikotropin (CRF), glutamat i GABA imaju važnu ulogu u generiranju odgovora na stres.

Hormon koji oslobađa kortikotropin (CRF) luči se iz hipotalamusa kao odgovor na stres. On zatim djeluje na adenohipofizu i potiče lučenje adrenokortikotropnog hormona (ACTH). ACTH aktivira koru nadbubrežne žlijezde i potiče lučenje glukokortikoida, koji, prema novim spoznajama također povećavaju serotoninisku aktivnost (11).

Kao što je u uvodu navedeno, koža i središnji živčani sustav (SŽS) povezani su embriološki jer se epidermis i neuralna ploča razvijaju iz istog zametnog listića - ektoderma. Neuralna ploča se razvija dalje u neuralni greben i neuralnu cijev, iz kojih nastaju centralni i periferni živčani sustav. Melanociti i vjerojatno Merkelove stanice kože također potječu iz neuralnog grebena. Nadalje koža i CNS dijele neke istovjetne hormone, neurotransmitere i receptore, što još više potvrđuje povezanost ova dva sustava. Dakle, kako bi razumjeli nastanak štetnih posljedica koje stres ima na organizam, važno je poznavati neuroendokrine i imunološke odgovore organizma na stres (9).

## 1.2) Kožne bolesti kod kojih je utjecaj stresa značajan

U ovu skupinu ubrajamo atopijski dermatitis, psorijaza, akne, alopecia areata, psihogena purpura, seboroični dermatitis, rozacea, urtikarija, psihogene ekzorijacije i lokalizirani pruritus analnog područja i vulve te hiperhidroza.

### 1.2.1) Atopijski dermatitis

Atopijski dermatitis je kronična upalna bolest kože. Često je udružena s drugim atopijskim bolestima (astma, alergijski rinitis). Klinička slika se razlikuje s obzirom na dob, a obilježena je svrbežom. Uvjetovana je genetskom predispozicijom, ali i razni okolišni čimbenici utječu na razvoj bolest. Najčešće su to alergeni, iritansi, klimatski i zemljopisni uvjeti, tjelesna konstitucija, psihološki stres, sekundarne infekcije (12).

Početak prošlog stoljeća, astma i atopijski dermatitis bile su prve bolesti koje su smatrane psihosomatskima. Franz Alexander 50-ih godina opisuje ih kao tipične predstavnike psihosomatskih bolesti. U istraživanjima iz 70-ih i 80-ih godina uočeno je da bolesnici koji boluju od atopijskog dermatitisa imaju povećanu razinu anksioznosti, depresije, ljutnje ili neprijateljskog ponašanja. Psihoneuroimunološka istraživanja iz 2000-ih dovela su do brojnih novih otkrića koje povezuju utjecaj stresa sa javljanjem i težinom atopijskog dermatitisa (13). Pretpostavljeni mehanizam uključuje stresom uzrokovano povišenje razine endogenih glukokortikoida. Oni remete koheziju rožnatog sloja kože i pod njihovim utjecajem smanjuju se antimikrobna svojstva epidermisa. Daljnjim istraživanjima utvrđeno je da se pod utjecajem stresa smanjuje i epidermalna funkcija sinteze lipida. Sve to zajedno smanjuje zaštitu kože (14). Nadalje, bolesnici s atopijskim dermatitisom imaju značajno nižu aktivnost NK – stanica (engl. *Natural killer cells*) i serumskog interleukina 4 (IL-4) (15). Bolesnici sa umjerenim ili teškim atopijskim dermatitisom značajno su više depresivni i imaju veću razinu anksioznosti te

često imaju problema sa kontrolom bijesa. Utvrđeno je i da unutarnji konflikti dovode do egzacerbacije bolesti (16). Također, jačina svrbeža u kožnim oboljenjima koja su njime popraćena, a u tu skupinu ubrajamo i atopijski dermatitis, korelira sa težinom depresije (17).

### **1.2.2) Psorijaza**

Psorijaza je kronična, recidivirajuća, upalna bolest kože koja se pojavljuje u genetski podložnih osoba, a pod utjecajem različitih endogenih ili egzogenih provocirajućih čimbenika. Klinički se očituje pojavom eritematopapuloznih žarišta različite veličine, prekrivenim srebrno-bijelim ljuskama (12).

Kao i kod atopijskog dermatitisa, jačina svrbeža u psorijazi korelira sa težinom depresije (18). Bolesnici koji boluju od psorijaze češće od pacijenata s drugim dermatološkim bolestima u anamnezi navode neko stresno iskustvo s kojim povezuju nastanak ili egzacerbaciju bolesti (19,20). Bolest je povezana s povećanom konzumacijom alkohola i pušenjem (18,21). Iako u većini istraživanja nije nađena veza između intenziteta stresa i ozbiljnosti simptoma psorijaze, u nekoliko članaka potvrđena je veća učestalost izbijanja psorijaze nakon remisije zbog povećane razine stresa u tom razdoblju (22). Također postoji nekoliko kontroliranih istraživanja kojima je dokazana učinkovitost psiholoških intervencija (relaksacijski programi i slično) u liječenju psorijaze što isto tako govori u prilog psihosomatskoj prirodi psorijaze (19).

### **1.2.3) Alopecija areata**

Alopecija areata je naziv za žarišno ispadanje dlaka. Moguća je pojava samo jednog ili više areala. Smatra se da je to kronična organospecifična autoimuna bolest. Povezana je s razvojem drugih autoimunih bolesti, najčešće s Hashimotovim tiroiditisom. Obično se javlja

prije tridesete godine. Često se javlja nakon psihičkog stresa ili akutne infekcije, a 10-20% bolesnika ima pozitivnu anamnezu u obitelji (12).

Najčešći psihijatrijski komorbiditeti kod bolesnika sa alopecijom areatom bili su poremećaj prilagodbe, generalizirani anksiozni poremećaj i depresivne epizode (18). Još uvijek je dvojbjen utjecaj stresa na početak alopecije areate. Prema rezultatima istraživanja koje je provela Brajac sa suradnicima, životni događaji mogu igrati važnu ulogu u nastanku recidiva bolesti, međutim, kao i u Van der Seenovom istraživanju iz 1992. nije dokazano da stres igra značajnu ulogu u početku bolesti. Samo 6,7% od 178 pacijenata iz Van der Seenovog istraživanja navelo je ozbiljniji stresni događaj u posljednjih 6 mjeseci koji bi mogao biti okidač za nastanak bolesti. Također, skupina pacijenata sa alopecijom areatom imala je višu razinu percepcije stresa od kontrolne skupine (10, 23).

S druge strane, Perini je sa suradnicima 1994. u dvostruko slijepom kontroliranom istraživanju pokazao učinak imipiramina na poboljšanje kliničke slike u pacijenata sa alopecijom areatom. Naime, u 5 od 7 pacijenata koji su uzimali imipiramin u 6 mjeseci došlo je do značajnog rasta kose (10, 24).

#### **1.2.4) Akne**

To je po definiciji polietiološka dermatosa koja se javlja na seborejičnim područjima u pubertetu. Jedna je od najčešćih bolesti kože općenito. Multifaktorijalne je etiologije, a čimbenici koji djeluju u nastanku bolesti jesu naslijeđe, hormoni i bakterije. Najčešće se pojavljuju na licu (99% slučajeva) (12).

U anketi provedenoj na 4576 pacijenata sa različitim dermatološkim problemima, utvrđeno je da 55% pacijenata s aknama uočava povezanost epizoda emocionalnog stresa sa egzacerbacijom akni. Prosječan period latencije je bio dva dana (10, 25). Također, studenti

često navode egzacerbaciju akni tijekom ispitnih rokova (26). Green i Sinclair su 2001. proveli istraživanje na studentima medicine završne godine i utvrdili da 67% studenata smatra da im je stres bio okidač za nastanak akni. Nadalje, opisano je 13 slučajeva izbijanja akni kod žena u post-adolescentnoj dobi nakon razvoda braka (27). U prilog psihosomatskoj teoriji nastanka akni ide i istraživanje koje je provedeno 1983. gdje su biofeedback i kognitivna terapija korišteni kao dodatak klasičnom liječenju akni. Rezultat je bio značajno poboljšanje bolesti u usporedbi sa samo klasičnim liječenjem (26, 28).

### 1.3) Primarni psihijatrijski poremećaji s kožnim manifestacijama

Ova grupa poremećaja može predstavljati izazov za liječnika koji se s njima susretne. Uglavnom ovi bolesnici dolaze u dermatološku ambulantu, dakle žale se na dermatološki poremećaj i pritom odbijaju uzeti u obzir bilo koju drugu etiologiju. Rjeđa su psihodermatološka stanja od psihosomatskih bolesti. Podaci o ponovljenim posjetima, brojnim pretragama, pregledima od više stručnjaka uz bolesnikovo negiranje psihijatrijske bolesti govore o tome kako je zapravo teško započeti psihijatrijsko liječenje. Gotovo sve psihijatrijske bolesti mogu biti uzrok kožnim promjenama, ali najčešće su promjene vezane uz anksiozne poremećaje, obuzeto-prisilne poremećaje, depresivne poremećaje te uz deluzije i halucinacije povezane s kožom (29). Također, poremećaji ponašanja uzrokovani poremećajima ličnosti i zlouporabom sredstava ovisnosti mogu imati neposredan ili posredan utjecaj na kožu. Kad govorimo o neposrednim utjecajima na kožu, ti poremećaji mogu uzrokovati trihotilomaniju, artefaktni dermatitis, neurotske ekskrijacije, onihotilomaniju ili kronični lihen simpleks (8, 30). U grupu primarnih psihijatrijskih poremećaja s kožnim manifestacijama spadaju i funkcionalni poremećaji kože i sluznica te sumanutni poremećaji.



### **1.3.1) Artefaktni dermatitis (dermatitis artefacta)**

Pojam artefaktni dermatitis predstavlja stanje u kojem bolesnik oštećuje vlastitu kožu. Razlikuje se od termina „neurotske ekskrijacije“ po tome što u artefaktnom dermatitisu bolesnik najčešće oštećuje kožu pomoću nekog sredstva (cigareta, oštri predmeti, kemikalije), dok si kod neurotskih ekskrijacija nanosi ogrebotine vlastitim noktima (11). Spomenuti poremećaji odnose se i na ponešto različite psihijatrijske dijagnoze. Bolesnici s artefaktnim dermatitisom obično imaju ozbiljan poremećaj ličnosti, najčešće borderline poremećaj ličnosti. Kožne lezije služe kao „poziv u pomoć“. Javljaju se kod osoba koje su bile seksualno zlostavljane i kod zlostavljanje djece. Također se povezuju sa disocijativnim poremećajima, depresijom, psihozama, mentalnom retardacijom, simuliranjem i Munchausenovim sindromom. Neurotske ekskrijacije povezujemo sa depresijom i anksioznim poremećajima, kao i životnim situacijama gdje bolesnik teško izražava ljutnju, psihosocijalnim stresorima (razvod braka, posao) i obuzeto-prisilnim poremećajima (3, 11).

### **1.3.2) Trihotilomanija**

Trihotilomanija je poremećaj u kojem osoba čupa vlastitu kosu. Može se definirati kao neodoljiva potreba za čupanjem kose, uz osjećaj olakšanja nakon učinjenog. Rezultira značajnim gubitkom kose. Do sedam puta je češća u dječjoj populaciji (31). Kliničko iskustvo podržava teorije koje nastanak bolesti vide u poremećenom odnosu između majke i djeteta, u kojem nije dozvoljeno djetetu da razvije mehanizme obrane za oslobađanje napetosti (29). U odrasloj populaciji najčešće se povezuje s obuzeto-prisilnim poremećajima. Ostali poremećaji koje dolaze u obzir su reakcija na stres, anksioznost, poremećaj ponašanja, poremećaj ličnosti, mentalna retardacija te sumanute ideje (8). Objavljeni su radovi koji povezuju trihotilomaniju kod djece s problemima u učenju, zatim s mentalnom retardacijom i

nedostatkom željeza (31). Bolesnici s ovim poremećajem rijetko traže medicinsku pomoć. Prema istraživanju koju je proveo Woods sa suradnicima 2006., od 1048 ispitanika, samo 39,5% njih je potražilo pomoć liječnika, a od njih se samo 27,3% javilo psihijatru (32).

### **1.3.3) Funkcionalni poremećaji kože i sluznica**

Neki poremećaj definira se kao funkcionalni kad se isključi somatska osnova. Najčešći funkcionalni poremećaj kože je pruritus. U istraživanju koje su Radmanesh i Shafiei 2001. proveli na bolesnicima sa psihogenim pruritusom, (u tu skupinu ubrojili su lichen simplex chronicus, neurotske ekzorijacije, prurigo nodularis i pruritus koji je povremen, kratkotrajan, jak i bez fizikalnih znakova) uočeno je da su svi ispitanici imali neki od afektivnih poremećaja; depresiju, anksioznost, miješani anksiozno-depresivni poremećaj, a 18% bolesnika (12/65) imalo je i poremećaj ličnosti. Uz spomenutu depresiju i anksioznost, Buljan u svojoj knjizi navodi i obuzeto-prisilni poremećaj kao razlog funkcionalnih poremećaja kože (8). Nadalje, u istraživanju na dermatološkim bolesnicima s osipom koju su proveli Schneider i suradnici 2006. utvrđeno je da 70% od 109 bolesnika ima i do 6 psihijatrijski ili psihosomatskih dijagnoza i psihijatrijsko ili psihoterapeutsko liječenje bilo je indicirano u 62% bolesnika (33). Također, kao dodatni dokaz psihogenog podrijetla bolesti govori kliničko iskustvo s antidepressivima koji učinkovito liječe pruritus (34, 35).

### **1.3.4) Sumanuti poremećaji**

U ovu skupinu svrstavaju se razni psihotični poremećaji, a najčešće je riječ o sumanutim idejama o parazitima u koži, neugodnom tjelesnom mirisu, uvjerenju da postoji strano tijelo

ispod kože i dismorfofobija (8, 11). Ove bolesti spadaju u skupinu „monosimptomatskih hipohondrijskih psihoza“ (29).

#### 1.3.4.1) Deluzije parazitoza

Deluzije parazitoza (Ekbomov sindrom) ubrajamo u somatski oblik sumanutih poremećaja. Kao glavni simptom navodi se sumanuta misao. Ta misao nije bizarna, odnosno, vezana je uz realitet, što ju razlikuje od shizofrenije (36). U dostupnoj literaturi opisuje se tipičan bolesnik kao žena srednjih godina, prosječna dob u jednom istraživanju bila je 55,6 godina, a u drugom 64 godine. Mlađi bolesnici s ovim poremećajem, neovisno o spolu, obično su nižeg socioekonomskog statusa, zbog nekog razloga marginalizirani u društvu i na poslu, sa slabim međuljudskim odnosima.

Bolesnici s deluzijama obično sa sobom nose sastrugane dijelove kože u kutijici (eng. „matchbox sign“) kao dokaz postojanja parazita. Neki čak opisuju „životni ciklus“ parazita sa živopisnim opisima kako se hrane i razmnožavaju ili kako umiru. Zanimljiv je fenomen koji se naziva *Folie à deux* („ludilo u dvoje“) gdje bolesnikov supružnik ili ostali članovi obitelji vjeruju u njegovu deluziju (37).

#### 1.3.4.2) Dismorfofobija

Dismorfofobija je preokupacija izgledom tijela, najčešće zamišljenim, a ako i postoji defekt, bolesnikova reakcija u smislu zabrinutosti i preokupacije je prekomjerna i neodgovarajuća. Prema dostupnim podacima vezano za psihijatrijsku populaciju, dismorfofobija je uglavnom povezana sa depresijom i anksioznim poremećajima (obuzetoprilni poremećaj, panični poremećaj, socijalna fobija) (38). Najčešće se bolesnici žale na zamišljene ili blage nedostatke na glavi i licu; stanjena kosa, akne, bore, ožiljci, bljedilo ili

crvenilo kože, asimetrija lica, disproporcija pojedinih dijelova lica, previše dlakavo lice. Ostale česte preokupacije su oblikom i veličinom nekog dijela tijela kao nos, kapci, obrve, usta, usne, zubi i slično. Također se mogu žaliti na više dijelova tijela, ili se preokupacija može premještati s jednog dijela tijela na drugi. Bolesnik se pretjerano dotjeruje u želji da smanji anksioznost zbog defekta. Uz pretjerano dotjerivanje, ti bolesnici često se gledaju u ogledalo, uspoređuju s drugima, skrivaju taj dio tijela (odjeća, šešir, šminka), često se preoblače, traže potvrde drugih o svom stanju i rade određene restrikcije u prehrani (39). Mnogi od njih osjećaju značajan distress što može voditi do neodlazaka na posao ili do izbjegavanja pojavljivanja u društvu (3).

#### 1.4) Sekundarni psihijatrijski poremećaji

Sekundarni psihijatrijski poremećaji javljaju se kod bolesnika s kroničnim kožnim bolestima koje narušavaju fizički izgled. Kod tih bolesnika dolazi do razvoja anksioznosti, depresivnosti, gubitka samopouzdanja i socijalne fobije. Najčešća dermatološka stanja koja uzrokuju psihičke smetnje jesu alopecija, akne, psorijaza, hemangiomi, vitiligo, sindrom displastičnih nevusa, giganstski kongenitalni nevusi, rinofima. Iako su dermatološke bolesti rijetko životno ugrožavajuće, zbog njihove vidljivosti može biti značajno narušena kvaliteta života kod takvih bolesnika (8, 11). Hughes i suradnici u istraživanju iz 1983., navode da su unakaženost, stigma i nelagoda zbog kožnih poremećaja glavni razlozi psihijatrijskih simptoma. Uz to bolesnici s lezijama na vidljivim dijelovima tijela postizali su viši GHQ - score (General Health Questionnaire) od ostalih (28).

Rasouljan je sa suradnicima 2010. proveo istraživanje o psihijatrijskom obolijevanju u dermatoloških bolesnicima; 70-77% ispitanih bolesnika razvilo je umjereni ili ozbiljni oblik

anksioznosti ili depresije (40). U istraživanju iz 1994. od 217 ispitanih bolesnika, 10% navodi da ima želju umrijeti, dok je 6% njih aktivno razmišljalo o samoubojstvu u vrijeme provođenja ispitivanja (17). Cotterill i Cunliffe su 1997. u članku opisali šesnaest dermatoloških pacijenata koji su počinili samoubojstvo. Dvije najčešće dijagnoze bile su akne i dizmorfofobija.

Najbrojnija skupina bolesnika s aknama su adolescenti (41). Oni su, zbog hormonske i emocionalne nestabilnosti, što je i karakteristika tog razdoblja, posebno skloni razvoju psihičkih problema. Adolescenti se zbog akni mogu osjećati neprivlačno, imaju problema sa socijalnim interakcijama, manje izlaze s vršnjacima, manje od vršnjaka sudjeluju u sportskim aktivnostima, postižu slabiji uspjeh u školi i na fakultetu (42). Utvrđeno je da djeca s atopijskim dermatitisom češće od svojih vršnjaka boluju od nedostatka pažnje i hiperaktivnosti (ADHD-a) depresije, anksioznosti, poremećaja ponašanja i autizma (43). Gupta i Gupta su 1995. u istraživanju bolesnika s psorijazom uočili da je kvaliteta života više narušena kod mlađih bolesnika nego kod starijih (3, 44). U drugom članku objavljenom 1998. isti su autori proveli istraživanje na bolesnicima s aknama, psorijazom, alopecijom areatom i atopijskim dermatitisom. Značajno veće vrijednosti na CRSD (Carroll Rating Scale for Depression) upitniku imali su bolesnici s aknama i psorijazom koja je zahvaćala više do 30% površine kože. Od ukupnog broja bolesnika koji boluju od psorijaze, 7,2% njih pomišljalo je na samoubojstvo, dok je taj postotak kod bolesnika s aknama bio 5,6% (44). Bolesnici s psorijazom navode poteškoće na poslu i s dobivanjem posla, u socijalizaciji s članovima obitelji i prijateljima, dok mlađi bolesnici spominju i seksualne poteškoće. Također, 78% ispitanih bolesnika s teškim oblikom psorijaze frustrirano je zbog neuspjeha u liječenju (45).

Rezultati takvih istraživanja govore o važnosti uočavanja psihijatrijskih komorbiditeta kod dermatoloških bolesnika jer je pokazano da i blagi oblici bolesti (u većini slučajeva takve su npr. akne) mogu uzrokovati ozbiljnu depresiju i biti razlog za razmišljanje o samoubojstvu (44).

## **2.) Liječenje psihodermatoloških bolesnika**

### **2.1.) Opći principi liječenja u dermatologiji**

Liječenje dermatoloških bolesti može biti lokalno i sustavno, a često je potrebna i kombinacija tih dviju metoda. Uz razne lokalne pripravke i sustavnu terapiju, primjenjuju se i neionizirajuće (ultraljubičasto i vidljivo) i ionizirajuće (rendgensko) zračenje. U lokalnu dermatološku terapiju spadaju i dermatokirurški zahvati te postupci u korektivnoj dermatologiji.

#### **2.1.1) Lokalna terapija**

Kod odabira lijeka, treba odabrati odgovarajuću podlogu, uzeti u obzir lokalizaciju zahvaćene kože ili sluznice, stanje kože, način aplikacije lijeka i duljinu trajanja liječenja. Terapijski učinak lijeka ovisi o njegovoj potenciji i mogućnosti apsorpcije kroz kožu i sluznice. Na apsorpciju utječe debljina rožnatog sloja kože, tako je najslabija na dlanovima i tabanima, a najintenzivnija na licu, u intertriginoznim područjima i na sluznicama. Važna je također i dob bolesnika; primjerice, kod djece je apsorpcija brža i lakša nego kod odraslih. Uz prisutnost okluzije, apsorpcija lijeka može se povećati 10-100 puta. Razlog tome je produljen dodir kože i sluznica s lijekom, što povećava njegovu ukupnu apsorpciju. Bitan čimbenik za djelotvornost lokalne terapije je i podloga s kojom se aktivni lijek ujedinjuje. U najvažnije podloge ubrajaju se: posipi, paste, tekućine (dijele se na otopine, kupke i dermatološke tinkture), masti, kreme, emulzije, gelovi i aerosoli. Lokalno se mogu primjenjivati dezinfekcijska i antibakterijska sredstva, sredstva za granulaciju i epitelizaciju, kortikosteroidi, antimikotici, antibiotici, antiparazitici, imunomodulatori i citostatici.

### **2.1.2.) Sustavna terapija**

Sustavna terapija primjenjuje se kad su promjene kože opsežne i kad su povezane sa sustavnim procesima u tijelu. Lijekovi koji se primjenjuju sustavno su: kortikosteroidi, antihistaminici, antibiotici, antimikotici, antivirusni lijekovi, antimalarici, citostatici, imunosupresivi, imunomodulatori, sulfonamidi, sulfoni i biološki lijekovi.

### **2.2.) Psihijatrijsko liječenje psihodermatoloških bolesnika**

Poznata je i dokazana praksa liječenja dermatoloških bolesnika psihijatrijskim metodama. Koriste se i psihofarmaci i psihoterapija, ali i kombinacija tih dviju metoda, ovisno o indikaciji.

#### **2.1.1) Farmakoterapija**

Najčešće psihijatrijske dijagnoze koje se povezuju s razvojem dermatoloških bolesti su anksioznost, depresija, deluzijski poremećaji i obuzeto-prisilni poremećaj. Tako se odabir psihofarmaka temelji na prirodi same podležeće bolesti. U nastavku će biti kratko opisano liječenje spomenutih stanja.

##### **2.1.1.1.) Terapija anksioznosti u dermatologiji**

Za liječenje akutnog i samoograničavajućeg stresa, anksiolitici brzog djelovanja prvi su izbor. Benzodiazepini su posebno učinkoviti u liječenju situacijske anksioznosti. Primjerice, za kontrolu akutne anksioznosti može se koristiti lorazepam 0.5-2 mg, svakih šest do osam sati. Međutim, korištenje benzodiazepina treba ograničiti na tri do četiri tjedna zbog mogućeg razvoja ovisnosti. Za kroničnu anksioznost koriste se buspiron, gabapentin ili antidepresivi s

anksiolitičkim efektima. Buspiron je nesedativni anksiolitik koji ne uzrokuje ovisnost. Glavni nedostatak je odgođeni početak djelovanja (dva do četiri tjedna), dakle, nije prikladan za korištenje po potrebi. Početna doza je 15 mg/dan, podijeljena u dvije doze po 7,5 mg. Gabapentin se koristi kao *off-label* (propisuje se izvan indikacije) lijek za anksioznost. Ima brži nastup djelovanja od buspirona i isto tako malu mogućnost razvoja ovisnosti. Također, ima dokazano antipruritičko djelovanje. Obično liječenje započinjemo 300 mg jednom dnevno, prije spavanja. Antidepresivi će biti spomenuti kasnije, a za liječenje ovisnosti koriste se paroksetin, sertralin, fluoksetin, escitalopran, a korist su pokazale i niske doze doksepina i venlafaksina.

#### 2.1.1.2) Terapija depresije u dermatologiji

Početni odgovor na antidepresive obično počinje oko dva do tri tjedna nakon postizanja terapijske doze, dok je potrebno minimalno 6 tjedana terapije da se postigne puni terapijski učinak. Antidepresivi se mogu podijeliti u nekoliko skupina: selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI), selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI), triciklički antidepresivi (TCA), inhibitori monoaminooksidaze (MAO inhibitori) i noviji lijekovi koji spadaju u skupinu „ostalih“ ili „atipičnih“ antidepresiva.

Predstavnik *tricikličkih antidepresiva*, doksepin je posebno dobar za liječenje depresivnih pacijenata s neurotskim eskorijacijama. Uz antidepresivni učinak ima snažno antipruritičko djelovanje. Početna doza je 25 mg prije spavanja, a može se titrirati svakih pet do sedam dana po 10 do 15 mg do konačne terapijske doze za depresiju od 100 do 300 mg dnevno. Najčešće nuspojave uključuju antikolinergične učinke; suhoću usta, konstipaciju, retenciju urina, zamagljen vid i smetenost.



*Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI)* su najviše propisivani antidepresivi i ujedno prva linija terapije u liječenju depresije. Imaju jednak učinak kao i stariji lijekovi (TCA), ali manje nuspojava. U tu grupu lijekova spadaju fluoksetin, paroksetin, sertralin, escitalopram i citalopram. U istraživanjima koja su provedena, 40% pacijenata opisalo je nuspojave u vidu seksualne disfunkcije, najčešće gubitak libida ili odgođeni orgazam. Uz to, ostale nuspojave uključuju gastrointestinalne smetnje, pojačanu glavobolju, nesanicu ili pak prekomjerno spavanje. Iako su najpropisivaniji lijekovi za depresiju, pokazuju učinak u samo 60 do 70% pacijenata. Ako nema poboljšanja unutar šest tjedana od početka terapije, indicirana je zamjena za neki drugi lijek iz iste skupine ili lijekove iz drugih skupina, npr. venlafaksina ili bupropiona.

Venlafaksin spada u skupinu *selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (SNRI)*. Klinička ispitivanja pokazuju da je venlafaksin posebno koristan kod pacijenata sa depresijom i anksioznošću u komorbiditetu. Terapijska doza kreće se u rasponu od 75-150 mg/dan, podijeljeno u dvije doze. Uz serotoninergične nuspojave, SNRI antidepresivi mogu imati i noradrenergične učinke; povišen krvni tlak i srčani ritam, kao i aktivaciju SŽS-a praćenu nesanicom, anksioznošću i uznemirenošću.

*Bupropion* je jednako učinkovit kao i lijekovi iz SSRI skupine, ali uz vrlo rijetke nuspojave vezane uz seksualnu funkciju. Mehanizam djelovanja nije do kraja poznat. Djeluje kao slabi do umjereni inhibitor povratnog unosa noradrenalina i dopamina, ali smatra se da je taj učinak preslab za postizanje antidepresivnog učinka. Značajniji učinak ima na presinaptičko oslobađanje katekolamina.

### 2.1.1.3) Terapija deluzijskih (sumanutih) poremećaja u dermatologiji

Najčešće deluzije s kojima se susreću dermatolozi u svojim ambulantama ubrajamo u skupinu monosimptomatskih hipohondrijskih psihoza, s deluzijom parazitoza kao najčešćim oblikom

bolesti. Najviše korišten lijek za liječenje deluzije parazitoza je pimozid (nije dostupan u RH). Drugi lijek izbora je haloperidol. Ubrajamo ga u skupinu derivata butirofenona. Najčešće je rabljeni antipsihotik, iako ima visoku učestalost razvoja ekstrapiramidnih poremećaja motorike (EPM). Minimalna djelotvorna terapijska doza iznosi 2 mg, a uobičajeni raspon dnevnih doza kreće se od 2 do 60 mg. Dnevno doziranje je jednokratno, obično uvečer. Od novijih, tzv. atipičnih antipsihotika, za dermatološke indikacije mogu se koristiti risperidon, olanzapin i kветiapin. Atipični antipsihotici imaju manju učestalost razvoja ekstrapiramidnih simptoma i tardivne diskinezije od haloperidola.

#### 2.1.1.4) Terapija obuzeto-prisilnog poremećaja u dermatologiji

Prva linija terapije u liječenju su lijekovi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI); fluoksetin, paroksetin i sertralin. Odabir se procjenjuje individualno, na temelju podnošljivosti, razvoja nuspojava i učinkovitosti. Potrebne su veće doze antidepresiva nego kod liječenja depresije, a i za početni je odgovor potrebno četiri do osam tjedana, što je dulje nego kod liječenja depresije. Za maksimalni odgovor na terapiju kod nekih pacijenata potrebno je i do dvadeset tjedana. Nakon što je terapijski odgovor postignut, terapiju bi trebalo uzimati najmanje 6 mjeseci do jednu godinu. Međutim, valja znati da će kompletnu remisiju biti teško postići samo na temelju farmakoterapije (46, 47, 48).

#### 2.1.2) Psihoterapija

Psihoterapija je oblik liječenja i tretmana u zdravstvenoj skrbi osoba sa psihičkim poremećajima, a danas sve češće nalazi primjenu i u osoba koje u užem smislu nemaju neki psihički poremećaj. Definira se kao liječenje problema emocionalne prirode psihološkim putem, u kojemu educirana osoba namjerno uspostavlja profesionalne odnose s pacijentom

u svrhu uklanjanja, modificiranja ili ublaživanja intenziteta postojećih simptoma te promjene poremećenih shema ponašanja, kao i poticanja pozitivnog rasta i razvoja ličnosti.

Pobrojeno je više od 450 različitih psihoterapijskih tehnika, no uglavnom su to samo modifikacije neke druge tehnike, dakle zasnivaju se na istim ili sličnim teorijskim konceptima. Psihoterapijske pravce možemo podijeliti na razne načine, ovisno o fokusu promatranja. Primjerice, prema psihoterapijskim sustavima/sistemima dijelimo ih na psihodinamsko-psihoanalitičke, kognitivno-bihevioralne, egzistencijalne, humanističke/suportivne, kratke (*brief*) terapije, sistemske terapije i integrativne psihoterapije.

Zbog utjecaja kožnih bolesti na kvalitetu života, ponajviše na samopouzdanje i osjećaj vlastite vrijednosti, bolesniku može u znatnoj biti narušeno psihičko stanje. Bolesnike s kroničnim kožnim promjenama kod kojih je došlo do razvoja psihičkih problema potrebno je naučiti kako izgraditi samopouzdanje bez oslanjanja na fizički izgled, odnosno naučiti ih da se fokusiraju na svoje druge važne pozitivne osobine. Uzroci bolesti često su nepoznati i liječnicima, a ponekad ni nije moguće predvidjeti koliko će bolest dugo trajati i hoće li, i kada, doći do pogoršanja ili ponovnog javljanja bolesti. Zbog svega toga bolesnik osjeća da nema kontrolu nad bolesti, što može znatno utjecati na povišenje razine anksioznosti, nesigurnosti i osjećaja bespomoćnosti. S druge strane, psihički čimbenici imaju važnu ulogu u nastanku i progresiji nekih kožnih bolesti. Sve navedeno govori koliko je psihoterapija važna kao jedan dio liječenja u cjelovitom pristupu dermatološkom bolesniku, a to je već 1935. naglašavao američki dermatolog Joseph Klauder. Do danas je proveden veliki broj istraživanja koja potvrđuju nužnost omogućavanja psihoterapije dermatološkim bolesnicima.

Prije razmatranja indikacija za uvođenje psihoterapije u terapiju dermatoloških bolesti, bolesnik treba imati uvid u psihološku podlogu nastanka svoje bolesti. Odnosno, liječnik bi

trebao nastojati potaknuti bolesnika na razmišljanje o mogućoj psihološkoj etiologiji bolesti kroz pažljivo vođene konzultacije. Od liječnika se očekuje da bude strpljiv jer dermatološki bolesnik dolazi liječiti svoju vidljivu bolest na koži i da neće uvijek biti spreman prihvatiti psihijatrijski dijagnozu i pristati na drugačiji oblik terapije (49). Harth u svojim smjernicama nabraja indikacije za psihoterapiju u dermatologiji; kada postoji značajna subjektivna socijalna anksioznost (socijalna fobija), kada postoji strah od unakaženosti (dismorfofobija), kod primarnih psihijatrijskih poremećaja kada se javljaju pretjerane manipulacije na koži bez objektivne potrebe (ekskorijacije kod obuzeto-prisilnog poremećaja). Nadalje, za sva akutna i kronična stanja u kojima se sumnja da stres provocira egzacerbaciju simptoma. Nakon davanja indikacija, postavlja se pitanje koju metodu izabrati. Trenutno ne postoje smjernice koja metoda je najbolja za koju dermatološku bolest, ali se metoda može izabrati na temelju znanstvenih radova i iskustva terapeuta (50).

Metode psihoterapije s najviše rezultata u terapiji dermatoloških pacijenata su kognitivno-bihevioralna terapija, *biofeedback* i hipnoza. Ostale metode korištene su kao dodatak nabrojenima.

#### 2.1.2.1) Kognitivno-bihevioralne terapije

Temeljno načelo ovih psihoterapijskih pristupa jest da promjena mišljenja i/ili ponašanja dovodi i do promjene u emocionalnom doživljavanju. Pretpostavlja se da naši doživljaji događaja, a ne događaji sami po sebi, utječu na naše mišljenje i emocije. Pristup se temelji na znanstvenim spoznajama iz područja psihologije, psihijatrije i fiziologije.

U ovu skupinu spada niz pravaca koji imaju neka zajednička obilježja. Govorimo o kombinaciji dvaju pristupa koji postoje i kao zasebni terapijski pravci; kognitivnom i bihevioralnom. Unutar kognitivno-bihevioralne terapije razlikuju se tri osnovna pravca:

terapije zasnovane na kognitivnoj restrukturaciji, terapije suočavanja, terapije rješavanja problema. Prema strukturi kognitivno-bihevioralna terapija je kratkotrajna (15-20 susreta), direktna, s jasno određenim ciljevima, orijentirana na problem i zahtijeva aktivno sudjelovanje bolesnika i terapeuta. Usmjerena je na sadašnjost, a ne na traganje za uzrocima teškoća. Terapeut se koristi raznim tehnikama za promjenu razmišljanja, ponašanja i raspoloženja (11, 51).

Uspješno se primjenjuje kod bolesnika s različitim dermatološkim bolestima. Pokazala se korisnom kod liječenja dermatoloških bolesti koje su uzrokovane psihološkim čimbenicima i onima kod kojih su stresni događaji okidač za ponovno javljanje bolesti, dakle radi se o već spomenutim psihosomatskim dermatološkim bolestima; atopijski dermatitis, psorijaza, akne, alopecija areata, funkcionalni pruritus, a dala je rezultate i kod Ekbomovog sindroma i dismorfofobije (18,49). U kombinaciji s tehnikama opuštanja korištene su kako bi se pokušao kontrolirati svrbež u bolesnika s atopijskim dermatitisom (26). Sustavna desenzibilizacija, jedna od najpoznatijih tehnika u KBT, može pomoći bolesniku kod suočavanja s bolesti i lakšem prilagođavanju na bolest. Pretpostavka je da ako se bolesnika postupno izlaže situacijama gdje se osjeća neugodno, on će se na te situacije polako priviknuti (11, 52).

#### 2.1.2.2) *Biofeedback*

*Biofeedback* je metoda kojom se fiziološka aktivnost mjeri instrumentima koji pacijentu vraćaju vidnu ili slušnu informaciju o toj aktivnosti. Najčešće se mjeri provodljivost kože, temperatura kože, elektromiografija (EMG), elektroencefalografija (EEG), otkucaji srca i frekvencija disanja (51). Bolesnik/klijent na temelju dobivenih povratnih informacija uči kako svjesno utjecati na te fiziološke parametre i kako ih kontrolirati promjenama u razmišljanju, emocijama i ponašanju (18). Kombinacija s hipnozom ili autogenim treningom može poboljšati

učinak same *biofeedback* metode. Mjerenjem mišićne napetosti EMG-om može biti korisno za naučiti bolesnika/klijenta kako smanjiti napetost, što može imati pozitivan učinak na upalne kožne promjene i one povezane sa stresom; akne, atopijski dermatitis, lichen planus, neurodermatitis, psorijaza (52). U istraživanju koje je proveo Hughes sa suradnicima 1983. nađeno je značajno poboljšanje simptoma akni kod 30 pacijenata korištenjem *biofeedback* relaksacijske metode. U kombinaciji s antihistaminicima, *biofeedback* je bio korišten i za liječenje urtikarije (18). Metoda se pokazala korisnom i kod liječenja socijalne fobije u dermatoloških bolesnika (26). Piaserico je sa suradnicima prikazao značajno poboljšanje umjerene i teške psorijaze kod 45 pacijenata, nakon 8 tjedana kombinacije standardne UVB terapije i *biofeedback* metode u usporedbi s pacijentima koji su 8 tjedana primali samo UVB terapiju (53, 54).

### 2.1.2.3) Hipnoza

Hipnoza je pokazala dobre rezultate u liječenju kožnih bolesti i često je korištena metoda. Temelji se na izazivanju stanja sužene svijesti (transa). Svijest se suzuje njezinim usmjerenjem na hipnotizatora. Hipnoza počinje sugestivnim djelovanjem hipnotizatora, koji je produbljuje, ali u tom procesu važan je i bolesnik/klijent koji mora biti spreman surađivati. Hipnoza može pomoći u uklanjanju boli ili svrbeža, ali i u poboljšanju simptoma kod psihosomatskih kožnih bolesti. Također, koristi se u odvikavanju od loših navika (npr. češanje) bez kojih bi određene kožne bolesti mogle biti brže i uspješnije liječene (11, 51, 52).

#### 4. RASPRAVA

Zbog činjenice da je psihijatrijski komorbiditet prisutan u trećine dermatoloških bolesnika, dermatolog bi trebao moći procijeniti mentalni status svog bolesnika. Potreban je biopsihosocijalni pristup kako bi se kod liječenja na vrijeme uz fizički, uzeo u obzir i psihički aspekt nastanka bolesti. Potrebno je bolesnika ispitati o utjecaju njegove kožne bolesti na kvalitetu života, o mogućim stresorima (npr. rana traumatska iskustva) koji bi mogli biti potencijalni uzrok, da li uzima sredstava ovisnosti i slično. Također, liječnici obiteljske medicine, koji imaju najviše informacija o pojedinom bolesniku, bi trebali biti upoznati i educirani o utjecaju kožnih promjena na psihičko zdravlje, a imati na umu i činjenicu da kožne bolesti mogu imati psihosomatsku podlogu. Ordinacije obiteljske medicine su mjesta na koja se bolesnici vraćaju s nalazima dijagnostičkih pretraga. Kad svi nalazi budu uredni i ako je isključen organski uzrok, obiteljski liječnik bi trebao biti taj koji će objasniti bolesniku moguću povezanost njegove dermatološke bolesti s psihičkom, i predložiti mu neku od psihijatrijskih metoda liječenja, odnosno odlazak na daljnje konzultacije kod liječnika educiranih u liječenju psihodermatoza.

Depresija je jedan od najčešćih psihijatrijskih komorbiditeta u dermatologiji i povezana je s visokom učestalošću suicida u tih bolesnika, i zbog toga je takav cjelovit pristup neophodan. Primjerice, adolescenti, koji predstavljaju najbrojniju skupinu bolesnika s aknama, posebno su ranjivi kad su u pitanju psihološke posljedice zbog okolini vidljive bolesti. Javljaju se problemi vezani uz osjećaj privlačnosti, slike tijela (*body image*), problemi u stvaranju odnosa i s razvojem seksualnosti, a postižu i lošije rezultate u školi. Često su ti adolescenti izloženi komentarima vršnjaka ili su zapostavljeni u druženjima, a to rezultira povlačenjem u sebe, što naposljetku može imati dugoročne posljedice na psihičko zdravlje osobe. Dakle, iz ovog je

primjera jasno koliko je važna rana psihološka intervencija kod dermatoloških bolesnika, a posebno kod najosjetljivijih skupina.

Kroz rad je navedeno mnogo primjera istraživanja u kojima je potvrđena veza između psiholoških faktora – stresa i razvoja ili egzacerbacije kožnih bolesti. Zbog te činjenice važno je najprije predložiti bolesniku promjenu životnih navika kao dodatak standardnoj terapiji. To može biti početni korak prije predlaganja psihološke ili psihijatrijske intervencije. Bolesnici bi takav savjet možda prihvatili lakše nego da ih se odmah uputi psihologu ili psihijatru. Od koristi bi mogle biti neke metode koje nisu navedene gore u tekstu, a neke od njih su: meditacija, samohipnoza, muzikoterapija, vježbanje i sve ostale aktivnosti koje bi mogle smanjiti stres (52).

Nadalje, na primjeru istraživanja o utjecaju stresa na razvoj psorijaze možemo vidjeti koliko je teško objektivizirati psihološke čimbenike u razvoju kožnih bolesti. Veliku ulogu u rezultatima psiholoških anketa koje se postavljaju dermatološkim bolesnicima igra subjektivna procjena bolesnika o razini doživljenog stresa. Jasno je da su stresni događaji u životu svakog čovjeka česti pa se lako može pretpostaviti da bi svaki pojedinac za razvoj bilo koje svoje bolesti mogao okriviti stres. Međutim, bolesnici koji od prije vjeruju u psihološke uzroke razvoja bolesti će biti skloniji traženju nekog stresnog događaja iz nedavne prošlosti za objašnjenje novonastale bolesti od bolesnika koji u takvu povezanost ne vjeruju. Moguće je da pacijenti s psorijazom imaju veću sklonost traženju psihološkog uzroka za njihovu bolest pa će tako i rezultati anketa ukazivati na čvršću povezanost između stresnih situacija i razvoja ili egzacerbacije bolesti. Sljedeći problem koji se može javiti je utvrđivanje inkubacije, odnosno vremena koje je prošlo između stresnog događaja i pojavljivanja bolesti. Zanimljivo je da nije



utvrđena povezanost između intenziteta stresnog događaja i brzine javljanja simptoma, dakle, kraćeg trajanja inkubacije (19).

## 5. ZAKLJUČAK

Psihosomatski čimbenici značajno doprinose razvoju mnogih dermatoloških bolesti, stoga je za uspješno liječenje potreban sveobuhvatni biopsihosocijalni pristup bolesniku. Kod dermatoloških bolesnika spomenuti pristup je naročito bitan zbog same prirode dermatološke bolesti. Ona je vidljiva okolini, često stigmatizirana i kao takva vrlo lako može utjecati na psihičko zdravlje bolesnika. Važna je edukacija dermatologa i liječnika primarne zdravstvene zaštite kako bi se kod svih bolesnika, a posebno onih koji ne reagiraju na propisane terapijske postupke, uzeo u obzir psihički aspekt nastanka bolesti i kako bi se na vrijeme moglo krenuti s psihološkim ili psihijatrijskim intervencijama. Nadalje, psihijatrijsko liječenje; lijekovi i psihoterapija, u kombinaciji sa standardnom dermatološkom terapijom ima dokazanu korist u izlječenju dermatoloških bolesti.

## 6. SAŽETAK

Koža je najveći, a ujedno i najvidljiviji organ ljudskog tijela. Još početkom prošlog stoljeća opisana je kao organ ekspresije. Znanost koja pokriva sve aspekte međudnosa psihološkog statusa i kože u pogledu uzroka, početka, razvoja, dijagnostike i liječenja različitih kožnih bolesti naziva se psihodermatologija. Danas se, iz praktičnih razloga, koristi klasifikacija u kojoj se psihodermatološki poremećaji dijele na psihosomatske, primarno psihijatrijske ili psihogene i sekundarno psihijatrijske. U skupinu psihosomatskih bolesti ubrajamo atopijski dermatitis, psorijazu, akne, alopeciju areatu, psihogenu purpuru, seboroični dermatitis, rozaceu, urtikariju, psihogene ekzorijacije, lokalizirani pruritus analnog područja i vulve te hiperhidrozu. U skupinu primarnih psihijatrijskih bolesti spadaju trihotilomanija, artefaktni dermatitis, neurotske ekzorijacije, onihotilomanija i kronični lihen simpleks, kao i funkcionalni poremećaji kože i sluznica te sumanutu poremećaji. Sekundarni psihijatrijski poremećaji javljaju se kod pacijenata s kroničnim kožnim bolestima koje narušavaju fizički izgled. Kod bolesnika s takvom dermatološkom patologijom dolazi do razvoja anksioznosti, depresivnosti, gubitka samopouzdanja i socijalne fobije.

Poznata je i dokazana praksa liječenja dermatoloških bolesnika psihijatrijskim metodama. Koriste se i psihofarmaci i psihoterapija, ali i kombinacija tih dviju metoda, ovisno o indikaciji.

ključne riječi: psihodermatologija; psihosomatske bolesti; stres; biopsihosocijalni pristup

## 7. SUMMARY

The skin is the largest and the most visible organ of the human body. As early as the beginning of the last century, it was described as an organ of expression. The science that covers all aspects of the relationship between psychological status and skin in terms of the cause, onset, development, diagnosis, and treatment of various skin diseases is called psychodermatology. For practical reason, a classification that is used today is the one which psychodermatological disorders are divided into psychosomatic, primarily psychiatric or psychogenic, and secondarily psychiatric. The group of psychosomatic diseases includes atopic dermatitis, psoriasis, acne, alopecia areata, psychogenic purpura, seborrheic dermatitis, rosacea, urticaria, psychogenic excoriations, localized pruritus of the anal area and vulva, and hyperhidrosis. The group of primary psychiatric diseases includes trichotillomania, artifact dermatitis, neurotic excoriations, onychotylomania and chronic lichen simplex, as well as functional disorders of the skin and mucous membranes and delusional disorders. Secondary psychiatric disorders occur in patients with chronic skin diseases that impair physical appearance. Patients with such dermatological pathology develop anxiety, depression, loss of self-confidence and social phobia.

The practice of treating dermatological patients with psychiatric methods is well known and proven. Psychopharmaceuticals and psychotherapy are also used, but also a combination of these two methods, depending on the indication.

keywords: psychodermatology; psychosomatic diseases; stress; biopsychosocial approach

## 8. LITERATURA

- 1) Walker C. Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders. New York: Cambridge University Press; 2005
- 2) Gregurek R. i sur. Suradna i konzultativna psihijatrija: psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini. Zagreb: Školska knjiga; 2006.
- 3) Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric Evaluation of the Dermatology Patient. *Dermatologic Clinics*. 2005; 23(4): 591-599
- 4) Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1996; 34(6): 1030-1046
- 5) Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J. Response to cosmetic disfigurement: patients with vitiligo. *Cutis*. 1987; 39, 493–494
- 6) Šitum M, Kolić M, Buljan M. Psihodermatologija. *Acta medica Croatica* [Internet]. 2016 [citirano 29.03.2021.];70(Suplement 1):35-38. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/167870>
- 7) Engels WD. Dermatologic disorders, Psychosomatics, [Internet]. 4.10.2011. [citirano 10.3.2021]; 1982;23(12): 1209-1219. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318282732670>
- 8) Buljan D. i sur. Konzultativno-suradna psihijatrija: Vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini. Jastrebarsko: Naklada slap; 2016.
- 9) Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of Stress in Dermatology: The Psychobiologic Pattern of Psychosomatics, *Dermatologic Clinics*, 1996; 14(3): 399-422
- 10) Koo JYM, Do JH, Lee CS. Psychodermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000; 43(5): 848-853

- 11) Buljan D, Šitum M, Buljan M, Vurnek-Živković M. Psihodermatologija. Jastrebarsko: Naklada slap; 2008.
- 12) Basta-Juzbašić A. Dermatovenerologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
- 13) Meštrović-Štefekov J, Novak-Bilić G, Kuna M, Pap N, Lugović-Mihić L. Psychological stress in patients with atopic dermatitis. Acta Dermatovenerol Croat. [Internet]. 17. 1. 2019. [citirano 7.04.2021.]; 2018; 26(4):297-297. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/215848>
- 14) Senra MS, Wollenberg A. Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. British Journal of Dermatology. 2014; 170(1): 38–43
- 15) Hashiro M, Okumura M. The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. Journal of Dermatological Science. 1998; 16: 231–235
- 16) Maksimovic N, Zaric M, Bjelica S, Eric Marinkovic J, Jankovic S. Psychosomatic factors of atopic dermatitis exacerbation. International Journal of Dermatology. 2018; 57(9): 1080-1084
- 17) Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. Psychosomatic Medicine. 1994; 56(1): 36-40
- 18) Urpe M, Pallanti S, Lotti T. Psychosomatic Factors in Dermatology. Dermatologic Clinics. 2005; 23(4): 601-608,
- 19) Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. British Journal of Dermatology. 1994; 130: 199-203

- 20) Sathyanarayana Rao TS, Basavaraj K H, Das K. Psychosomatic paradigms in psoriasis: Psoriasis, stress and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013; 55: 313-315
- 21) Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*. 1995; 132: 236– 44
- 22) Rousset, L, Halioua, B. Stress and psoriasis. *International Journal of Dermatology*. 2018; 57: 1165-1172
- 23) Brajac, I, Tkalčić, M, Dragojević, DM and Gruber, F. Roles of Stress, Stress Perception and Trait-Anxiety in the Onset and Course of Alopecia Areata. *The Journal of Dermatology*. 2003; 30: 871-878
- 24) Perini G, Zara M, Cipriani R, Carraro C, Preti A, Gava F, et al. Imipramine in alopecia areata: a double-blind, placebo-controlled study. *Psychother Psychosom*. 1994; 61: 195-8.
- 25) Griesemer RD. Emotionally triggered disease in a dermatologic practice. *Psychiatric Annals*. 1978; 8:407-412
- 26) Koo JYM, Smith LL, M.S. Psychologic Aspects of Acne. *Pediatric Dermatology*. 1991; 8(3): 185-188
- 27) Niemier V, Kupfer J, Gieler U. Acne vulgaris – Psychosomatic aspects. *Journal of the German Society of Dermatology*. 2006; 8(1): 95-104
- 28) Hughes H, Brown BW, Lawlis GF, Fulton JE. Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. *Journal of Psychosomatic Research* 1983; 27(3): 185-191
- 29) Koblenzer CS. Cutaneous Manifestations of Psychiatric Disease That Commonly Present to the Dermatologist—Diagnosis and Treatment. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1992; 22(1): 47–63
- 30) Kotrulja L, Šitum M. Psihodermatologija. *Medix [Internet]* 28. 3. 2007 [citirano 12. 04.2021.]; 2004; 10(54/55): 143-145. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/10472>

- 31) Swedo SE, Rapoport JL. Annotation: trichotillomania. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991; 32: 401-9
- 32) Grant JE, Trichotillomania (hair pulling disorder). *Indian Journal of Psychiatry*. 2019; 61(7): 136-139
- 33) Tey HL, Wallengren J, Yosipovitch G. Psychosomatic factors in pruritus. *Clinics in Dermatology*. 2013; 31(1): 31-40
- 34) Radmanesh M, Shafiei S. Underlying Psychopathologies of Psychogenic Pruritic Disorders. *Dermatol Psychosom* 2001;2:130-133
- 35) Lsheelan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *British Journal of Dermatology*. 1990; 123(6): 769-774
- 36) Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
- 37) Koo J, Gambla C. Delusions of parasitosis and other forms of monosymptomatic hypochondriacal psychosis: General Discussion and Case Illustrations. *Dermatologic Clinics*. 1996; 14(3): 429-438
- 38) Perugi G, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Valori E, Maggi L, Cassano GB, Souren HS. Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 1997; 1: 77-82
- 39) Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 2004; 3(1): 12–17
- 40) Rasoulilian M, Ebrahimi AA, Zare M, Taherifar Z. Psychiatric morbidity in dermatological conditions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2010; 14(1): 18-22



- 41) Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients, *British Journal of Dermatology* 1997; 137: 246–250
- 42) Fried R, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. *Dermatologic Therapy*. 2006; 19: 237–240
- 43) Yaghmaie P, Koudelka CW, Simpson EL. Mental health comorbidity in patients with atopic dermatitis. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2013; 131(2): 428-433
- 44) Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1998; 139: 846–850
- 45) Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The Impact of Psoriasis on Quality of Life: Results of a 1998 National Psoriasis Foundation Patient-Membership Survey. *Arch Dermatol*. 2001;137(3):280–284
- 46) Lee CS, Accordino R, Howard J, Koo J. Psychopharmacology in dermatology. *Dermatologic Therapy*. 2008; 21: 69–82
- 47) Shenefelt PD. Therapeutic management of psychodermatological disorders. *Expert Opinion Pharmacotherapy*. 2008; 9(6): 973-85
- 48) Katzung BG. *Temeljna i klinička farmakologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- 49) de Zoysa P. Psychological interventions in dermatology. *Indian Journal of Dermatology*. 2013; 58: 56-60
- 50) Harth W. Psychosomatic medicine (Psychodermatology). *Journal of the German Society of Dermatology*. [Internet] 16. 11. 2007 [citirano 18. 04.2021.]; 2007;6(1): 67-76. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1610-0387.2007.006313.x>
- 51) Kozarić-Kovačić D, Frančišković T. *Psihoterapijski pravci*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

- 52) Shenefelt, P.D. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind?. *Dermatologic Therapy*. 2003; 16: 114-122
- 53) Qureshi AA, Awosika O, Baruffi F, Rengifo-Pardo M, Ehrlich A. Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2019; 20: 607–624
- 54) Piaserico S, Marinello E, Dessi A, Linder MD, Coccarielli D, Peserico A. Efficacy of biofeedback and cognitive-behavioural therapy in psoriatic patients: a single-blind, randomized and controlled study with added narrow-band ultraviolet B therapy. *Acta Derm Venereol*. 2016; 96: 91–5.

## 9. ŽIVOTOPIS

Damjan Mikec rođen je 21.11.1996. godine u Čakovcu. Osnovnoškolsko obrazovanje stekao je u Osnovnoj školi Prelog. Gimnaziju Josipa Slavenskog u Čakovcu upisuje 2011. godine. Nakon položene državne mature 2015. godine upisuje Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Na fakultetu je sudjelovao u organizaciji Kongresa hitne medicine 2018. godine i radio kao demonstrator na Zavodu za medicinsku biologiju i genetiku.