

1.

UVOD

Za kožu se kaže da je “organ komunikacije/izražavanja”, a ne samo zaštita i granica između čovjekova unutarnjeg i vanjskog svijeta. Koža je “prva točka dodira” kada se upoznajemo sa stranom osobom. Ona je također osjetni i najveći organ tijela. Način na koji koža može reagirati na raznovrsne podražaje može biti fizički (npr. osip uzrokovan nekim vanjskim sredstvom) ili psihički (npr. pojava crvenila kod osjećaja srama ili zbunjenosti). Iz navedenog je vidljiva složenost odnosa između kože, vanjskih i unutarnjih čimbenika koji su odgovorni za zdravlje i bolest. Dermatološke bolesti imaju neposredan utjecaj na taktilnu komunikaciju i tjelesnu interakciju, a često u bolesnika uzrokuju strah ili sram, ili su popraćene i određenim psihološkim stanjima kao što je anksioznost i depresivnost. Koncept zdravlja zajednički je svim kulturama i povezan s osnovnim načelima kao što su “osjećati se dobro”, “well-being” “life forces”, “vital life energies”, “chi” na kineskom, “ki” na japanskom i “prana” na drevnom jeziku Hinda-sanskritu. Postavljaju se pitanja: “Kako očuvati zdravlje i unaprijediti dijagnostiku, učinke i značaj psihoterapije i psihofarmakoterapije kada uz tjelesne, dermatološke simptome ili bolest postoje i psihičke poteškoće? Zašto bolesnici s depresijom često boluju od tjelesnih bolesti? Je li to povezano s imunosupresijom i na koji način je taj učinak posredovan?”

Za razliku od većine unutarnjih bolesti, promjene na koži često su neposredno izložene pogledu drugih ljudi i stoga osobe koje pate od kožne bolesti, osim bioloških, mogu imati psihološke i socijalne posljedice. Iako promjena izgleda može imati utjecaj na psihosocijalno funkcioniranje, relativno mala pozornost posvećuje se ljudima koji pate zbog kožne bolesti. Za razliku od drugih bolesnika, osobe s dermatološkim poremećajem izravno su vizualno suočene sa svojim kožnim promjenama, što može snažno utjecati na pogoršanje njihova psihičkog stanja. Ipak, iako je već dugo poznato da su psihološki čimbenici povezani s dermatološkim stanjima, samo novija znanstvena istraživanja usmjerena su na međudnos bioloških i psihosocijalnih čimbenika dermatoloških poremećaja (1). Neki rezultati novijih istraživanja upućuju na povezanost kožnih bolesti s depresijom, anksioznošću, tjelesnim dismorfičnim poremećajem, seksualnim poremećajima, sniženim samopoštovanjem i kvalitetom života (2). Dermatološka bolest često uzrokuje psihosocijalne probleme, što naglašava potrebu holističkog, interdisciplinarnog, biopsihosocijalnog pristupa bolesniku.

Bolesti kože i psihičko stanje

Psihološki čimbenici povezani su s dermatološkim bolestima na različite načine. Uzročnost bolesti kože povezuje se s različitim psihičkim poremećajima, od Freudova koncepta podsvjesnog intrapsihičkog konflikta, konverzivnog histeričnog mehanizma do posebnih somatskih neurofizioloških mehanizama i biopsihosocijalnog modela zdravlja i bolesti u kojem su zdravlje i bolest podjednako određeni interakcijom bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (3,4). Psihodermatološki poremećaji u prošlosti su bili klasificirani s obzirom na specifični konflikt ličnosti i kožne simptome, sve do klasifikacijskog sustava psihodermatoloških bolesti koji je postavila Koblenzer 1983.g. (5) i dopunila 1992.g. (6) te suvremenih klasifikacija povezanosti psihičkih i somatskih poremećaja MKB-10 i DSM-IV-TR (7,8).

Bolesti kože najčešće uzrokuju vidljive promjene tjelesnog izgleda, što uvelike može utjecati na psihološki status bolesnika. Prije svega, promjene na koži koje su izložene pogledu uočljive su i privlače pažnju okoline, zbog čega bolesnik gubi osjećaj privatnosti i osjećaj kontrole nad informacijama o vlastitoj bolesti. Počinje osjećati da njegovo stanje postaje "javno", da svatko može raspolagati informacijama o njegovoj bolesti, za razliku od mnogih internističkih bolesti koje su nevidljive pa tako oboljeli odlučuje tko i koliko može znati o njegovu stanju. Nadalje, kožne bolesti često se povezuju s mitovima o lošoj higijeni i infekcijama (9). To utječe na negativan odnos okoline prema bolesniku te se pojačava osjećaj stigmatiziranosti i stvarna diskriminacija od strane "zdravih". Činjenica da je kožna bolest često progresivnog tijeka ili sklona recidivima znači da se bolesnik mora prilagođavati promjenama svog izgleda. Bolesnici se često osjećaju hendikepirani, imaju nisko samopoštovanje i samopouzdanje u usporedbi s drugima te izbjegavaju društvene događaje gdje bi njihova kožna bolest mogla biti viđena (2).

Recidivirajuća i često nepoznata priroda mnogih kožnih bolesti, zajedno s oscilirajućom težinom kliničke slike navode bolesnike na vlastitu interpretaciju pogoršanja bolesti. Kao posljedica toga, bolesnici često razvijaju negativne obrasce ponašanja, kao npr. izbjegavanje sportskih i društvenih događaja ili nekih drugih uobičajenih društvenih aktivnosti, što negativno utječe na kvalitetu njihova života. Negativne reakcije ljudi iz okoline i strah od tih reakcija velik su izazov s kojim se bolesnik mora suočiti. Upravo stigmatizirajuća "hipoteza" da bolesnik zaslužuje svoj poremećen izgled kao odgovarajuću kaznu za prijašnje grijeha, zajedno sa strahom od zaraze i nesigurnosti u komunikaciji velik je problem za te osobe

(10). Često se ljudi s teškom i kroničnom kožnom bolešću pitaju zašto se to njima dogodilo ili što su učinili da su zaslužili tu bolest. Takvo razmišljanje bolesnika može dovesti do niskog samopoštovanja, niskog samopouzdanja, slabije socijalne prilagodbe, povišene anksioznosti i depresivnosti uz osjećaj krivnje i potrebu za samokažnjavanjem zbog "grešnosti" tijekom života. Bolesnikovo mišljenje o sebi i zabrinutost u vezi s kožnim promjenama često se odražava na ličnost u cjelini, u obliku silogizma: "Kožne promjene su ružne, ja imam kožne promjene, zbog toga sam ja ružan" (10). Činjenica da je kožna bolest vidljiva i bolesniku i osobama iz njegove okoline onemogućuje barem povremenu "negaciju" bolesti kao mehanizam obrane i znači stalno psihološko opterećenje i zabrinutost, što doprinosi razvijanju anksioznosti, depresivnosti i prihvaćanju identiteta "bolesnika". Prema tome, utjecaj bolesti razlikovat će se ovisno o psihičkoj predispoziciji pojedinca, pri čemu njena težina ne mora imati presudan učinak. Često teža tjelesna bolest koja nije vidljiva djeluje manje stresogeno nego vidljiva kožna bolest, koja bitno ne ugrožava zdravlje bolesnika, ali ometa njihovo sudjelovanje u svakodnevnim životnim aktivnostima.

Činjenica je da zdravi ljudi ponekad neopravdano osjećaju odbojnost ili zabrinutost i strah zbog prolazne identifikacije s ljudima iz svoje okoline koji boluju od kožne bolesti. S druge strane, bolesne osobe oduvijek simboliziraju osjetljivost, nesavršenost i ljudsku slabost, zbog čega ih ponekad nesvjesno izbjegavamo i na taj način doprinosimo njihovu osjećaju neprihvaćenosti, izoliranosti i stigmatiziranosti.

Bolest kože i tjelesni izgled

Za zdravstvene djelatnike značajno je razumijevanje bolesnikove spoznaje i načina doživljavanja sebe i kožne bolesti u njihovu društvenom okruženju. Doživljaj vlastitog tjelesnog izgleda je vrlo osoban doživljaj te se može promatrati kao "uvid u sebe". Posljednjih dvadeset godina raste zanimanje za psihološke probleme vezane uz promjenu tjelesnog izgleda, prvenstveno zbog interesa za poremećaje hranjenja. Naglasak je na zajedničkom proučavanju odnosa tjelesnog izgleda i poremećaja hranjenja kao što su anoreksija i bulimija (10,11). O tjelesnom dismorfičnom poremećaju sve se više razmišlja kao o višestrukom problemu u kojem značajnu ulogu igraju zapažanja, osjećaji i misli u vezi s tijelom. Tjelesni izgled ima snažnu psihološku komponentu te su osjećaji povezani s tijelom odraz osjećaja i mišljenja o samom sebi. Individualne tjelesne osobine i tjelesna estetika imaju

interpersonalno, kulturalno i sociološko značenje. Tjelesni izgled nije statičan, već postoji kao osobina ili stanje koje je stalno u interakciji s vanjskim čimbenicima kao što su društveni događaji. To se osobito odnosi na dermatološke bolesnike zbog kroničnosti, recidivirajuće prirode i uočljivosti njihove bolesti (12).

Zadovoljstvo tjelesnim izgledom ima značajan utjecaj na psihosocijalno zdravlje. Poznata je povezanost između nezadovoljstva tjelesnim izgledom i depresije, socijalnog samopouzdanja, osjećaja sigurnosti i socijalne anksioznosti. Osjećaj srama i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom odražava se u nerazmjeru osobnog opažanja tijela i zamišljenog idealnog tijela. Sram zbog vlastitog tjelesnog izgleda jedan je od psihičkih aspekata različitosti među ljudima. Prihvatanje vlastitog tjelesnog izgleda jedan je od preduvjeta za psihološku stabilnost. To podrazumijeva "socijalno predstavljen i prihvaćen tjelesni ideal", tj. ideal predstavljen u medijima i prihvaćen od sredine u kojoj osoba živi, posebno od nadređenih, kao i od članova obitelji. Objektivni tjelesni izgled znači kompromis između zamišljenog idealiziranog tijela, društveno prikazanog ideala i stvarnog tjelesnog izgleda (13).

Psihosocijalni utjecaj bolesti kože

Osobe čiji izgled odstupa od društveno prihvaćenih normi osjetljivije su na stvarnost svog vlastitog tjelesnog izgleda i probleme koji su povezani s odstupanjem od socijalnih standarda. Tjelesni izgled ima osobne i socijalne implikacije, npr. za emocionalne i prijateljske veze, hobije, ambicije, poslovnu karijeru itd. Stigmatizacija se često susreće u osoba s vidljivim kožnim promjenama.

Istraživanja pokazuju sve veću svijest o psihosocijalnim učincima kožnih bolesti. Česta je pojava anksioznosti, depresivnosti, smanjenog samopoštovanja, seksualnih poteškoća, smetnji komunikacije i općenito smanjene kvalitete života. Osobe s kožnom bolešću proživljavaju visoku razinu psihosocijalnog stresa te imaju sniženo samopoštovanje u odnosu na ostale (2). Stupanj socijalne anksioznosti ovisi o povjerenju u svoje sposobnosti za ostvarenje željenog dojma, dakle socijalna anksioznost je posredni čimbenik između težine poremećaja izgleda kože i osobne emocionalne reakcije i reakcije okoline.

Prema izjavama bolesnika, pokazalo se da kožna bolest na različite načine utječe na njihov život: poteškoćama u emocionalnim vezama, poteškoćama pri zapošljavanju, smanjenim samopoštovanjem i duševnim patnjama zbog smanjenja radnih i općih životnih sposobnosti (14).

Teoretski modeli psihodermatologije

Da bismo razumjeli psihodermatologiju kao znanost, važno je promatrati tu granu medicine kroz povijesni i teoretski okvir. Već u 19. stoljeću sporadično se pojavljuje sustavni pristup dermatološkim poremećajima. Incidencija zaraznih bolesti naglo pada nakon 50-ih godina 20. stoljeća, povećava se životni vijek i dolazi do porasta čestoće nezaraznih bolesti. S jedne strane, životni vijek se značajno produljuje zbog poboljšanja higijenskih uvjeta života, unapređenja zdravstvenog sustava, vakcinacije, a, s druge strane, zdravstveno rizično ponašanje kao što je pušenje duhana, pijenje alkohola, uzimanje droga i loša prehrana ima sve veći utjecaj na zdravlje. Dakle, promjena stila života značajno utječe na zdravstveno stanje populacije. Engel 1977. g. postavlja osnovnu teoriju biopsihosocijalnog modela prema kojoj su zdravlje i bolest rezultat međuodnosa brojnih bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika (4).

Sklonost-stres obrazac

Već krajem 19. stoljeća razvija se stav da su kožne bolesti kompleksne i često uzrokovane psihičkim poremećajem, a danas znamo da emocionalni čimbenici mogu utjecati na niz zdravstvenih stanja. No, slabo je poznato zašto neki ljudi pod utjecajem stresa razvijaju određenu bolest dok drugi ne razvijaju bolest ili razviju bolest s potpuno drugačijim simptomima. Za razumijevanje tog fenomena potrebno je shvatiti međuodnos okoline i psiholoških čimbenika unutar osobnih sklonosti određenoj bolesti. Sklonost-stres obrazac prikladan je kao dodatak biopsihosocijalnom modelu i usmjeren na odnos između predispozicije za nastanak bolesti i stresa uzrokovanog poremećajima u okolini (15). Smatra se da bolesnik nasljeđuje ili stječe osnovnu biološku slabost koja određuje rezultate psihološko/biološkog međuodnosa u načinu autonomne aktivnosti usmjerene prema nekom organu, npr. koži.

Iako je utjecaj stresa na zdravlje empirijski potvrđena činjenica, još uvijek nije potpuno razjašnjena posrednička uloga niza psiholoških i socijalnih čimbenika koji određuju kakav i koliki će taj utjecaj biti. Naime, postoje velike individualne razlike u opažanju i shvaćanju određenih događaja kao stresnih, i u reakcijama na njih. Stoga, određeni stres kod različitih osoba može izazvati različite reakcije, ovisno o osobinama ličnosti i socijalnom okruženju u kojem se stresni događaj pojavljuje (16). Isto kao što stres može biti značajan uzročni čimbenik različitih

bolesti, tako pojava i pogoršanje bolesti može dovesti do anksioznih i depresivnih reakcija. Dakle, psihička reakcija na bolest ovisit će o osobinama ličnosti odnosno naslijeđenoj predispoziciji ili sklonosti anksioznim i depresivnim reakcijama. Nadalje, kronična i okolini vidljiva bolest kao što je psorijaza može imati velik utjecaj na kvalitetu života bolesnika, često puta značajno veći nego somatska bolest koja nije vidljiva, iz čega proizlazi da na bolesnika znatno više utječe vidljivost bolesti i odnos okoline nego biološka težina bolesti.

Emocionalni stres ima velik utjecaj na endokrini, neurotransmiterski i imunološki sustav što se često očituje kožnim bolestima. Istraživanja su pokazala da napetost (anksioznost) pojačava alergijske reakcije, a da se stanje poboljšava nakon provedene terapije opuštanja i autogenog treninga (17). Također je utvrđena povezanost između kože i središnjeg živčanog sustava (SŽS). Podraživanje SŽS-a često uzrokuje različite promjene na koži kao što su crvenilo, znojenje ili bljedilo (18).

Profil osobe koja se podvrgava estetskim zahvatima

Posljednjih godina u razvijenim se zemljama sve više ljudi odlučuje za estetske kirurške zahvate. Estetska kirurgija je tijesno povezana sa psihičkim zdravljem. Stoga je prije i poslije svakog estetskog kirurškog zahvata neophodno napraviti procjenu psihičkog stanja. Pretpostavlja se da će pozitivna promjena u tjelesnom izgledu bolesnika dovesti do poboljšanja samopouzdanja, samopoštovanja i općeg psihičkog stanja. Dio osoba, osobito one s poremećajem ličnosti ili tjelesnim dimorfičnim poremećajem, odlučuje se za estetske zahvate zbog psiholoških razloga, te će za njih ishod operacije vjerojatno biti negativan uz daljnje probleme za bolesnika i operatera. Takvi bolesnici često zahtijevaju daljnje operacije, mogu postati depresivni, izolirati se od okoline i obitelji. Ponekad se ponašaju autodestruktivno ili agresivno prema kirurgu i drugom medicinskom osoblju te podižu tužbe (1,2,3). Jedino timski, interdisciplinarni pristup procjeni profila ličnosti bolesnika pomaže kirurgu da otkrije one bolesnike koji traže estetski kirurški zahvat zbog nerealnih očekivanja te su stoga gotovo uvijek nezadovoljni konačnim ishodom.

Bolesti kože i stres u dječjoj dobi

Relativno mala pozornost je tijekom povijesti pridavana djeci koja pate od neke dermatološke bolesti. Djeca izravno suočena s akutnim ili kroničnim stresom izložena su potencijalno većem riziku promjena psihičkog stanja u odnosu na

odrasle osobe jer nemaju razvijene psihološke mehanizme obrane (1). Zbog nesposobnosti suočenja i sublimacije bolesti kože skloniji su stresu koji može izazvati osjećaj vlastite insuficijentnosti, srdžbu ili pak anksioznost i depresivnost.

Često teža tjelesna bolest koja nije vidljiva na dijete djeluje manje stresogeno nego vidljiva kožna bolest, koja bitno ne ugrožava zdravlje djeteta, ali bitno ometa njegovo sudjelovanje u životnim aktivnostima. Dijete zbog stigmatizacije i neizgrađenog stila suočavanja sa stresom koji bolest donosi, bilo zbog negativne predodžbe o sebi, bilo zbog povećanog rizika od izloženosti negativnim reakcijama okoline, smanjuje i izbjegava komunikaciju s vršnjacima, opterećuje se negativnim mislima, idejama i emocijama. Svakako, nesnalaženje roditelja i neodgovarajuća podrška tijekom odgoja djeteta doprinose nesigurnosti, pomanjkanju samopouzdanja i nesposobnosti suočavanja sa stresnim situacijama. Reakcija roditelja na kožne promjene i kožne bolesti djeteta značajno će utjecati na način na koji će se dijete nositi sa svojim stanjem. Važno je da roditelji nađu ravnotežu između brige za dijete i dopuštaju djetetu da razvije autonomiju i koristi svoje resurse za suočavanje sa svakodnevnim situacijama koje nastaju kao rezultat njegove kožne bolesti (4).

Liječenje

Interdisciplinarni pristup liječenju psihodermatoloških bolesnika podrazumijeva standardno dermatološko liječenje uz psihoterapiju i psihofarmakoterapiju (19). To je holistički pristup uz primjenu psihoterapijskih tehnika i stvaranja odnosa između bolesnika i liječnika. Mnogi psihoterapijski pristupi, od ortodoksnе psihoanalize do kognitivno-bihevioralne terapije, "biofeedbacka", uvjetovanja ponašanja i psihoterapije usmjerene na stvaranje uvida, provode se u liječenju dermatoloških poremećaja (20).

S obzirom na snažan razvoj novih, učinkovitih, dobro podnošljivih i sigurnih antidepresiva i antipsihotika, danas u liječenju psihodermatoloških poremećaja sve veće značenje ima psihofarmakoterapija (21). Također je razvijena precizna dijagnostika kožnih bolesti i postavljeni su kriteriji za dermatokirurško liječenje promjena na koži kao što su različiti dobroćudni (fibrom, madeži) i zloćudni (karcinomi kože, melanom) tumori kože. Bilo da se radi o medicinskom ili estetskom kirurškom zahvatu, zbog psihičke osjetljivosti čovjeka na promjene tjelesnog izgleda, interdisciplinarni pristup (dermatolog, psiholog i psihijatar) u postavljanju indikacije za dermatokirurško liječenje daje najbolje rezultate.

Literatura

1. Engles, W.D. (1982). Dermatologic disorders. *Psychosomatics*, 23, 1209-1219.
2. Papadopulos, L, Bor, R. (1999). *Psychological Approaches to Dermatology*. Leicester, UK: BPS Books.
3. Strachey, J. (2001). *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud: "A Case of Hysteria" "Three Essays on Sexuality" and Other Works*. New York: Vintage.
4. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
5. Koblenzer, C.S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Archives of Dermatology*, 119, 501-512.
6. Koblenzer, C.S. (1992). Cutaneous manifestations of psychiatric disease that commonly present to the dermatologist – diagnoses and treatment. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22, 47-63.
7. Svjetska zdravstvena organizacija (1994). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10*. Zagreb: Medicinska naklada.
8. Američka psihijatrijska udruga. (1996) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-IV*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
10. Papadopoulos, L., Walker, C.J. (2003). *Understanding Skin Problems*. Chichester: John Wiley.
11. Cash, T.F., Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
12. Thompson, R.A, Kent, G., Smith, J.A. (2002). Living with vitiligo: dealing with difference. *British Journal of Health Psychology*, 7, 213-225.
13. Myers, P., Biocca, F. (1992). The elastic body image: the effects of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communication*, 42, 108-133.
14. Jowet, S., Ryan, T. (1985). Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Social Science and Medicine*, 20, 425-429.
15. Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, shizotype, shizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
16. Sheppard, N.P., O'Loughlin, S., Malone, J.P. (1986). Psychogenic skin disease: a review of 35 cases. *British Journal of Psychiatry*, 149, 636-643.
17. Olff, M. (1999). Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Research*, 18, 7-15.

18. Ortonne, J.P. (1983). *Vitiligo and Other Hypomelanoses of Hair and Skin*. New York: Plenum Publishing.
19. Buljan, D., Buljan, M., Šitum, M. (2005). Psychodermatology: A Brief Review for Clinicians. *Psychiatria Danubina*, 17, 76-83.
20. Van Moffaert, M. (1992). Psychodermatology: an overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 125-136.
21. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1997). *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.