

POVEZANOST KRONIČNIH KOŽNIH BOLESTI I SLIKE TIJELA

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHRONIC SKIN DISEASES AND BODY IMAGE

Petra BIBIĆ¹, Renata MARTINEC², Renata PINJATELA²

¹ Centar za rehabilitaciju Stančić, Dugo Selo, Hrvatska

² Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za motoričke poremećaje, kronične bolesti i art terapije, Zagreb, Hrvatska

Pregledni rad

APSTRAKT

Kronične kožne bolesti zbog svoje simptomatologije i smještaja na vidljivim dijelovima tijela mogu utjecati na sliku tijela kao i na cjelokupni doživljaj sebe u oboljelih osoba. Slika tijela predstavlja set predodžbi, fantazija, emocija, stavova i značenja vezanih uz dijelove tijela i tijelo u cjelini a rezultati različitih istraživanja su pokazali da razne tjelesne traume i kronična oboljenja negativno utječu na tjelesno iskustvo, samoprocjenu i kvalitetu života. U tom smislu definiran je i cilj ovog istraživanja koji se odnosio na ispitivanje kompleksnog međudnosa između kroničnih kožnih bolesti i slike tijela. Za potrebe istraživanja provedeno je sustavno pretraživanje znanstvenih radova na osnovi kriterija prema kojem su se pojmovi *kronične kožne bolesti* (ili pojedine vrste kroničnih kožnih bolesti, kao npr. psorijaza, atopijski dermatitis, kronične urtikarije, svrbež, vitiligo, akne, alopecije, rozacea i dr.) i *slika tijela* pojavljivali u naslovu, kao ključne riječi ili kao varijable procjene. Rezultati istraživanja su pokazali da kronične kožne bolesti utječu na različite aspekte slike tijela i da je taj kompleksan međudnos ovisan o različitim parametrima kao što su: spol, dob, klinička slika/vidljivost simptoma, socijalno-kulturni kontekst, reakcije socijalne okoline/stigmatizacija, neugodno tjelesno iskustvo, psihoemocionalne reakcije i strategije suočavanja. Složena nepovoljna dinamika između tjelesnih, psihosocijalnih i biheviornalnih reakcija u osoba s kroničnim kožnim bolestima može dovesti do snižene kvalitete života te se ističe potreba za provedbom daljnjih istraživanja u cilju definiranja prikladnih interdisciplinarnih (psiho)terapijskih programa kao i na potrebu provođenja psihoedukacijskih programa u cilju senzibiliziranja javnosti o pružanju socijalne podrške osobama s kroničnim kožnim bolestima.

Ključne riječi: kronične kožne bolesti, psihodermatologija, slika tijela, kvaliteta života

ABSTRACT

Chronic skin diseases due to their symptoms and presence on visible parts of the body can have effect on body-image and consequently the overall self-experience. The body-image represents a set of concepts, fantasies, emotions, attitudes and meanings related to body parts and body as a whole, and the results of various researches have shown that different bodily trauma and chronic diseases may have a negative impact on body-experience, self-assessment and quality of life. In this sense, the aim of this research was to define complex interaction between chronic skin diseases and body-image. In that sense, a review of scientific researches was carried out based on the criteria according to which the term *chronic skin diseases* (or certain types of chronic skin diseases such as psoriasis, atopic dermatitis, chronic urticaria, itching, vitiligo, acne, alopecia, rosacea, etc.) and *body-image* appeared in the title, as keywords or as variables. The results have shown that chronic skin diseases affect the different aspects of body-image and that this complex relationship depends on different parameters such as: sex, age, clinical

features/symptoms visibility, social-cultural context, social reactions/stigmatization, unpleasant physical experience, psycho-emotional reactions, and coping strategies. The complex negative interactions between physical, psychosocial and behavioural reactions in people with chronic skin diseases can lead to reduced quality of life. Because of that, there is a need for further research aimed at defining appropriate interdisciplinary (psycho)therapeutic programs as well as the need for psychoeducation programs in order to sensitize the public for providing the social support to persons with chronic skin diseases.

Keywords: chronic skin diseases, psychodermatology, body image, quality of life

UVOD

Kronične kožne bolesti (KKB) zbog svoje učestalosti i mogućih posljedica predstavljaju sve važniji zdravstveni i socijalni problem. Naime, zbog njihovog položaja na vidljivim dijelovima tijela, potrebe za dnevnom terapijom, stalnom njegom kože i sklonosti prema recidivu one često imaju značajan utjecaj na psihoemocionalne reakcije i sliku tijela (Hudson, Thompson & Emerson, 2020; Mikolajczyk, Rzepa, Król & Zaba, 2017; Schuster et al., 2020). Takvom stanju doprinose i različiti simptomi koji uključuju: crvenilo, osjećaj topline, mrlje prekrivene ljuskicama, svrbež, peckanje, suha ispucala koža, ekcemi u obliku crvenila ili malih mjehura, upaljena ispućenja, mjehurići, bubuljice, osip, plakovi na koži, depigmentacija, gubitak kose, trepavica i/ili obrva i dr. (Basta Juzbašić i sur., 2014). Među najčešćim KKB možemo navesti psorijazu, akne, vitiligo, atopijski dermatitis, rozaceu, seboroični dermatitis. Važno je napomenuti da svaka kožna bolest ima svoj uzrok, tijek bolesti, odgovarajuće metode liječenje te razne oblike svakodnevne brige. KKB mogu biti uzrokovane ili pogoršane raznim čimbenicima kao što su genetsko nasljeđivanje, stres, način života i okolišni čimbenici. U novije vrijeme sve se više razmatra interakcija između psihoemocionalnih čimbenika i KKB. Stoga je razvijeno specifično interdisciplinarno područje dermatologije - *psihodermatologija* - koja proučava složenu interakciju između psiholoških čimbenika i bolesti kože, te kako njihova međupovezanost utječe na pojavu, tijek i liječenje kožnih oboljenja (Jafferani & Franca, 2016; Šitum, Kolić & Buljan, 2016). Najčešće korištena klasifikacija psihodermatoloških bolesti uključuje tri skupine poremećaja: a) psihofiziološke dermatoze, b) primarne psihijatrijske bolesti i c) sekundarni psihijatrijski poremećaji, kako je opisano u tablici 1 (Kotrulja & Šitum, 2004, Šitum i sur., 2016). S obzirom na ovu povezanost, terapija KKB zahtjeva individualni, interdisciplinarni i holistički pristup koji u nekim slučajevima podrazumijeva kombinaciju dermatološkog liječenja, psihofarmakologije i psihoterapije (Rosinska, Rzepa, Szramka-Pawlek & Zaba, 2017; Šitum, Buljan, Buljan & Vurnek Živković 2008).

Klinička i simptomatska kompleksnost KKB često predstavlja značajan čimbenik koja otežava proces suočavanja u oboljelih osoba. Veći broj istraživanja pokazao je da na kvalitetu života znatno više utječe vidljivost bolesti i odnos okoline nego težina kliničke slike (Sanclemente et al., 2017; Tadinac, Jokoć-Begić, Hromatko, Kotrulja & Lauri-Koralija, 2006). Rezultati istraživanja provedenih posljednjih godina ukazali su na najčešće reakcije u osoba s KKB a odnose se na: zabrinutost zbog izgleda, nisko samopoštovanje i samopouzdanje, slabija socijalna prilagodba, depresivnost, zabrinutost zbog zdravlja (Panconesi, 2000).

Tablica 1. Podjela psihodermatoloških poremećaja
Table 1. Clasification of psychodermatological disorders

PSIHODERMATOLOŠKE BOLESTI	KLINIČKE DIJAGNOZE
<p>Psihofiziološke dermatoze</p> <ul style="list-style-type: none"> kožne bolesti koje se redovito pogoršavaju ili se prvi puta javljaju nakon akutnog stresa, odnosno, stres predstavlja značajan okidač u izbijanju bolesti za koju postoji sklonost kod bolesnika 	<ul style="list-style-type: none"> akne alopecija areata atopijski dermatitis psorijaza psihogena purpura rozacea seboroični dermatitis urtikarija
<p>Primarno psihijatrijske bolesti</p> <ul style="list-style-type: none"> oštećenja na koži koja nastaju kao posljedica psihopatoloških stanja (npr. pretjerano pranje određenih dijelova tijela kod OKP; grebanje kože pri deluziji parazita kod psihotičnih poremećaja; samo-ozlijeđivanje i dr.) 	<ul style="list-style-type: none"> artefaktni dermatitis bromosiderofobija sumanutosti parazitoza dizmorfofobija trihotilomanija onihotilomanija atipični bolni sindromi
<p>Sekundarno psihijatrijske bolesti</p> <ul style="list-style-type: none"> stanja koja nastaju kao psihološka reakcija na kožne bolesti (npr. anksioznost, depresija, nisko samo-poštovanje, socijalna izolacija, socijalna fobija, neuroticiza, hipohondrija i dr.) 	<ul style="list-style-type: none"> alopecija areata cistični oblik akne vulgaris hemangiomi ihthioza Kapošijev sarkom psorijaza vitiligo

S obzirom na vanjsku manifestaciju bolesti, u oboljelih često postoji „podsjetnik“ koji upućuje na postojanje zdravstvenog problema što onemogućuje „negaciju“ kao mogući, možda neprikladni ali ponekad uspješan, obrambeni mehanizam. Stoga se razvija identitet „bolesnika“, što može uvjetovati niz nepoželjnih emocionalnih reakcija kao što su sram, strah, zabrinutost i izbjegavanje socijalnih kontakata (Colonna, Soro, Addese, Dapavo & Pippione, 2004; Thompson, 2009). Kompleksnost simptomatologije KKB, pojavnost na vidljivim dijelovima tijela, bolne senzacije i negativne reakcije okoline dovode do stanja kada tijelo postaje izuzetno važan i negativno konotiran objekt vlastite percepcije i prosuđivanja. Na taj način, negativno tjelesno iskustvo može dovesti do problema u formiranju slike tijela te nadalje do problema u cjelokupnom doživljaju sebe. Na temelju navedenog definiran je cilj ovog istraživanja koji se odnosio na ispitivanje različitih emocionalnih, interpersonalnih i bihevioralnih determinati koje mogu definirati složeni međuodnos između KKB i slike tijela. U tu svrhu provedeno je sustavno pretraživanje znanstvenih radova publiciranih od 1981. godine. Prilikom odabira dostupne literature pretraživani su radovi u kojih su se pojmovi *kronične kožne bolesti* (ili pojedine vrste kroničnih kožnih bolesti, kao npr. psorijaza, atopijski dermatitis, kronične urtikarije, svrbež, vitiligo, akne, alopecije, rozacea i dr.) i *slika tijela* pojavljivali u naslovu, kao ključne riječi ili kao varijable procjene.

REZULTATI I DISKUSIJA

Na temelju provedenog pregleda literature može se uočiti porast broja istraživanja usmjerenih na povezanosti KKB i slike tijela što ukazuje da je ova tema sve relevantnije problemsko područje u okviru interdisciplinarnog pristupa u liječenju osoba s KKB. Prema zastupljenosti vrsta KKB, u radovima obuhvaćenim ovim istraživanjem, vidljivo je da su najčešće bile obuhvaćene osobe sa psorijazom, aknama vulgaris, dermatitisom, alopeciom areatom, kroničnim svrbežom i vitiligom. Iako se kriterij odabira radova u ovom istraživanju odnosio na prisutnost ključnih riječi „kronične kožne bolesti“ i „slika tijela“ također je učinjen i pregled ostalih ključnih riječi koje su autori navodili u obuhvaćenim radovima. Na temelju analize ostalih ključnih riječi uočava se velika raznolikost u načinu na koji su autori istraživanja pokušali razmatrati ovo problemsko područje. Tako se, na primjer, neki pojmovi (ključne riječi) ističu po češćoj pojavnosti kao npr. kvaliteta života, simptomi (gubitak kose, svrbež, kožne promjene), psihološki distres, depresija i spol. Zatim, po daljnjoj frekvenciji pojavljivanja slijede dob, izgled i socijalna podrška te stigma, adolescencija, podrška vršnjaka, mentalni poremećaji, samosvijest, suočavanje, regulacija stresa, mediji, psihosocijalni faktori, partneri, metabolički sindrom i adaptacija. Ovi rezultati potvrđuju tendenciju da se KKB ne doživljavaju samo kao oboljenja koja dovode do fizičkih posljedica već i do nepoželjnih psihosocijalnih implikacija što utječe i na razinu kvalitete života u oboljelih. U tom smislu veći broj autora smatra da bi procjena različitih aspekata kvalitete života trebala biti važna nadopuna drugim standardnim metodama procjene svakodnevnog funkcioniranja oboljelih osoba (Bowe, Doyle, Crerand, Margolis & Shalita, 2011; Cash, 1992; Colonna et al., 2004; Owczarek & Jaworski, 2016). Što se tiče korištenih instrumenata procjene također se može uočiti velika raznolikost u primjeni različitih upitnika i skala, kako u području procjene KKB tako i u području procjene slike tijela. Tako na primjer, u području procjene kliničke slike pojedinih KKB autori su najčešće koristili *Psoriasis Disability Index* (PDI) i *Psooriasis Area Severity Index* (PASI), zatim *Hair Loss Questionnaire*, *Objective Assessment of Acne Severity* i *Body Surface Area Index*. U cilju procjene psihosocijalnih posljedica kroničnih kožnih bolesti korišteni su *Stigma Scale*, *The Stress and Coping Process Questionnaire* (UBV), *Beck Depression Inventory*, *Eysenck's Personality Questionnaire*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Dyadic Adjustment Scale* (R-DAS), *Family Crisis-Oriented Personal Evaluation Scale* (F-COPES), *Strate-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *The Berlin Social Support Scale*, *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) i Distres termometar. Nadalje, u navedenim istraživanjima slika tijela se ispitala kroz različite instrumente procjene i fokus grupne intervju uz pomoć kojih su se najčešće ispitali slijedeći parametri: prihvaćanje vlastita izgleda, seksualno funkcioniranje, prikrivanje dijelova tijela, izbjegavanje pojedinih situacija/aktivnosti, zadovoljstvo vlastitim izgledom, reakcije okoline, psihološki i emocionalni izazovi, utjecaj socio-kulturne sredine. U tu svrhu primjenjivali su se sljedeći upitnici: *Crtež ljudske figure*, *Derriford Appearance Scale* (DAS-59), *Body Image Scale* (BIS), *Frankfurt Body Concept Scales* (FKKS), *Body Image Disturbance Questionnaire* (BIDQ), *Multidimensional Body Self-Relations Questionnaire Appearance Scales* (MBSRQ-AS), *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire*, *Body-Self Questionnaire* (BSQ), *Appearance Schemas*

Inventory. Također, u pojedinim istraživanjima su korišteni i instrumenti za procjenu općeg zdravstvenog statusa (*General Health Questionnaire*) te kvalitete života (*Dermatology Life Quality Index (DLQI)*, *Rating Scale for Psychopathological Health Status and Quality of Life Scale (PCASEE)*, *WHOQOL-BREF* i *EuroQol-5D (EQ-5D)*) - generički instrument koji procjenjuje određene aspekte kvalitete života osoba s psorijazom. Iz navedenog se može zaključiti da ne postoji neki zajednički definiran i standardiziran korpus instrumenata procjene koji bi bio usmjeren na procjenu specifičnih psihoemocionalnih i bihevioralnih reakcija na KKB u povezanosti sa slikom tijela. Takav pokušaj koncipiranja jedinstvenog sustava procjene svakako predstavlja izazov budući da različite KKB imaju svoje zasebne simptomatske karakteristike, međutim njihovo razvijanje bi doprinijelo boljem razumijevanju kritičnih područja u definiranju preventivnih i terapijskih programa usmjerenih na ublažavanje negativnog doživljaja slike tijela, i općenito doživljaja sebe, u osoba s KKB. Također, analizom rezultata istraživanja obuhvaćenih ovim pregledom literature moguće je izdvojiti nekoliko dominantnih područja u okviru kojih se razmatra povezanost KKB i slike tijela, a uključuju slijedeće kategorije: spol/dob, klinička slika/vidljivost simptoma, socijalno-kulturni kontekst, reakcije socijalne okoline/stigmatizacija, neugodno tjelesno iskustvo, psihoemocionalne reakcije i strategije suočavanja.

Spol/dob

Može se zaključiti da žene oboljele od KKB češće izražavaju zabrinutost u svezi vlastitog izgleda, češće smatraju da oštećenja na koži dovode do negativnih emocionalnih reakcija te manje doživljavaju zadovoljstvo svojim dijelovima tijela u odnosu na muškarce. Isto tako, žene su kritičnije u procjeni svog izgleda i ističu važnost utjecaja suvremenih socio-kulturnih ideala ljepote i prihvaćenih estetskih kriterija na percepciju vlastitog tijela. Iz tog razloga povećana diskrepanca između samoprocijenjene i idealne slike tijela, prema nekim istraživanjima, uvjetuje nezadovoljstvo i veće neprihvatanje vlastite tjelesnosti u odnosu na mušku populaciju s KKB (Hassan, Grogan, Clark-Carter, Richards & Yates, 2009; Margin, Adams, Heading & Dimity, 2011; Neil, 2000; Rosinska et al., 2017). S obzirom na dob ispitanika, prema nekim istraživanjima najvišu zabrinutost u svezi vlastitog izgleda pokazuju ispitanici između 18 i 45 godina (Gupta & Gupta, 1995; Hassan et al., 2009), premda pojedini autori smatraju da slika tijela nije značajno povezana s dobi budući se neke njezine determinate, kao npr. simptomi, dekodiraju na isti način kod mlađih i starijih osoba (Sampogna, Tabolli, Giannantoni, Paradisi & Abeni, 2016; Sanclemente, et al., 2017).

Klinička slika/vidljivost simptoma

U većini je istraživanja jedna od polaznih pretpostavki bila da složenija klinička slika s većom vidljivošću simptoma na koži ima za posljedicu negativniju sliku tijela. U tom smislu, u pojedinim je istraživanjima potvrđeno da ispitanici s ozbiljnijom kliničkom slikom pokazuju višu zabrinutost u svezi slike tijela od ispitanika s blažom kliničkom slikom (Leichtman, Burnett & Robinson, 1981), da npr. pacijenti s blažim oblikom psorijaze doživljavaju višu razinu samo-prihvatanje, bolje interpersonalne odnose, više socijalne podrške i više seksualne aktivnosti u odnosu na pacijente s težim oblikom

psorijaze (Owczarek & Jaworsky, 2016), odnosno da je smanjenje vidljivosti simptoma na području glave, ruku, nogu i trupa nakon PUVA tretmana utjecala na poboljšanje kvalitete života (Sojević Timotijević i sur., 2017). U skladu s navedenim, ispitanici su naglašavali važnost prikrivanja vidljivih dijelova tijela kako bi se izbjegla stigmatizacija. Također, ispitanici su socijalnu stigmiju povezivali s emocionalnim problemima, što je posljedično vodilo izbjegavanju određenih aktivnosti. Na temelju rezultata, sportske aktivnosti, posebice plivanje, su najčešća izbjegavane aktivnosti. Ali, isto tako rezultati su pokazali smanjenu socijalnu aktivnost i svjesno izbjegavanje društvene okoline u različitim svakodnevnim situacijama (Fox, Rumsey & Morris, 2007; Gupta & Gupta, 1995.; Khoury, Danielsen & Skriven, 2014; Neil, 2000). Međutim pojedini autori, kao npr. Sakson-Obada, Pawlaczyk, Gerke & Zygmunt (2017) naglašavaju da stupanj prihvatanja KKB nije značajno povezan s kliničkom slikom, postotkom zahvaćenosti dijelova tijela i trajanjem bolesti već u najvećoj mjeri ovisi o: procijenjenoj razini socijalne podrške (instrumentalne, informacijske i emocionalne); poremećajima vezanim uz osobnu percepciju; interpretaciju i regulaciju emocija i fizioloških funkcija; zadovoljstvu fizičkim izgledom te prihvatanju vlastite spolnosti. Imajući to u vidu, može se zaključiti da provođenje različitih psiholoških i psihoedukacijskih intervencija predstavlja učinkoviti način koji osnažuje osobe s KKB u smjeru ublažavanja srama i nelagode te potiče uključivanje u različite životne aktivnosti.

Socijalno-kulturni kontekst

Rezultati većeg broja istraživanja rezultati pokazuju da je doživljaj vlastite tjelesnosti u osoba s KKB često povezan s problemima u neprihvatanju fizičkog izgleda, fizičkom neprivačnošću, seksualnom nepoželjnosti, sniženim samopouzdanjem, sniženim samopoštovanjem i sramom (Cash, 1992; Gul, Kara, Nazik, Kara & Karaca, 2017; Hassan et al., 2009; Sakson-Obada et al., 2017). Na tako nepovoljnu situaciju, jednim dijelom, negativno utječe i socio-kulturna sredina sa svojim definiranim estetskim kriterijima što se negativno odražava na formiranje slike tijela u oboljelih, ali i na mišljenje socijalne okoline prema kožnim bolestima. To je posebno izraženo u današnje vrijeme kada je sve prisutnije sugeriranje estetskih imperativa uz pomoć interneta, društvenih mreža i drugih socijalnih medija. Naime, s obzirom na suvremene trendove i intenzivno isticanje ideala ljepote, osobe s vidljivim bolestima nalaze se u posebno nepovoljnom položaju. Prema Rumsey (2018) upravo ova kompleksna dinamika između socijalnih i osobnih očekivanja s jedne strane te realnih posljedica bolesti s druge strane, može negativno utjecati na doživljaj vlastitog tijela te na emocionalne, socijalne i bihevioralne reakcije u osoba s KKB.

Reakcije socijalne okoline/stigmatizacija

Jedan od osnovnih razloga zbog kojih KKB mogu negativno utjecati na sliku tijela je njihova manifestacija na vidljivim dijelovima tijela. Odnosno, nestandardni, izgled kože kod promatrača može izazvati osjećaj neugode, zurenje, izbjegavanje kontakta očima, gađenje, strah od zaraze i sl. (Mitrevska, Eleftheriadou & Guarneri, 2015). Prema Thompson (2009) društvene reakcije, nažalost, mogu biti još negativnije te uključivati uvredljive i ponižavajuće poruke što u oboljelih osoba može izazvati pojavu vrlo snažnih negativnih reakcija, posebice u onih sa slabije razvijenim strategijama

suočavanja s bolešću. U tom kontekstu, često je prisutna i stigmatizacija osoba s KKB povezana s etiketiranjem, separacijom, gubitkom statusa i diskriminacijom. Tako su na primjer, autori Dirschka, Micali, Papadopoulos, Tan, Layton & Moore (2015) proveli istraživanje s ciljem da procijene percepciju i reakcije prema osobama s facijalnim eritemom (mrlje crvene izdignute kože) uzrokovane rosaceom. Istraživanje je bilo provedeno pomoću on-line upitnika primjenom modela psihološke procjene Emotix[®]. Tijekom ispunjavanja upitnika ispitanicima su bile prezentirane slike osoba sa i bez facijalnog eritema te su slikama sa licima trebali pridružiti riječi koje opisuju različite emocije, stavove, zdravstveni status, način života i ponašanje. Licima osoba s eritemom češće su pridavane riječi s negativnim konotacijama u području zdravlja, opuštenosti i dobrobiti. Također su procjenjivani kao manje pouzdani, manje dostojni povjerenja i sniženog samopouzdanja, uz negativniju procjenu njihovog profesionalnog kapaciteta i društvenog života. U istom istraživanju procijenjena su i osobna iskustva osoba oboljelih od rosacee prema kojima se može zaključiti da se smatraju nepravедno prosuđivani i da se često osjećaju neugodno, posramljeno, tužno i depresivno. Tako na primjer, istraživanja na području osobnog iskustva osoba sa psorijazom pokazala su visoku razinu stigmatizacije i odbijanja u socijalnim interakcijama (Łakuta, Marcinkiewicz, Bergler-Czop & Brzezińska-Wcisło, 2017; Łakuta, Marcinkiewicz, Bergler-Czop, Brzezińska-Wcisło & Słomian, 2018; Poot, Sampogna & Onnis, 2006). Također, Thompson, Kent & Smith (2002) su u svom istraživanju zabilježili visoku razinu emocionalnog distresa kod adolescenata s vitiligom povezanog s stigmatizacijom, bullyingom i negativnim komentarima. Pojedini su autori pokušali objasniti razloge zbog kojih se javljaju negativne reakcije promatrača na nestandardni tjelesni izgled druge osobe. Prema nekim interpretacijama takva su ponašanja posljedica potrebe za primarnom obranom organizma tijekom koje mozak reagira upozoravajuće na neočekivane ili atipične osjetilne stimulacije budući ih povezuje s opasnim ili ugrožavajućim situacijama (Dirschka i sur. 2015, Larsen, Smith & Cacioppo, 1998). Kao drugi mogući razlog navodi se „halo efekt“ prema kojem, na osnovi teorije kognitivne pristranosti, postoji sklonost da se npr. osobi, na temelju jedne „odbojne“ ili „neprihvatljive“ fizičke osobine, pridodaju daljnje negativno konotirane asocijacije u području psihosocijalnog i profesionalnog funkcioniranja (Nisbett & DeCamp, 1977).

Neugodno tjelesno iskustvo

Kao slijedeća determinanta koja dovodi do negativnog utjecaja KKB na sliku tijela svakako je neugodno tjelesno iskustvo. Naime, popratne pojave KKB mogu biti bolne i iritirajuće senzacije poput svrbeža, peckanja, zatezanja, žarenje, perutanja i sl. zbog čega tijelo postaje medij negativnog doživljaja sebe. Nadalje, pravilna prevencija i terapija zahtjeva kontinuiranu usmjerenost na vlastito tijelo tijekom održavanja specifične higijene kože, primjene farmakološke terapije, zaštite zahvaćenih dijelova tijela i izbjegavanje određenih aktivnosti tijekom čega se tijelo dodatno percipira kao izvor neugode i ograničenja. Na temelju navedenog, tijelo može postati entitet kontinuirano prisutan u svijesti te se u uvjetima maladaptacije na bolest može interpretirati kao teret i osobna slabost, odnosno kao nedovršeni i nesavršeni dio nas koji funkcionira van naše kontrole (Moss & Schaefer, 1984). Takav stav može nadalje biti potvrđen (ne)realnim pretpostavkama o tome kako nas drugi percipiraju kao i

neizbježnom komparacijom s drugim osobama i vrednotama iz pripadajućeg socijalno-kulturnog konteksta (Merleau-Ponty, 1990).

Psihoemocionalne reakcije

Viša razina prihvatanja KKB i vlastite tjelesnosti rezultira boljim mentalnim zdravljem (Potočka, Jablonska & Swierczynska, 2007). To je posebno važno imati na umu s obzirom da je u većem broju istraživanja potvrđeno da se uz KKB može javiti komorbiditet s depresivnim poremećajem, višom razinom anksioznosti, neuroticizmom, neprijateljstvom i dr. (Bowe et al., 2011; Colonna et al., 2004; Margin et al. 2011; Mousa, Zaher, Amin, Kamal & Fathy, 2011; Stumpf, Stander, Phan, Tenneberger & Heuft, 2013). Prema Wojtyna, Lakuta, Marcinkiewicz, Bergler-Czop & Brzezinska-Wcislo (2017) kao glavni parametri koji mogu doprinijeti pojavi simptoma depresije izdvojeni su: ženski spol, uvjerenja o fizičkom izgledu i njegovoj važnosti u doživljaju vlastite vrijednosti, snažni psihološki distres i niska razina socijalne podrške. Naglašen je i negativan aspekt socijalnog pritiska usmjerenog prema postizanju idealnog fizičkog izgleda. U istraživanju Rosinska i sur. (2017) potvrđena je značajna povezanost između depresivnih simptoma i procjene izgleda, zdravstvene procjene, zadovoljstva dijelovima tijela, te orijentacije prema fizičkom izgledu. Ovi podaci potkrijepljuju tezu da u tretmanu KKB u nekih pojedinaca treba biti uključeno i savjetovanje, psihoterapija, ili ponekad i psihofarmakološki pristup.

Strategije suočavanja

Slijedom navedenog može se zaključiti da prisutnost KKB predstavlja složeno egzistencijalno iskustvo koje često dovodi do anksioznosti, depresivnosti, smanjenog samopoštovanja, seksualnih poteškoća, smetnji komunikacije i općenito smanjene kvalitete života (Šitum et al., 2008). U procesu suočavanja s ovako kompleksnim posljedicama oboljele osobe primjenjuju različite strategije, kao na primjer kognitivne i bihevioralne. Tako na primjer Thompson i sur. (2002) kao najčešće bihevioralne strategije navode: izbjegavanje situacija pri kojima je oštećenje kože vidljivo (npr. sportske aktivnosti), izbjegavanje seksualne intimnosti, prikrivanje oštećenja na koži (nošenje specifične vrste odjeće, korištenje krema za maskiranje kožnih promjena, nošenje perika i umjetnih trepavica, korištenje preparativnih kozmetičkih proizvoda i sl.), te eksplicitno konfrontiranje s negativnim socijalnim reakcijama i nametljivim pogledima. Kognitivne strategije pretpostavljaju način na koji osobe pokušavaju modificirati svoje osjećaje vezane uz tuđe reakcije i spoznaju da su „drugačiji“. Jedna od kognitivnih strategija je kontrola pristranosti u interpretaciji tuđih reakcija pri čemu se svjesna pažnja usmjerava na razlikovanje „očekivanih negativnih reakcija“ i „realnih reakcija“ (Rapee & Heimberg, 1997). Sljedeća kognitivna strategija je atribucijska analiza pri kojoj se negativne tuđe reakcije interpretiraju kao osobni problem promatrača. Također se može spomenuti daljnja strategija koja uključuje uspoređivanje vlastite situacije s još lošijim i negativnijim životnim situacijama drugih ljudi (Thompson et al., 2002). Na temelju razmatranja najčešćih strategija ponašanja u osoba s KKB, Moos & Schaefer (1984) su došli do zaključka da su bihevioralne i kognitivne strategije korisne jer pomažu održavanju ideje o preuzimanju kontrole nad psihofizičkim posljedicama bolesti, ali uspješnost njihove provedbe može biti ograničena zbog nedostatka potrebnih informacija, emocionalne nepostojanosti i

nemogućnosti prilagodbe aktualnoj životnoj situaciji. Iz tog se razloga nameće potreba definiranja i provedbe različitih psiholoških intervencija (kao npr. psihoedukacije, psihoterapije, savjetovanja, grupe podrške i dr.) koje mogu doprinijeti uspješnijem suočavanju sa posljedicama bolesti kao i boljem suočavanju s negativnim reakcijama okoline (Moon, Mizara & McBride, 2013; Šitum et al., 2008). U tom su smislu, Chida, Steptoe, Hirkawa, Sudo & Kubo (2007) proveli meta-analizu učinkovitosti psiholoških intervencija u osoba atopijskim dermatitisom. Testiranjem različitih vrsta intervencija (aromaterapija, autogeni trening, kratka dinamska psihoterapija, kognitivno-bihevioralna terapija, stres-management i strukturirani edukacijski program) autori su dobili rezultate prema kojima su navedeni terapijski pristupi imali značajno ublažavajući učinak na ozbiljnost ekcema, te intenzitet svrbeža i grebanja. Kao važan oblik podrške navodi se i socijalna podrška (Sakson-Obada i sur. 2017). Pritom se misli na njezine različite aspekte: a) emocionalne (prihvatanje, povjerenje, briga, i dr.), b) informacijske (savjeti, prijedlozi, tuđa iskustva), c) instrumentalne (konkretna i praktična pomoć) i d) druženje (jačanje socijalne uloge i osjećaja pripadnosti kroz zajedničke aktivnosti). S obzirom da negativne socijalne reakcije mogu predstavljati rizičan faktor za pojavu poremećaja slike tijela, mentalnih poremećaja i snižene kvalitete života, u okviru interdisciplinarnog i holističkog pristupa, također bi se trebali provoditi i programi usmjereni na senzibiliziranje javnosti o uzrocima, karakteristikama i posljedicama kožnih bolesti u svrhu promjene neprihvatljivih stavova, mišljenja i ponašanja prema osobama oboljelim od KKB (Lakuta et al., 2017; Moon et al., 2013).

ZAKLJUČAK

Na temelju rezultata istraživanja može se zaključiti da žene pokazuju veću zabrinutost u svezi vlastitog izgleda, da su više suglasne da oštećenja na koži mogu dovesti do psihoemocionalnih problema, te da su manje zadovoljne svojim dijelovima tijela. Isto tako, može se uočiti da su kritičnije u procjeni svog izgleda i sklonije pridavati važnost suvremenim socio-kulturnim idealima fizičkog izgleda u odnosu na mušku populaciju s KKB. Iako je zastupljenost radova koji su uključivali ispitivanje povezanosti dobi i slike tijela relativno oskudna, u pojedinim istraživanjima rezultati su pokazali da su najvišu zabrinutost u svezi vlastitog izgleda iskazivali ispitanici u dobi između 18 i 45 godina. S obzirom na kliničku sliku, dobiveni rezultati pokazuju da veća vidljivost simptoma može dovesti do osjećaja socijalne stigmatizacije i negativnijeg slike tijela. U tom kontekstu, ispitanici su naglašavali važnost prikrivanja vidljivih dijelova tijela, te također izbjegavanje određenih sportskih i socijalnih aktivnosti. Nadalje, stigmatizacija i nepovoljan utjecaj suvremenih socio-kulturnih standarda vezanih uz poželjan izgled ljudskog tijela potiče mehanizme nezadovoljstva i neprihvatanja vlastite tjelesnosti. Takav negativan doživljaj sebe, u povezanosti s bolnim i neugodnim tjelesnim senzacijama, uz različita ograničenja u svakodnevnim, socijalnim, intimnim i radnim aktivnosti može utjecati na pojavu sniženog samopoštovanja i samopouzdanja, povišenu razinu anksioznosti, srama i simptoma depresije. Nepovoljna dinamika između tjelesnih, psihosocijalnih i bihevioralnih reakcija u povezanosti sa negativnom slikom tijela može dovesti do snižene kvalitete života, te se iz tog razloga nameće potreba definiranja i provedbe različitih psiholoških

i psihoedukacijskih intervencija koje mogu pomoći u uspješnijem suočavanju sa posljedicama bolesti kao i boljem suočavanju s negativnim reakcijama okoline. Također, s obzirom da je jedan od uzroka koji doprinosi negativnoj povezanosti između KKB i slike tijela socio-kulturni kontekst, neophodno je u budućnosti potaknuti provedbu psihoedukativnih programa u cilju senzibiliziranja javnosti o pružanju socijalne podrške osobama s KKB. Provedba daljnjih istraživanja o cjelovitom statusu oboljelih osoba te definiranje budućih smjernica u svezi provedbe psihosocijalnih intervencija mogle bi doprinijeti daljnjem razvijanju kompleksnog i interdisciplinarnog modela usmjerenog na holističku podršku osobama oboljelim od KKB.

LITERATURA

1. Basta Juzbašić, A. i sur. (2014). *Dermatovenerologija*, Zagreb: Medicinska naklada.
2. Bowe, W. P., Doyle, A. K., Crerand, C. E., Margolis, D. J., & Shalita, A. R. (2011). Body image disturbance in patients with acne vulgaris. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 4(7), 35-41.
3. Cash, T. (1992). The psychological effects of andrometric alopecia in men. *Journal of American Academy of Dermatology*, 26(6), 926-31.
4. Chida, Y., Steptoe, A., Hirakawa, N., Sudo, N., & Kubo, C. (2007). The effects of psychological intervention on atopic dermatitis. *International Archives of Allergy and Immunology*, 144, 1-9. DOI:10.1159/000101940
5. Colonna, F., Soro, E., Addese, C., Dapavo, & P., Pippione, M. (2004). Psychological distress in dermatology: From depression to quality of life. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venerologia*, 139(3), 181-193.
6. Dirschka, T., Micali, G., Papadopoulos, L., Tan, J., Layton, A., & Moore, S. (2015). Perceptions on the Psychological Impact of Facial Erythema Associated with Rosacea: Results of International Survey. *Dermatology and Therapy*, 5, 117-127. DOI:10.1007/s13555-015-0077-2
7. Fox, F., Rumsey, N., & Morris, M. (2007). Ur skin is the thing everyone sees and you can't change it: Exploring the appearance-related concerns of young people with psoriasis. *Developmental Neurorehabilitation*, 10(2), 133-141. DOI:10.1080/13638490701217594
8. Gul, F., C., Kara, H., Nazik, H., Kara, D., O., & Karaca, B. (2017). Body Image, Self-Esteem and Quality of Life in Vitiligo Patients. *Journal of Clinical and Experimental Investigation*, 8(2), 44-49.
9. Gupta, A., & Gupta, M. (1995). Age and gender differences in the impact os psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology*, 34(10), 700-703. DOI:10.1111/j.1365-4362.1995.tb04656.x
10. Hassan, J., Grogan S., Clark-Carter D., Richards H., & Yates V. (2009). The individual health burden of acne: Appearance-related distress in male and female adolescents and adults with back, chest and facial acne. *Journal of Health psychology*, 14(8), 1105-1118. DOI:10.1177/1359105309342470
11. Hudson, M. P., Thompson, A. R & Emerson, L-M. (2020). Compassion-focused self-help for psychological distress associated with skin conditions: a randomized feasibility trial. *Psychology & Health*, 34(6), 1095-1114.
12. Jafferany, M., & Franca, K. (2016). Psychodermatology: Basic Concepts. *Acta Dermato-Venereologica*, 217, 35-37.

13. Khoury, L., Danielsen, P., & Skriven, J. (2014). Body image altered by psoriasis. A study on individual interviews and model for body image. *Journal of Dermatological Treatment*, 25, 2-7. DOI:10.3109/09546634.2012.739278
14. Kotrulja, L., & Šitum, M. (2004). Psihodermatologija. *Medix: Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(54/55), 143-145.
15. Lakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezinska-Wcislo, L. (2017). How does stigma affects people with psoriasis? *Advances in Dermatology and Allergology*, 34(1), 36-41. DOI:10.5114/pdia.2016.62286
16. Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezińska-Wcisło L., & Słomian A. (2018). Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Postępy dermatologii i alergologii Polskie Towarzystwo Dermatologiczne Sekcja Alergologiczna*, 35(1), 60-66. DOI: 10.5114/pdia.2016.62287
17. Larsen, J.T., Smith, N.K., & Cacioppo, J.T. (1998). Negative information weighs more heavily on the brain: the negativity bias in evaluative categorizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 887-900.
18. Leichtman, S., Burnett, J., & Robinson, H. (1981). Body image concerns of psoriasis patients as reflected in human figure drawings. *Journal of Personality Assessment*, 45(5), 478-84. DOI:10.1207/s15327752jpa4505_4
19. Margin P., Adams J., Heading G., & Dimity P. (2011). Perfect skin, the media and patients with skin disease: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and atopic eczema. *Australian Journal of Primary Health*, 17(2), 181-5. DOI:10.1071/PY 10047
20. Merleau-Ponty, M. (1990). *Fenomenologija percepcije*. Sarajevo: Veselin Masleša.
21. Mikolajczyk, J., Rzepa, T., Król, J., & Żaba, R. (2017). Body image assessment and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny*, 104(2), 92-102. DOI:10.5114/dr.2017.67383
22. Mitrevska, N. T., Eleftheriadou, V., & Guarneri, F. (2012). Quality of life in vitiligo pateints. *Dermatologic Therapy*, 25, 28-31. DOI:10.1111/dth.12007
23. Moon H-S., Mizara, A., & McBride, S. R. (2013). Psoriasis and Psycho-Dermatology. *Dermatology and Therapy*. 3(2), 117-130. DOI:10.1007/s13555-013-0031-0
24. Moos, R., & Schaefer, J. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In R. Moos (Ed.), *Coping with physical illness: New perspectives*. New York: Plenum.
25. Mousa, F., Zaher H., Amin M., Kamal A., & Fathy H. (2011). Comorbid psychiatric symptoms in patients with psoriasis. *Middle East Current Psychiatry*, 18, 78-85.
26. Neil, J. A. (2000). The stigma scale: Measuring body image and the skin. *Plastic surgical nursing*, 12(1), 32-6.
27. Nisbett R. E, & DeCamp W. T. (1977). The halo effect: evidence for unconscious alteration of judgements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 250-6.
28. Owczarek, K., & Jaworski, M. (2016). Quality of life and severity of skin changes in the dynamics psoriasis. *Advances in Dermatology and Allergology*, 33(2), 102-108. DOI:10.5114/pdia.2015.54873
29. Panconesi, E. (2000). Psychosomatic dermatology: past and future. *International Journal of Dermatology*, 39, 732-734.
30. Poot, F, Sampogna, F., & Onnis, L. (2006). Basic knowledge in psychodermatology, *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(2), 227-34. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2006.01910.x
31. Potocka, A., Jablonska, K., & Swierczyńska, M. (2008). Self- image and quality of life of dermatology patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21(4), 309-317. DOI:10.2478/v10001-008-0034-8

32. Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
33. Rosinska, M., Rzepa, T., Szramka-Pawlek, B., & Zaba, R. (2017). Body image and depressive symptoms in person suffering from psoriasis. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1145-1152.
34. Rumsey, N. (2018). Psychosocial adjustment to skin conditions resulting in visible difference (disfigurement): What do we know? Why don't we know more? How shall we move forward? *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 2-7.
35. Sakson-Obada, O., Pawlaczyk, M., Gerke, K., & Zygmunt, A. (2017). Acceptance of psoriasis in the context of body image, body experience, and social support. *Health Psychology Report*, 5(3), 251-257. DOI:10.5114/hpr.2017.63824.
36. Sampogna, F., Tabolli, S., Giannantoni, P., Paradisi, A. & Abeni, D. (2016). Relationship between psychosocial burden of skin conditions and symptoms: measuring the attributable fraction. *Acta Dermato-Venereologica*, 96, 60-63.
37. Sanclemente, G., Burgos, C., Nova, J., Hernández, F., González, C., Reyes, M. I., Córdoba, N., Arèc)valo, A, Melèc)ndez, E., Colmenares, J., Ariza, S., & Hernández, G. (2017). The impact of skin diseases on quality of life: A multicenter study, *Actas Dermo-Sifiliográficas* (English Edition), 108(3), 244-252.
38. Sojević Timotijević Z., Majcan, P., Trajković, G., Relić, M., Novaković, T., Mirković, M., Djurić, S., Nikolić, S., Lazić, B.,... & Janković, S. (2017). The Impact of Changes in Psoriasis Area and Severity Index by Body Region on Quality of Life in Patients with Psoriasis, *Acta Dermatologica Croatica*, 25(3), 215-222.
39. Schuster, B., Ziehfrend, S., Albrecht, S., Spinner, C. D., Biedermann, T., Peifer & Zink, A. (2020). Happiness in dermatology: a holistic evaluation of the mental burden of skin diseases. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(6), 1331-1339.
40. Stumpf, A., Stander, S., Phan, N.Q., Tenneberger, A., & Heuft, G. (2013). Body Concept of Patients with Chronic Pruritus in Relation to Scratch Lesions and Psychic Symptoms. *Dermatology*, 227, 263-269. DOI:10.1159/000354911
41. Šitum, M., Kolić, M., & Buljan, M. (2016). Psihodermatologija. *Acta Medica Croatica*, 70(1), 35-38.
42. Šitum, M., Buljan, D., Buljan, M., & Vurnek Živković, M. (2008). *Psihodermatologija*. Zagreb: Naklada Slap.
43. Tadinac, M., Jokić-Begić, N., Hromatko, I., Kotrulja, L., & Lauri-Koralija, A. (2006). Kronična bolest, depresivnost i anksioznost. *Socijalna Psihijatrija*, 34, 169-174.
44. Thompson, A. R. (2009). Psychosocial impact of skin conditions. *Dermatological Nursing*, 8(1), 43-48.
45. Thompson, A. R., Kent, G., & Smith, J. A. (2002). Living with vitiligo: Dealing with difference. *British Journal of Health Psychology*, 7, 213-225. DOI:10.1348/135910702169457
46. Wojtyna, E., Lakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., & Brzezinska-Wcislo, L. (2017). Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Dermato-Venerologica*, 97, 91-97. DOI:10.2340/00015555-2483