

# Psihosocijalna obilježja bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

---

**Simonić, Edita**

**Doctoral thesis / Disertacija**

**2010**

*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:188:409725>

*Rights / Prava:* [Attribution-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-30**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka Library - SVKRI Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U RIJECI**  
**MEDICINSKI FAKULTET**

**Edita Simonić**

**PSIHOSOCIJALNA OBILJEŽJA BOLESNIKA SA PSORIJAZOM**

**I**

**PSORIJATIČNIM ARTRITISOM**

**Doktorski rad**

**Rijeka, 2010.**

Mentori rada: Prof. dr.sc. Marija Kaštelan

doc. dr. sc. Ika Rončević – Gržeta

Doktorski rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Rad ima \_\_\_\_\_ listova

UDK klasifikacija:

## SAŽETAK

**Uvod:** Etiopatogeneza psorijaze i psorijatičnog artritisa nije u cijelosti poznata. Pretpostavlja se da psorijaza i psorijatični artritis nastaju međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika. U suvremenom poimanju etiologije i klasifikacije bolesti psorijaza se ubraja u psihosomatske psihokutane bolesti. Psihosocijalni čimbenici u kombinaciji s genetskom predispozicijom imaju ključnu ulogu u razvoju psorijaze i psorijatičnog artritisa.

**Cilj** istraživanja bio je ispitati pozitivna i negativna životna iskustva, različite stresne događaje koji su prethodili pojavi psorijaze i psorijatičnom artritisu te životne stilove, odnosno mehanizme obrane i vrste agresivnosti u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom. Također je ispitana njihova moguća povezanost s težinom kliničke slike psorijaze.

**Ispitanici i postupci:** U studiji je sudjelovalo 100 bolesnika sa psorijazom i 45 bolesnika koji osim psorijaze imaju psorijatični artritis. U kontrolnoj skupini bio je 101 ispitanik liječen zbog dermatoza koje nemaju nikakav utjecaj na tjelesno ili duševno zdravlje. Svi ispitanici ispunili su upitnik sa sociodemografskim podacima te psihologijske upitnike: trauma antecedentni upitnik, ljestvicu životnih događaja, upitnik životnog stila te upitnik za mjerenje agresivnosti. U svih bolesnika sa psorijazom kliničkim je pregledom određena težina kliničke slike bolesti izražena ljestvicom PASI.

**Rezultati:** Bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritisom su značajno češće izloženi mnogobrojnim negativnim životnim iskustvima uz istovremeno smanjenje pozitivnih životnih iskustava napose tijekom školske ( $p=0.02$ ) i adolescentne dobi ( $p=0.01$ ). Nadalje, bolesnici sa psorijazom pokazuju značajno češće indirektnu

prenesenu agresiju ( $p=0.026$ ), verbalnu latentnu agresiju ( $p=0.018$ ) i ukupnu agresiju ( $p=0.039$ ). Oboljeli od psorijaze i psorijatičnog artritisa ne doživljavaju intenzivnije stresove prije početka bolesti, međutim, značajno su više uznemireni nego kontrolna skupina ispitanika ( $p=0.0001$ ). Bolesnici sa psorijatičnim artritismom značajno češće koriste negaciju ( $p=0.005$ ), projekciju ( $p=0.025$ ) i intelektualizaciju ( $p=0.0001$ ) dok psorijatičari uz ove mehanizme obrane češće koriste i mehanizme reaktivne formacije ( $p=0.051$ ) i regresije ( $p=0.029$ ) u usporedbi s kontrolom. Težina kliničke slike psorijaze značajno korelira s obrambenim mehanizmom premještanja. Premještanje značajno korelira sa svim oblicima agresije i jedino značajno predviđa težinu kliničke slike psorijaze ( $\text{Beta} = 0.366$ ;  $p=0.007$ ).

**Zaključci:** Rezultati istraživanja povezanosti pozitivnih i negativnih životnih iskustava, stresa, agresivnosti i mehanizama obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom ukazuju na važnu ulogu psihosocijalnih čimbenika u multifaktorijalnoj etiopatogenezi tih bolesti. Stoga je u liječenju ovih bolesnika potreban interdisciplinarni pristup koji uz dermatologa uključuje sudjelovanje psihijatra i psihoterapeuta.

**Ključne riječi:** Psihološka trauma, Psihološki čimbenici, Psihosomatske bolesti, Psorijatični artritis, Psorijaza, Stres,

## SUMMARY

**Introduction:** The etiopathogenesis of psoriasis and psoriatic arthritis is not entirely acknowledged. It is assumed that the development of psoriasis and psoriatic arthritis is influenced by interaction of genetic and environmental factors. According to the new data psoriasis is classified as a psychosomatic skin disease. Psychosocial factors in combination with genetic background play a key role in the development of psoriasis and psoriatic arthritis. For their treatment it is necessary to use an interdisciplinary approach.

**The aim** of the research was to explore both positive and negative life experiences, different stress situations that happened before the appearance of psoriasis and psoriatic arthritis, defense mechanisms and types of aggression in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. It has also been investigated their possible correlation with the disease severity.

**Patients and methods:** The study includes 100 psoriatic patients and 45 psoriatic patients with psoriatic arthritis. The control group consisted of 101 patients that suffered from dermatosis which had no influence on their psychological and physical wellbeing. All participants were asked to fill out a questionnaire with sociodemographic data and several psychological questionnaires: a trauma antecedent questionnaire, a life experience scale, a life style questionnaire and a questionnaire for the evaluation of aggression. In all psoriatic patients the severity of psoriasis has been estimated according to the Psoriasis Area and Severity Index (PASI scale).

**Results:** Patients with psoriasis and psoriatic arthritis were exposed more frequently to multiple negative life experiences with the lack of positive life experience, especially during school ( $p=0.02$ ) and adolescent age ( $p=0.01$ ). Patients with psoriasis

showed more frequently indirect or transposed aggression ( $p=0.026$ ), verbal latent aggression ( $p=0.018$ ) and total aggression ( $p=0.039$ ). Patients with psoriasis and psoriatic arthritis do not experience more intense stress before the beginning of the disease, but they are more upset than the controls ( $p=0.0001$ ). Patients with psoriatic arthritis significantly often use negation ( $p=0.005$ ), projection ( $p=0.025$ ) and intellectualization ( $p=0.0001$ ) while psoriatic patients with these defense mechanism more often use reactive formation ( $p=0.0051$ ) and regression ( $p=0.029$ ) in comparison to the control group. The severity of psoriasis is in significant correlation with the defense mechanism of transponding. The transposition significantly correlates with all forms of aggression and is an important predictor of the severity of the clinical picture of psoriasis (Beta =0.366;  $p= 0.007$ ).

**Conclusions:** The study results of the association of positive and negative life experience, stress, aggression and defense mechanisms in psoriatic patients and patients with psoriatic arthritis show the important role of psychosocial factors in the multifactor etiopathogenesis of these diseases. Thus for the treatment of these patients interdisciplinary approach is needed which includes the participation of a dermatologist and a psychiatrist-psychotherapist.

**Key words:** Psoriasis, psoriatic arthritis, psychological factors, psychological trauma, psychosomatic diseases, stress.

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>1.1. Psorijaza</b> .....	1
1.1.1. Klinička slika psorijaze.....	2
1.1.1.1. Kronična stacionarna psorijaza.....	2
1.1.1.2. Eruptivna (kapljičasta psorijaza).....	3
1.1.1.3. Eritrodermijska psorijaza.....	3
1.1.1.4. Pustulozna psorijaza.....	4
1.1.1.5. Psorijaza vlasišta, intertriginoznih predjela, retroaurikularne i genitalne regije.....	4
1.1.1.6. Psorijaza noktiju.....	5
1.1.2. Psorijatični artritis.....	5
1.1.3. Etiopatogeneza psorijaze i psorijatičnog artritisa.....	7
1.1.3.1. Imunološki čimbenici u nastanku psorijaze i psorijatičnog artritisa.....	9
<b>1.2. Psihološki čimbenici u razvoju psorijaze i psorijatičnog     artritisa</b> .....	11
1.2.1. Psihološko značenje kože.....	11
1.2.2. Psorijaza-psihosmatska bolest.....	12
1.2.3. Rana i životna traumatizacija u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism.....	14
1.2.4. Agresija i psorijaza.....	15



<b>1.3. Uloga stresa u nastanku psorijaze i psorijatičnog artritisa.....</b>	<b>17</b>
1.3.1. Koncept psorijaze.....	17
1.3.1.1. Životni događaji i stresne situacije.....	19
1.3.1.2. Transakcijska teorija stresa i suočavanja.....	20
1.3.1.3. Mehanizmi obrane.....	21
1.3.2. Fiziološka reakcija organizma na stres.....	22
1.3.2.1. Psihoneurološki čimbenici stresa.....	24
1.3.2.2. Uloga psihičkog stresa u psorijazi i psorijatičnom artritisu.....	25
1.3.3. Liječenje psorijaze i psorijatičnog artritisa.....	29
<b>2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....</b>	<b>31</b>
<b>3. ISPITANICI I POSTUPCI.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Ispitanici.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2. Postupci.....</b>	<b>35</b>
3.2.1. Sociodemografske karakteristike.....	35
3.2.2. Trauma antecedentni upitnik.....	36
3.2.3. Ljestvica životnih događaja.....	36
3.2.4. Upitnik životnog stila i obrambeni mehanizmi.....	37
3.2.5. Upitnik za mjerenje agresivnosti.....	38
<b>3.3. Statistička obrada podataka.....</b>	<b>39</b>
<b>4. REZULTATI.....</b>	<b>41</b>
<b>4.1. Sociodemografska obilježja ispitanika.....</b>	<b>41</b>
<b>4.2. Životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom..</b>	<b>42</b>

4.2.1. Ukupna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom.....	43
4.2.2. Cjeloživotna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom.....	45
4.2.3. Pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom.....	48
4.2.4. Negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom.....	49
<b>4.3. Životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....</b>	<b>52</b>
4.3.1. Ukupna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	43
4.3.2. Cjeloživotna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	55
4.3.3. Pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	57
4.3.4. Negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	58
<b>4.4. Životna iskustva u bolesnika sa pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....</b>	<b>61</b>
4.4.1. Ukupna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....	61
4.4.2. Ukupna cjeloživotna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....	63
4.4.3. Pozitivna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....	65
4.4.4. Negativna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....	61

4.4.5. Povezanost pozitivnih i negativnih životnih iskustava sa težinom kliničke slike psorijaze.....	70
<b>4.5. Ljestvica životnih događaja .....</b>	<b>71</b>
4.5.1. Ljestvica životnih događaja u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism.....	71
4.5.2. Ljestvica životnih događaja u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	72
4.5.3. Ljestvica životnih događaja u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze .....	73
<b>4.6. Ispitivanje agresivnosti.....</b>	<b>74</b>
4.6.1. Agresivnost u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism.....	75
4.6.2. Agresivnost u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	76
4.6.3. Agresivnost u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....	77
<b>4.7. Mehanizmi obrane .....</b>	<b>78</b>
4.7.1. Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism.....	78
4.7.2. Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom tipa I i II.....	79
4.7.3. Mehanizmi obrane u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze.....	80
4.7.4. Mehanizmi obrane i agresivnost u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism.....	82
4.7.5. Povezanost pozitivnih i negativnih životnih iskustava u najranijem djetinjstvu s mehanizmima obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism.....	88
4.7.6. Povezanost mehanizma obrane s težinom kliničke slike psorijaze.....	91

4.7.7. Prediktori težine kliničke slike psorijaze.....	92
<b>5. RASPRAVA.....</b>	<b>93</b>
<b>6. ZAKLJUČCI.....</b>	<b>106</b>
<b>7. REFERENCIJE.....</b>	<b>108</b>
<b>8. PRILOZI.....</b>	<b>122</b>
<b>8.1. Strukturirani nestandardizirani upitnik.....</b>	<b>122</b>
<b>8.2. Upitnik traumatskih događaja (TAQ-S) .....</b>	<b>123</b>
<b>8.3. Ljestvica životnih događaja.....</b>	<b>131</b>
<b>8.4. Upitnik za mjerenje agresivnosti (AG-87) .....</b>	<b>134</b>
<b>8.5. Upitnik životnog stila .....</b>	<b>139</b>

## 1.UVOD

Psorijaza je autoimuna, kronično-recidivirajuća, upalna eritematoskvamozna bolest kože (1). Psorijatični artritis je kronična bolest koju obilježava upalni artritis, entezitis i resorpcija kosti a javlja se u oko 5-40% bolesnika sa psorijazom (1,2). Etiopatogeneza psorijaze i psorijatičnog artritisa nije u cijelosti poznata. Unatoč činjenici da psihički čimbenici uključeni u nastanak i tijek ovih bolesti nisu još u potpunosti rasvijetljeni, u suvremenom poimanju etiologije smatra se da je psorijaza psihosomatska bolest (3).

### 1.1. Psorijaza

Psorijaza je nasljedna, recidivirajuća, upalna bolest kože obilježena pojavom oštro ograničenih eritematoznih žarišta prekrivenih srebrno bijelim ljuskama. Tijek bolesti obilježen je akutnim egzantematskim i kroničnim postojanim fazama (1,4). Bolest se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi, ali najčešće između 10-te i 30-te godine života i to češće u ljudi bijele rase, nego u ostalih rasa. Raspodjela među spolovima je podjednaka (5). Učestalost psorijaze razlikuje se unutar populacija, no najnoviji podaci ukazuju da bolest zahvaća oko 1-3% svjetskog pučanstva (4). U Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,5% stanovništva (5). Osim kože, bolest zahvaća vlasište i nokte, a u čak 30% bolesnika zahvaćeni su zglobovi u vidu psorijatičnog artritisa.

### 1.1.1. Klinička slika psorijaze

Temeljna psorijatična promjena je oštro ograničena eritematozna papula ili ploča prekrivena srebrno bijelim, suhim, lako lomljivim ljuskama (1,4). Obzirom na veličinu i smještaj kožnih promjena te tijekom bolesti i nazočnost drugih simptoma kao što su svrbež, zahvaćenost zglobova i opći simptomi, psorijaza se dijeli u nekoliko kliničkih oblika: kronična stacionarna psorijaza, pustulozna psorijaza, eruptivna (kapljičasta) psorijaza, eritrodermijska psorijaza te psorijatični artritis (1).

#### 1.1.1.1. Kronična stacionarna psorijaza

Kronična stacionarna psorijaza (*psoriasis vulgaris*) je najčešći klinički oblik bolesti. Obilježena je s nekoliko slabije ili jače infiltriranih, oštro ocranih, eritematoskvamoznih žarišta koja traju mjesecima ili godinama (1,4). Predilekcijska mjesta su laktovi, koljena i vlasište te retroaurikularna i lumbosakralna regija, anus i pupak. Žarišta mogu biti veličine kovanog novca (*psoriasis nummularis*) ili veća (*psoriasis in placibus*) (1,4). Mogu se i međusobno stapati te nastaju velika psorijatična žarišta, koja podsjećaju na zemljovid (*psoriasis geographica*). Svrbež je rijedak. Iako su kod kronične stacionarne psorijaze žarišta obično nepromijenjena tijekom dužeg razdoblja, moguća su pogoršanja u vidu eruptivnih egzantematskih žarišta nakon nekog vanjskog ili unutarnjeg poticaja (1,4).

#### 1.1.1.2. Eruptivna (kapljičasta psorijaza)

Eruptivnu, tj. kapljičastu psorijazu (*psoriasis guttata*) obilježavaju sitna eritematoskvamozna žarišta, obično gusto diseminirana u području proksimalnih dijelova udova kao i na trupu. Taj oblik najčešće se javlja u djetinjstvu ili u mladih odraslih osoba, obično 1-2 tjedna nakon streptokokne infekcije gornjih respiratornih puteva, a može u potpunosti nestati tijekom nekoliko tjedana (5).

#### 1.1.1.3. Eritrodermijska psorijaza

Eritrodermijska psorijaza (*psoriasis erythrodermica*) je generalizirani oblik bolesti, koji zahvaća sve dijelove tijela, uključujući lice, dlanove, stopala, nokte, trup te udove (1,5). Iako su nazočna sva obilježja psorijaze, često prevladava jak eritem i sitno pitirijaziformno ljuškanje. U usporedbi s kroničnim oblikom bolesti bolesnici često imaju jak svrbež, a ponekad se opaža i povećanje limfnih čvorova kao odraz dermatopatske limfadenopatije (5).

Nazočni su i opći simptomi poput gubitka tekućine zbog povećanog nevidljivog isparavanja, gubitka bjelančevina uslijed trajnog ljuštenja te gubitka topline zbog izrazite upale kože i vazodilatacije (5). Stoga je i tijek bolesti produljen s čestim pogoršanjima i mogućim letalnim ishodom. Eritrodermijska psorijaza se može razviti naglo kao prva manifestacija bolesti, ali češće nastaje postupno iz vulgarne psorijaze. Eritrodermijska psorijaza često je posljedica preagresivne lokalne terapije (cignolin, UVB), ali se može razviti i iz generalizirane pustulozne psorijaze. Taj teški klinički oblik bolesti češće se javlja u artropatske psorijaze (5).

#### 1.1.1.4. Pustulozna psorijaza

Pustulozna psorijaza (psoriasis pustulosa) je oblik bolesti, histološki obilježen upalnim promjenama s naglašenom sklonošću eksudaciji te Munroovim mikroapcesima koji se klinički očituju pustulama (1). Pustule su sterilne i treba ih razlikovati od pustula nastalih djelovanjem infektivnih uzročnika. Postoji nekoliko oblika pustulozne psorijaze: psoriasis pustulosa generalisata, psoriasis vulgaris cum pustulatione, psoriasis pustulosa palmoplantaris te acrodermatitis continua suppurativa (1).

#### 1.1.1.5. Psorijaza vlasišta, intertriginoznih predjela, retroaurikularne i genitalne regije

Unatoč tome što su temeljno obilježje psorijaze eritematoskvamozne papule i plakovi, na pojedinim lokalizacijama kožne lezije imaju posebna, nešto drugačija obilježja (1). Psorijaza vrlo često zahvaća vlasište u obliku oštro ograničenih eritematoznih žarišta smještenih obično uz prednji rub i bočne strane vlasišta uz izuzetno obilno ljuštenje. Opadanja kose najčešće nema (1,4). U intertriginoznim područjima kao što su aksilarni, submamarni i ingvinalni predjeli te perianalno područje, psorijatična žarišta su oštro ograničena i lagano infiltrirana, a uslijed topline i vlažnosti nema ljusaka (1). Svrbež je čest. Retroaurikularna psorijaza je obilježena oštro ograničenim upalno promjenjenim plakovima iza uha uz izrazito jak svrbež. Psorijazu genitalne regije obilježavaju oštro ocrtana, eritematozna, blago infiltrirana žarišta s jedva naznačenim ljuštenjem (1).



#### 1.1.1.6. Psorijaza noktiju

Promjene noktiju se javljaju u oko 25-50 % svih bolesnika sa psorijazom (5). U bolesnika sa psorijatičnim artritisom nokti su promjenjeni u čak 80% slučajeva (6). Mogu biti zahvaćeni matica nokta, nokatna ploča ili paronihijalni predio. Promjene u predjelu matice nokta najčešće se očituju punktiformnim udubinama na površini nokta (psoriasis punctata unguinum) i nazočne su u vrlo velikom broju, a katkad zahvaćaju sve nokte. Nokatna je ploča često zahvaćena subungualnim psorijatičnim žarištima promjera nekoliko milimetra koje na površini nokta uzrokuju žućkaste uljne mrlje. S napredovanjem psorijatičnog procesa u predjelu nokta može doći i do gubitka čitavog nokta (1,5).

#### 1.1.2. Psorijatični artritis

U poseban klinički oblik psorijaze ubraja se psorijatični artritis. To je autoimuna, upalna bolest koja zahvaća zglobove, tetive, ligamente, fascije i intervertebralne diskove (5,6). Javlja se u oko 5-40% bolesnika sa psorijazom, kroničnog je tijeka s fazama pogoršanja i poboljšanja (2). Bitna patološka odrednica psorijatičnog artritisa je koštano-hrskavična destrukcija zgloba tijekom upale. Psorijatični artritis se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi, no najčešće se razvija u dobi između 40-te i 60-te godine života, češće u ljudi bijele rase nego u ostalih rasa. Raspodjela među spolovima je podjednaka (5). U približno 75% bolesnika kožne promjene prethode artritisu, u njih 10-15% artritis prethodi psorijazi, dok se u 10% oboljelih obje bolesti javljaju istovremeno (2). Vremenski interval od pojave psorijaze do prvih simptoma artritisa obično je 10-15 godina, ali može varirati. Gotovo svi

bolesnici sa psorijatičnim artritismom imaju psorijazu, iako postoje slučajevi psorijatičnog artritisa bez psorijatičnih promjena koji uz negativnu obiteljsku anamnezu ostaju najčešće dijagnosticirani kao nediferencirane spondiloartropatije (2). Psorijatični artritis se češće javlja u bolesnika s težim oblicima psorijaze, kao što su pustulozna i eritrodermijska psorijaza, a vrlo rijetko u djece (5). Razlikuje se nekoliko oblika psorijatičnog artritisa:

- 1) Asimetrični oligoartritis javlja se u 70% bolesnika sa psorijatičnim artritismom. Zahvaća distalne interfalangealne zglobove šaka i stopala koji su otečeni i bolni.
- 2) Simetrični poliartritis malih zglobova šaka i stopala, koljena i laktova ima blaži tijek i vrlo je sličan reumatoidnom artritisu. Seronegativni reuma faktori, pozitivna anamneza psorijaze te karakterističan rentgenski nalaz potvrđuju taj oblik artritisa koji se vidi u 25% bolesnika.
- 3) Distalni interfalangealni oblik javlja se u 5-10 % bolesnika sa psorijatičnim artritismom, a može biti zahvaćen jedan ili nekoliko zglobova. Klinički se vidi otok i crvenilo zahvaćenih zglobova te zahvaćenost noktiju s akutnom paronihijom.
- 4) Artritis mutilans je rjeđi, ali vrlo težak oblik psorijatičnog artritisa i vidi se u 5% bolesnika. Zbog osteolize falanga dolazi do teških deformacija zahvaćenih zglobova i invaliditeta.
- 5) Spondilitis se dijagnosticira u 5% bolesnika sa psorijatičnim artritismom i često je asimptomatski. Spondilitis se može javiti izolirano, te može biti praćen perifernim artritismom. Muškarci su češće zahvaćeni tim oblikom artritisa.

U sustavne simptome psorijatičnog artritisa ubrajaju se očne promjene (iritis, episkleritis, konjuktivitis, keratokonjuktivitis). Također se spominje i aortalna insuficijencija (5). U čak tri četvrtine bolesnika sa psorijatičnim artritisom nazočne su promjene na noktima. Distalne i mutilirajuće forme artritisa obično su povezane s težim distrofijama noktiju (5). Ponekad je teško postaviti dijagnozu psorijatičnog artritisa, često u blagih oblika i ranom stadiju bolesti, međutim, dijagnoza postavljena u početnom stadiju artritisa smanjuje rizik dugotrajnog oštećenja zglobova i tkiva.

### 1.1.3. Etiopatogeneza psorijaze i psorijatičnog artritisa

Etiopatogeneza psorijaze i psorijatičnog artritisa, te patogenetska veza između psorijaze i psorijatičnog artritisa nije u cijelosti poznata. Danas se smatra da psorijaza i psorijatični artritis nastaju međudjelovanjem genetskih i okolišnih čimbenika (2,5). Na temelju opsežnih populacijskih istraživanja utvrđeno je da je nasljeđivanje psorijaze poligeno (6). Bolest je vezana uz nazočnost pojedinih gena HLA (od engl. human leukocyte antigen), najčešće HLA- B13, B 57, Cw6 i Cw7, ali također i HLA- A1, B37, B39, B27, Cw11 te DR4, DR7, DQA1\* 0201 (7,8). Na temelju životne dobi u kojoj se po prvi puta pojavljuje te povezanosti s antigenima HLA, razlikujemo dva tipa nepustulozne psorijaze. Tip 1 je obilježen ranom pojavom bolesti (prije 40-te godine života), naglašenim obiteljskim pojavljivanjem te združenošću s HLA antigenima Cw6, B13, B57 i DR7. Tip 2 počinje kasnije, obično nakon 40. godine, nema obiteljskog pojavljivanja bolesti, a povezanost s genima sustava HLA je slaba (6).

Dakle, na temelju spoznaje o povezanosti psorijaze s genetskim čimbenicima,

bolest se može podijeliti na: genotipsku ili latentnu psorijazu bez kliničkih obilježja bolesti uz nazočnost genetske podložnosti, geno-fenotipsku ili subkliničku u koje također nema kliničkih obilježja bolesti, ali je biokemijskim metodama moguće dokazati povećanu sintezu DNA, glikolizu u stanicama epidermisa i povećan broj mastocita u dermisu te fenotipsku ili manifestnu psorijazu sa svim kliničkim obilježjima bolesti (1,4).

Slično psorijazi, psorijatični artritis ima također genetsku podlogu, uključujući različite gene i okolišne čimbenike važne za nastanak bolesti. U 40% bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom bolest se javlja i u prvih rođaka. Bolest je povezana s pojedinim genima HLA, najčešće HLA- Cw 6, B13, B16, B17, B37, DR 4 te DQ 2 i DQ3 (9). HLA-B27 je češće povezan s razvojem psorijatičnog artritisa odnosno sa spondiloartritisom (5). Slično psorijazi, T- limfociti imaju ključnu ulogu i u patogenezi psorijatičnog artritisa.

U kožnim i sinovijalnim promjenama, unatoč sličnostima, prevladavaju različite T stanice. U psorijatičnom artritisu važnu ulogu u imunološkom procesu imaju CD8+ T- limfociti i makrofazi koji luče brojne Th1 citokine poput TNF-alfa (od engl. tumor necrosis factor), interleukina IL-1, IL-6, IL-8, IL-10 koji u kombinaciji s drugim čimbenicima upale dovode do razvoja bolesti. Sličnost u razvoju psorijaze i psorijatičnog artritisa također se vidi i u promjenjenoj morfologiji krvnih žila (9,10).

Za ispoljavanje bolesti u genetski podložne osobe potrebni su različiti vanjski i/ili unutarnji čimbenici. Od vanjskih, tj. egzogenih poticajnih čimbenika na prvom su mjestu mehaničke i fizikalne ozljede kože (npr. pritisak, trauma, opekline, ubodi insekata, ultraljubičaste zrake, rtg zrake i sl.), zatim ozljede kože kemijskim putem (antipsorijatični lijekovi nanoseni izvana, toksične tvari) te neke upalne dermatoze (npr. Herpes zoster, furunkuli, miliaria). U skupinu egzogenih poticajnih čimbenika

ubraja se i K bnerov fenomen tj. izomorfni podražajni učinak koji se očituje pojavom psorijatičnih promjena na mjestu mehaničke ozljede nakon 10-14 dana u osoba s genetskom sklonošću za psorijazu (1,4).

Od unutarnjih ili endogenih čimbenika istiu se akutne bakterijske, virusne i gljivične infekcije, psihički čimbenici, neki lijekovi i endokrini poremećaji. U velikog broja bolesnika s akutnom kapljiaastom psorijazom, te određenog broja bolesnika s kroničnom stacionarnom psorijazom izoliran je *Streptococcus pyogenes* (hemolitički streptokok grupe A), dok je u krvi bolesnika sa psorijatičnim artritism zapaženo povećanje titra antitijela na streptokokni egzotoksin (5,10). Također, virusne infekcije mogu biti značajan okidač u složenom patogenetskom mehanizmu nastanka tih bolesti. Tako se psorijaza, a osobito psorijatični artritis dovode u vezu sa infekcijom humanim virusom imunodeficijencije (HIV) koji može značajno pogoršati tijek tih bolesti. Neki bolesnici sa psorijatičnim artritism imaju značajno viši titar protitijela na hepatitis C virus (10). Međutim, iako su psorijaza i psorijatični artritis multifaktorijalne bolesti, danas se prihvaća činjenica da su psihički čimbenici važni u razvoju ne samo psorijaze, nego i psorijatičnog artritisa, bilo da uzrokuju bolest, pridonose pogoršanju ili pak djeluju na produljeni oporavak (11,12,13,14,15). Stresni događaji i psihološke reakcije na te događaje mogu se promatrati kao neposredan povod za prvu pojavu psorijaze i psorijatičnog artritisa (16,17).

#### 1.1.3.1. Imunološki čimbenici u nastanku psorijaze i psorijatičnog artritisa

Koža i keratinociti, glavne stanice epidermisa dugo su smatrane pasivnom granicom između vanjske okoline i unutrašnjih organa. Istraživanja su otkrila da keratinociti mogu stvarati citokine i predočavati antigene T-limfocitima.

Langerhansove stanice su glavne antigen predočne dendritične stanice epidermisa koje fagocitiraju i enzimski prerađuju antigen te ga predočuju T- limfocitima (18,19). Stoga se danas smatra da stanice epidermisa i dermisa (dermalne dendritične, T- limfociti) čine odjeljak imunog sustava. Patološki proces odgovoran za nastanak psorijaze uključuje interakciju limfocita i keratinocita posredovanu mrežom citokina. Naime, psorijaza je obilježena poremećajem diferencijacije i proliferacije keratinocita, nakupljanjem neutrofila u epidermisu te upalnim infiltratom, mahom T- limfocita u dermisu (19). Upalni stanični infiltrat u aktivnom psorijatičnom žarištu sadrži pretežno pomoćničke CD4+ T-limfocite u dermisu, dok se citotoksični CD8+ T- limfociti nakupljaju u epidermisu. Pokretač psorijatičnog procesa su upravo T- limfociti čiji infiltrat prethodi hiperproliferaciji keratinocita (19). Aktivirani CD4+ limfociti T lučenjem odgovarajućih citokina potiču aktivaciju epidermalnih CD8+ limfocita T i pokreću psorijatičnu kaskadu složenih staničnih i molekularnih zbivanja. Točan mehanizam kako aktivirani T-limfociti započinju psorijatični proces još uvijek nije u cijelosti poznat (19). Međutim, smatra se da specifična imunološka reakcija usmjerena protiv određenih superantigena ili autoantigena posredovana T- limfocitima u konačnici dovodi do nastanka psorijatičnog žarišta. Izgleda da limfociti T aktivirani superantigenom započinju patološki proces u psorijatičnoj leziji, dok specifični autoreaktivni limfociti T održavaju taj proces aktivnim.

Patogeneza psorijatičnog artritisa usko je povezana s aktiviranim limfocitima u sinoviji, a profil limfokina ukazuje na TH1 imunosni odgovor. Središnje mjesto u pojačanju upalnog odgovora u psorijatičnom artritisu ima TNF-alfa, povišen kod bolesnika s psorijatičnim artritisom (9). Limfociti T su najzastupljenije stanice u zglobovima, CD4+ stanice prevladavaju u sinoviji, dok su u sinovijalnoj tekućini i entezama najzastupljenije CD8+ stanice (20).

## 1.2. Psihološki čimbenici u razvoju psorijaze i psorijatičnog artritisa

### 1.2.1. Psihološko značenje kože

U razmatranju složenih etiopatogenetskih mehanizama važnih za pojavu psorijaze značajno je poznavanje i shvaćanje uloge koju koža ima u psihološkom razvoju osobe. Naime, koža kao najveći organ s mnogobrojnim ulogama nesumnjivo ima značajnu ulogu u psihosomatskoj medicini. Koža nije samo granica koja nas izdvaja iz svijeta definirajući našu cjelovitost, ona također predstavlja izravni kontakt između nas i vanjskog svijeta. Mozak i koža višestruko su povezani, jer osim dvosmjerne komunikacije putem neuroendokrinog i imunološkog sustava imaju zajedničko ektodermalno podrijetlo (21). Kao organ osjeta dodira, temperature i boli, te kao erogena zona, koža ima veliko psihološko značenje tijekom cijelog životnog vijeka (22). Dodir, kao vrlo rani oblik komunikacije, dozvoljava djetetu određivanje granica vlastitog tijela, uspostavljanje osjećaja privrženosti s majkom koji su neophodni u psihološkom rastu i razvoju (23). Dijete koje nije osjetilo majčinu ljubav i nježnost putem kože i dodira, može kao odgovor na stres razviti sklonost regresiji na rani stupanj emocionalnog razvoja što se može očitovati i nastankom kožnih bolesti (24).

Problemi s kožom predstavljaju konflikte u odnosu osobe prema sebi samoj, te i u kontaktu i komunikaciji s okolinom. Kada zahtjevi okoline i osobne želje dođu u sukob, u osobi se javlja konflikt. Rješenja konflikta potpomažu različiti mehanizmi obrane. Ukoliko njihova upotreba iz različitih razloga nije odgovarajuća te osoba nije sposobna tako prevladati konflikt, dolazi do poremećaja biopsihološke ravnoteže.

Reakcija se može očitovati putem vegetativnog sustava. Kožne promjene su, iz fizioloških razloga, često izraz povećane podražljivosti endokrino-vegetativnog sustava (25). Ta veza objašnjava sklonost kože da postane, u stanjima nervne napetosti, sjedište hitnih rasterećenja. Obični simptomi pojačanog znojenja i dermografizam su primjeri opće vegetativne podražljivosti kože kao odgovora na emocionalne podražaje koji mogu doći iz svjesnog ili nesvjesnog sloja ličnosti (25).

Ti simptomi mogu biti kronični, manifestirajući unutrašnju tenziju bolesnika ili mogu biti privremeni u vremenu aktualnih psihičkih problema. Oni se ujedno mogu očitovati u obliku kriza svaki puta kada neki stresni događaj „probudi“ nesvjesni emocionalni konflikt u osobi. Zbog toga je veza između psihičkih čimbenika i kožnih bolesti, napose psorijaze, davno prepoznata, a prema novoj klasifikaciji, psorijaza se svrstava u skupinu psihodermatoloških bolesti (22).

### 1.2.2. Psorijaza - psihosomatska bolest

U suvremenom poimanju etiologije i klasifikacije bolesti, psorijaza se ubraja u psihosomatske poremećaje (3,26). Budući da u psorijatičnom artritisu, slično reumatoidnom, psihički čimbenici mogu imati ulogu u nastanku i tijeku bolesti i psorijatični artritis može se ubrojiti u psihosomatske poremećaje (13,14,27,28). Smatra se, da kožne promjene u bolesnika sa psorijazom te zglobne promjene u sklopu psorijatičnog artritisa, mogu predstavljati različite manifestacije jedne te iste bolesti (19).

Psihosomatika označava psihoanalitički pristup bolesti, odnosno riječ je o visceralnom odgovoru na emocije kojih bolesnik može biti dijelom svjestan, iako su one najčešće neprepoznate u svijesti same osobe (29). Schur govori o



psihosomatskom bolesniku kao o osobi koja je regredirala na stupanj primarnog procesa razvoja, a koja sama to ne može prepoznati (30). Tijekom normalnog psihološkog rasta i razvoja u ranom djetinjstvu, dijete napušta visceralno ponašanje i razvija sekundarni proces simbolizacije, motornu koordinaciju, mišljenje i komunikaciju, dok se libidna i agresivna energija progresivno neutraliziraju pod nadzorom vlastitog ja. Psihosomatski bolesnik u regresiji vraća se na primarni proces te na stres reagira autonomnom i visceralnom hiperaktivnošću (29). Geneza psihosomatike u psihodinamskom je smislu blizu psihoze, u fazi simbioze i subfazi diferencijacije. U tom smjeru idu mnoga istraživanja koja jezgroviti konflikt psihosomatskih bolesnika promatraju i razumiju u izvorima pregenitalnih faza (29).

U razumijevanju psihosomatskih bolesti važno je poznavanje utjecaja odnosa majka-dijete u okviru uspostavljanja najranijih objektnih odnosa (29). Rubino A. i suradnici ustanovili su u bolesnika sa psorijazom poremećaj u separaciji i individuaciji kao u graničnih struktura ličnosti (31). Dakle, psorijaza kao kožna bolest, u stvari simbolizira poremećaj u odvajanju od objekta (majke) u najranijim fazama razvoja (31). Preduvjet koji je nužan za separaciju od majke je uspostavljanje osnovnog povjerenja koje dijete dobiva uz prosječno dobru njegu u fazi simbioze, a poslije, u fazi separacije i individuacije (32). Usklađenost djeteta i majke, tj. majčino prepoznavanje djetetovih potreba i odgovarajuće reagiranje na njih omogućava djetetu da postepeno razvije zrelije mehanizme regulacije emocionalne napetosti (32). Ukoliko taj odnos nije empatijski i nedostaje prilagodba djetetu, dijete se visceralnim putevima, koji traju i u odrasloj dobi, nastoji odteretiti napetosti (33). U psorijazi i psorijatičnom artritisu, stvoreni obrazac za rasterećenje neugodnih emocija ide putem tijela, odnosno kože i zglobova. Tako u stanjima snažne napetosti i stresa kasnije u životu, dolazi do regresije na rani stupanj emocionalnog razvoja, u oralnu

fazu s razvojem ili pogoršanjem psorijaze koja u stvari predstavlja visceralni odgovor na stres u osoba koje u djetinjstvu nisu dobili željenu pažnju i ljubav. Izbor kože kao ciljnog organa rasterećenja te vrijeme pojave kožnih simptoma određuje splet složenih događaja kao što su nasljedna podložnost, sadašnja situacija te rana životna iskustva (24, 29,33).

Psihosomatski bolesnici teško nalaze vezu između mentalnih fenomena i tjelesnih funkcija, stoga je u mnogih nazočna aleksitimija (29,34). Aleksitimija je kognitivno-afektivni poremećaj koji se očituje smanjenom sposobnošću identifikacije i verbalizacije emocija te oskudnim simboličkim mišljenjem. Prema nekim autorima, prevalencija aleksitimije u bolesnika sa psorijazom iznosi čak 33% (34). S obzirom na navedeno, moguće je da su psorijaza i psorijatični artritis bolesti, putem kojih bolesnik nesvjesno zadovoljava svoju potrebu za pridobivanjem pažnje, ljubavi i osjećaja sigurnosti od strane objekta. S druge strane, gubitak funkcije zglobova i promjene na koži uzrokuju mnoge negativne posljedice koje su povezane s lošom kvalitetom života, invaliditetom i konačno trajnom nesposobnošću za rad.

### 1.2.3. Rana i životna traumatizacija u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rana emocionalna iskustva u oboljelih od psorijaze su traumatična (35). Stoga je prilagodba na stresore tijekom života otežana i očituje se pogoršanjem bolesti. Doživljaj jedne stvarne ili simbolične životne situacije kao ugrožavajuće za sustav vrijednosti pojedine osobe te njen životni stil rezultat su psihičkog razvoja te osobe, napose ranih dječjih iskustava u obiteljskom trokutu. S obzirom na ranija iskustva, dobra ili loša, te naučen model ponašanja za razrješavanje sličnih situacija, osoba

ponavlja naučeni obrazac (32). Istraživanja dinamike u obiteljima sa psihosomatskim bolesnikom pokazala su da je osnovna disfunkcija tih obitelji u izbjegavanju ispoljavanja konflikta i emotivne napetosti (26). Poteškoće u verbalnoj emotivnoj ekspresiji psihosomatskih bolesnika dijelom su posljedica stroge filtracije osjećaja u njihovim obiteljima kako bi se izbjegli konflikti i sačuvala pseudoharmonija obitelji (26). Značajno je da čitava obitelj funkcionira na taj način, a ne samo bolesnik. Ispitivanjem neverbalne komunikacije unutar tih obitelji uočeno je da su osjećaji nazočni, ali je njihovo ispoljavanje selektirano s ciljem zaštite same obitelji. Istraživanja prošlosti takvih obitelji ukazala su na postojanje traumatičnih događaja kao što su prerana separacija, ozbiljne bolesti i napuštanja. Stoga u tim obiteljima prevladavaju osjećaji gubitka povezani s dubokim emocionalnim iskustvima separacijske anksioznosti. Dakle, stvoreni obrambeni mehanizmi zaštićuju te obitelji od separacijske anksioznosti (26).

#### 1.2.4. Agresija i psorijaza

Poznati psihoanalitičar Franz Alexander smatra da psihosomatske bolesti nastaju u trenutku kada postoji prethodna tjelesna podložnost i određene emocije u vezi s psihodinamskom konfiguracijom pojedinca. Prema Alexanderu, osnovni su uzroci bolesti najčešće potisnuta stanja agresije, ljubomore i drugih osjećaja izazvanih napose psihičkim traumama koje su se zbile tijekom razvoja pojedine osobe. Psihosomatski simptomi javljaju se pri tom kao način oslobađanja od emocionalne napetosti, a u nedostatku prikladnijeg simboličkog izražavanja (29). Neki psihoanalitičari smatraju da su psihosomatske bolesti općenito nadomjestak za agresivne i mnoge druge impulse (36). U najširoj definiciji agresije može se reći da je

agresija mentalni fenomen koji se ispoljava u međuljudskim odnosima kao odgovor na neodgovarajuća vanjska i unutarnja pretjerana ograničenja ili nedostatak nadzora u postizavanju zadovoljstva. Podrijetlo agresije prema znanju psihodinamike seže još u razvojno doba. Freud podrijetlo agresije vidi u problemima vezanim uz odvajanje djeteta od majke u prvoj godini života te u teškoćama djeteta da prihvati ranu socijalizaciju u vrijeme kada roditelji, napose majka, za njega odlučuju čega se mora odreći, a što mora prihvatiti (analna faza) (37).

U psihološkom razvoju djeteta, svi problemi, a s njima i želje, impulsi, pobude te fantazije, mogu biti grubo i prejako obuzdavani ili osujećeni (frustrirani). Ta frustracija može postati poticaj za agresiju i njezino vanjsko očitovanje u obliku mržnje, srdžbe, razočarenja, ljubomore, ogorčenja i dr. Dakle, izvori agresije su u frustraciji. Ipak, ostaje otvoreno pitanje, mogu li se sve agresivne tendencije svesti isključivo na model frustracija - agresija, jer izvori agresije mogu biti i u nagonima (37). Uobičajeno je da se agresija shvaća kao određeni oblik ponašanja, najčešće kao nasilno ili brutalno ponašanje. Međutim, proučavanje emocionalnih bolesti i bolje razumijevanje ranog razvoja ličnosti djeteta, pokazali su da se ne mogu samo prema vanjskom ponašanju stvarati zaključci o agresiji. Odnos jedne osobe prema drugoj može biti agresivan, a da se to ne očituje fizičkom silom odnosno putem psihomotorike, gesta ili mimike. Osoba može posjedovati agresiju u svojim odnosima prema okolini, u nesvjesnim željama, fantazijama i nagonima, a bez vidljivog vanjskog očitovanja agresije. Takva je agresija latentna i indirektna odnosno prenesena (37).

Rezultati malobrojnih istraživanja agresivnosti u bolesnika sa psorijazom podupiru teoriju potisnute agresije u razvoju bolesti (36,38). Razumijevajući ulogu kože u ispoljavanju agresivnih, erotskih i neprijateljskih impulsa, jasno je da ukoliko

je ugušena tendencija da se ona tako upotrebljava, psiha nalazi somatski izraz u bolestima kože. Prema Vogelu, psorijaza je simptom prikrivene ili potisnute agresije koja se kanalizira putem različitih struktura kože (39). Vrste agresivnosti odnosno načini ispoljavanja agresije razlikuju se u oboljelih od psorijaze u odnosu na zdrave osobe (40,41). Slično, u bolesnika s artritisom uslijed potiskivanja agresivnih impulsa može doći do povećane napetosti u mišićima i posljedično do oštećenja u zglobovima i okolnim strukturama (28,42).

### 1.3. Uloga stresa u nastanku psorijaze i psorijatičnog artritisa

#### 1.3.1. Koncept stresa

Postoji velik broj definicija stresa, no danas se stres najčešće definira kao tjelesna ili mentalna napetost izazvana čimbenicima koji mijenjaju postojeću ravnotežu (43). Organizam posjeduje mehanizme nadzora tjelesne ravnoteže čija je uloga odupiranje negativnim učincima vanjskih podražaja. U najširem smislu, stresni se podražaj može shvatiti kao bilo koji podražaj koji prekida uobičajenu aktivnost organizma odnosno kao bilo koji izazov ili prijetnja njegovim normalnim procesima. Povezanost stresa i nastanka bolesti proučavao je Cannon ispitivanjem specifičnih mehanizama koji dovode do odgovora na promjene u vanjskoj okolini i omogućuju najpovoljnije funkcioniranje organizma. Pokazao je da stimulacija autonomnog živčanog sustava, napose simpatičkog sustava, na stresne podražaje priprema organizam za „borbu ili bijeg“ (prema engl. fight-flight) koja mu omogućuje suočavanje pokretanjem mentalnih i tjelesnih mehanizama. Selye je u definiranju stresa uveo pojam općeg adaptacijskog sindroma koji se opisuje kroz tri faze: fazu

alarma ili uzbune, fazu otpora i fazu iscrpljenja. U fazi uzbune mobiliziraju se tjelesne snage te aktivira autonomni živčani sustav. Tijekom faze otpora, otpornost na stresni podražaj je relativno stalna i organizam se dostupnim mehanizmima prilagođava stresu. Ukoliko je izlaganje stresu i dalje nazočno, započinje treća faza, faza iscrpljenja u kojoj neuroendokrini sustav radi smanjenom sposobnošću, pa je organizam podložan razvoju bolesti, a u nekim slučajevima može doći i do smrtnog ishoda. Ukoliko organizam uspije smanjiti ili otkloniti stresni podražaj može se izbjeći faza iscrpljenja. Iako je odgovor na stres dio adaptivnog procesa u organizmu, Selye shvaća da dugotrajni i jaki stresori mogu uzrokovati oštećenja tkiva i bolest (43).

Kasnija istraživanja na području psihološkog stresa razjasnila su i unaprijedila dosadašnje postavke o stresu. Naime, u sveobuhvatnom definiranju stresa postoje tri različita pristupa: medicinsko-fiziološki pristup, pristup koji stres promatra kao obilježje podražaja u čovjekovoj okolini i psihološki pristup koji stres razmatra kao interakciju pojedinca i okoline (43). Lazarus vjeruje da stres ne možemo objektivno definirati te smatra da način na koji opažamo ili procjenjujemo okolinu određuje hoće li se stres pojaviti ili ne. Takvo shvaćanje omogućuje tumačenje individualnih razlika u načinu na koji različiti ljudi reagiraju na isti događaj (44). Većina psiholoških modela stresa su transakcijski modeli u kojima se naglašavaju individualne razlike u doživljavanju i odgovorima na stres te perceptivni i kognitivni procesi koji se nalaze u temelju tih razlika (43).

#### 1.3.1.1. Životni događaji i stresne situacije

Stresni životni događaji koji dovode do psihičkog stresa s mogućnošću razvoja bolesti mogu se podijeliti u nekoliko skupina: velike životne promjene, kronični stresni događaji, traumatski događaji i svakodnevne stresne situacije. Razlika u kategorizaciji stresnih događaja temelji se na vremenu trajanja i intenziteta stresnog događaja (43).

Velike životne promjene (rastava braka, gubitak bliske osobe ili posla, rođenje djeteta) uzrokuju različitu razinu stresa u različitim osoba te potrebu za prilagođavanjem. Kronični stresni događaji koji traju duže vrijeme ili se učestalo ponavljaju tijekom dužeg razdoblja (npr. obiteljski problemi, nezadovoljavajući posao, loše stanovanje) više su povezani s poremećajima u organizmu od kratkotrajnih velikih životnih promjena (43).

Životne traume (prirodne katastrofe, ratne traume, osobne traume) obilježene su visokim stupnjem prijetnje psihičkom i/ili tjelesnom integritetu. Stres ne mora uvijek biti neugodno iskustvo (npr. rođenje željenog djeteta), međutim i za pozitivna stresna iskustva potrebna je prilagodba. Holmes i Rahe načinili su ljestvicu procjene socijalne prilagodbe sastavljenu od niza životnih zbivanja koja se svakom mogu dogoditi, a bodovima se procjenjuje jačina djelovanja pojedinog zbivanja (44). Zbroj svih bodova daje rezultat i iskazuje količinu prilagodbenih napora koje je pojedinac morao uložiti u nekom prošlom razdoblju. Međutim, takva istraživanja ne uzimaju u obzir individualne razlike u odgovoru na stres, naime, različite osobe različito reagiraju na jednake stresne događaje (43).

### 1.3.1.2. Transakcijska teorija stresa i suočavanja

Unutar kognitivno-transakcijske teorije, stres se definira kao odnos između osobe i okoline u kojem osoba procjenjuje situaciju kao prezahtjevnu u usporedbi sa svojim resursima ili prijetecom za vlastitu dobrobit (43). Središnja sastavnica transakcijske teorije uz kognitivnu procjenu je suočavanje sa stresom. Transakcijski pristup suočavanju podrazumijeva da su ponašanja i mišljenja osobe u specifičnoj stresnoj transakciji i pod utjecajem procjene specifičnih zahtjeva pojedine stresne situacije i sposobnosti osobe da ih svlada (43). Lazarus i Folkman razlikuju dva temeljna oblika suočavanja: suočavanje usmjereno na problem i suočavanje usmjereno na emocije. Općenito, uloga suočavanja usmjerenog na problem je promjena stresne situacije, dok je uloga suočavanja usmjerenog na emocije smanjenje emocionalne napetosti (44). Naši su autori koristeći prilagođeni COPE upitnik Carvera, Scheiera i Weintrauba koji dozvoljava mjerenje dispozicijskog i situacijski specifičnog suočavanja, potvrdili na hrvatskom uzorku tri tipa strategija suočavanja, suočavanje usmjereno na problem, suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje (43,45). Bolesnici sa psorijazom češće koriste izbjegavanje kao način suočavanja, nisu skloni rješavati stresne situacije konfrontacijom, vjerojatno zbog straha od ispoljavanja agresivnih impulsa i drugih emocija (46). Međutim, oprečno tim rezultatima, neki autori su ustanovili da većina bolesnika sa psorijazom koristi planiranje, prihvaćanje i aktivne načine suočavanja u rješavanju stresnih situacija čime se češće koriste i zdrave osobe (47). Načini suočavanja sa stresom u bolesnika sa psorijazom povezani su i s kvalitetom njihova života. Tako su bolesnici koji se bolje suočavaju sa stresom manje anksiozni i depresivni te stoga zahtijevaju i manje terapijskih intervencija (48).



### 1.3.1.3. Mehanizmi obrane

Mehanizmi obrane (MO) su nesvjesni dio „ja“, a pokreću se u situacijama kada su nazočne neugodne emocije kako bi se iste ublažile i bile podnošljive za ego (49). Ana Freud opisala je većinu obrambenih mehanizama: potiskivanje, poricanje, projekcija, reaktivna formacija, histerija, opsesivno-kompulsivno ponašanje i sublimacija. MO su funkcije ega i da nema mogućnosti stvaranja obrana, ego bi često bio preplavljen strahom, krivnjom, sramom, nelagodnošću i drugim neugodnim doživljajima. Prema Vaillantu postoji pet osnovnih uloga obrambenih mehanizama u kriznim situacijama: 1) zadržati podnošljiv afekt za vrijeme iznenadnih životnih kriza; 2) zadržati emocionalnu ravnotežu kod iznenadnih promjena na biološkoj razini (pubertet); 3) prevladati velike promjene u slici sebstva (veliki operacijski zahvati); 4) izaći na kraj s nerazriješenim interpersonalnim konfliktima; 5) preživjeti velike moralne konflikte (50). Mehanizmi obrane mogu biti normalni i adaptivni te patološki. Iako su dinamični i stalno promjenjivi mogu se pretvoriti u rigidni, fiksirani sustav. Vaillant dijeli MO na četiri razine: projektivne ili narcističke (poricanje, projekcija, distorzija (izvrtanje); nezrele („acting out“, regresija, somatizacija, introjeksijska, pasivno-agresivno ponašanje, blokiranje, shizoidne fantazije); neurotske (disocijacija, premještanje, eksternalizacija, intelektualizacija, izolacija, racionalizacija, reaktivna formacija, inhibicija, represija) i zrele ili zdrave mehanizme obrane (altruizam, anticipacija, humor, asketizam, sublimacija, supresija) (50).

U svezi s traumom, obrambeni mehanizmi se aktiviraju kako bi osigurali prilagodbu na nepodnošljivu stvarnost (51). Skup MO povezan je sa specifičnom strukturom osobnosti koja se razvija u ranom djetinjstvu. Prema Kellermanu,

pojedinaac može koristiti bilo koju kombinaciju MO, no većinom su one karakteristične za svakog ponaosob. Iako su MO nesvjesni, prepoznaju se po specifičnom stilu života kojeg pojedinac može opisati (52).

Posljedica aktiviranja obrambenih mehanizama različita su stanja koja se očituju smetnjama u nadzoru afekta i kontroli impulsa, samodestruktivnom ponašanju, disocijativnim poremećajima, somatizacijama s pratećom aleksitimijom te promjenama karaktera. Neki kliničari mehanizme suočavanja i MO promatraju kao sveobuhvatan model, naime, oba mehanizma su u stalnoj interakciji odnosno to su različite razine istog procesa (50).

Izbor MO ovisi o stupnju anksioznosti. Ako anksioznost preplavi ego, ego se brani, a ukoliko je očuvano testiranje realiteta i postoji mogućnost za procjenu situacije, ego koristi mehanizme suočavanja sa stresom.

### 1.3.2. Fiziološka reakcija organizma na stres

Budući da je psihički stres, odnosno odgovor na stres, značajni okidač u nastanku i pogoršanju psorijaze, važno je poznavanje fizioloških mehanizama djelovanja stresa. Neuroendokrina podloga svih stresnih stanja je aktivacija autonomnog živčanog sustava i hipotalamičko-pituitarno-adrenalno-kortikalnog sustava koji su povezani sa emocijama. Aktivacija neuroendokrinog sustava tijekom stresa omogućuje održavanje stabilnosti organizma. Međutim, da bi došlo do aktivacije tih sustava mozak prvo prikuplja, a potom obrađuje ulazne senzorne informacije i emocije povezane s njima. Glavnu ulogu u tim procesima imaju limbički sustav i prefrontalni korteks (43). U akutnom stresu aktiviraju se stražnje jezgre hipotalamusa, simpatički sustav i srž nadbubrežne žlijezde koja izlučuje adrenalin,

noradrenalin i ostale kateholamine u krvni optok. Tijekom stresa simpatičko uzbuđenje dovodi do povišene razine glukoze u krvi, povišenja glicerola i masnih kiselina, broja srčanih otkucaja, krvnog tlaka, brzine disanja, dotoka zraka, dotoka krvi iz kože i probavnih organa u poprečno-prugaste mišiće te povišenog izlučivanja adrenalina iz srži nadbubrežne žlijezde (43).

U stresnoj situaciji hipotalamus otpušta kortikotropni otpuštajući faktor (CRF, od engl. corticotropin-releasing factor). CRF stimulira prednji režanj hipofize koja otpušta adrenokortikotropni hormon (ACTH) koji potiče koru nadbubrežne žlijezde na pojačano izlučivanje glukokortikoida od kojih je najvažniji kortizol. (43) Važnost kortizola je u mobilizaciji izvora energije i protuupalnom djelovanju. Tijekom stresa kortizol osigurava organizmu potrebnu količinu energije.

Iako nije u potpunosti rasvijetljeno kako povišena razina kortizola štiti organizam tijekom izloženosti stresu, u stanjima nedostatka kortizola posljedice stresnih događaja traume ili infekcije su hipotenzija, šok i smrt. Međutim, stresne razine kortizola dovode do oštećenja imunološke funkcije. Hipotalamičko-pituitarno-adrenalno-kortikalni sustav posjeduje i nadzorni sustav tzv. negativne povratne sveze što omogućava održavanje homeostaze organizma. Međutim, u stanjima dugotrajnog stresa izlučivanje obrambenih hormona je smanjeno, imuni sustav je suprimiran što može uzrokovati pojavu raznih bolesti.

### 1.3.2.1. Psihoneuroimunološki čimbenici stresa

Istraživanja na polju psihoneuroimunologije sve su detaljnija i opsežnija s ciljem što boljeg razumijevanja utjecaja stresa i emocija na zdravlje ili tijek bolesti. Naime, tijekom stresa središnji živčani sustav nadzire imuni odgovor putem neuralnih i hormonskih poruka. Novija istraživanja pokazuju da su imunološki i živčani sustav u neprestanoj interakciji te da je CNS u stanju nadzirati rad imunog sustava budući da inervira limfno tkivo i modulira učinke stresa na imuni sustav (18,21). Također je utvrđeno da živčani sustav izlučuje velik broj različitih citokina tako da i putem tih signalnih molekula, živčani sustav može izravno utjecati na imunološka zbivanja. S druge strane, uočeno je da između imunosustava i nadređenih nadzornih mehanizama postoji i povratna sprega, odnosno da signalne molekule imunosustava (citokini) utječu na autonomni živčani sustav i lučenje hormona, pa tako i na emocionalne i kognitivne funkcije (18,43). Stanice imunosustava imaju receptore za neurotransmitere (acetilkolin, adrenalin, noradrenalin, serotonin), neuropeptide (vazoaktivni intestinalni peptid, tvar P, endorfin) i hormone (kortikosteroide, prolaktin, hormon rasta, inzulin, spolne hormone). Na taj način signalne molekule živčanog i endokrinog sustava mogu utjecati na proliferaciju, diferencijaciju i funkciju stanica imunosustava (18). Jedan od razloga zbog kojeg je važna veza između neurotransmitera i imunosustava je činjenica da negativna emocionalna stanja (anksioznost i depresija) djeluju na aktivnost neurotransmitera (43). Tako, stresne situacije koje dovode do negativnog emocionalnog doživljaja mogu utjecati na funkcioniranje imunog sustava. Međutim, stres može i izravno djelovati na neuroendokrini i imuni sustav nezavisno od emocija. Reakcija neuroendokrinog i imunosnog sustava na stresne situacije je adaptivna jer omogućuje organizmu u

zahtjevnim situacijama prikladan odgovor (43).

Stres, osim što koči, također i potiče imunosne funkcije i to napose na početku djelovanja. Tako, akutni stres ima brz i reverzibilan učinak na recirkulaciju leukocita i njihovu raspodjelu između limfnih organa i perifernih tkiva bitnu za djelotvornost imunoreakcije. Na takav oblik recirkulacije utječu kateholamini i glukokortikoidi. Akutni stres izaziva prolazan porast broja limfocita u perifernoj krvi, prije svega prirodnoubilačkih stanica (NK, od engl. natural killer cells) i podiže razinu ukupnih imunoglobulina i protutijela protiv latentnih virusa. Ako je čovjek ozlijeđen, aktivirani imunosni sustav može spriječiti infekciju i pomoći ozdravljenju. Supresija se javlja naknadno, kada stresna situacija prođe ili u situacijama dugotrajnog kroničnog stresa. Kronični stres zatamljuje staničnu imunost, što se *in vitro* očituje smanjenjem NK-aktivnosti, fagocitnih funkcija i limfocitne proliferacije na mitogene, a *in vivo* slabljenjem tuberkulinske reakcije u koži, aktivacijom latentnih virusnih infekcija i slabijom proizvodnjom protutijela. Broj pomoćničkih i citotoksičnih T-limfocita obično je povišen (18).

#### 1.3.2.2. Uloga psihičkog stresa u psorijazi i psorijatičnom artritisu

Brojna istraživanja ukazala su na značajnu ulogu psihičkog stresa kao okidača za razvoj psorijaze, ali i značajnog čimbenika pogoršanja tijekom bolesti (53,54,55,56). Također, brojni autori ističu značaj psihičkog stresa kao važnog čimbenika u razvoju psorijatičnog artritisa (13,57,58). Ispravno poimanje uloge stresa za pojavu i pogoršanje psorijaze podrazumijeva da osoba u odrasloj dobi, u stanjima stresa, a zbog ranih iskustava emocionalne depriviranosti i traume, regredira na ranu oralnu fazu praćenu razvojem tjelesnih odnosno kožnih simptoma. Kožni simptomi

mogu biti povezani s agresijom, nadzorom impulsa, anksioznošću, lošim doživljajem sebstva te konačno s imunološkim mehanizmima ili posrednicima upale u koži (24).

Psihički stres uzrokuje proliferativni i upalni proces u psorijazi i psorijatičnom artritisu putem oslobađanja različitih neuropeptida iz nemijeliziranih senzornih nervnih vlakana u koži i zglobovima (58,59). Imunohistokemijske studije ukazuju na povećanu nazočnost supstance P, peptida vezanog za gen kalcitonina, vazoaktivnog intestinalnog peptida i nervnog čimbenika rasta u psorijatičnoj koži i sinovijalnoj tekućini u psorijatičnom artritisu (58,59). Periferno oslobođeni neuropeptidi potiču proliferaciju T limfocita, oslobađanje interleukina, degranulaciju mastocita i makrofaga, kemotaksiju neutrofila i vazodilataciju te konačno uzrokuju proliferaciju keratinocita u koži bolesnika (59). Navedeni neuropeptidi također su odgovorni za aktivaciju endotelnih stanica i poremećenu angiogenezu u psorijazi i psorijatičnom artritisu. Nedavna klinička istraživanja Richarda i suradnika pokazala su da je u bolesnika sa psorijazom promijenjen fiziološki odgovor na stres koji se odvija putem osovine hipotalamus-hipofiza-žljezde s unutrašnjim lučenjem (60). Naime, psihološki stres uzrokuje smanjenje koncentracije kortizola u krvi bolesnika sa psorijazom što za posljedicu ima poremećaj u imunološkom odgovoru (60). Snižena koncentracija kortizola uzrok je pojačanom lučenju proinflamatornih citokina poput interleukina-6 za koji je poznato da ima ključnu ulogu u nastanku psorijatičnog žarišta (60). Stoga se psorijaza danas opravdano svrstava u psihosomatske ili psihofiziološke poremećaje, a ukoliko su zahvaćeni i zglobovi, riječ je o težem kliničkom obliku bolesti.

Vrijeme inkubacije, odnosno, vrijeme od djelovanja stresa do pojave ili pogoršanja psorijaze traje od 2 dana do 4 tjedna, iako su neki autori mišljenja da je taj period i znatno dulji (61). Proučavajući skupinu od 5600 bolesnika sa psorijazom, Farber i Neill su otkrili da je u 33% bolesnika pojava novih psorijatičnih promjena povezana sa stresom (62). Zachariae R. i sur. su također ukazali da su stresni čimbenici u 35 % bolesnika odgovorni za pojavu psorijaze, a čak u 66-71% bolesnika za pogoršanje bolesti (63). Brojne druge studije su i na manjim skupinama bolesnika pokazale da stresni čimbenici u više od 60% slučajeva utječu na pojavu psorijaze, te da imaju veliki utjecaj na tijek bolesti i ishod liječenja (64,65,66). Oprečno tim rezultatima, neki autori nisu pronašli da stresni životni događaji utječu na pojavu ili pogoršanje psorijaze, ali su u bolesnika sa psorijazom uočili izražena aleksitimična obilježja u odnosu na kontrolnu skupinu (67,68). Iako aleksitimija ima važnu ulogu u razvoju psihosomatskih bolesti te se javlja u oko 33% bolesnika sa psorijazom, veza aleksitimije s pojavom psorijaze nije do kraja razjašnjena (34).

Uloga stresa može biti značajnija za pojavu određenih kliničkih oblika psorijaze. Prema istraživanjima nekih autora, stresni događaji mogu predstavljati rizični čimbenik za pojavu kronične stacionarne pločaste psorijaze (69). Istraživanja pokazuju da su u bolesnika sa psorijazom, stresu podložnije žene i to vjerojatno zbog estetski neprihvatljive slike o tijelu uz nedostatak samopouzdanja (47). U psorijatičnih bolesnika kvaliteta života je u slaboj korelaciji sa težinom kliničke slike (70,71). Na kvalitetu života oboljelih značajno utječe osjećaj stigmatiziranosti te načini suočavanja sa psorijazom (72,73). Osjećaj stigmatiziranosti koji u sebi sadržava anticipaciju odbacivanja i osjećaje manje vrijednosti, krivnju i sram, negativne stavove o sebi i preosjetljivost na stavove drugih, izvor je kroničnog stresa koji podržava bolest (73). Istraživanja pokazuju da psorijaza i psorijatični artritis kao

dugotrajne i iscrpljujuće bolesti imaju veliki utjecaj na kvalitetu života ne samo bolesnika nego i njihovih obitelji (74,75). Bolesnik sa psorijazom mnogo vremena provodi u liječenju svoje bolesti, ponekad ne želi izlaziti iz kuće ili izbjegava javna mjesta poput bazena, plaže ili sportske dvorane, a što sve utječe na način na koji obitelj bolesne osobe provodi svoje slobodno vrijeme. U psorijatičnom artritisu, bol i otok zglobova ograničavaju pokretljivost i ostale aktivnosti bolesnika. Život s kroničnom boli koja se teško kontrolira uzrok je depresije, nemoći, razdražljivosti i lošeg spavanja (74). Bol može prevladati životom i potpuno zaokupiti misli bolesnika. Bolesnik može osjećati ljutnju, krivnju, strah i anksioznost. Bol uzrokuje smanjenje fizičke aktivnosti, uključujući seksualne odnose, izbjegavanje socijalnih interakcija te odgovornosti na poslu i u obitelji (74).

Istraživanjem obilježja ličnosti u bolesnika sa psorijazom, utvrđeno je da ne postoji specifičan profil osobnosti u tih bolesnika. Međutim, većina bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom su depresivne, anksiozne te emotivno i socijalno ovisne osobe sklone potiskivanju agresije (76,77). Psorijatični bolesnici često navode seksualne smetnje, a u njih se češće javljaju i ostali psihički poremećaji poput alkoholizma, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja te scizofrenije (76,78). Također, ozbiljan problem u bolesnika sa psorijazom su suicidalne ideje koje se u njih javljaju u većem postotku nego u bolesnika s drugim kroničnim bolestima (79,80). Iako poboljšanje ili izlječenje kožnih promjena može utjecati na smanjenje psihičkih tegoba psorijatičara većina bolesnika i dalje psihički pati (81). Bolesnici sa psorijazom često, osim artritisa, imaju i druge kronične bolesti poput dijabetesa, arterijske hipertenzije i Chronove bolesti što dodatno utječe na kvalitetu njihova života (82,83).



### 1.3.3. Liječenje psorijaze i psorijatičnog artritisa

Liječenje psorijaze i psorijatičnog artritisa dugotrajan je i zahtjevan proces s terapijskim ciljem izliječenja osobe, a ne samo bolesti. Ono je individualno te ovisi o godinama, spolu, zanimanju, intelektualnim sposobnostima bolesnika, tipu bolesti, zahvaćenosti kože i zglobova, trajanju i povijesti bolesti (5). Vrlo važan čimbenik u odabiru najprikladnijeg načina liječenja je poznavanje i razumijevanje psihosomatskog podrijetla ovih bolesti (84). Budući da su psorijaza i psorijatični artritis psihosomatske bolesti, u terapijskom je pristupu nužan interdisciplinarni i timski rad (26). Interdisciplinarni pristup u liječenju tih bolesti podrazumijeva ravnopravnu suradnju dermatologa, reumatologa, liason ili suradnog psihijatra, kliničkog psihologa i psihoterapeuta. Razvoj „liaison“ psihijatrije omogućava obrazovanje i suradnju svih članova tima (78). Iako je u fazi jakog pogoršanja psorijaze i psorijatičnog artritisa prvenstveno potrebna primjena uobičajenih ili standardnih metoda liječenja, psihijatrijske intervencije nužne su za dugoročni uspjeh u liječenju ovih bolesti.

Psihijatrijske intervencije obuhvaćaju psihofarmakoterapiju i psihoterapiju. Psihoterapija je psihološka metoda liječenja koja se temelji na odnosu terapeuta i bolesnika (85). To je terapijska metoda koja ima mnoga usmjerenja, a zahtijeva obrazovanog terapeuta. Psihoterapija se najčešće provodi u neurotskih poremećaja, ali ukoliko se izmjene ciljevi, može se kao suportivna i preventivna metoda koristiti u liječenju psihosomatskih poremećaja (85). Uključivanje psihoterapeuta od samog početka liječenja utječe na cijeli proces liječenja. Od psihoterapijskih metoda danas se u liječenju psorijaze primjenjuju različite analitičke i neanalitičke psihoterapijske tehnike. Analitičke (psihodinamske) tehnike, koje mogu

biti individualne ili grupne, rjeđe se upotrebljavaju u liječenju psorijaze, pogotovo psihoanaliza jer je riječ o dugotrajnim i zahtjevnim metodama s visokim ciljevima (84). Najviši cilj psihoanalize je preoblikovanje ličnosti koji zahtijeva veliki emocionalni napor bolesnika i terapeuta. Prema podacima iz literature u liječenju psorijaze češće se primjenjuju druge psihoterapijske tehnike poput autogenog treninga, hipnoze i suportivne terapije (84,86). Danas postoji veliki broj površinskih psihoterapijskih tehnika čiji je cilj razrješenje jednog problema bez zahvaćanja dubljih slojeva unutar osobnosti. Tako se u liječenju psorijaze primjenjuje kognitivno bihevioralna terapija koja u kombinaciji sa standardnom terapijom dovodi do značajnog smanjenja anksioznosti i depresije te kliničkog poboljšanja psorijaze (87). Kognitivno-bihevioralna terapija pomaže bolesniku da promjenom mišljenja i ponašanja razvije adaptabilniji način odgovora na bol što je izuzetno značajno u bolesnika sa psorijatičnim artritismom. Psihofarmaci iz skupine anksiolitika i depresiva često se upotrebljavaju u liječenju psorijaze i psorijatičnog artritisa zbog česte nazočnosti depresije i anksioznosti u tih bolesnika (88). Dakle, samo kombinirana terapija, individualno prilagođena i psihoterapijski pristup uz razumijevanje emocionalnog govora kože, daje nadu za dugotrajniji uspjeh u liječenju psorijaze.

## 2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

S obzirom na dosadašnje spoznaje i klinička zapažanja, uočeno je da su rana emocionalna iskustva u oboljelih od psorijaze i psorijatičnog artritisa često traumatična te da u odrasloj životnoj dobi mogu biti povezana s nezreljim mehanizmima obrane, slabijom prilagodbom na stresore i poremećajem u ispoljavanju agresije. Stoga se ovo istraživanje provodi s ciljem boljeg razumijevanja utjecaja psihičkih čimbenika na pojavu psorijaze i psorijatičnog artritisa.

Ciljevi ovog istraživanja su slijedeći:

1. Istražiti pozitivna i negativna životna iskustva u dječjoj i odrasloj dobi u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom u usporedbi s kontrolnom skupinom bolesnika
2. Ispitati razlike u obilježjima stresora koji prethode pojavi ili pogoršanju psorijaze i psorijatičnog artritisa u odnosu na obilježja stresora u kontrolnoj skupini
  - a) određivanjem postoji li povezanost između životnih stresora i pojave psorijaze odnosno psorijatičnog artritisa
  - b) ispitivanjem razlika u prethodnom stresogenom iskustvu između bolesnika sa psorijazom tipa I i II
3. Istražiti obrambene mehanizme u oboljelih od psorijaze i psorijatičnog artritisa u odnosu na kontrolnu skupinu
  - a) ispitivanjem povezanosti ranih životnih iskustava i različitih stilova života (mehanizma obrane)
  - b) ispitivanjem povezanosti različitih stilova života (mehanizma obrane) s oblicima agresivnosti

c) utvrđivanjem povezanosti mehanizama obrane s pojavom psorijaze odnosno psorijatičnog artritisa.

4. Ispitati obilježja agresivnosti u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom u odnosu na skupinu kontrolnih ispitanika

5. Istražiti povezanost između težine kliničke slike oboljelih od psorijaze i ispitivanih psihologijskih parametara (životnih iskustava, mehanizama obrane, agresivnosti i stresora).

### 3. ISPITANICI I POSTUPCI

#### 3.1. Ispitanici

Istraživanje utjecaja psihičkih čimbenika na pojavu psorijaze i psorijatičnog artritisa obuhvatilo je 100 bolesnika s vulgarnom psorijazom (P), srednje životne dobi 44.79 g. i 45 bolesnika sa psorijatičnim artritisom (PsA) srednje životne dobi 50.60 g. liječenih ambulantno i/ili stacionarno na Klinici za dermatovenerologiju Kliničkog bolničkog centra Rijeka od 2007-2009. godine. Među bolesnicima je bilo 37 žena i 63 muškaraca sa psorijazom te 25 žena i 20 muškaraca oboljelih od psorijatičnog artritisa. Istraživana skupina bolesnika odabrana je iz skupine bolesnika koji su dolazili na kontrolne preglede u ambulantu za psorijazu i fototerapiju te hospitaliziranih bolesnika tijekom bolničkog liječenja. Sve podatke je prikupljao doktorant, specijalist dermatovenerolog kojeg je prethodno klinički psiholog upoznao s primjenom predviđenih instrumenata. Bolesnici sa psihozom, teškim organskim oštećenjem, demencijom, poremećajima ličnosti, mentalno zaostali te bolesnici s teškim tjelesnim bolestima ili drugim stanjima koja bi mogla utjecati na sposobnost sudjelovanja u ispitivanju nisu bili uključeni u navedeno istraživanje. Ukupno je bilo pregledano 165 bolesnika u kojih je postavljena dijagnoza psorijaze. Njih 47 imalo je osim psorijaze i psorijatični artritis. Iz istraživanja je bilo isključeno 5 bolesnika zbog nazočnosti psihotičnih poremećaja, devetoro bolesnika je odbilo sudjelovati u istraživanju, šestoro bolesnika je tijekom istraživanja odustalo od daljnjeg ispitivanja. Tako je 145 bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom uključeno u istraživanje. Svi bolesnici su upoznati sa ciljem i protokolom istraživanja te

činjenicom da mogu u svakom trenutku odustati od istraživanja. Kontrolni ispitanici odabrani su iz skupine 128 dermatoloških bolesnika liječenih na Klinici za dermatovenerologiju zbog dermatoza koje nemaju nikakav utjecaj na tjelesno ili duševno zdravlje kao npr. uklanjanje bradavica, fibroma, pregled madeža, ubodi insekata i sl. Isključni kriteriji za kontrolnu skupinu bili su jednaki kriterijima ispitivane skupine bolesnika. Svi kontrolni ispitanici su upoznati sa istraživanjem te je njih 110 pristalo sudjelovati u studiji. Devetero kontrolnih ispitanika je tijekom istraživanja odustalo od daljnjeg istraživanja te je u konačnici kontrolnu skupinu sačinjavao 101 ispitanik. Tijekom ovog istraživanja poštivali su se temeljni etički i bioetički principi kao što su osobni integritet, pravednost, neškodljivost u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije. Prije samog istraživanja koje je odobreno od strane etičke komisije KBC Rijeka i Medicinskog fakulteta, Sveučilišta u Rijeci ispitanici su dobili usmeno objašnjenje o ciljevima istraživanja te su svoj dobrovoljni pristanak za sudjelovanje u istraživanju potvrdili potpisivanjem informirane suglasnosti.

U svih bolesnika sa psorijazom učinjen je klinički pregled te procjena težine kliničke slike (PASI ljestvica), a u nekih bolesnika dijagnoza je potvrđena i histološkom pretragom bioptata promjenjene kože. Na temelju anamnestičkih podataka o dobi početka bolesti bolesnici su podijeljeni u dvije skupine, psorijaza tipa I i tipa II. U prvu skupinu (tip I) svrstani su bolesnici u kojih je psorijaza počela u ranijoj životnoj dobi (prije 40. g.). U drugu skupinu (tip II) svrstani su bolesnici u kojih je psorijaza nastupila u kasnijoj životnoj dobi (poslije 40. g.) (89). U bolesnika sa psorijazom stupanj zahvaćenosti kože određen je prema kliničkoj slici i ljestvici pokazatelja težine bolesti (od engl. psoriasis area and severity index scale-PASI scale) (90). U određivanju PASI – indeksa razmatrana je proširenost bolesti na četiri glavna

dijela tijela: glavu (gl), trup (t), gornje ekstremitete (go) i donje ekstremitete (do).

Postotak zahvaćenosti ove četiri regije ( $A_{gl}$ ,  $A_t$ ,  $A_{go}$ ,  $A_{do}$ ) prikazan je brojevima od nule do šest: 0 - bez zahvaćenosti, 1- manje od 10% zahvaćenosti, 2 - 10-30 %, 3 - 30-50%, 4 - 50-70% zahvaćenosti kože, 5 - 70-90% zahvaćenosti kože, 6 - 90-100% zahvaćenosti kože. Izraženost psorijatičnih lezija je procjenjivana trima simptomima: eritemom (E), infiltratom (I) i ljuštenjem (D) prema ljestvici od 0-4, gdje 0 znači potpuni nedostatak, a 4 najteže moguće ispoljavanje kožnih promjena. PASI indeks je izračunavan prema formuli:  $PASI = 0,1 (E_{gl}+I_{gl}+D_{gl}) A_{gl} + 0,3 (E_t+I_t+D_t) A_t + 0,2 (E_{go}+I_{go}+D_{go}) A_{go} + 0,4 (E_d+I_d+D_o) A_d$ . Specijalist fizijatar ili reumatolog postavio je dijagnozu psorijatičnog artritisa (PsA) u bolesnika u kojih već ranije nije postavljena dijagnoza PsA. Nakon učinjenog kliničkog pregleda i postavljene dijagnoze svi ispitanici su popunili predviđene upitnike.

### 3.2. Postupci

Svi ispitanici uključeni u navedeno istraživanje ispunili su upitnik sa sociodemografskim podacima, potom, predviđene psihologijske upitnike putem kojih su procjenjivali svoja traumatska životna iskustva, stresne situacije i uznemirenost prije početka bolesti, stilove života i agresivnost u različitim situacijama.

#### 3.2.1. Sociodemografske karakteristike

Upitnik s općim podacima o bolesniku (dob, spol, školska sprema, status zaposlenika, bračno stanje) i njegovoj bolesti (početak bolesti, trajanje bolesti, obiteljska anamneza, učestalost pogoršanja i hospitalizacija, načini liječenja i sl.).

### 3.2.2. Trauma antecedentni upitnik

Trauma antecedentni upitnik (od engl. The Traumatic Antecedents Questionnaire, TAQ-S) izrađen je u trauma centru u Brooklyn, Massachusettsu, prilagođen za upotrebu na hrvatskom jeziku 1997. g. te je namjenjen ispitivanju rane i životne traumatizacije pojedine osobe (91). Upitnik se sastoji od 43 pitanja putem kojih ispitanici procjenjuju pozitivna i negativna životna iskustva tijekom odrastanja: kao malo dijete (0 do 6 godina), kao dijete školske dobi (od 7-12 godina), kao adolescent (od 13 do 18 godina) te kao odrasla osoba (<19). Procjenjuju se pozitivna (kompetencija i sigurnost) i negativna (zanemarivanje, separacija, obiteljske tajne, emocionalno zlostavljanje, fizička trauma, seksualna trauma, svjedočenje traumi, druge traume, izloženost drogi i alkoholu) životna iskustva. Ispitanici procjenjuju stupanj koji opisuje učestalost ili intenzitet traumatskih iskustava za svaki razvojni period zasebno na skali od 0 (nikad ili skoro nikad), 1 (malo ili vrlo rijetko), 2 (umjereno ili ponekad), 3 (često ili jako mnogo) do 4 (ne znam). Izračunava se srednja vrijednost zasebno za svaki razvojni period, zasebno za pozitivna i negativna iskustva te ukupni rezultat traumatizacije.

### 3.2.3. Ljestvica životnih događaja

Pokušavajući izmjeriti intenzitet doživljenoga stresa izazvan različitim životnim promjenama, Thomas Holmes i Richard Rahe su 1967 g. sačinili standardiziranu listu stresnih događaja odnosno Ljestvicu procjene socijalne prilagodbe (od engl. Social Readjustment Rating Scale, SRRS) (92). Skala se sastoji se od 43 životna zbivanja koja se svakom mogu dogoditi, a zadatak je ispitanika zaokružiti ona životna zbivanja



koja su mu se dogodila u nekom proteklom razdoblju. Ispitanici označavaju koje su stresne situacije proživjeli posljednjih 6 mjeseci života te događaje koji su se zbili šest mjeseci prije pojave psorijaze, odnosno prije pojave artritisa, pri čemu svaka situacija ima određeni standardizirani broj jedinica promjena. Naime, zadan je raspon bodova od 1-100 koji služi za procjenu jačine djelovanja pojedinog zbivanja. Zbrajanjem bodova pojedinih životnih zbivanja dobije se ukupni rezultat. Autori su pretpostavili da ljudi s višim stupnjem jedinica procjenjenih promjena imaju povišen rizik za razvoj bolesti. Za potrebe ovog istraživanja ispitanicima je ponuđena i skala intenziteta od 0-5 (od „uopće nije stresno“ do „jako stresno“) kako bi procjenili stupanj stresnosti pojedinog životnog zbivanja.

#### 3.2.4. Upitnik životnog stila i obrambeni mehanizmi

Autor upitnika životnog stila (ŽS) (od engl. The Life Style Index) je Henry Kellerman. U ovom istraživanju primjenjen je adaptirani upitnik (52). Upitnik se sastoji od 92 tvrdnje putem kojih se procjenjuju obrambeni mehanizmi ispitanika. Temelji se na oblicima ponašanja karakterističnim za određene obrambene mehanizme koji se izražavaju stilom života pojedinca. Tvrdnje upitnika ŽS po sadržaju su podjeljene na osam dimenzija obrambenih mehanizama:

Reaktivna formacija (REA)	- 10 tvrdnji
Negacija (NEG)	- 11 tvrdnji
Regresija (REG)	- 17 tvrdnji
Represija (REP)	- 10 tvrdnji
Kompenzacija (KOM)	- 10 tvrdnji

Projekcija (PRO)	- 12 tvrdnji
Intelektualizacija (INT)	- 12 tvrdnji
Premještanje (PRE)	- 10 tvrdnji

Na tvrdnje ispitanici odgovaraju s DA ili NE. Upitnik se interpretira s obzirom na ukupnu obrambenu aktivnost ispitanika tj. ukupan broj pozitivnih odgovora ili s obzirom na pojedine mehanizme obrane (prikazuju se brojčano i u postotcima). Ovim drugim načinom utvrđuju se dominantna obrambena obilježja i na taj način daje uvid u razvojnu problematiku emocionalnih konflikata, a ujedno je i pomoćno sredstvo pri dijagnostici dominantnih dispozicija osobnosti. Visoka obrambena aktivnost (> 60%) povezuje se s većim stupnjem anksioznosti i niskim samopoštovanjem. Niska obrambena aktivnost (< 20%) uz druge dijagnostičke pokazatelje ukazuje na različite poremećaje osobnosti.

### 3.2.5. Upitnik za mjerenje agresivnosti

Upitnik za mjerenje agresivnosti (AG-87) autora M. Žužula namjenjen je procjenjivanju agresivnog ponašanja u provocirajućim situacijama odnosno mjerenju impulsivne agresivnosti (93). Upitnik se sastoji od 15 čestica situacija s kakvima se tijekom života pojedinci susreću. U svakoj situaciji (čestici) predviđeno je pet mogućih reakcija. Ispitanici na svako pitanje odgovaraju zaokruživanjem jednog od brojeva na skali Likertovog tipa od 1 (baš se nikad tako ne ponašam), 2 (rijetko se tako ponašam), 3 (ponekad se tako ponašam), 4 (često se tako ponašam), do 5 (vrlo često se tako ponašam). U skladu s teorijskim postavkama na kojima se upitnik temelji, kao moguće reakcije ponuđeno je pet najčešćih oblika (modaliteta)

agresivnog reagiranja: a) verbalna manifestna agresija, b) fizička manifestna agresija, c) neizravna (prenesena) agresija, d) verbalna latentna agresija te e) fizička latentna agresija. Upitnik je normiran, a ocjenjivanje odgovora je objektivno.

### 3.3. Statistička obrada podataka

Za sve korištene upitnike najprije je izračunata pouzdanost tipa unutarnje konzistencije izražena Cronbachovim alpha koeficijentom. Nakon toga je za sve mjere prikazana distribucija rezultata te su izračunati osnovni deskriptivni statistički parametri (aritmetička sredina, standardna devijacija ili analogni neparametrijski pokazatelji). Na temelju deskriptivnih statističkih pokazatelja te na temelju testiranja normalnosti dobivenih distribucija utvrđeno je hoće li daljnja statistička obrada biti parametrijska ili neparametrijska. Za testiranje odstupanja dobivenih distribucija rezultata od normalnih distribucija korišten je Kolmogorov-Smirnov ili hi-kvadrat test.

Razlike među grupama i interakcijski učinci pojedinih nezavisnih varijabli na zavisne varijable ispitani su pomoću t-testa odnosno pomoću analize varijance. U slučaju neparametrijske obrade podataka korišten je Medijan test ili Kruskal-Wallisov test za nezavisne uzorke, odnosno Wilcoxonov test ili Friedmanov test za zavisne uzorke. Za izračunavanje značajnosti razlika na podacima izraženima na nominalnoj ljestvici korišten je hi-kvadrat test. Za utvrđivanje povezanosti između korištenih mjera učinjen je Pearsonov koeficijent korelacije ili koeficijent rang-korelacije, a za podatke izražene na nominalnoj razini fi-koeficijent i koeficijent kontingencije. Nivo statističke značajnosti izračunat je na razini: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$  i \*\*\*  $p < 0.001$ .

U skladu s problemima ovog istraživanja korišteni su prikladni multivarijantni

statistički postupci kao što su npr. multivarijatna analiza varijance za izračunavanje razlika između ispitivanih grupa ispitanika, zatim regresijska analiza za ispitivanje predviđanja rezultata na zavisnim varijablama na osnovi skupa nezavisnih te faktorska analiza za utvrđivanje osnovnih strukturalnih obilježja primjenjenih mjernih instrumenata. Sve statističke obrade izvršene su pomoću statističkog paketa SPSS 14.0 for Windows.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Sociodemografska obilježja ispitanika

Rezultati raspodjele bolesnika i ispitanika kontrolne skupine prema dobi, spolu, stručnoj spremi, bračnom statusu i zaposlenosti prikazani su u tablici 1. Ispitivanje je provedeno u 100 bolesnika sa psorijazom, 45 bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom te 101 ispitanika kontrolne skupine.

Tablica 1. Sociodemografska obilježja bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Sociodemografska obilježja		Psorijaza		Psorijatični artritis		Kontrola		P
		M	SD	M	SD	M	SD	
Dob		44.79 ± 13.61*		50.60 ± 13.37***#		40.01 ± 12.32		p < 0.001
		%		%		%		
Spol	Muškarci	63.0		44.4		58.4		NS
	Žene	37.0		55.6		41.5		
Školska sprema	Bez OŠ	2.0		0.0		0.0		p < 0.001
	OŠ	7.1		16.3		3.0		
	SSS	64.3		72.1		24.8		
	VŠS	15.3		2.3		11.9		
	VSS	11.2		9.3		60.4		
Bračno stanje	Oženjen/Udata	59.8		72.1		53.0		NS
	Neož./Neudata	29.9		11.6		37.0		
	Udovac/Udovica	6.2		7.0		3.0		
	Razveden/Razvedena	4.1		9.3		7.0		
Status zaposlenika	Zaposlen	59.8		37.2		83.2		p < 0.001
	Nezaposlen	10.3		14.0		5.0		
	Starosna mirovina	15.5		23.3		4.0		
	Invalidna mirovina	7.2		23.3		3.0		
	Bolovanje	2.1		2.3		0.0		
	Učenik/Student	5.2		0.0		5.0		

N - broj bolesnika, M-aritmetička sredina; SD- standardna devijacija;  
\*p<0.05; \*\*\*p<0.001 vs kontrola , # p<0.05 vs psorijaza

Između triju skupina ispitanika nema značajne razlike obzirom na spol i bračno stanje, ali postoji statistički značajna razlika obzirom na dob ( $p < 0.001$ ), stručnu spremu ( $p < 0.001$ ) i status zaposlenosti ( $p < 0.001$ ). Skupina bolesnika sa psorijatičnim artritisom je statistički značajno starija i od skupine bolesnika sa psorijazom ( $p = 0.014$ ) i od kontrolne skupine ( $p = 0.0001$ ). Također, bolesnici sa psorijazom su statistički značajno stariji od ispitanika kontrolne skupine ( $p = 0.010$ ). Nadalje, bolesnici sa psorijazom češće imaju srednju i višu stručnu spremu, oni sa psorijatičnim artritisom većinom imaju završenu osnovnu školu i srednju stručnu spremu, dok su ispitanici kontrolne skupine češće s visokom stručnom spremom. Bolesnici sa psorijazom češće su u starosnoj mirovini, oni sa psorijatičnim artritisom češće su u starosnoj i invalidskoj mirovini, a ispitanici kontrolne skupine većinom su zaposleni.

#### 4.2. Životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Istraživanje pozitivnih i negativnih životnih iskustava u djetinjstvu i odrasloj dobi provedeno je u 100 bolesnika sa psorijazom, 45 bolesnika sa psorijatičnim artritisom te 101 ispitanika kontrolne skupine. Svi ispitanici su putem trauma antecedentnog upitnika (TAQ-S) procjenjivali pozitivna i negativna životna iskustva tijekom odrastanja u slijedećim životnim razdobljima: kao malo dijete (0-6 godina), kao dijete školske dobi (7-12 godina), kao adolescent (13-18 godina) te kao odrasla osoba (<19).

#### 4.2.1. Ukupna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati ukupnih pozitivnih iskustava tijekom ispitivanih životnih razdoblja u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom u usporedbi s kontrolnom skupinom prikazani su u tablici 2. Uočena je statistički značajna razlika u ukupnim pozitivnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom, psorijatičnim artritisom i kontrolne skupine u školskoj ( $p=0.01$ ) i adolescentnoj dobi ( $p=0.01$ ), dok u najranijem djetinjstvu i odrasloj dobi nema statistički značajnih razlika između ispitivanih skupina. U školskoj je dobi u bolesnika sa psorijazom ( $p=0.050$ ) i onih sa psorijatičnim artritisom ( $p=0.005$ ) uočeno statistički značajno manje ukupnih pozitivnih iskustava u usporedbi s kontrolnom skupinom. U adolescenciji, bolesnici sa psorijazom ( $p=0.003$ ) pokazuju statistički značajno manje ukupnih pozitivnih iskustava u odnosu na kontrolnu skupinu, ali ne i u usporedbi s bolesnicima sa psorijatičnim artritisom.

Tablica 2. Ukupna pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom

Ukupna pozitivna iskustva	Psorijaza		Psorijatični artritisi		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i>	4.71	0.73	4.72	0.71	4.86	0.79	NS
<i>7-12 godina</i>	4.86	0.66*	4.69	0.76*	5.06	0.68	0.01
<i>13-18 godina.</i>	4.94	0.68**	5.02	0.61	5.23	0.65	0.01
<i>≥19 godina</i>	4.93	0.75	4.97	0.72	5.12	0.68	NS

M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  vs kontrola

Rezultati ukupnih negativnih iskustava u ispitivanim dobnim skupinama u bolesnika sa psorijazom, psorijatičnim artritismom te kontrolnoj skupini prikazani su u tablici 3. Statistički značajna razlika u ukupnim negativnim iskustvima između ispitivanih skupina uočena je u školskoj dobi ( $p=0.01$ ), adolescenciji ( $p=0.02$ ) te u odrasloj dobi ( $p=0.01$ ). U školskoj dobi bolesnici sa psorijazom ( $p=0.007$ ) i oni sa psorijatičnim artritismom ( $p=0.032$ ) pokazuju statistički značajno više ukupnih negativnih iskustava u odnosu na kontrolnu skupinu. Također i tijekom adolescencije bolesnici sa psorijazom ( $p=0.0013$ ) i psorijatičnim artritismom ( $p=0.050$ ) imaju statistički značajno više ukupnih negativnih iskustava od kontrole, ali se međusobno statistički značajno ne razlikuju. U odrasloj dobi, bolesnici sa psorijazom ( $p=0.002$ ) pokazuju značajno više ukupnih negativnih iskustava u odnosu na kontrolnu skupinu, ali ne i u usporedbi sa psorijatičnim artritismom.



Tablica 3. Ukupna negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Ukupna negativna iskustva	Psorijaza		Psorijatični artritis		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i>	9.98	1.55	9.89	1.09	9.43	1.26	NS
<i>7-12 godina</i>	10.18	1.57**	10.25	1.72*	9.55	1.12	0.01
<i>13-18 godina</i>	10.46	1.60*	10.48	2.03*	9.81	1.46	0.02
<i>≥19 godina</i>	10.99	1.67**	10.69	1.50	10.16	1.72	0.01

M – aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  vs kontrola

#### 4.2.2. Cjeloživotna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati cjeloživotnih pozitivnih i negativnih iskustava u ispitivanim skupinama prikazani su u tablici 4. Uočena je statistički značajna razlika između skupina u cjeloživotnom pozitivnom iskustvu sigurnosti ( $p=0.03$ ). Naime, bolesnici sa psorijazom ( $p=0.015$ ) pokazuju značajno niže vrijednosti u sigurnosti od kontrolne skupine, međutim, nema statistički značajne razlike u usporedbi sa psorijatičnim artritisom.

Također je opažena statistički značajna razlika u cjeloživotnim negativnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom, psorijatičnim artritisom i kontrole u slijedećim iskustvima: emocionalno zlostavljanje ( $p=0.02$ ), seksualno zlostavljanje ( $p=0.02$ ), druge traume ( $p=0.001$ ) te izloženost alkoholu i drogama ( $p=0.001$ ). U

bolesnika sa psorijazom značajno je češće emocionalno zlostavljanje ( $p=0.007$ ) te izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.001$ ) u odnosu na kontrolnu skupinu, ali ne i u usporedbi sa psorijatičnim artritisom. S druge strane, bolesnici sa psorijatičnim artritisom statistički su značajno češće seksualno zlostavljani u usporedbi s kontrolom ( $p=0.030$ ) i bolesnicima sa psorijazom ( $p=0.006$ ). Također, bolesnici sa psorijatičnim artritisom imaju statistički značajno više drugih trauma u odnosu na one sa psorijazom ( $p=0.015$ ) i kontrolu ( $p=0.001$ ).

Tablica 4. Cjeloživotna pozitivna i negativna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom

	Psorijaza		Psorijatični artritisi		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Cjeloživotna pozitivna iskustva</b>							
Kompetencija	10.32	1.53	10.41	1.55	10.53	1.48	NS
Sigurnost	8.87	1.60*	8.96	1.76	9.59	1.57	0.03
<b>Cjeloživotna negativna iskustva</b>							
Zanemarivanje	4.73	0.90	4.91	1.35	4.46	0.87	NS
Separacija	5.06	0.95	5.19	1.08	4.88	1.13	NS
Obiteljske tajne	4.97	1.63	4.77	1.65	4.42	0.87	NS
Emocionalno zlostavljanje	4.94	1.42**	4.73	1.30	4.39	0.93	0.02
Fizička trauma	4.27	0.74	4.36	0.77	4.13	0.70	NS
Seksualna trauma	4.01	0.07	4.05	0.14* ##	4.01	0.05	0.02
Svjedočenje traumi	4.31	0.70	4.45	0.71	4.15	0.56	NS
Druge traume	4.29	0.39	4.52	0.55* * #	4.16	0.46	0.001
Alkohol/droga	4.68	1.22**	4.51	1.05	4.19	0.75	0.001

M- aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \*p<0.05, \*\*p<0.01, # p<0.05, ## p<0.01 vs psorijaza

Rezultati ukupnih cjeloživotnih pozitivnih i negativnih iskustava u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom prikazani su u tablici 5. Nije nađena statistički značajna razlika u ukupnim cjeloživotnim pozitivnim iskustvima između skupina, međutim, postoji statistički značajna razlika u ukupnim cjeloživotnim negativnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom, psorijatičnim artritismom i kontrole (p=0.05). U bolesnika sa psorijazom uočeno je statistički značajno više

ukupnih cjeloživotnih negativnih iskustava u odnosu na kontrolnu skupinu ( $p=0.017$ ), ali ne i u odnosu na bolesnike sa psorijatičnim artritisom.

Tablica 5. Ukupna cjeloživotna pozitivna i negativna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

	Psorijaza		Psorijatični artritis		Kontrola		P
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Ukupna cjeloživotna iskustva</b>							
<i>Pozitivna</i>	19,25	2,32	19,17	2,61	20,23	2,66	NS
<i>Negativna</i>	41,64	6,35*	41,20	5,97	38,77	5,83	0,05

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \*  $p<0.05$  vs kontrola

#### 4.2.3. Pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati pozitivnih životnih iskustava prema dobnim skupinama u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom u usporedbi s kontrolnom skupinom prikazani su u tablici 6. Ispitivane skupine se statistički značajno razlikuju u iskustvu kompetencije u školskoj dobi ( $p=0.02$ ) i sigurnosti u adolescenciji ( $p=0.01$ ). U školskoj dobi, bolesnici sa psorijatičnim artritisom pokazuju statistički značajno niže vrijednosti u kompetenciji nego kontrolna skupina ( $p=0.007$ ), dok nema statistički značajne razlike u odnosu na bolesnike sa psorijazom. U adolescentnoj dobi, bolesnici sa psorijazom pokazuju statistički značajno niže vrijednosti u iskustvu sigurnosti u usporedbi s kontrolom ( $p=0.002$ ), ali ne u usporedbi s bolesnicima sa psorijatičnim

artritisom.

Tablica 6. Pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Pozitivna iskustva	Psorijaza		Psorijatični artritis		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>0-6 godina</b>							
Kompetencija	2.51	0.49	2.50	0.50	2.53	0.49	NS
Sigurnost	2.18	0.43	2.19	0.46	2.32	0.43	NS
<b>7-12 godina</b>							
Kompetencija	2.62	0.45	2.50	0.49**	2.72	0.38	0.02
Sigurnost	2.23	0.44	2.19	0.52	2.35	0.44	NS
<b>13-18 godina</b>							
Kompetencija	2.65	0.44	2.66	0.38	2.74	0.40	NS
Sigurnost	2.27	0.46**	2.37	0.47	2.47	0.40	0.01
<b>≥19 godina</b>							
Kompetencija	2.59	0.48	2.61	0.48	2.61	0.42	NS
Sigurnost	2.34	0.49	2.36	0.48	2.49	0.43	NS

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \*\*p<0,01 vs kontrola

#### 4.2.4. Negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati negativnih životnih iskustava prema dobnim skupinama u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom u usporedbi s kontrolom prikazani su u tablici 7. Između triju skupina postoji statistički značajna razlika u izloženosti alkoholu i drogi u najranijem djetinjstvu (p=0.04). Naime, bolesnici sa psorijazom statistički su značajno više izloženi alkoholu i drogi tijekom najranijeg djetinjstva u usporedbi s kontrolom (p=0.011), dok nema razlike u odnosu na bolesnike sa psorijatičnim artritisom.

U školskoj dobi uočena je statistički značajna razlika između tri skupine u slijedećim negativnim iskustvima: emocionalno zlostavljanje ( $p=0.01$ ), druge traume ( $p=0.05$ ), te izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.01$ ).

Bolesnici sa psorijazom ( $p=0.006$ ) i oni sa psorijatičnim artritismom ( $p=0.039$ ) statistički su značajno češće emocionalno zlostavljani u usporedbi s kontrolom u školskoj dobi, dok se skupine bolesnika međusobno statistički značajno ne razlikuju. Bolesnici sa psorijatičnim artritismom imaju statistički značajno više drugih trauma od kontrolne skupine ( $p=0.015$ ), ali nema statistički značajne razlike prema bolesnicima sa psorijazom. U bolesnika sa psorijazom ( $p=0.005$ ) i u onih sa psorijatičnim artritismom ( $p=0.011$ ) uočili smo statistički značajno više vrijednosti u izloženosti alkoholu i drogi u školskoj dobi u usporedbi s kontrolom, dok se obje skupine međusobno statistički značajno ne razlikuju.

Tijekom adolescencije opažena je statistički značajna razlika između ispitivanih skupina u slijedećim iskustvima: obiteljske tajne ( $p=0.02$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.01$ ), seksualno zlostavljanje ( $p=0.01$ ), druge traume ( $p=0.001$ ) te izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.02$ ). Bolesnici sa psorijazom pokazuju statistički značajno više vrijednosti u iskustvima emocionalnog zlostavljanja ( $p=0.005$ ), obiteljskih tajni ( $p=0.005$ ) te izloženosti alkoholu i drogi ( $p=0.005$ ) u adolescentnoj dobi u usporedbi s kontrolom, ali ne i prema skupini sa psorijatičnim artritismom. S druge strane, bolesnici sa psorijatičnim artritismom pokazuju u adolescenciji statistički značajno više vrijednosti u iskustvu seksualnog zlostavljanja u usporedbi s kontrolom ( $p=0.004$ ) i psorijazom ( $p=0.020$ ) te u iskustvu druge traume u usporedbi s kontrolom ( $p=0.001$ ) i bolesnicima sa psorijazom ( $p=0.006$ ).

Tablica 7. Negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Negativna iskustva	Psorijaza		Psorijatični artritis		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>0-6 godina</b>							
Zanemarivanje	1.12	0.22	1.19	0.33	1.09	0.23	NS
Separacija	1.11	0.24	1.17	0.27	1.09	0.24	NS
Obiteljske tajne	1.21	0.44	1.14	0.43	1.12	0.30	NS
Emocionalno zlostavljanje	1.19	0.36	1.20	0.42	1.08	0.25	NS
Fizička trauma	1.05	0.24	1.06	0.21	1.01	0.14	NS
Seksualna trauma	1.00	0.00	1.01	0.04	1.00	0.00	NS
Svjedočenje traumi	1.05	0.21	1.07	0.18	1.01	0.09	NS
Druge traume	1.03	0.09	1.05	0.11	1.02	0.08	NS
Alkohol/ droga	1.12	0.30*	1.08	0.27	1.03	0.15	0.04
<b>7-12 godina</b>							
Zanemarivanje	1.17	0.25	1.19	0.35	1.09	0.19	NS
Separacija	1.14	0.27	1.17	0.28	1.14	0.29	NS
Obiteljske tajne	1.28	0.51	1.24	0.47	1.15	0.32	NS
Emocionalno zlostavljanje	1.26	0.38**	1.25	0.43*	1.11	0.28	0.01
Fizička trauma	1.08	0.29	1.11	0.29	1.02	0.14	NS
Seksualna trauma	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	NS
Svjedočenje traumi	1.07	0.24	1.08	0.18	1.03	0.16	NS
Druge traume	1.05	0.12	1.09	0.16*	1.03	0.12	0.05
Alkohol/droga	1.13	0.31**	1.15	0.33*	1.03	0.15	0.01
<b>13-18 godina</b>							
Zanemarivanje	1.20	0.23	1.23	0.36	1.14	0.25	NS
Separacija	1.27	0.37	1.28	0.35	1.22	0.37	NS
Obiteljske tajne	1.32	0.48**	1.23	0.42	1.14	0.29	0.02
Emocionalno zlostavljanje	1.31	0.42**	1.28	0.46	1.15	0.32	0.01
Fizička trauma	1.07	0.25	1.16	0.33	1.05	0.24	NS
Seksualna trauma	1.01	0.04	1.03	0.11**	1.00	0.00	0.01
Svjedočenje traumi	1.09	0.20	1.12	0.26	1.05	0.21	NS
Druge traume	1.07	0.12	1.15	0.27**	1.03	0.12	0.001
Alkohol/droga	1.22	0.38**	1.17	0.34	1.08	0.29	0.02
<b>≥19 godina</b>							
Zanemarivanje	1.26	0.39*	1.28	0.34*	1.15	0.29	0.04
Separacija	1.60	0.55	1.64	0.54	1.45	0.52	NS
Obiteljske tajne	1.31	0.46**	1.15	0.34#	1.07	0.22	0.001
Emocionalno zlostavljanje	1.23	0.35**	1.15	#	1.12	0.28	0.03
Fizička trauma	1.09	0.24	1.08	0.20	1.05	0.24	NS
Seksualna trauma	1.01	0.06	1.01	0.05	1.01	0.05	NS
Svjedočenje traumi	1.13	0.20	1.16	0.21	1.11	0.26	NS
Druge traume	1.19	0.26**	1.25	0.23**	1.09	0.20	0.001
Alkohol/droga	1.21	0.40**	1.17	0.38	1.08	0.28	0.03

M-aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti;

\*<0.05, \*\*<0.01 vs kontrola, # p< 0.05, ## p<0.01 vs psorijaza

Također, postoji statistički značajna razlika između ispitanika u odrasloj dobi u iskustvima: zanemarivanje (p=0.04), obiteljske tajne (p=0.001), emocionalno zlostavljanje (p=0.03), druge traume (p=0.001) te izloženosti alkoholu i drogama (p=0.03). Bolesnici sa psorijazom (p=0.0028) i psorijatičnim artritismom (p=0.039) statistički su značajno češće zanemarivani u usporedbi s kontrolom. Također, značajno je učestalije iskustvo drugih trauma u skupini sa psorijazom (p=0.006) i psorijatičnim artritismom (p=0.001) u odnosu na kontrolnu skupinu. Nadalje, bolesnici sa psorijazom postižu statistički značajno više rezultate u iskustvu obiteljske tajne u usporedbi sa psorijatičnim artritismom (p=0.015) i kontrolom (p=0.001) koje se statistički značajno ne razlikuju. Bolesnici sa psorijazom statistički su značajno češće emocionalno zlostavljani u usporedbi s kontrolom (p=0.009), ali ne i u usporedbi sa psorijatičnim artritismom. Također su u odrasloj dobi bolesnici sa psorijazom više izloženi alkoholu i drogi nego kontrolna skupina (p=0.008), dok nije uočena razlika u odnosu na bolesnike sa psorijatičnim artritismom.

#### 4.3. Životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Na temelju anamnestičkih podataka o dobi početka bolesti, bolesnici sa psorijazom su podijeljeni u dvije skupine, psorijaza tipa I i psorijaza tipa II. U prvu skupinu (tip I) svrstano je 72 bolesnika u kojih je psorijaza počela u ranijoj životnoj dobi (prije 40. godine). U drugu skupinu (tip II) svrstano je 28 bolesnika u kojih je psorijaza nastupila u kasnijoj životnoj dobi (nakon 40. godine).



#### 4.3.1. Ukupna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Rezultati ukupnih pozitivnih iskustava u ispitivanim životnim periodima u bolesnika sa psorijazom tipa I i II u usporedbi s kontrolnom skupinom prikazani su u tablici 8. Uočena je statistički značajna razlika u ukupnim pozitivnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom i kontrole u adolescenciji ( $p=0.01$ ), dok u ostalim životnim periodima nije bilo razlika. Bolesnici sa psorijazom tipa I i II se međusobno statistički značajno ne razlikuju, međutim i bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.011$ ) i tipa II ( $p=0.031$ ) imaju značajno manje ukupnih pozitivnih iskustava u adolescenciji nego kontrolna skupina.

Tablica 8. Ukupna pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i tipa II

Ukupna pozitivna iskustva	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i>	4.76	6.30	4.59	0.92	4.86	0.79	NS
<i>7-12 godina</i>	4.86	0.61	4.86	0.79	5.06	0.68	NS
<i>13-18 godina</i>	4.95	0.70*	4.90	0.67*	5.22	0.65	0.01
<i>≥19 godina</i>	4.92	0.75	4.94	0.78	5.12	0.68	NS

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti;  
\*  $p<0.05$  vs kontrola

Rezultati ukupnih negativnih životnih iskustava u bolesnika sa psorijazom tipa I i II u usporedbi s kontrolom prikazani su u tablici 9. Statistički značajna razlika

u ukupnim negativnim iskustvima između ispitivanih skupina nađena je tijekom školske dobi ( $p=0.06$ ), adolescencije ( $p=0.03$ ) i odrasle dobi ( $p=0.01$ ), ali ne i u najranijem djetinjstvu.

U školskoj dobi nije nađena statistički značajna razlika između bolesnika sa psorijazom tipa I i II, međutim, i u psorijazi tipa I ( $p=0.020$ ) i tipa II ( $p=0.023$ ) ima značajno više ukupnih negativnih iskustava nego u kontrolnoj skupini. U adolescenciji je također u psorijazi tipa I i II uočeno značajno više negativnih iskustava nego u kontrolnoj skupini ( $p=0.030$ ). I u odrasloj dobi, bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.010$ ) i II ( $p=0.025$ ) imaju statistički značajno više ukupnih negativnih iskustava u usporedbi s kontrolnom skupinom, dok se skupine sa psorijazom statistički značajno ne razlikuju.

Tablica 9. Ukupna negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i tipa II

Ukupna negativna iskustva	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i>	9.94	1.42	10.08	1.84	9.43	1.26	NS
<i>7-12 godina</i>	10.13	1.52*	10.28	1.69*	9.54	1.12	0.02
<i>13-18 godina</i>	10.39	1.66*	10.58	1.48*	9.81	1.46	0.03
<i>≥ 19 godina</i>	10.95	1.81*	11.06	1.37*	10.16	1.72	0.01

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti, \*  $p < 0.05$  vs kontrola

#### 4.3.2. Cjeloživotna pozitivna i negativna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Rezultati cjeloživotnih pozitivnih i negativnih iskustava u bolesnika sa psorijazom tipa I i tipa II prikazani su u tablici 10. Uočena je statistički značajna razlika u sigurnosti između ispitivanih skupina bolesnika i kontrole ( $p=0.05$ ). Naime, bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.020$ ) pokazuju statistički značajno niže vrijednosti na skali sigurnosti od kontrolne skupine. Također je nađena statistički značajna razlika između kontrole i bolesnika sa psorijazom u emocionalnom zlostavljanju ( $p=0.02$ ), svjedočenju traumi ( $p=0.05$ ) i izloženosti alkoholu i drogi ( $p=0.005$ ). Bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.008$ ), ali ne i bolesnici sa psorijazom tipa II, statistički su značajno češće emocionalno zlostavljani od kontrolne skupine. Bolesnici sa psorijazom tipa II ( $p=0.016$ ) su statistički značajno češće svjedočili traumi od ispitanika kontrolne skupine. Nadalje, bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.004$ ) i tipa II ( $p=0.016$ ) su statistički značajno češće bili izloženi alkoholu i drogama od kontrolne skupine.

Tablica 10. Cjeloživotna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Cjeloživotna pozitivna iskustva	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Kompetencija Sigurnost	10.37 8.85	1.45 1.64*	10.20 8.93	1.74 1.55	10.53 9.59	1.48 1.57	NS 0.05
Cjeloživotna negativna iskustva							
Zanemarivanje	4.65	0.94	4.90	0.80	4.46	0.87	NS
Separacija	5.00	0.94	5.20	0.96	4.88	1.12	NS
Obiteljske tajne	5.00	1.82	4.90	1.11	4.42	0.87	NS
Emocionalno zlostavljanje	4.99	1.58**	4.84	1.01	4.39	0.93	0.02
Fizička trauma	4.22	0.30	4.40	1.00	4.13	0.70	NS
Seksualna trauma	4.01	0.07	4.01	0.05	4.00	0.05	NS
Svjedočenje traumi	4.22	0.52	4.51	1.01*	4.15	0.56	0.05
Druge traume	4.28	0.37	4.16	0.43	4.16	0.46	NS
Alkohol/droga	4.66	1.22**	4.73	1.23*	4.19	0.75	0.005

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti;  
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$  vs kontrolna skupina

Rezultati ukupnih cjeloživotnih pozitivnih i negativnih iskustava u bolesnika sa psorijazom tipa I i II prikazani su u tablici 11. Nije nađena statistički značajna razlika u ukupnim cjeloživotnim pozitivnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom i kontrole. Međutim, uočena je statistički značajna razlika u ukupnim negativnim cjeloživotnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom tipa I ( $p=0.051$ ), tipa II ( $p=0.047$ ) i kontrolnom skupinom. Naime, bolesnici sa psorijazom tipa I i II međusobno se statistički značajno ne razlikuju, međutim bolesnici sa psorijazom tipa II ( $p=0.05$ ) imaju statistički značajno više ukupnih negativnih cjeloživotnih iskustava nego kontrolna skupina.

Tablica 11. Ukupna cjeloživotna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Ukupna cjeloživotna iskustva	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>Pozitivna</i>	19.34	1.91	19.06	3.11	20.23	2.66	NS
<i>Negativna</i>	41.37	6.58	42.20	5.98*	38.77	5.83	0.05

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , vs kontrola

#### 4.3.3. Pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Rezultati pozitivnih životnih iskustava u različitim životnim razdobljima u bolesnika sa psorijazom tipa I i II prikazani su u tablici 12. Ispitivane skupine se statistički značajno ne razlikuju u pozitivnim iskustvima, osim u adolescenciji u varijabli sigurnost ( $p=0.006$ ). Naime, u bolesnika sa psorijazom tipa I ( $p=0.008$ ) i tipa II ( $p=0.012$ ) uočena je niža razina sigurnosti nego u kontrolnoj skupini, dok se bolesnici sa psorijazom međusobno statistički značajno ne razlikuju.

Tablica 12. Pozitivna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Pozitivna iskustva	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>0-6 godina</b>							
Kompetencija	2.53	0.50	2.45	0.49	2.52	0.49	NS
Sigurnost	2.18	0.42	2.19	0.49	2.32	0.05	NS
<b>7-12 godina</b>							
Kompetencija	2.64	0.40	2.55	0.57	2.72	0.38	NS
Sigurnost	2.22	0.45	2.28	0.42	2.35	0.44	NS
<b>13-18 godina</b>							
Kompetencija	2.67	0.41	2.61	0.52	2.74	0.40	NS
Sigurnost	2.22	0.48**	2.23	0.39*	2.47	0.40	0.006
<b>≥19 godina</b>							
Kompetencija	2.57	0.48	2.62	0.48	2.61	0.42	NS
Sigurnost	2.34	0.45	2.35	0.46	2.49	0.43	NS

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$  vs kontrola

#### 4.3.4. Negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Rezultati negativnih životnih iskustava po dobnim skupinama u bolesnika sa psorijazom tipa I i II prikazani su u tablici 13. Postoji statistički značajna razlika između bolesnika sa psorijazom tipa I, tipa II i kontrolne skupine u najranijem djetinjstvu glede svjedočenja traumi ( $p=0.028$ ). Naime, skupina sa psorijazom tipa II statistički je značajno češće svjedočila traumi nego ispitanici kontrolne skupine ( $p=0.008$ ) i bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.033$ ). Bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.041$ ) i tipa II ( $p=0.020$ ) su statistički značajno češće izloženi alkoholu i drogama u najranijem djetinjstvu u usporedbi s kontrolom.

U školskoj dobi je nađena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina u zanemarivanju ( $p=0.008$ ), emocionalnom zlostavljanju ( $p=0.013$ ) i izloženosti alkoholu i drogi ( $p=0.010$ ). Bolesnici sa psorijazom tipa II su statistički

značajno češće zanemarivani od bolesnika sa psorijazom tipa I ( $p=0.028$ ) i kontrolne skupine ( $p=0.002$ ) koje se statistički značajno ne razlikuju. U školskoj su dobi bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.004$ ), ali ne i oni sa psorijazom tipa II, statistički značajno češće emocionalno zlostavljani u usporedbi s kontrolom. Također, bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.008$ ) i tipa II ( $p=0.025$ ) su statistički značajno češće izloženi alkoholu i drogi nego kontrolna skupina, dok se međusobno statistički značajno ne razlikuju.

U adolescenciji je uočena statistički značajna razlika između bolesnika sa psorijazom i kontrolne skupine u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.016$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.004$ ) i izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.021$ ). Naime, u bolesnika sa psorijazom tipa I uočene su statistički značajno više vrijednosti u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.006$ ) emocionalno zlostavljanje ( $p=0.001$ ) te izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.008$ ) nego u kontrolnoj skupini, dok između bolesnika sa psorijazom tipa I i II nema statistički značajnih razlika u navedenim varijablama.

U odrasloj dobi nađena je statistički značajna razlika između bolesnika sa psorijazom i kontrole na varijablama obiteljske tajne ( $p=0.0001$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.024$ ), druge traume ( $p=0.021$ ) i izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.027$ ). Naime, bolesnici sa psorijazom tipa I su statistički značajno češće emocionalno zlostavljani ( $p=0.006$ ), izloženi drugim traumama ( $p=0.007$ ), alkoholu i drogi ( $p=0.013$ ) u usporedbi s kontrolom, dok se bolesnici sa psorijazom tipa I i II međusobno statistički značajno ne razlikuju. Bolesnici sa psorijazom tipa I ( $p=0.0001$ ) i tipa II ( $p=0.004$ ) pokazuju statistički značajno više vrijednosti u varijabli obiteljske tajne nego kontrolna skupina.

Tablica 13. Negativna životna iskustva u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Negativna iskustva	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>0-6 godina</b>							
Zanemarivanje	1.10	0.21	0.16	0.23	1.09	0.23	NS
Separacija	1.11	0.23	1.11	0.18	1.09	0.24	NS
Obiteljske tajne	1.23	0.49	1.15	0.29	1.12	0.30	NS
Emocionalno zlostavljanje	1.20	0.38	1.18	0.31	1.08	0.25	NS
Fizička trauma	1.04	0.15	1.07	0.38	1.01	0.19	NS
Seksualna trauma	0	0	0	0	0	0	--
Svjedočenje traumi	1.02	0.10	1.11	0.36**#	1.01	0.09	0.028
Druge traume	1.03	0.09	1.03	0.08	1.02	0.08	NS
Alkohol/droga	1.10	0.28*	1.15	0.33*	1.03	0.15	0.025
<b>7-12 godina</b>							
Zanemarivanje	1.13	0.21	1.24	0.32**#	1.09	0.19	0.008
Separacija	1.17	0.30	1.08	0.18	1.14	0.29	NS
Obiteljske tajne	1.32	0.57	1.20	0.29	1.15	0.32	NS
Emocionalno zlostavljanje	1.27	0.40**	1.22	0.34	1.11	0.28	0.13
Fizička trauma	1.07	0.20	1.12	0.45	1.02	0.14	NS
Seksualna trauma	0	0	0	0	0	0	--
Svjedočenje traumi	1.06	0.19	1.11	0.34	1.03	0.16	NS
Druge traume	1.05	0.12	1.03	0.12	1.03	0.12	NS
Alkohol/ droga	1.13	0.30**	1.14	0.33*	1.03	0.15	0.01
<b>13-18 godina</b>							
Zanemarivanje	1.17	0.22	1.26	0.25	1.14	0.25	NS
Separacija	1.25	0.33	1.31	0.45	1.22	0.37	NS
Obiteljske tajne	1.33	0.53**	1.29	0.35	1.14	0.29	0.016
Emocionalno zlostavljanje	1.34	0.46***	1.21	0.28	1.15	0.32	0.004
Fizička trauma	1.07	0.24	1.07	0.28	1.05	0.24	NS
Seksualna trauma	1.00	0.03	1.01	0.05	1.00	0.00	NS
Svjedočenje traumi	1.08	0.18	1.12	0.25	1.05	0.25	NS
Druge traume	1.06	0.12	1.07	0.13	1.03	0.12	NS
Alkohol/droga	1.22	0.40**	1.20	0.34	1.08	0.29	0.021
<b>≥19 godina</b>							
Zanemarivanje	1.25	0.41	1.25	0.32	1.15	0.29	NS
Separacija	1.59	0.56	1.61	0.53	1.45	0.52	NS
Obiteljske tajne	1.32	0.48***	1.31	0.43**	1.07	0.38	0.0001
Emocionalno zlostavljanje	1.25	0.38**	1.18	0.27	1.12	0.28	0.024
Fizička trauma	1.09	0.23	1.11	0.26	1.05	0.24	NS
Seksualna trauma	1.01	0.07	1.00	0.00	1.05	0.05	NS
Svjedočenje traumi	1.12	0.20	1.16	0.19	1.12	0.23	NS
Druge traume	1.20	0.27**	1.17	0.22	1.09	0.20	0.021
Alkohol/droga	1.21	0.38*	1.20	0.44	1.07	0.28	0.027



M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$  vs kontrolna grupa, #  $p < 0.05$  vs tip I psorijaza

#### 4.4. Životna iskustva u bolesnika sa pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Na temelju anamnestičkih podataka o obiteljskom pojavljivanju bolesti, bolesnike sa psorijazom smo podijelili u skupinu sa pozitivnom obiteljskom anamnezom i skupinu sa negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze. Pozitivna obiteljska anamneza psorijaze bila je nazočna u 36 bolesnika, dok je u 61 bolesnika sa psorijazom obiteljska anamneza bila negativna.

##### 4.4.1. Ukupna pozitivna i negativna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Rezultati ukupnih pozitivnih životnih iskustava u ispitivanim životnim razdobljima psorijatičara s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom prikazani su u tablici 14. Uočena je statistički značajna razlika u ukupnim pozitivnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom i kontrole u adolescentnoj dobi ( $p=0.011$ ), dok u ostalim životnim periodima nije nađena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina. Naime, i bolesnici s pozitivnom ( $p=0.013$ ) i bolesnici s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.017$ ) imaju statistički značajno manje ukupnih pozitivnih životnih iskustava od kontrolne skupine.

Tablica 14. Ukupna pozitivna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Ukupna pozitivna iskustva	Psorijaza +		Psorijaza –		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i>	4.8	0.66	4.65	0.77	4.86	0.79	NS
<i>7-12 godina</i>	4.90	0.59	4.82	0.70	5.05	0.69	NS
<i>13-18 godina</i>	4.87	0.65*	4.95	0.72*	5.22	0.65	0.011
<i>≥19 godina</i>	4.81	0.75	4.98	0.77	5.11	0.68	NS

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; Psorijaza +:pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, Psorijaza-:negativna obiteljska anamneza psorijaze; \* $p < 0.05$  vs kontrola

Rezultati ukupnih negativnih životna iskustava u psorijatičara s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom prikazani su u tablici 15. Opažena je statistički značajna razlika u ukupnim negativnim životnih iskustvima između bolesnika sa psorijazom i kontrolne skupine u svim dobnim periodima. U najranijem djetinjstvu psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom imaju statistički značajno više ukupnih negativnih životnih iskustava od bolesnika s negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.026$ ) i kontrolne skupine ( $p=0.003$ ). Također, i u školskoj dobi psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom navode statistički značajno više ukupnih negativnih životnih iskustava od onih s negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.045$ ) i kontrole ( $p=0.001$ ), dok su u adolescenciji ukupna negativna životna iskustva značajno viša u usporedbi s kontrolom ( $p=0.003$ ), ali ne u odnosu na psorijatičare s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze. U odrasloj dobi, psorijatičari s pozitivnom ( $p=0.004$ ) i negativnom ( $p=0.036$ ) obiteljskom

anamnezom psorijaze imaju statistički značajno više ukupnih negativnih životnih iskustava u odnosu na kontrolnu skupinu.

Tablica 15. Ukupna negativna životna iskustva u psorijatičara s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Ukupna negativna iskustva	Psorijaza +		Psorijaza –		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i>	10.61	1.77***#	9.68	1.37	9.44	1.31	0.013
<i>7-12 godina</i>	10.66	1.92***#	9.96	1.34	9.57	1.15	0.003
<i>13-18 godina</i>	10.88	2.04**	10.28	1.29	9.81	1.49	0.009
<i>≥19 godina</i>	11.33	2.22**	10.85	1.35*	10.16	1.76	0.007

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; Psorijaza+: pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, Psorijaza-: negativna obiteljska anamneza psorijaze; \*p<0.05, \*\*p<0.01 vs kontrola # p<0.05 vs psorijaza-

#### 4.4.2. Ukupna cjeloživotna pozitivna i negativna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Rezultati ukupnih cjeloživotnih pozitivnih i negativnih iskustava u bolesnika sa psorijazom u usporedbi s kontrolom prikazani su u tablici 16. Nije uočena statistički značajna razlika u ukupnim cjeloživotnim pozitivnim životnim iskustvima između bolesnika sa psorijazom i kontrole. Međutim, nađena je statistički značajna razlika u ukupnim negativnim cjeloživotnim iskustvima (p=0.01) između ispitivanih skupina. Tako psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom imaju statistički značajno više ukupnih cjeloživotnih negativnih iskustava od psorijatičara s negativnom

obiteljskom anamnezom ( $p=0.047$ ) i kontrole ( $p=0.003$ ).

Tablica 16. Ukupna cjeloživotna pozitivna i negativna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Ukupna cjeloživotna iskustva	Psorijaza +		Psorijaza –		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>Pozitivna</i>	19.17	1.96	19.30	2.54	20.19	2.71	NS
<i>Negativna</i>	44.06	8.20**#	40.45	4.88	38.81	6.06	0.01

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; Psorijaza+: pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, Psorijaza-:negativna obiteljska anamneza psorijaze; \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$  vs kontrola, # $p<0.05$  vs psorijaza-

Rezultati cjeloživotnih pozitivnih i negativnih iskustava u psorijatičara s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom u usporedbi s kontrolom prikazani su u tablici 17. Između ispitivanih skupina uočena je statistički značajna razlika u ukupnim cjeloživotnim negativnim traumatskim iskustvima u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.013$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.001$ ) i izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.005$ ). U cjeloživotnim pozitivnim iskustvima nema statistički značajnih razlika između ispitivanih skupina. Psorijatičari s pozitivnom ( $p=0.005$ ) i negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.014$ ) su statistički značajno češće izloženi alkoholu i drogama u odnosu na kontrolnu skupinu. Također, bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.003$ ) pokazuju značajno niže vrijednosti u varijabli obiteljske tajne u odnosu na kontrolu te su također statistički značajno češće cjeloživotno emocionalno zlostavljani od bolesnika s negativnom obiteljskom

anamnezom ( $p=0.006$ ) i kontrole ( $p= 0.001$ ).

Tablica 17. Cjeloživotna pozitivna i negativna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Cjeloživotna pozitivna iskustva	Psorijaza +		Psorijaza -		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
Kompetencija Sigurnost	10.43 8.72	1.48 1.57	10.17 8.96	1.57 1.63	10.51 9.56	1.51 1.59	NS 0.052
Cjeloživotna negativna iskustva							
Zanemarivanje Separacija	4.86 4.94	1.18 0.93	4.64 5.14	0.69 0.97	4.47 4.89	0.89 1.15	NS NS
Obiteljske tajne	5.37	2.37**	4.77	0.99	4.42	0.87	0.013
Emocionalno zlostavljanje	5.47	1.96*** #	4.64	0.87	4.40	0.95	0.001
Fizička trauma	4.29		4.27	0.76	4.13	0.72	NS
Seksualna trauma	4.02	0.74	4.01	0.06	4.01	0.05	NS
Svjedočenje traumi	4.32	0.09	4.30	0.74	4.16	0.58	NS
Druge traume	4.32	0.68	4.29	0.38	4.17	0.47	NS
Alkohol/droga	4.76	0.42 1.31**	4.62	1.17*	4.18	0.76	0.005**

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; Psorijaza+: pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, Psorijaza-:negativna obiteljska anamneza psorijaze; \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$  vs kontrola, # $p<0.05$ , ###  $p<0.01$  vs psorijaza-

#### 4.4.3. Pozitivna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Rezultati pozitivnih životnih iskustava u različitim životnim periodima u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze u usporedbi s kontrolnom skupinom prikazani su u tablici 18. Ispitivane skupine se ne razlikuju statistički značajno na ljestvicama pozitivnih iskustava osim u adolescentnoj dobi u varijabli sigurnost ( $p=0.003$ ). Naime, niža je razina sigurnosti u bolesnika s

pozitivnom ( $p=0.002$ ) i negativnom ( $p=0.032$ ) obiteljskom anamnezom psorijaze nego u kontrolnoj skupini.

Tablica 18. Pozitivna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Pozitivna iskustva	Psorijaza +		Psorijaza –		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<i>0-6 godina</i> Kompetencija Sigurnost	2.55 2.22	0.52 0.38	2.45 2.16	0.48 0.46	2.53 2,32	0.49 0.42	NS NS
<i>7-12 godina</i> Kompetencija Sigurnost	2.71 2.18	0.37 0.43	2.55 2.26	0.49 0.45	2.71 2.35	0.39 0.44	NS NS
<i>13-18 godina</i> Kompetencija Sigurnost	2.69 2.19	0.41 0.46**	2.62 2.32	0.46 0.46*	2.74 2.47	0.41 0.40	NS 0.003
<i>≥19 godina</i> Kompetencija Sigurnost	2.53 2.30	0.51 0.51	2.60 2.37	0.47 0.49	2.61 2.49	0.43 0.43	NS NS

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; Psorijaza+: pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, Psorijaza-: negativna obiteljska anamneza psorijaze; \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$  vs kontrola

#### 4.4.4. Negativna životna iskustva u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Rezultati negativnih životnih iskustava u različitim dobnim skupinama u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze prikazani su u tablici 19. Uočena je statistički značajna razlika između bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze i kontrolne skupine u najranijem

djetinjstvu u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.042$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.001$ ), druge traume ( $p=0.029$ ) i izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.049$ ). Naime, psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom pokazuju statistički značajno više vrijednosti u varijabli obiteljske tajne od bolesnika s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.032$ ) i kontrole ( $p=0.015$ ).

Psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom su statistički značajno češće emocionalno zlostavljani od bolesnika s negativnom anamnezom ( $p=0.004$ ) i kontrole ( $p=0.001$ ) u najranijem djetinjstvu. U istoj su dobi bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom statistički značajno češće izloženi drugim traumama nego bolesnici s negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.013$ ) i kontrolni ispitanici ( $p=0.017$ ). Također su psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom statistički značajno više izloženi alkoholu i drogi u najranijoj dobi u usporedbi s kontrolom ( $p=0.036$ ).

U školskoj je dobi uočena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.002$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.001$ ) te izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.016$ ). Glede obiteljskih tajni psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom pokazuju statistički značajno više vrijednosti od onih s negativnom ( $p=0.005$ ) i kontrole ( $p=0.001$ ). Bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom su statistički značajno češće emocionalno zlostavljani od psorijatičara s negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.017$ ) i kontrolne skupine ( $p=0.001$ ). Bolesnici s pozitivnom ( $p=0.009$ ) i oni s negativnom ( $p=0.044$ ) obiteljskom anamnezom psorijaze statistički su značajno češće izloženi alkoholu i drogama u usporedbi s kontrolnom skupinom.

Također je i u adolescenciji opažena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.003$ ), emocionalno

zlostavljanje ( $p=0.001$ ), druge traume ( $p=0.046$ ) te izloženost alkoholu i drogi ( $p=0.020$ ). Psorijatičari s pozitivnom obiteljskom anamnezom ostvaruju statistički značajno više vrijednosti od kontrolne skupine u varijabli obiteljske tajne ( $p=0.001$ ), a također su statistički značajno češće emocionalno zlostavljani u usporedbi s kontrolom ( $p=0.001$ ) i bolesnicima s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.034$ ).

Bolesnici s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze statistički su značajno češće izloženi drugim traumama ( $p=0.014$ ) nego ispitanici kontrolne skupine, dok je izloženost alkoholu i drogama češće nazočna u bolesnika s pozitivnom ( $p=0.011$ ) kao i u onih s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.05$ ) u usporedbi prema kontrolnoj skupini.

U odrasloj je dobi uočena statistički značajna razlika između bolesnika sa psorijazom i kontrole u varijablama obiteljske tajne ( $p=0.0001$ ), emocionalno zlostavljanje ( $p=0.006$ ), druge traume ( $p=0.018$ ) te izloženost i alkoholu i drogama ( $p=0.023$ ). Glede obiteljskih tajni, bolesnici s pozitivnom ( $p=0.001$ ) i negativnom ( $p=0.001$ ) obiteljskom anamnezom psorijaze postižu statistički značajno više vrijednosti od kontrolne skupine. Također, psorijatičari s pozitivnom ( $p=0.036$ ) kao i oni s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.012$ ) statistički su značajno češće izloženi drugim traumama u usporedbi s ispitanicima kontrolne skupine. U odrasloj su dobi bolesnici s pozitivnom ( $p=0.017$ ) i bolesnici s negativnom ( $p=0.039$ ) obiteljskom anamnezom psorijaze statistički značajno više izloženi alkoholu i drogi u usporedbi s kontrolom. Bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom statistički su značajno češće emocionalno zlostavljani od psorijatičara s negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.05$ ) i kontrole ( $p=0.002$ ).



Tablica 19. Negativna životna iskustva u psorijatičara s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom

Negativna iskustva	Psorijaza +		Psorijaza –		Kontrola		p
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>0-6 godina</b>							
Zanemarivanje	1.15	0.26	1.10	0.19	1.09	0.23	NS
Separacija	1.12	0.25	1.10	0.23	1.09	0.25	NS
Obiteljske tajne	1.35	0.63* #	1.13	0.27	1.12	0.31	0.042
Emocionalno zlostavljanje	1.34	0.47*** #	1.12	0.25	1.08	0.25	0.001
Fizička trauma	1.04	#	1.05	0.29	1.01	0.14	NS
Seksualna trauma	1.00	0.16	1.00	0.00	1.00	0.00	--
Svjedočenje traumi	1.04	0.00	1.06	0.25	1.01	0.09	NS
Druge traume	1.06	0.13	1.01	0.06	1.02	0.08	0.029
Alkohol/droga	1.13	0.12* #	1.11	0.29	1.03	0.16	0.049
<b>7-12 godina</b>							
Zanemarivanje	1.20	0.27	1.15	0.25	1.14	0.19	NS
Separacija	1.13	0.29	1.16	0.26	1.14	0.29	NS
Obiteljske tajne	1.48	0.73** # #	1.19	0.32	1.15	0.32	0.002
Emocionalno zlostavljanje	1.38	0.49**#	1.20	0.31	1.12	0.28	0.001
Fizička trauma	1.09	0.25	1.08	0.32	1.02	0.15	NS
Seksualna trauma	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	--
Svjedočenje traumi	1.08	0.23	1.07	0.26	1.03	0.16	NS
Druge traume	1.05	0.12	1.05	0.12	1.03	0.12	NS
Alkohol/ droga	1.15	0.33**	1.11	0.29*	1.03	0.15	0.016
<b>13-18 years</b>							
Zanemarivanje	1.20	0.25	1.19	0.23	1.15	0.26	NS
Separacija	1.29	0.36	1.27	0.38	1.23	0.38	NS
Obiteljske tajne	1.43	0.64**	1.27	0.37	1.14	0.30	0.003
Emocionalno zlostavljanje	1.43	0.55**#	1.26	0.32	1.15	0.32	0.001
Fizička trauma	1.09	0.29	1.07	0.23	1.05	0.24	NS
Seksualna trauma	1.00	0.00	1.01	0.05	1.00	0.001	NS
Svjedočenje traumi	1.14	0.24	1.06	0.18	1.05	0.22	NS
Druge traume	1.05	0.12	1.08	0.13*	1.03	0.11	0.046
Alkohol/droga	1.25	0.46*	1.19	0.34*	1.08	0.29	0.020
<b>≥19 years</b>							
Zanemarivanje	1.31	0.51	1.23	0.30	1.15	0.30	NS
Separacija	1.55	0.60	1.62	0.52	1.45	0.52	NS
Obiteljske tajne	1.40	0.58**	1.29	0.39**	1.07	0.22	0.000
Emocionalno zlostavljanje	1.33	0.50**#	1.19	0.24	1.12	0.28	0.006
Fizička trauma	1.09	0.23	1.10	0.25	1.05	0.25	NS
Seksualna trauma	1.01	0.09	1.00	0.03	1.01	0.05	NS
Svjedočenje traumi	1.14	0.21	1.13	0.20	1.11	0.26	NS
Druge traume	1.19	0.25*	1.19	0.26*	1.09	0.21	0.018
Alkohol/droga	1.24	0.39*	1.19	0.41*	1.07	0.28	0.023

M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti, Psorijaza+: pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, Psorijaza-: negativna obiteljska anamneza psorijaze; \*p<0.05, \*\*p<0.01, vs kontrola, # p<0.05 vs psorijaza –

#### 4.4.5. Povezanost pozitivnih i negativnih životnih iskustava sa težinom kliničke slike psorijaze

Povezanost pozitivnih traumatskih iskustava s težinom kliničke slike psorijaze prikazana je u tablici 20. U najranijem djetinjstvu uočena je vrlo slaba pozitivna korelacija pozitivnih traumatskih iskustava s težinom kliničke slike u bolesnika sa psorijazom koja nije statistički značajna. U školskoj dobi, adolescenciji i odrasloj dobi uočena je vrlo slaba negativna korelacija između pozitivnih traumatskih iskustava i težine kliničke slike psorijaze koja nije statistički značajna. Stoga, količina pozitivnih traumatskih iskustava nije povezana s težinom kliničke slike psorijaze. Također, nije nađena povezanost niti između cjeloživotnih pozitivnih traumatskih iskustava i težine kliničke slike psorijaze.

Tablica 20. Povezanost pozitivnih životnih iskustava s kliničkom slikom psorijaze

Pozitivna iskustva	PASI	
0 - 6 godina	r = 0.02	p = 0.88
7 - 12 godina	r = -0.08	p = 0.51
13 - 18 godina	r = -0.12	p = 0.27
≥ 19 godina	r = -0.13	p = 0.22
Cjeloživotna	r = -0.13	p = 0.35

Povezanost negativnih životnih iskustava s težinom kliničke slike psorijaze prikazana je u tablici 21. U najranijem djetinjstvu opažena je vrlo slaba negativna korelacija između negativnih životnih iskustava i kliničke slike psorijaze, ali bez statističke značajnosti. U školskoj dobi, adolescenciji i odrasloj dobi uočena je vrlo

slaba pozitivna korelacija negativnih životnih iskustava s kliničkom slikom psorijaze, međutim, bez statističke značajnosti. Stoga, količina negativnih životnih iskustava ne pokazuje povezanost sa težinom kliničke slike psorijaze. Također nije nađena povezanost između cjeloživotnih negativnih iskustava i kliničke slike psorijaze.

Tablica 21. Povezanost negativnih životnih iskustava s kliničkom slikom psorijaze

Negativna iskustva	PASI	
0 - 6 godina	r = -0.03	p = 0.81
7 - 12 godina	r = 0.03	p = 0.84
13 -18 godina	r = 0.02	p = 0.88
≥ 19 godina	r = 0.12	p = 0.33
Cjeloživotna	r = 0.02	p = 0.87

#### 4.5. Ljestvica životnih događaja

Svi ispitanici su putem ljestvice životnih događaja procjenjivali različita životna zbivanja te uznemirenost na navedena zbivanja u zadanom vremenskom razdoblju.

##### 4.5.1. Ljestvica životnih događaja u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati ljestvice životnih događaja u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom prikazani su u tablici 22. Između triju skupina postoje značajne razlike u intenzitetu doživljenih stresora 6 mjeseci prije pojave psorijaze ( $p=0.0001$ ), u stupnju uznemirenosti vezanom uz stresore doživljene posljednjih 6 mjeseci ( $p=0.0001$ ) i 6 mjeseci prije pojave psorijaze ( $p=0.0001$ ). Bolesnici sa psorijazom ( $p=0.0001$ ) i

psorijatičnim artritismom (0.0001) ne doživljavaju intenzivnije stresore 6 mjeseci prije pojave bolesti, međutim, na obje mjere uznemirenosti, posljednjih 6 mjeseci i 6 mjeseci prije pojave bolesti bolesnici sa psorijazom (p=0.0001) i psorijatičnim artritismom (p=0.0001) više su uznemireni nego kontrolni ispitanici. Između bolesnika sa psorijazom i onih sa psorijatičnim artritismom nema statistički značajnih razlika niti u jednoj ispitivanoj varijabli ljestvice životnih događaja.

Tablica 22. Ljestvica životnih događaja u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom

Ljestvica životnih događaja	Psorijaza (P)		Psorijatični artritis (PsA)		Kontrola (K)		F; p	P vs. PsA	P vs. K	PsA vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Stresori zadnjih 6 mj.	73.22	77.23	61.16	67.84	82.88	120.24	NS	0.484	0.476	0.208
Stresori 6 mj. prije pojave psorijaze	68.78	93.24	58.58	69.80	228.51	213.79	34.07*** p=0.0001	0.710	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>
Uznemirenost zadnjih 6 mj.	3.91	1.07	4.14	1.01	2.55	1.00	34.56*** p=0.0001	0.344	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>
Uznemirenost 6 mj. prije pojave psorijaze	4.18	0.94	4.06	1.13	3.11	1.00	23.09*** p=0.0001	0.599	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; F – stupnjevi slobode; \*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

#### 4.5.2. Ljestvica životnih događaja u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Rezultati ljestvice životnih događaja u bolesnika sa psorijazom tipa I i II prikazani su u tablici 23. Statistički značajna razlika između ispitivanih skupina uočena je u svim varijablama osim u doživljenim stresorima u posljednjih 6 mjeseci. Bolesnici sa psorijazom tipa I (p=0.0001) i II (p=0.0001) ne doživljavaju

intenzivnije stresore 6 mjeseci prije pojave bolesti, međutim, u obje mjere uznemirenosti (posljednjih 6 mjeseci i 6 mjeseci prije pojave psorijaze) ispitanici sa psorijazom tipa I ( $p=0.0001$ ) i II ( $p=0.0001$ ) statistički su značajno više uznemireni nego kontrolna skupina. Između bolesnika sa psorijazom tipa I i II nema statistički značajnih razlika niti u jednoj ispitivanoj varijabli.

Tablica 23. Ljestvica životnih događaja u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Ljestvica životnih događaja	Psorijaza tip I (P tip I)		Psorijaza tip II (P tip II)		Kontrola (K)		F, p	P tip I vs. P tip II p	P tip I vs. K p	P tip II vs. K p
	M	SD	M	SD	M	SD				
	Stresori zadnjih 6 mj.	80.10	80.86	55.54	65.02	88.88				
Stresori 6 mj. prije pojave psorijaze	67.00	91.53	73.36	99.08	228.51	213.79	23.39** * p=0.0001	0.863	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>
Uznemirenost zadnjih 6 mj.	3.84	1.11	4.11	0.96	2.55	1.00	27.08** * p=0.0001	0.345	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>
Uznemirenost 6 mj. prije pojave psorijaze	4.10	0.97	4.36	0.87	3.11	1.00	22.06** * p=0.0001	0.315	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS- bez statističke značajnosti; F – stupnjevi slobode; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

#### 4.5.3. Ljestvica životnih događaja u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Rezultati ljestvice životnih događaja u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze prikazani su u tablici 24. Statistički značajne razlike među trima skupinama dobivene su u obje mjere uznemirenosti te na

stresorima 6 mjeseci prije pojave psorijaze. U obje mjere uznemirenosti (posljednjih 6 mjeseci i 6 mjeseci prije pojave psorijaze) psorijatičari s pozitivnom ( $p=0.0001$ ) i negativnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.0001$ ) statistički su značajno više uznemireni nego ispitanici kontrolne skupine. Na skali stresora 6 mjeseci prije pojave psorijaze, bolesnici s pozitivnom ( $p=0.0001$ ) i bolesnici sa negativnom anamnezom psorijaze ( $p=0.0001$ ) postižu značajno niže vrijednosti od kontrolne skupine.

Tablica 24. Ljestvica životnih događaja u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Ljestvica životnih događaja	Psorijaza + (P+)		Psorijaza - (P-)		Kontrola (K)		F; p	P+ vs. P-	P+ vs. K	P- vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Stresori zadnjih 6 mj.	66.14	85.83	77.15	73.88	78.82	114.31	NS	0.594	0.509	0.917
Stresori 6 mj. prije pojave psorijaze	41.72	64.92	86.93	104.86	232.23	216.86	23.66*** $p=0.0001$	0.198	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>
Uznemirenost zadnjih 6 mj.	3.97	1.07	3.80	1.08	2.58	0.99	23.35*** $p=0.0001$	0.533	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>
Uznemirenost 6 mj. prije pojave psorijaze	4.22	0.89	4.11	0.98	3.08	1.01	20.42*** $p=0.0001$	0.691	<b>0.0001</b>	<b>0.0001</b>

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; (P+): pozitivna obiteljska anamneza; (P-): negativna obiteljska anamneza; F- stupnjevi slobode; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

#### 4.6. Ispitivanje agresivnosti

Svi ispitanici su putem upitnika za mjerenje agresivnosti (Ag-87) procjenjivali agresivno ponašanje u provocirajućim situacijama, a riječ je o slijedećim oblicima

agresivnog reagiranja: verbalna manifestna agresija, fizička manifestna agresija, indirektna (prenesena) agresija, verbalna latentna agresija i fizička latentna agresija.

#### 4.6.1. Agresivnost u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati upitnika za mjerenje agresivnosti u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom prikazani su u tablici 25. Uočene su statistički značajne razlike u indirektnoj prenesenoj agresiji ( $p=0.049$ ), verbalnoj latentnoj ( $p=0.039$ ) i ukupnoj agresiji ( $p=0.044$ ) između ispitivanih skupina. Bolesnici sa psorijazom pokazuju statistički značajno jaču indirektnu prenesenu agresiju ( $p=0.026$ ) i verbalnu latentnu agresiju ( $p=0.018$ ) u usporedbi s kontrolnom skupinom. Također je i ukupna agresija statistički značajno veća u bolesnika sa psorijazom u odnosu na one sa psorijatičnim artritisom ( $p=0.034$ ) i kontrolne ispitanike ( $p=0.039$ ).

Tablica 25. Agresivnost u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

AG – 87	Psorijaza (P)		Psorijatični artritis (PsA)		Kontrola (K)		F; p	P vs. PsA	P vs. K	PsA vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Verbalna manifestna agresija	2.28	0.68	2.12	0.56	2.15	0.71	NS	0.175	0.153	0.815
Fizička manifestna agresija	1.26	0.23	1.19	0.18	1.26	0.34	NS	0.149	0.933	0.167
Indirektna prenesena agresija	1.50	0.41	1.37	0.31	1.38	0.41	3.05 * $p=0.049$	0.069	<b>0.026</b>	0.950
Verbalna latentna agresija	2.28	0.76	2.05	0.61	2.04	0.72	3.28 * $p=0.039$	0.074	<b>0.018</b>	0.933
Fizička latentna agresija	1.56	0.63	1.36	0.34	1.46	0.58	NS	0.056	0.218	0.342
Ukupna agresija	1.78	0.43	1.62	0.33	1.66	0.43	3.17 * $p=0.004$	<b>0.034</b>	<b>0.039</b>	0.615

AG – 87 – upitnik za mjerenje agresivnosti

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS- bez statističke značajnosti; F- stupnjevi slobode; \* $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

#### 4.6.2. Agresivnost u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Rezultati upitnika za mjerenje agresivnosti u bolesnika sa psorijazom tipa I i II prikazani su u tablici 26. Statistički značajna razlika između ispitivanih skupina uočena je na skali verbalne latentne agresije ( $p=0.009$ ). Verbalna latentna agresija statistički je značajno veća u bolesnika sa psorijazom tipa I nego tipa II ( $p=0.044$ ) i kontrole ( $p=0.003$ ). Također su i verbalna manifestna agresija ( $p=0.045$ ), indirektna prenesena agresija ( $p=0.038$ ) te ukupna agresija ( $p=0.022$ ) značajno veće u bolesnika sa psorijazom tipa I nego u kontrole, međutim nema statistički značajne razlike u usporedbi s bolesnicima sa psorijatičnim artritisom.

Tablica 26. Agresivnost u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

AG – 87	Psorijaza tip I		Psorijaza tip II		Kontrola (K)		F; p	P tip I vs. P tip II	P tip I vs. K	P tip II vs. K
	(P tip I)		(P tip II)		M	SD		p	p	p
	M	SD	M	SD						
Verbalna manifestna agresija	2.36	0.68	2.09	0.63	2.15	0.71	NS	0.070	<b>0.045</b>	0.656
Fizička manifestna agresija	1.25	0.20	1.29	0.29	1.26	0.34	NS	0.588	0.883	0.646
Indirektna prenesena agresija	1.51	0.41	1.48	0.43	1.37	0.41	NS	0.765	<b>0.038</b>	0.234
Verbalna latentna agresija	2.37	0.77	2.04	0.68	2.04	0.72	4.79 ** $p=0.009$	<b>0.044</b>	<b>0.003</b>	0.984
Fizička latentna agresija	1.55	0.64	1.58	0.61	1.46	0.58	NS	0.852	0.328	0.367
Ukupna agresija	1.81	0.44	1.69	0.40	1.66	0.43	NS	0.228	<b>0.022</b>	0.683

AG – 87 – upitnik za mjerenje agresivnosti

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS-bez statističke značajnosti; F-stupnjevi slobode; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$



#### 4.6.3. Agresivnost u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Rezultati upitnika za mjerenje agresivnosti u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze u usporedbi s kontrolom prikazani su u tablici 27. Uočena je statistički značajna razlika između ispitivanih skupina u verbalnoj latentnoj agresiji ( $p=0.030$ ), dok su razlike u fizički latentnoj agresiji ( $p=0.059$ ) i ukupnoj agresiji ( $p=0.057$ ) blizu granice statističke značajnosti. Na skali verbalne latentne agresije ( $p= 0.017$ ) i ukupne agresije ( $p=0.018$ ) bolesnici s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze postižu značajno više vrijednosti od kontrolne skupine. Također, na skali fizičke latentne agresije, bolesnici s negativnom anamnezom psorijaze postižu značajno više vrijednosti od psorijatičara s pozitivnom obiteljskom anamnezom ( $p=0.043$ ) i kontrolne skupine ( $p=0.039$ ).

Tablica 27. Agresivnost u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

AG – 87	Psorijaza + (P+)		Psorijaza – (P-)		Kontrola (K)		F; p	P+ vs. P-	P+ vs. K	P- vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Verbalna manifestna agresija	2.2 7	0.7 0	2.3 2	0.6 7	2.1 4	0.7 0	NS	0.718	0.332	0.106
Fizička manifestna psorijaza	1.2 4	0.2 1	1.2 8	0.2 4	1.2 6	0.3 5	NS	0.478	0.746	0.600
Indirektna prenesena agresija	1.5 2	0.4 4	1.5 0	0.4 1	1.3 7	0.4 1	NS	0.807	0.062	0.056
Verbalna latentna agresija	2.2 8	0.6 9	2.3 0	0.8 1	2.0 1	0.7 1	3.56 * $p= 0.030$	0.908	0.061	<b>0.017</b>
Fizička latentna agresija	1.4 1	0.4 3	1.6 7	0.7 1	1.4 6	0.5 9	NS	<b>0.043</b>	0.656	<b>0.039</b>
Ukupna agresija	1.7 4	0.3 9	1.8 1	0.4 6	1.6 5	0.4 3	NS	0.435	0.251	<b>0.018</b>

AG – 87 – upitnik za mjerenje agresivnosti

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS- bez statističke značajnosti; F-stupnjevi slobode; (P +): bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom psorijaze, (P-): bolesnici s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze;

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

#### 4.7. Mehanizmi obrane

Svi ispitanici su ispunili upitnik životnog stila koji se sastoji od 92 tvrdnje putem kojih se procjenjuju obrambeni mehanizmi ispitanika.

##### 4.7.1. Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Rezultati upitnika životnog stila u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom prikazani su u tablici 28. Statistički značajna razlika između ispitivanih skupina uočena je u slijedećim mehanizmima obrane: negaciji ( $p=0.005$ ), projekciji ( $p=0.006$ ) i intelektualizaciji ( $p=0.0001$ ). Budući da je pouzdanost unutarnje konzistencije (Cronbach-alpha) za negaciju (0.279) i reaktivnu formaciju (0.418) niska, rezultate vezane uz te skale treba uzeti s oprezom, jer su nepouzdana.

Bolesnici sa psorijazom statistički značajno češće koriste mehanizme reaktivne formacije ( $p=0.051$ ) i regresije u usporedbi s kontrolom ( $p=0.029$ ). Također, bolesnici sa psorijazom ( $p=0.008$ ) i psorijatičnim artritisom ( $p=0.005$ ) statistički značajno češće upotrebljavaju negiranje nego ispitanici kontrolne skupine. Bolesnici sa psorijazom pokazuju statistički značajno više vrijednosti u projekciji ( $p=0.003$ ) i intelektualizaciji ( $p=0.005$ ) nego kontrolna skupina. Također, bolesnici sa psorijatičnim artritisom više koriste projekciju ( $p=0.025$ ) i intelektualizaciju ( $p=0.0001$ ) u usporedbi s kontrolom, dok se obje skupine sa psorijazom međusobno statistički značajno ne razlikuju.

Tablica 28. Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom

Mehanizmi obrane	Psorijaza (P)		Psorijatični artritis (PsA)		Kontrola (K)		F; p	P vs. PsA	P vs. K	PsA vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Reaktivna formacija	3.46	1.88	3.51	1.47	2.97	1.77	NS	0.872	<b>0.051</b>	0.089
Negacija	5.24	1.84	5.47	1.60	4.58	1.67	5.51 ** p=0.005	0.466	<b>0.008</b>	<b>0.005</b>
Regresija	5.22	2.64	4.76	2.39	4.39	2.85	NS	0.336	<b>0.029</b>	0.443
Represija	3.55	2.10	3.67	1.68	3.04	1.90	NS	0.739	0.065	0.074
Kompenzacija	3.42	2.02	3.22	1.43	3.55	2.04	NS	0.570	0.623	0.339
Projekcija	7.11	2.50	7.07	2.60	6.05	2.49	5.17 ** p=0.006	0.924	<b>0.003</b>	<b>0.025</b>
Intelektualizacija	7.69	2.10	8.22	1.91	6.88	2.04	7.85 *** p=0.001	0.147	<b>0.005</b>	<b>0.0001</b>
Premještanje	2.68	1.69	2.42	1.42	2.33	1.59	NS	0.371	0.119	0.740

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija, NS- bez statističke značajnosti; F- stupnjevi slobode; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001

#### 4.7.2. Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom tipa I i II prikazani su u tablici 29. Statistički značajna razlika između ispitivanih skupina uočena je u negaciji (p=0.006), projekciji (p=0.010) i intelektualizaciji (p=0.009). Bolesnici sa psorijazom tipa II statistički značajno češće koriste reaktivnu formaciju (p=0.038) i negaciju (p=0.002) dok bolesnici sa psorijazom tipa I statistički značajno više koriste projekciju (p=0.003) i intelektualizaciju (p=0.048) u usporedbi s kontrolom. Također i bolesnici sa psorijazom tipa II statistički značajno više upotrebljavaju intelektualizaciju u odnosu na kontrolnu skupinu (p=0.005), ali ne i u usporedbi s bolesnicima sa psorijazom tipa I.

Tablica 29. Mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom tipa I i II

Mehanizmi obrane	Psorijaza tip I (P tip I)		Psorijaza tip II (P tip II)		KONTROLA (K)		F; p	P tip I vs. P tip II	P tip I vs. K	P tip II vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Reaktivna formacija	3.33	1.96	3.79	1.64	2.97	1.77	NS	0.267	0.199	<b>0.038</b>
Negacija	5.04	1.79	5.75	1.90	4.58	1.67	5.20 ** p=0.006	0.070	0.091	<b>0.002</b>
Regresija	5.19	2.67	5.28	2.59	4.39	2.85	NS	0.882	0.058	0.127
Represija	3.47	2.03	3.75	2.29	3.04	1.90	NS	0.535	0.164	0.099
Kompenzacija	3.56	2.07	3.07	1.88	3.55	2.04	NS	0.286	0.997	0.267
Projekcija	7.19	2.48	6.89	2.57	6.05	2.49	4.67 * p=0.010	0.589	<b>0.003</b>	0.116
Intelaktualizacija	7.51	2.24	8.14	1.63	6.88	2.04	4.80 ** p=0.009	0.172	<b>0.048</b>	<b>0.005</b>
Premještanje	2.65	1.69	2.75	1.71	2.33	1.59	NS	0.791	0.199	0.229

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; \* p < 0.05; \*\* p < 0.01; \*\*\* p < 0.001

#### 4.7.3. Mehanizmi obrane u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Mehanizmi obrane u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze prikazani su u tablici 30. Statistički značajna razlika između ispitivanih skupina uočena je u reaktivnoj formaciji (p=0.038), negaciji (p=0.003), regresiji (p=0.037), projekciji (p=0.004) i intelektualizaciji (p= 0.035). Bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom psorijaze statistički značajno češće koriste mehanizme reaktivne formacije (p=0.011) i regresije (p=0.014) nego kontrola, dok psorijatičari s negativnom obiteljskom anamnezom statistički značajno više koriste negaciju (p=0.001) i intelektualizaciju (p=0.021) u usporedbi s kontrolnom

skupinom. Bolesnici s pozitivnom obiteljskom anamnezom psorijaze ( $p=0.002$ ) i oni s negativnom obiteljskom anamezom psorijaze ( $p=0.024$ ) statistički značajno više upotrebljavaju projekciju nego ispitanici kontrolne skupine. Između obje skupine bolesnika sa psorijazom nema statistički značajne razlike u ispitivanim mehanizmima obrane.

Tablica 30. Mehanizmi obrane u bolesnika s pozitivnom i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze

Mehanizmi obrane	Psorijaza + (P+)		Psorijaza – (P-)		Kontrola (K)		F; p	P+ vs. P-	P+ vs. K	P- vs. K
	M	SD	M	SD	M	SD		p	p	p
Reaktivna formacija	3.83	2.09	3.11	1.65	2.93	1.78	3.31* p = 0.038	0.060	<b>0.011</b>	0.526
Negacija	5.03	1.90	5.49	1.72	4.51	1.67	6.08 ** p=0.003	0.204	0.128	<b>0.001</b>
Regresija	5.67	2.77	5.02	2.58	4.33	2.84	3.37 * p=0.037	0.262	<b>0.014</b>	0.131
Represija	3.39	2.11	3.59	2.04	3.01	1.93	NS	0.633	0.335	0.079
Kompenzacija	3.81	2.23	3.20	1.87	3.52	2.05	NS	0.155	0.473	0.330
Projekcija	7.47	2.59	6.90	2.49	5.97	2.49	5.60 ** p=0.004	0.281	<b>0.002</b>	<b>0.024</b>
Intelektualizacija	7.61	2.26	7.64	2.02	6.84	2.07	3.40 * p=0.035	0.949	0.062	<b>0.021</b>
Premještanje	2.81	1.70	2.64	1.72	2.27	1.55	NS	0.629	0.096	0.171

M - aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; NS - bez statističke značajnosti; (P+): pozitivna obiteljska anamneza psorijaze; (P-): negativna obiteljska anamneza psorijaze ; \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

4.7.4. Mehanizmi obrane i agresivnost u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom

Tablica 31. Povezanost mehanizama obrane i verbalne manifestne agresije

Mehanizmi obrane	Verbalna manifestna agresija			
	Psorijaza		Psorijatični artritis	
	r	p	r	p
Premještanje	0.465	0.0001***	-0.087	NS
Intelektualizacija	-0.121	NS	-0.069	NS
Projekcija	0.053	NS	0.283	0.060
Kompenzacija	0.527	0.0001***	0.328	0.028*
Represija	-0.078	NS	0.178	NS
Regresija	0.352	0.0001***	0.118	NS
Negacija	-0.059	NS	0.054	NS
Reaktivna formacija	-0.026	NS	-0.096	NS

r= koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \*p<0.05; \*\*p< 0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost mehanizama obrane i verbalne manifestne agresije u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom prikazuje tablica 31. U skupini bolesnika sa psorijazom premještanje (r=0.465; p= 0.0001), kompenzacija ( r=0.527; p=0.0001) i regresija ( r=0.352; p=0.0001) su statistički značajno pozitivno povezani sa verbalnom manifestnom agresijom. U skupini bolesnika sa psorijatičnim artritismom kompenzacija je statistički značajno pozitivno povezana s verbalnom manifestnom agresijom (r=0.283; p=0.028) dok je projekcija statistički granično značajno pozitivno povezana s verbalnom manifestnom agresijom ( r= 0.283; p= 0.060).

Tablica 32. Povezanost mehanizama obrane i fizičke manifestne agresije

Mehanizmi obrane	Fizička manifestna agresija			
	Psorijaza		Psorijatični artritis	
	r	p	r	p
Premještanje	0.444	0.0001***	0.168	NS
Intelektualizacija	-0.027	NS	-0.064	NS
Projekcija	0.152	NS	0.207	NS
Kompenzacija	0.129	NS	0.259	NS
Represija	-0.008	NS	0.209	NS
Regresija	0.397	0.0001***	0.286	0.057
Negacija	-0.098	NS	0.025	NS
Reaktivna formacija	0.055	NS	-0.153	NS

r = koeficijent korelacije; NS-bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ ,  
\*\*\*  $p < 0.001$

Povezanost mehanizama obrane i fizičke manifestne agresije u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism prikazuje tablica 32. U skupini bolesnika sa psorijazom premještanje ( $r=0.444$ ;  $p=0.0001$ ) i regresija ( $r=0.397$ ;  $p=0.0001$ ) su statistički značajno pozitivno povezani sa fizičkom manifestnom agresijom. U skupini bolesnika sa psorijatičnim artritism uočena je statistički granično značajna pozitivna povezanost između regresije i fizičke manifestne agresije ( $r=0.286$ ;  $p=0.057$ ).

Tablica 33. Povezanost mehanizama obrane i indirektne prenesene agresije

Mehanizmi obrane	Indirektna prenesena agresija			
	Psorijaza		Psorijatični artritis	
	r	p	r	p
Premještanje	0.597	0.0001***	0.0244	NS
Intelektualizacija	-0.045	NS	-0.080	NS
Projekcija	0.196	NS	0.073	NS
Kompenzacija	0.461	0.0001***	0.025	NS
Represija	-0.012	NS	0.223	NS
Regresija	0.495	0.0001***	0.100	NS
Negacija	-0.086	NS	0.142	NS
Reaktivna formacija	0.134	NS	-0.250	NS

r= koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost mehanizama obrane i indirektne prenesene agresije u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism prikazuje tablica 33. U skupini bolesnika sa psorijazom premještanje ( $r=0.597$ ;  $p=0.0001$ ), regresija ( $r=0.495$ ;  $p=0.0001$ ) i kompenzacija ( $r=0.461$ ;  $p=0.0001$ ) su statistički značajno pozitivno povezani sa indirektnom prenesenom agresijom.



Tablica 34. Povezanost mehanizama obrane i verbalne latentne agresije

Mehanizmi obrane	Verbalna latentna agresija			
	Psorijaza		Psorijatični artritis	
	r	p	r	p
Premještanje	0.414	0.0001***	0.236	NS
Intelektualizacija	0.034	NS	-0.010	NS
Projekcija	0.243	0.015*	0.194	NS
Kompenzacija	0.483	0.0001***	0.173	NS
Represija	-0.027	NS	0.210	NS
Regresija	0.271	0.006**	-0.009	NS
Negacija	-0.082	NS	0.192	NS
Reaktivna formacija	0.127	NS	- 0.102	NS

r = koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

Povezanost mehanizama obrane i verbalne latentne agresije u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism prikazuje tablica 34. U skupini bolesnika sa psorijazom premještanje ( $r=0.414$ ;  $p=0.0001$ ), projekcija ( $r=0.243$ ;  $p=0.015$ ), kompenzacija ( $r=0.483$ ;  $p=0.0001$ ) i regresija ( $r=0.271$ ;  $p=0.006$ ) su statistički značajno pozitivno povezane s verbalnom latentnom agresijom.

Tablica 35. Povezanost mehanizama obrane i fizičke latentne agresije

Mehanizmi obrane	Fizička latentna agresija			
	Psorijaza		Psorijatični artritis	
	r	p	r	p
Premještanje	0.547	0.0001***	0.249	NS
Intelektualizacija	0.093	NS	-0.077	NS
Projekcija	0.282	0.004**	0.230	NS
Kompenzacija	0.391	0.0001***	0.279	NS
Represija	-0.055	NS	0.188	NS
Regresija	0.358	0.0001***	0.064	NS
Negacija	0.056	NS	0.125	NS
Reaktivna formacija	0.204	0.042*	-0.162	NS

r= koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \* p< 0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost mehanizama obrane i fizički latentne agresije u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritism prikazuje tablica 36. U skupini bolesnika sa psorijazom premještanje (r=0.547; p= 0.0001), projekcija (r=0.282; p=0.004), kompenzacija (r=0.391; p=0.0001), regresija (r=0.358; p=0.0001) i reaktivna formacija (r= 0.204; p=0.042) su statistički značajno pozitivno povezane s fizički latentnom agresijom.

Tablica 36. Povezanost mehanizama obrane i ukupne agresije

Mehanizmi obrane	Ukupna agresija			
	Psorijaza		Psorijatični artritis	
	r	p	r	p
Premještanje	0.615	0.0001***	0.235	NS
Intelektualizacija	-0.010	NS	-0.066	NS
Projekcija	0.239	0.017*	0.255	NS
Kompenzacija	0.554	0.0001***	0.303	0.043*
Represija	-0.053	NS	0.244	NS
Regresija	0.449	0.0001***	0.101	NS
Negacija	-0.059	NS	0.146	NS
Reaktivna formacija	0.128	NS	-0.169	NS

r = koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

Povezanost mehanizama obrane i ukupne agresije u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom prikazuje tablica 36. U skupini bolesnika sa psorijazom premještanje ( $r=0.615$ ;  $p=0.0001$ ), projekcija ( $r=0.239$ ;  $p=0.0017$ ), kompenzacija ( $r=0.554$ ;  $p=0.0001$ ) i regresija ( $r=0.449$ ;  $p=0.0001$ ) su statistički značajno pozitivno povezane s ukupnom agresijom. U skupini bolesnika sa psorijatičnim artritisom kompenzacija je statistički značajno pozitivno povezana s ukupnom agresijom ( $r=0.303$ ;  $p=0.043$ ).

4.7.5. Povezanost pozitivnih i negativnih životnih iskustava u najranijem djetinjstvu s mehanizmima obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom

Tablica 37. Povezanost ukupnih pozitivnih i negativnih životnih iskustava s mehanizmima obrane u u bolesnika sa psorijazom

Mehanizmi obrane	PSORIJAZA			
	ukupna negativna životna iskustva		ukupna pozitivna životna iskustva	
	r	p	r	p
Premještanje	0.247	NS	-0.264	0.049*
Intelektualizacija	0.071	NS	-0.039	NS
Projekcija	0.086	NS	-0.206	NS
Kompenzacija	0.080	NS	-0.136	NS
Represija	- 0.168	NS	0.051	NS
Regresija	0.170	NS	-0.236	NS
Negacija	-0.180	NS	-0.017	NS
Reaktivna formacija	0.382	0.004**	-0.127	NS

r= koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost ukupnih pozitivnih i negativnih ranih životnih iskustava s mehanizmima obrane u bolesnika sa psorijazom prikazana je u tablici 37. U najranijem su djetinjstvu, u bolesnika sa psorijazom ukupna pozitivna životna iskustva statistički značajno negativno povezana s premještanjem (r= -0.264; p=0.049), dok su ukupna negativna životna iskustva statistički značajno pozitivno povezana s reaktivnom formacijom (r=0.382; p=0.004). Također su u bolesnika sa psorijazom, ukupna pozitivna životna iskustva negativno povezana s intelektualizacijom, projekcijom, kompenzacijom, reaktivnom formacijom i regresijom, te pozitivno povezana s represijom i negacijom, ali bez statističke značajnosti. Bolesnici sa psorijazom pokazuju pozitivnu povezanost ukupnih negativnih ranih

životnih iskustava s premještanjem, intelektualizacijom, kompenzacijom i regresijom te negativnu povezanost s represijom i negacijom, međutim, bez statističke značajnosti.

Tablica 38. Povezanost ukupnih pozitivnih i negativnih ranih životnih iskustava s mehanizmima obrane u bolesnika sa psorijatičnim artritisom

Mehanizmi obrane	PSORIJATIČNI ARTRITIS			
	ukupna negativna životna iskustva		ukupna pozitivna životna iskustva	
	r	p	r	p
Premještanje	0.190	NS	-0.115	NS
Intelektualizacija	0.128	NS	0.016	NS
Projekcija	0.158	NS	-0.123	NS
Kompenzacija	0.027	NS	-0.124	NS
Represija	0.466	0.038*	-0.333	NS
Regresija	0.163	NS	-0.497	0.008**
Negacija	0.025	NS	0.026	NS
Reaktivna formacija	0.070	NS	-0.142	NS

r= koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost ukupnih pozitivnih i negativnih ranih životnih iskustava s mehanizmima obrane u bolesnika sa psorijatičnim artritisom prikazana je u tablici 38. U najranijem su djetinjstvu, u bolesnika sa psorijatičnim artritisom ukupna pozitivna životna iskustva statistički značajno negativno povezana s regresijom (r=-0.497; p=0.008), dok su ukupna negativna životna iskustva statistički značajno pozitivno povezana s represijom (r=0.466; p=0.038). Također su u bolesnika sa psorijatičnim artritisom ukupna pozitivna životna iskustva negativno povezana s premještanjem, projekcijom, kompenzacijom, represijom i reaktivnom formacijom te pozitivno povezana s intelektualizacijom i negacijom, ali bez statističke značajnosti. Bolesnici

sa psorijatičnim artritisom pokazuju pozitivnu povezanost ukupnih negativnih ranih životnih iskustava s premještanjem, intelektualizacijom, projekcijom, kompenzacijom, regresijom, negacijom i reaktivnom formacijom, ali bez statističke značajnosti.

Tablica 39. Povezanost ukupnih pozitivnih i negativnih životnih iskustava s mehanizmima obrane u ispitanika kontrolne skupine

Mehanizmi obrane	KONTROLNA SKUPINA			
	ukupna negativna životna iskustva		ukupna pozitivna životna iskustva	
	r	p	r	p
Premještanje	0.248	NS	-0.241	NS
Intelektualizacija	-0.055	NS	0.308	0.017*
Projekcija	-0.040	NS	-0.067	NS
Kompenzacija	-0.012	NS	-0.021	NS
Represija	0.126	NS	-0.033	NS
Regresija	0.235	NS	-0.362	0.004**
Negacija	0.066	NS	0.116	NS
Reaktivna formacija	-0.078	NS	-0.012	NS

r= koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost ukupnih pozitivnih i negativnih ranih životnih iskustava s mehanizmima obrane u ispitanika kontrolne skupine prikazana je u tablici 39. U najranijem su djetinjstvu u ispitanika kontrolne skupine ukupna pozitivna životna iskustva statistički značajno negativno povezana s regresijom (r=-0.362; p=0.004) te statistički značajno pozitivno s intelektualizacijom (r=0.308; p=0.017). Također su ukupna pozitivna rana životna iskustva negativno povezana s premještanjem, projekcijom, kompenzacijom, represijom i reaktivnom formacijom, međutim, bez statističke značajnosti. U ispitanika kontrolne skupine ukupna negativna životna

iskustva nisu statistički značajno povezana niti s jednim mehanizmom obrane, iako se opaža pozitivna korelacija s premještanjem, represijom, regresijom i negacijom te slaba negativna korelacija s intelektualizacijom, projekcijom, kompenzacijom i reaktivnom formacijom.

#### 4.7.6. Povezanost mehanizama obrane s težinom kliničke slike psorijaze

Tablica 40. Povezanost mehanizama obrane s kliničkom slikom psorijaze

Mehanizmi obrane	PASI INDEKS	
	r	p
Premještanje	0.348	0.001**
Intelektualizacija	-0.039	NS
Projekcija	0.132	NS
Kompenzacija	0.137	NS
Represija	0.148	NS
Regresija	0.202	0.051
Negacija	0.072	NS
Reaktivna formacija	0.151	NS

r = koeficijent korelacije; NS- bez statističke značajnosti; \*p<0.05;

\*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Povezanost mehanizama obrane s težinom kliničke slike psorijaze prikazuje tablica 40. U bolesnika sa psorijazom uočena je statistički značajna pozitivna povezanost težine kliničke slike psorijaze s premještanjem ( $r=0.348$ ;  $p=0.001$ ), dok je regresija statistički granično značajno pozitivno povezana s težinom kliničke slike psorijaze ( $r=0.202$ ;  $p=0.051$ ). Naime, što je premještanje veće, veći je i PASI indeks, odnosno, teža je klinička slika psorijaze. Mehanizmi obrane, projekcija, kompenzacija, represija, negacija i reaktivna formacija također pokazuju pozitivnu

korelaciju s težinom kliničke slike psorijaze, međutim, bez statističke značajnosti. Intelktualizacija je jedini mehanizam obrane koji pokazuje negativnu korelaciju s težinom kliničke slike psorijaze koja nije statistički značajna.

#### 4.7.7. Prediktori težine kliničke slike psorijaze

Različiti mehanizmi obrane kao mogući prediktori težine kliničke slike psorijaze prikazani su u tablici 41. Mehanizmi obrane statistički značajno predviđaju težinu kliničke slike psorijaze ( $R=0.417$ ;  $p=0.033$ ) pri čemu je jedini statistički značajan prediktor premještanje ( $Beta=0.366$ ;  $p=0.007$ ). Dakle, što je premještanje veće, veći je i PASI indeks, odnosno teža je klinička slika psorijaze. Ostali navedeni mehanizmi obrane nisu značajni prediktori težine kliničke slike psorijaze.

Tablica 41. Mehanizmi obrane kao prediktori kliničke slike psorijaze

	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Ukupni F</b>	<b>Beta</b>
<b>Mehanizmi obrane</b>	0.42	0.17	2.24 *	
Reaktivna formacija				0.13
Negacija				0.06
Regresija				-0.05
Represija				0.15
Kompenzacija				-0.04
Projekcija				0.07
Intelktualizacija				-0.19
Premještanje				0.37 **

R- multipla korelacija ( svi obrambeni mehanizmi u korelaciji s PASI indexom);  
 ukupni F – značajnost R ; Beta – (obrambeni mehanizmi pojedinačno u predviđanju PASI indexa);  
 \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$



## 5. RASPRAVA

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritismom imaju mnogobrojna negativna životna iskustva tijekom odrastanja uz istovremeno smanjenje pozitivnih životnih iskustava osobito tijekom školske dobi i adolescencije. U literaturi za sada ne postoji niti jedna studija o ulozi traumatskih iskustava tijekom odrastanja u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom. Samo u jednoj studiji je opisana povećana nazočnost traumatskih iskustava u djetinjstvu u različitim psihosomatskim kožnim bolestima, uključujući psorijazu (35). Bolesnici sa psorijazom su od najranijeg djetinjstva izloženi traumi zbog alkoholizma u obitelji. Neke studije opisuju povećanu prevalenciju alkoholizma i pušenja upravo u bolesnika sa psorijazom (94,95). Naime, prevalencija alkoholizma u psorijatičara iznosi čak 18%, dok je ona u kontrolnih dermatoloških bolesnika samo 2% (94). Povećana prevalencija alkoholizma u psorijatičara je djelomično posljedica i ranih trauma vezanih uz alkoholizam njihovih roditelja. Tijekom školske, adolescentne i odrasle dobi se u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom na alkoholizam nadovezuju traumatska iskustva emocionalnog i seksualnog zlostavljanja, obiteljskih tajni te drugih trauma. Naši rezultati ukazuju da je napose u bolesnika sa psorijatičnim artritismom tijekom adolescencije uvelike nazočna trauma seksualnog zlostavljanja što je u skladu i s rezultatima drugih autora (96). Traumatska iskustva emocionalnog zanemarivanja, fizičkog zlostavljanja te traume prouzročene psihičkim bolestima članova uže obitelji podjednako pridonose riziku za razvoj artritisa u kasnijoj dobi (96). Međutim, upravo trauma seksualnog zlostavljanja u dječjoj dobi predstavlja najveći rizični faktor za pojavu artritisa u odrasloj dobi (96). Također, traumatska iskustva u djetinjstvu i rana pojava depresije te anksioznosti

neovisno povećavaju rizik za pojavu artritisa u odrasloj dobi (96). Danese i sur. otkrili su, da zlostavljana djeca, dvadeset godina kasnije imaju značajno povišene vrijednosti upalnog biljega (C- reaktivnog proteina) koji je jedan od temeljnih znakova aktivnosti psorijatičnog artritisa (97). Stoga se čini da rana traumatska iskustva imaju dugoročan učinak na razvoj i uzrok su poremećene uloge imunološkog sustava u nadzoru imunološkog odgovora na psihološki stres.

Prilog tome su i dosadašnja istraživanja koja upućuju na povezanost negativnih životnih iskustava u dječjoj dobi s različitim psihijatrijskim bolestima u odrasloj dobi (98). Poznato je da emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje u ranom djetinjstvu često ima za posljedicu poremećaj osobnosti, schizofreniju, alkoholizam te simptome depresije i anksioznosti. Međutim, nove studije pokazuju da traumatska iskustva u djetinjstvu mogu biti rizični faktori ne samo za pojavu psihičkih poremećaja, nego i različitih somatskih bolesti poput artritisa, dijabetesa, astme, kardiovaskularnih bolesti, fibromijalgije te posebice različitih bolnih stanja (96,99). Štoviše, nove studije povezuju traumatska iskustva u djetinjstvu s pojedinim kožnim bolestima (100). Tako su Willemssen R. i sur. ukazali da su bolesnici s alopecijom areatom u djetinjstvu značajno više emocionalno zanemarivani i zlostavljani u usporedbi sa zdravim ispitanicima (100).

U otprilike jedne trećine bolesnika sa psorijazom bolest počinje prije petnaeste godine života (101). Psihički stres i infekcije respiratornog sustava najčešći su rizični čimbenici za pojavu psorijaze u dječjoj dobi i adolescenciji (102,103). Naime, adolescencija kao ranjiviji period odrastanja s mnogobrojnim ciljevima na putu oblikovanja zdrave osobnosti, čini se predstavlja kritičnu fazu za pojavu psorijaze. U ovom istraživanju bolesnici sa psorijazom tipa I, koja počinje u ranoj

životnoj dobi i praćena je pozitivnom obiteljskom anamnezom imaju više negativnih, a manje pozitivnih životnih iskustava tijekom adolescencije. Iako je u većine bolesnika nazočna pozitivna obiteljska anamneza psorijaze, čini se da su za rani početak psorijaze ipak presudni okolišni čimbenici. Emocionalno zanemarivanje, alkoholizam u obitelji, izostanak osjećaja sigurnosti i kompetencije tijekom djetinjstva dovode do negativnih i bolnih emocija sa stvaranjem obrasca za rasterećenje koji ide putem kože, odnosno zglobova uz postupan razvoj psihosomatske bolesti. Odrastanje uz roditelje koji boluju od psorijaze, a koji zbog izvjesnog stupnja aleksitimičnosti nisu u stanju pružiti onu količinu emocionalne potpore koju djeca trebaju, napose u kritičnim fazama razvoja, utječe na pojavu psorijaze u ranijoj životnoj dobi. Stoga, negativna životna iskustva uz manjak pozitivnih iskustava, osobito tijekom školske i adolescentne dobi mogu biti okidač za rani početak psorijaze.

Besiroglu i sur. su uočili da su bolesnici sa psihosomatskim kožnim bolestima poput vitiliga, lihen simplex i psorijaze značajno češće emocionalno zanemarivani tijekom dječje dobi u usporedbi s kontrolom (35). Ipak, u istoj studiji nije uočena razlika u ukupnim traumatskim iskustvima između psihosomatskih bolesnika i kontrole što je u suprotnosti s našim rezultatima. Naime, u školskoj, adolescentnoj i odrasloj dobi, naši bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritismom imaju značajno više ukupnih negativnih životnih iskustava u usporedbi s kontrolom. U bolesnika sa psorijazom uočeno je i značajno više ukupnih cjeloživotnih negativnih iskustava što je također nađeno i u bolesnika sa psorijazom tipa II i onih s pozitivnom obiteljskom anamnezom psorijaze.

Rezultati životnih iskustava u bolesnika sa psorijazom tipa I i tipa II ukazali su na smanjenje ukupnih pozitivnih životnih iskustava u adolescenciji uz istovremenu

povećanu nazočnost ukupnih negativnih životnih iskustva u školskoj, adolescentnoj i odrasloj dobi. Zanimljivo je da bolesnici sa psorijazom tipa II, koja počinje u kasnijoj životnoj dobi, izvještavaju o traumatskim iskustvima u ranom djetinjstvu i školskoj dobi, dok su u onih s tipom I bolesti i ranijim početkom psorijaze, traume nazočne tek kasnije tijekom školske i adolescentne dobi. Čini se da su u bolesnika sa psorijazom tipa I traumatski događaji tijekom ranog djetinjstva manje zapamćeni od negativnih životnih iskustava u kasnijem djetinjstvu i adolescenciji. Međutim, treba naglasiti da su obje skupine bolesnika bile izložene mnogobrojnim negativnim životnim iskustvima tijekom svih ispitivanih životnih perioda.

Prema posljednjim studijama traumatska iskustva emocionalnog, seksualnog i fizičkog zlostavljanja tijekom djetinjstva povezuju se s aleksitimijom, nazočnom primarno u psihosomatskih bolesnika (104,105). Međutim, aleksitimija se pojavljuje i kod mnogih drugih psihijatrijskih i somatskih bolesti napose u onih povezanih sa psihološkim stresom. U dermatologiji se aleksitimija povezuje sa psorijazom, alopecijom areatom, kroničnom urtikarijom i vitiligom (106). Disfunkcionalni rani razvoj s poremećajima u odnosu između roditelja i djeteta onemogućava usvajanje zdravih obrazaca prepoznavanja i ispoljavanja emocija (107). U obiteljima bolesnika sa psorijazom emocije se ne ispoljavaju otvoreno s ciljem izbjegavanja konflikta i održavanja pseudoharmonije, a takav način komuniciranja podržava aleksitimiju (26).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da pozitivna i negativna životna iskustva ne utječu na težinu kliničke slike psorijaze. U literaturi za sada ne postoji niti jedna studija o povezanosti životnih iskustava s težinom kliničke slike psorijaze. Stoga, iako traumatska životna iskustva imaju važnu ulogu u pojavi psorijaze, čini se da ne utječu na težinu kliničke slike psorijaze.

Iako istraživanja u psihosomatskoj medicini idu u različitim pravcima, ipak je psihički stres glavno područje istraživanja utjecaja psihosocijalnih čimbenika na pojavu različitih bolesti. U istraživanjima povezanosti psihičkog stresa s mnogim bolestima ispituju se životni događaji povezani sa značajnim adaptivnim zahtjevima osobe ili se istražuju individualna obilježja u suočavanju sa stresom. Također se biološkim istraživanjima nastoji razjasniti mehanizme putem kojih okolišni i psihosocijalni čimbenici izazivaju biološke promjene u organizmu. Mnogobrojne studije ukazale su na utjecaj psihičkog stresa na pojavu i pogoršanje psorijaze dok gotovo da i nema detaljnijih istraživanja o povezanosti stresa i psorijatičnog artritisa. Međutim, dosadašnja istraživanja potvrđuju da je stres važan rizični čimbenik u patogenezi autoimunih reumatskih bolesti napose reumatoidnog artritisa (16). Stoga se može pretpostaviti da je stres značajan čimbenik i u nastanku psorijatičnog artritisa što su potvrdili rezultati naših istraživanja. Kronični stres u bolesnika s reumatoidnim artritisom uzrokuje povećanje upalnih biljega i pogoršanje bolesti (108). Brojne druge psihoneuroimunološke studije omogućile su bolje razumijevanje mehanizama putem kojih psihički stres uzrokuje proliferativni i upalni proces u psorijazi i psorijatičnom artritisu. Neodgovarajući hipotalamičko-pituitarno-adrenalno-kortikalni odgovor na stres može uvelike pridonijeti razvoju psorijaze i psorijatičnog artritisa. Međutim, nedavno istraživanje Karanikas i sur. otkriva da se povećan broj CD8+, aktiviranih CD3+ i HLA-DR+ limfocita u perifernoj krvi psorijatičara može naći i pri normalnoj funkciji hipotalamičko-pituitarno-adrenalno-kortikalnog sustava (109).

Mnogi bolesnici sa psorijazom vjeruju da je psihički stres odgovoran za pojavu ili pogoršanje njihove bolesti neovisno o obiteljskoj anamnezi psorijaze. Dosadašnji rezultati istraživanja utjecaja stresnih događaja na pojavu ili pogoršanje

psorijaze su prijeporni. Međutim, većina studija ukazuje na značajnu povezanost stresnih događaja s pojavom ili pogoršanjem psorijaze (53-56). Naime, istraživanja su pokazala da je čak 60% bolesnika mjesec dana prije pogoršanja psorijaze bilo izloženo stresnim životnim događajima (64). Picardi i sur. nisu pronašli povećan intenzitet stresnih događaja koji prethode pojavi i pogoršanju psorijaze što je slično našim rezultatima (67,110). Naime, i u našem istraživanju smo uočili da bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritismom ne doživljavaju intenzivnije stresore 6 mjeseci prije pojave bolesti. Suprotno našim rezultatima, Naldi i sur. upućuju na povećan ukupni skor životnih događaja 6 mjeseci prije pojave kapljičaste psorijaze, dok neki autori ukazuju na važnu ulogu životnih događaja u ispoljavanju kronične stacionarne psorijaze (69,111.). Stoga se čini da psihički stres ima ulogu u pojavi bolesti bez obzira na klinički oblik u kojem se psorijaza ispoljava..

Karanikas i sur. su ustanovili da su u bolesnika sa psorijazom povišene vrijednosti na skali životnih događaja prije same pojave bolesti (109). Štoviše, ista studija je pokazala da je intenzitet stresnih događaja značajno povezan s težinom kliničke slike psorijaze (109). Naime, uz viši intenzitet životnih događaja teža je klinička slika psorijaze što se razlikuje od rezultata našeg istraživanja, u kojem težina kliničke slike bolesti nije povezana niti s jednom mjerom stresa i uznemirenosti. U drugim je studijama također uočena snažna povezanost između težine kliničke slike psorijaze i doživljenog iskustva jakog stresa (112). Nadalje je pokazano da stres utječe na pogoršanje kliničke slike psorijaze, ali i pogoršanje zglobnih tegoba u oboljelih (113). Budući da stres može utjecati na težinu kliničke slike psorijaze te da se psorijatični artritis češće javlja u težim kliničkim oblicima psorijaze, čini se da psihički stres pridonosi ne samo pogoršanju psorijaze, nego i artritisa.

Nove studije pokazuju da svakodnevni, dnevni stresori snažno utječu na pojavu, ali i težinu kliničke slike psorijaze (66). Naime, uočena je značajna korelacija između dnevnih stresova i težine kliničke slike psorijaze te povezanost dnevnih stresova s pogoršanjem reumatoidnog artritisa (13,66). Verhoeven EWM. i sur. su ukazali na važnost individualnih kognitivnih čimbenika ličnosti i njihovog utjecaja na povezanost između dnevnih stresora i težine kliničke slike psorijaze (114). Rezultati našeg istraživanja također ukazuju na značaj individualnih obilježja ličnosti u odgovoru na psihički stres. Naime, iako bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritisom ne doživljavaju intenzivnije stresore oni su značajno više uznemireni 6 mjeseci prije pojave bolesti nego kontrolni ispitanici. Naši rezultati pokazuju da su za pojavu bolesti osobni resursi i faktori osobnosti važniji od objektivne karakteristike samog stresora. Naime, neki događaji mogu izgledati relativno beznačajno vanjskom promatraču, ali zbog svog individualnog značenja mogu za bolesnika predstavljati značajan stres. Svaki čovjek ima svoj način reagiranja i svoje crte osobnosti. Novi susreti, brak, rođenje djeteta, smrt voljene osobe, rat imaju snažan utjecaj na svaku osobu. Različiti događaji i naš unutarnji život, osobno iskustvo, osjećaji, težnje i fantazije upravljaju i utječu na naše ponašanje. Dakle, u doživljaju stresnosti jedne situacije postoje individualne razlike koje su posljedica psihičkog razvoja svake osobe i ranijih iskustava te naučenih modela ponašanja u suočavanju sa stresom. Za pretpostaviti je da aleksitimična osobnost bolesnika sa psorijazom zbog neprimjerenog emotivnog nadzora pogoduje psihosomatskom modelu njihove reakcije (110).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da i bolesnici sa psorijazom tipa I i II ne doživljavaju intenzivnije stresore prije pojave bolesti, ali su značajno više

uznemireni nego kontrolna skupina ispitanika. Gupta i sur. su ustanovili da je psorijaza tipa I češće povezana s psihičkim stresom u usporedbi sa psorijazom tipa II (89). Također su bolesnici sa psorijazom tipa I zbog poteškoća u ispoljavanju agresije pojačano osjetljivi na stres te u situacijama jakog stresa reagiraju somatskom podražljivošću. Međutim, naši rezultati nisu ukazali na razliku u doživljavanju stresora između bolesnika sa psorijazom tipa I i tipa II.

Agresija ima primarnu ulogu u oblikovanju ličnosti psihosomatskog bolesnika kao i u nastanku psihosomatskih simptoma. Visoka razina agresije s problemima u pražnjenju agresivnih impulsa uočena je u bolesnika sa psorijazom, reumatoidnim artritisom, atopijskim dermatitisom i kroničnom urtikarijom (36,41). Značajke osobnosti poput aleksitimije čija je prevalencija povišena u bolesnika sa psorijazom, dovode do kanaliziranja neugodnih emocija, napose neprihvatljivih agresivnih impulsa u kožu i zglobove. Također, aleksitimija može pospješiti pojavu anksioznosti i depresije u bolesnika sa psorijazom (115).

Analiza rezultata agresivnosti u naših bolesnika sa psorijazom, ali ne i onih sa psorijatičnim artritisom, je pokazala povećanu nazočnost indirektnih ili prenesenih oblika agresije. Psorijatičari pokazuju značajno jaču indirektnu prenesenu agresiju, verbalnu latentnu te ukupnu agresiju u usporedbi s kontrolom. Iako su rezultati dosadašnjih istraživanja agresije u bolesnika sa psorijazom prijeporni, većina studija ukazuje na poremećaje u ispoljavanju agresivnih impulsa. Matussek P. i sur. su u skupini 38 psorijatičara ustanovili jaku agresiju prema drugima i nisku razinu agresije okrenutu prema sebi (36). Drugi su autori ustanovili da bolesnici sa psorijazom u provocirajućim stresnim situacijama pokazuju slabiju verbalnu ekspresiju agresije u odnosu na kontrolnu skupinu ispitanika (40). Sukladno našim rezultatima Conrad i



sur. su ukazali da je u bolesnika sa psorijazom povišena ne samo indirektna i ukupna agresija nego i manifestna agresija (41).

Naše istraživanje pokazuje da su verbalna manifestna, verbalna latentna, indirektna prenesena te ukupna agresija značajno veće u bolesnika sa psorijazom tipa I nego u zdravih ispitanika. Štoviše, verbalna latentna agresija je značajno veća u psorijazi tipa I u odnosu na tip II. To je u skladu s rezultatima Gupte i sur. koji su ustanovili da su bolesnici sa psorijazom tipa I skloni okretanju agresije prema sebi što za posljedicu ima povišenje krvnog tlaka, odnosno povećanje autonomne reaktivnosti (89). U ovom istraživanju bolesnici s negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze postižu značajno više vrijednosti u ukupnoj i verbalnoj latentnoj agresiji u odnosu na kontrolu, dok je fizička latentna agresija viša i u odnosu na one s pozitivnom obiteljskom anamnezom.

U istraživanju nismo uočili značajnu povezanost između težine kliničke slike psorijaze i različitih vrsta agresivnosti. Suprotno našim rezultatima Vedhara K. i sur. su pokazali da verbaliziranje traumatskih ili stresnih iskustava utječe na težinu kliničke slike psorijaze (116). Štoviše, učinci verbalne ekspresije emocija s posljedičnom promjenom raspoloženja prediktor su poboljšanja kliničke slike psorijaze, ali i kvalitete života bolesnika (116). U bolesnika sa psorijazom se ispoljavanje agresivnih impulsa povezuje s rizikom separacije. Naime, Rubino A. i suradnici su ukazali da psorijatičari pokazuju poremećaje u separaciji i individuaciji zbog kojih nisu postavljene psihološke granice između sebe i drugih osoba (31). Za pretpostaviti je stoga, da su i mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom nezreliji i primitivniji u odnosu na zdrave osobe.

U literaturi postoje brojne studije u kojima se istražuje svjesna, kognitivna

razina psihičkog funkcioniranja psorijatičara promatrana kroz mehanizme suočavanja sa stresom ili tzv. „coping“ (od engl. cope- suočavanje) dok gotovo nema studija koje istražuju nesvjesne mehanizme (47,48). U kliničkom je radu procjena razine razvoja pojedine ličnosti u odnosu na dominantne mehanizme obrane koje pokazuje u određenoj fazi važan pokazatelj strukture ličnosti te njenog funkcioniranja (49). Prepoznavanje mehanizama obrane napose je potrebno u postavljanju indikacija za pojedine vrste psihijatrijskog tretmana. Vrlo često bolesnik ima prema liječniku određena očekivanja zbog tjeskobe vezane uz svoju bolest i pri tome pokazuje određeni stupanj regresije, ali i drugih manje diferenciranih obrambenih mehanizama koji otežavaju cjelokupni terapijski proces. Ova klinička zapažanja pokazala su se točnim obzirom na rezultate istraženih mehanizma obrane u naših bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom.

Rezultati ovog istraživanja su pokazali da bolesnici sa psorijazom, ali ne i oni sa psorijatičnim artritismom, statistički značajno češće koriste regresiju i reaktivnu formaciju kao mehanizme obrane. Analiza povezanosti obrambenih mehanizama i agresivnosti u bolesnika sa psorijazom pokazala je da je regresija značajno pozitivno povezana sa svim ispitivanim oblicima agresije, dok je u bolesnika sa psorijatičnim artritismom granično značajno pozitivno povezana jedino sa fizičkom manifestnom agresijom. Regresija je primitivni, manje diferencirani mehanizam obrane koji omogućava neposredno izražavanje impulsa. Predstavlja povratak na manje zrele oblike zadovoljavanja potreba, a u temelju se nalazi jak osjećaj osobe da je pretjerano nadzirana. Bolesnik sa psorijazom sklon je regresiji, a i psihijatru najčešće dolaze bolesnici koji kao obranu koriste regresiju (117). Reaktivna formacija je zreliji mehanizam obrane koji koriste psihosomatski bolesnici. Bolesnici sa psorijazom

koriste reaktivnu formaciju kako bi agresivne impulse koji proizlaze iz reaktiviranog konflikta, pretvorili u suprotno i tako osigurali privrženost objekta. Budući je agresija blokirana unutar selfa javljaju se kožne promjene, a bolesnik tako dobiva potrebnu pažnju i ljubav.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritismom statistički značajno češće upotrebljavaju negiranje u usporedbi s kontrolom. Međutim, vrijednosti za mehanizme negacije i reaktivnu formaciju treba uzeti s oprezom, budući da je pouzdanost unutarnje konzistencije za te skale niska. Negacija je mehanizam koji se temelji na selektivnoj nepažnji što nam omogućava da previdimo neugodne aspekte objekta i situacije. Osobe koje često koriste negaciju sklone su idealizaciji, naivne su i nedostatno kritične, sugestibilne, tople i povjerljive. Što osoba manje negira, ima više povjerenja u sebe i svijet oko sebe, u stanju je suočiti se s vlastitim kapacitetima i rizicima koji su nazočni u okolini. Bolesnici sa psorijazom su opisani kao zavisne i sugestibilne osobe sa sklonošću prema pasivno-agresivnoj i opsesivno-kompulsivnoj strukturi (76). Folnegović-Šmalc je uočila da su negacija, potiskivanje, projekcija i regresija najčešći mehanizmi obrane u bolesnika sa psorijazom, a to se uglavnom podudara i s rezultatima našeg istraživanja (117).

U skupini bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom uočene su značajno više vrijednosti u projekciji i intelektualizaciji u usporedbi s kontrolom. Dosadašnje psihodinamske studije ukazuju da su bolesnici sa reumatoidnim artritismom skloniji korištenju nezrelih mehanizama obrane što upućuje na korištenje sličnih mehanizama obrane i u bolesnika sa psorijatičnim artritismom (118). Projekcija je viša u bolesnika sa psorijazom tipa I dok je intelektualizacija viša u obje skupine

bolesnika. Također, bolesnici s pozitivnom, ali i negativnom obiteljskom anamnezom psorijaze češće koriste projekciju u odnosu na kontrolu. Intelktualizacija je mehanizam obrane koji se koristi zbog potrebe za kontrolom emocija. Umjesto da se emocija osjeća, o njoj se razmišlja i raspravlja. Projekcija je obrambeni mehanizam kojim se unutrašnji neprihvatljivi impulsi i osjećaji pripisuju vanjskom objektu (49). Iako je ovaj mehanizam karakterističan za psihotična stanja, može se javiti i pri normalnim stanjima te kod neuroza. Projekcija je u osnovi nemogućnost prihvaćanja sebe, ali se izražava u obliku odbacivanja. Najčešće se projiciraju u drugog oni osjećaji koji vlastiti superego ne odobrava, pa se tako najčešće projiciraju agresivni impulsi što smo potkrijepili i rezultatima našeg istraživanja (49). Naime, u bolesnika sa psorijazom projekcija statistički značajno korelira s fizičkom i verbalnom latentnom te ukupnom agresijom, dok je u bolesnika sa psorijatičnim artritismom granično značajno pozitivno povezana s verbalnom manifestnom agresijom. Može se zaključiti da bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritismom češće koriste manje diferencirane mehanizme obrane.

Analiza povezanosti mehanizama obrane s težinom kliničke slike psorijaze je pokazala da težina kliničke slike statistički značajno korelira s obrambenim mehanizmom premještanja. Premještanje je i jedini značajan prediktor težine kliničke slike psorijaze. To je primitivni, manje diferenciran mehanizam obrane koji ima ulogu nadzora osjećaja ljutnje na način da je osoba premjesti na drugi objekt te se tako izbjegnu neželjene posljedice. Dakle, što je klinička slika teža, vjerojatno je jača izraženija agresija oboljele osobe s težim izražavanjem ljutnje koja je preusmjerena na manje opasne ciljeve. To je u skladu s našim rezultatima u kojima smo ukazali na značajnu povezanost premještanja sa svim mjerama agresije. Slično su

utvrdili Devrimci-Ozguven H. i sur. koji su ukazali da niska afektivna ekspresija utječe na težinu kliničke slike psorijaze (119).

Ovo istraživanje je provedeno s ciljem potpunijeg razumijevanja osobnosti bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritismom koje bi u konačnici doprinijelo i njihovom učinkovitijem liječenju. Međutim, potrebno je istaknuti i neka ograničenja ove studije. Podatci dobiveni retrospektivnom samoprocjenom ispitanika mogu biti manje pouzdani i vrijedni što ograničava moć zaključivanja. Dječje traume je teško definirati, istraživati i dokazati, posebice retrogradno kada se ispitanici teže prisjećaju detalja. Podatci dobiveni ovim istraživanjem mogu također biti djelomično nepotpuni zbog aleksitimčnosti bolesnika sa psorijazom. Također, depresija i anksioznost koje su često nazočne u bolesnika sa psorijazom mogu utjecati na prosudbe u psihologijskim testovima. Konačno ograničen broj bolesnika sa psorijazom, a posebice onih sa psorijatičnim artritismom može biti limitirajući čimbenik u ovom istraživanju.

Zaključno, rezultati istraživanja povezanosti životnih iskustava, stresa, agresivnosti i mehanizama obrane sa psorijazom i psorijatičnim artritismom ukazuju na važnu ulogu psihosocijalnih čimbenika u multifaktorijalnoj etiopatogenezi tih bolesti. Nadalje oni upućuju na moguću povezanost obiteljskih odnosa u djetinjstvu s pojavom kroničnih psihosomatskih bolesti poput psorijaze i psorijatičnog artritisa. Nadamo se da ćemo ovim istraživanjem ukazati na potrebu interdisciplinarnog pristupa u liječenju bolesnika sa psorijazom i psorijatičnog artritisa. Stoga, uključivanje psihijatra i psihoterapeuta od samog početka liječenja tih bolesti može dovesti do značajnih i dugoročnih terapijskih rezultata.

## 6. ZAKLJUČCI

Na temelju rezultata istraživanja traumatskih iskustava, stresa, agresivnosti i mehanizama obrane u bolesnika sa psorijazom i psorijatičnim artritisom možemo zaključiti:

1. Bolesnici sa psorijazom imaju značajno više negativnih životnih iskustava u odnosu na kontrolne ispitanike tijekom ranog djetinjstva, školske, adolescentne i odrasle dobi te značajno manje pozitivnih životnih iskustava u adolescenciji. Bolesnici sa psorijatičnim artritisom imaju značajno više negativnih životnih iskustava u odnosu na kontrolne ispitanike tijekom školske, adolescentne i odrasle dobi, te značajno manje pozitivnih životnih iskustava u školskoj dobi. U bolesnika sa psorijazom je tijekom života kontinuirano nazočna trauma alkoholizma u obitelji. Bolesnici sa psorijatičnim artritisom značajno su češće seksualno zlostavljani u adolescenciji u odnosu na kontrolne ispitanike i bolesnike s psorijazom. Bolesnici sa psorijazom tipa I i tipa II doživljavaju značajno manje pozitivnih životnih iskustava u adolescenciji i značajno više negativnih životnih iskustava tijekom cijelog života u odnosu na kontrolne ispitanike.
2. Bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritisom ne doživljavaju intenzivnije stresore prije početka bolesti, međutim, značajno su jače uznemireni od kontrolne skupine ispitanika. Između bolesnika sa psorijazom i onih sa psorijatičnim artritisom te bolesnika sa psorijazom tipa I i II nema značajnih razlika niti u jednoj ispitivanoj varijabli ljestvice životnih događaja.
3. Bolesnici sa psorijazom pokazuju negativnu povezanost ukupnih pozitivnih ranih životnih iskustava s premještanjem, dok su ukupna negativna životna iskustva

značajno pozitivno povezana s reaktivnom formacijom. U bolesnika sa psorijatičnim artritisom su ukupna pozitivna rana životna iskustva značajno negativno povezana s regresijom, dok su ukupna negativna rana životna iskustva značajno pozitivno povezana s represijom. U bolesnika sa psorijazom regresija i premještanje su značajno pozitivno povezane sa svim oblicima agresije. Bolesnici sa psorijazom i psorijatičnim artritisom češće koriste manje diferencirane mehanizme obrane u usporedbi s kontrolnom skupinom ispitanika.

4. Bolesnici sa psorijazom značajno češće koriste indirektne ili prenesene oblike agresivnosti. Ukupna agresija, indirektna prenesena i verbalna latentna agresija značajno su više u bolesnika sa psorijazom nego u kontrolnih ispitanika. Ukupna agresija značajno je viša u bolesnika sa psorijazom u odnosu na bolesnike sa psorijatičnim artritisom.

5. Težina kliničke slike psorijaze statistički značajno korelira s obrambenim mehanizmom premještanja. Premještanje kao mehanizam obrane prediktor je težine kliničke slike psorijaze i značajno je povezan sa svim mjerama agresije.

## 7. REFERENCIJE

1. Braun-Falco O. Psoriasis vulgaris. U: Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, ur. *Dermatology*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Verlag, 2000; str. 585-608.
2. Ciocon DH, Kimball AB. Psoriasis and psoriatic arthritis: separate or one and the same? *Br J Dermatol* 2007; 157: 850-60.
3. Koo JYM, Han A. Psychocutaneous Diseases. U: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, ur. *Dermatology*. London/Edinburgh/New York/ Philadelphia/ St. Louis/Sydney/ Toronto: Mosby, 2003; str.111-21.
4. Pašić A. Eritematoskvamozne i papulozne dermatoze. U: Lipozenčić J, ur. *Dermatovenerologija*. Zagreb: Naklada Zadro, 1999; str. 136-49.
5. Griffiths CEM, Camp RDR, Barker JNWN. Psoriasis. U: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, ur. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th ed. Massachusetts/Oxford/ Carlton: Blackwell Publishing, 2004; str. 35.1-35.69.
6. Kaštelan M. Eritematoskvamozne i papulozne dermatoze. U: Gruber F, ur. *Kožne bolesti i spolno prenosive infekcije*. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, 2007; str. 196-204.
7. Brenner W, Gschnait F, Mayr WR. HLA-B13, B17, B37 and Cw6 in psoriasis vulgaris association with the age of onset. *Arch Dermatol Res* 1978; 262:337-9.



8. Schmidt-Egenofl M, Eiermann TH, Boehncke WH, Stander M, Sterry W. Familial juvenile onset psoriasis is associated with the human leukocyte antigens (HLA) class I side of the extended haplotype Cw6-B57-DRB1\* 0701-DQA1\* 02021-DQB1\* O303: a population and family based study. *J Invest Dermatol* 1996; 106:711-4.
9. Sibia J. Psoriasis: skin and joints, same fight? *JEADV* 2006; 20:56-72.
10. Veale DJ, Fitzgerald O. Psoriatic arthritis-pathogenesis and epidemiology. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20: 27-33.
11. Griffiths CEM, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26: 338-42.
12. Schmid-Ott G, Stephan M, Werfel T. Psoriasis. *Dermatol Psychosom* 2003; 4:169-71.
13. Hermann M, Scholmerich J, Straub RH. Stress and rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 2000; 26: 737-63.
14. Maiden NL, Hurst NP, Lochhead A, Carson AJ, Sharpe M. Quantifying the burden of emotional ill-health amongst patients referred to a specialist rheumatology service. *Rheumatol* 2003; 42: 750-7.
15. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CEM. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms and interventions. *Dermatol Clin* 2005; 23: 681-94.
16. Stojanovich Lj, Marisavljevich D. Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmun Rev* 2008; 7: 209-13.

17. Boscarino JA. Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032: 141-53.
18. Boranić M, Sabioncello A, Gabrilovac J. Psihoneuroimunologija-regulacija imunosti na razini organizma kao cjeline. *Liječ Vjesn* 2008; 130: 62-7.
19. Griffiths CEM, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet* 2007; 370: 263-71.
20. Costello PJ, Winchester RJ, Curran SA i sur. Psoriatic arthritis joint fluids are characterized by CD8 and CD4 T cell clonal expansions appear antigen driven. *J Immun* 2001; 166: 2878-86.
21. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. *Dermatol Clin* 1996; 14: 399-421.
22. Millard LG, Cotterill JA. Psychocutaneous Disorders. U: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, ur. Rook's Textbook of Dermatology, 7th ed. Massachusetts/Oxford/Carlton: Blackwell Publishing, 2004; str. 61.1-61.41.
23. Vasta R, Haith MM, Miller SA. Razvoj osjetila i percepcije. U: Vasta R, Haith MM, Miller SA, ur. Dječja psihologija. 2nd ed. Zagreb: Naklada Slap, 1997; str. 212-52.
24. Koblenzer CS. Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology. *Stress medicine* 1988; 4: 21-6.
25. Fenichel O. Neuroze organa. U: Fenichel O, ur. Psihoanalitička teorija neuroza. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga, 1961; str. 188-210.

26. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *JEADV* 2007; 21: 227-34.
27. Eich W, Blumenstiel K, Lensche H, Drexler W, Fiehn C, Bieber C. Psychosomatik in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* 2004; 63:113-21.
28. Schiel KA. A proposed psychosomatic etiologic model for rheumatoid arthritis. *Med Hypotheses* 1999; 53: 305-14.
29. Klain E, Moro Lj, Cividini-Stranić C i sur. Funkcionalna povezanost psihološke medicine. U: Klain E, ur. *Psihološka medicina*. Zagreb: Golden marketing, 1999; str. 338-41.
30. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal Study Child* 1995; 10:119-64.
31. Rubino A, Sonnino A, Stefanato CM, Pezzarossa B, Ciani N. Separation-individuation, Aggression and Alexithymia in Psoriasis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1989; 146: 87-90.
32. Nikolić S, Klain E, Vidović V. Razvoj ličnosti. U: Nikolić S, Klain E, Vidović V, ur. *Osnove medicinske psihologije*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 1990; str. 48-83.
33. Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: A psychoanalytic perspective. *Dermatol Clin* 2005; 23: 619-27.
34. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CEM, Main CJ. Alexithymia in patients with psoriasis: clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005; 58: 89-96.

35. Besiroglu L, Akdeniz N, Agargun MY, Calka O, Ozdemir O, Bilgili SG. Childhood traumatic experiences, dissociation and thought suppression in patients with Psychosomatic skin diseases. *Stress and Health* 2008; 25: 121-25.
36. Matussek P, Agerer D, Seibt G. Aggression in Depressives and Psoriatics. *Psychoter Psychosom* 1985; 43:120-25.
37. Blažević D. Agresija. U: Blažević D, Cividini-Stranić E, Beck-Dvoržak M, ur. *Medicinska psihologija*. Zagreb: Jumena, 1989; str.71-7.
38. Lyketsos GC, Stratigos J, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychoter Psychosom* 1985; 44:122-31.
39. Vogel PG. Psychosomatische Aspekte der Psoriasis. *Z Psychosom Psychoanal* 1976; 22: 177-89.
40. Niemeier V, Fritz J, Kupfer J, Gieler U. Aggressive verbal behaviour as a function of experimentally induced anger in persons with psoriasis. *JEADV* 1999; 9: 555-8.
41. Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F. Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *JEADV* 2008; 22:1062-9.
42. Zander W. Problem of specific syndrome formation in psychosomatic disease situations. *Psychosom Med Psychoanal* 1976; 22:150-68.
43. Hudek-Knežević J, Kardum I. Konceptualizacije stresa.U: Hudek-Knežević J, Kardum I, ur. *Stres i tjelesno zdravlje*. Rijeka: Naklada Slap, 2006; str. 11-94.

44. Davison GS, Neale JM. Psihofiziološki poremećaji. U: Davidson GS, Neale JM, ur. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Zagreb: Naklada Slap, 2002; str. 220-60.
45. Hudek-Knežević J, Kardum I, Vukmirović Ž. The Structure of Coping Styles: a Comparative Study of Croatian Sample. *Eur J Per* 1999; 13:149-61.
46. da Silva JDT, Muller MC, Bonamigo RR. Coping strategies and stress levels in patients with psoriasis. *An Bras Dermatol* 2006; 81:143-9.
47. Finzi A, Colombo D, Caputo A i sur. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *JEADV* 2007; 21: 1161-9.
48. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HGM. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol* 2000; 142: 899-907.
49. Urlić I. Mehanizmi obrane. U: Klain E, ur. Psihološka medicina. Zagreb: Golden Marketing, 1999; str. 254-67.
50. Aldwin CM, ur. Stress, Coping and Development, an Integrative Perspective. New York-London: The Guilford Press; 1994.
51. van der Kolk AB, McFarlane CA. The Black Hole of Trauma. U: van der Kolk AB, McFarlane CA, Weisaeth L, ur. Traumatic Stress The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York-London: The Guilford Press, 1996; str.3-23.
52. Lamovec T, Belle-Potočnik Ž, Boben D. Upitnik životnog stila i obrambeni mehanizmi. Ljubljana: Produktivnost; 1990.

53. Picardi A, Abeni D. Stressful Life Events and Skin Diseases:Disentangling Evidence from Myth. *Psychother Psychosom* 2001; 70:118-36.
54. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, i sur. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Arch Dermatol* 2003;139: 752-6.
55. Malhotra SK, Mehta V. Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74: 594-9.
56. O'Leary CJ, Creamer D, Higgins E, Weinman J. Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *J Psychosom Res* 2004; 57: 465-71.
57. Piazzini M, Fioravanti A, Sabadini L, Vassalli D, Bellisai F, Marcolongo R. Laboratory and instrumental clinical study of 150 patients wit psoriatic arthritis. *Recenti Prog Med* 1995; 86 :183-8.
58. Fearon U, Veale DJ. Pathogenesis of psoriatic arthritis.*Clin Exp Dermatol* 2001; 26:333-7.
59. Sacareno R, Kleyn CE, Terenghi G, Griffiths CEM. The role of neuropeptides in psoriasis.*Br J Dermatol* 2006; 154: 876-82.
60. Richards HL, Ray DW, Kirby B i sur. Response of the hypothalamic- pituitary- adrenal axis to psychological stress in patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2005; 153:1114-20.
61. Seville H. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol* 1997; 97: 297-302.

62. Farber EM, Naill M. The natural history psoriasis in 5600 patients. *Dermatol* 1974; 148:1-18.
63. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K. i sur. Self –reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *JEADV* 2004; 18: 27-36.
64. Pacan P, Szepietowski JC, Kiejna A. Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris. *Dermatol Psychosom* 2003; 4:142-5.
65. Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CEM. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:196-201.
66. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, de Jong EMJGJ, Schalkwijk J, van de Kerkhof PCM, Evers AWM. Effect of daily stressors on psoriasis: A prospective study. *J Invest Dermatol* 2009; 129: 2075-7.
67. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS i sur. Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis. Results from a case-control study. *J Psychosom Res* 2003; 55 :189-96.
68. Berg M, Svensson M, Brandberg M, Nordlind K. Psoriasis and stress: A prospective study. *JEADV* 2008; 22: 670-4.
69. Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S, Vingard E, Granath F, Stahle M. Psoriasis Phenotype at Disease Onset: Clinical Characterization of 400 Adult Cases. *J Invest Dermatol* 2005; 124: 499-504.
70. Sampogna F, Sera F, Abeni D. Measures of Clinical Severity, Quality of Life, and Psychological Distress in Patients with Psoriasis: A Cluster Analysis. *J Invest Dermatol* 2004; 122: 602-7.

71. Kirby B, Richards HL, Woo P, Hindle E, Main CJ, Griffiths CEM. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 72-6.
72. Rapp SR, Cottrell CA, Leary MR. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2001;145:610-16.
73. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Bushila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol* 2002; 147: 736-42.
74. Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: Outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 685-704.
75. Eghlileb AM, Davies EEG, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol* 2007; 156: 1245-50.
76. Kilic A, Gulec MY, Gul U, Gulec H. Temperament and character profile of patients with psoriasis. *JEADV* 2008; 22: 537-42.
77. Fried RG, Friedman S, Paradis C i sur. Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *Int J Dermatol* 1995; 34: 101-5.
78. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: A review. *Austral J Dermatol* 2004; 45: 155-61.
79. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846-50.



80. Kruger G, Koo JYM, Lebwohl M i sur. The impact of psoriasis on quality of life. Arch Dermatol 2001;137: 236-44.
81. Sapogna F, Tabolli S, Abeni D. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: follow-up study. Br J Dermatol 2007; 157:508-13.
82. Cohen AD, Dreiher J, Birkenfeld S. Psoriasis associated with ulcerative colitis and Chron's disease. JEADV 2009; 23:561-5.
83. Cohen AD, Dreiher J, Shapiro Y i sur. Psoriasis and diabetes: a population-based cross-sectional study. JEADV 2008; 22: 585-9.
84. Urpe M, Pallanti S, Lotti T. Psychosomatic factors in dermatology. Dermatol Clin 2005; 23: 601-8.
85. Klain E. Psihoterapija. U: Klain E, ur: Psihološka Medicina. Zagreb:Golden marketing, 1999; str. 535-45.
86. Fried RG. Nonpharmalogic treatments in psychodermatology. Drematol Clin 2002; 20:177-85.
87. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CEM. A cognitive-behavioural symptom menagment programme as an adjunct in psoriasis therapy. Br J Dermatol 2002; 146: 458-65.
88. Gupta MA, Gupta AK. The use of psychotropic drugs in dermatology. Dermatol Clin 2000; 18: 711-25.

89. Gupta MA, Gupta AK, Wateel GN. Early onset (< 40 years age) psoriasis is comorbid with greater psychopathology than late onset psoriasis: a study of 137 patients. *Acta Derm Venerol* 1996; 76: 464-6.
90. Fredriksson T, Patterson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatol* 1978; 157: 238-44.
91. The Trauma Clinic, HRI Hospital. Computerized Assesment Program of Trauma, PTSD, and Associated Disorders. Brookline, MA,1995.
92. Havelka M, ur. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
93. Kerestaš G, Žužul M, ur. Priručnik za primjenu Upitnika za mjerenje agresivnosti (A-87). Jastrebarsko: Naklada Slap, 1992.
94. Morse RM, Perry HO, Hurt RD. Alcoholism and psoriasis. *Alcohol Clin Exp Res* 1985; 9:396-9.
95. Naldi L, Chatenoud L, Linder D i sur. Cigarette Smoking, Body Mass Index, and Stressful Life Events as Risk Factors for Psoriasis: Results from an Italian Case-Control Study. *J Invest Dermatol* 2005; 125:61-7.
96. von Korff M, Alonso J, Ormel J i sur. Childhood psychosocial stressors and adult onset arthritis: Broad spectrum risk factors and allostatic load. *Pain* 2009; 143: 76-83.
97. Danese A, Pariante CM, Caspi A, Taylor A, Poulton R. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proc Natl Acad Sci USA* 2007; 23: 1319-24.

98. Saleptsi E, Bichescu D, Rockstroh B i sur. Negative and positive childhood experiences across developmental periods in psychiatric patients with different diagnoses - an explorative study. *BMC Psychiatry* 2004; 4:40
99. Anderberg UM, Marteinsdottir I, Theorell T, von Knorring L. The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry* 2000;15 : 295-301.
100. Willemsen R, Vanderlinden J, Roseeuw D, Haentjens P. Increased history of childhood and lifetime traumatic events among adults with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 388-93.
101. Rogers M. Childhood psoriasis. *Curr Opin Pediatr* 2002;14: 404-9.
102. Raychaudhuri SP, Gross J. A comparative study of pediatric onset psoriasis with adult onset psoriasis. *Pediatr Dermatol* 2000;17:174-8.
103. Seyhan M, Coskun BK, Saglam H, Ozcan H, Karinacaoglu Y. Psoriasis in childhood and adolescence: evaluation of demographic and clinical features. *Pediatr Int* 2006; 48: 525-30.
104. Joukamaa M, Luutonen S, von Reventlow H i sur. Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP Study. *Psychosomatics* 2008; 49:317-25.
105. Willemsen R, Haentjens P, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia in patients with alopecia areata: educational background much more important than traumatic events. *JEADV* 2009; 23:1141- 46.

106. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. *Int J Dermatol* 2008; 47: 903-910.
107. Pollak SD. Mechanisms linking early experiences and the emergence of emotions. *Curr Dir Psychol Sci* 2008; 17: 370-5.
108. Davis MC, Zautra AJ, Younger J, Motivala SJ, Attrep J, Irwin MR. Chronic stress and regulation of cellular markers of inflammation in rheumatoid arthritis: Implications for fatigue. *Brain Behav Immun* 2008; 22: 24-32.
109. Karanikas E, Harsoulis F, Giouzevas I, Griveas I, Chrisomallis F. Neuroendocrine stimulatory tests of hypothalamus-pituitary-adrenal axis in psoriasis and correlative implications with psychopathological and immune parameters. *J Dermatol* 2009; 36: 35-44.
110. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P i sur. Stress, Social Support, Emotional Regulation and Exacerbation of Diffuse Plaque Psoriasis. *Psychosomatics* 2005; 46: 556-64.
111. Naldi L, Peli L, Parazzini F, Carrel CF. Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infectious disease are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: Result of a case-control study. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 433-8.
112. Suljagic E, Sinanovic O, Tupkovic E, Moro L. Stressful life events and psoriasis during the war in Bosnia. *Dermatol Psychosom* 2000; 1: 56-60.
113. Harvima RJ, Viinamäki H, Harvima IT i sur. Association of psychic stress with clinical severity and symptoms of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 1996; 76: 467-71.

114. Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, de Jong EMGJ, Schalkwijk J, van de Kerkhof, Evers AWM. Individual Differences in the Effect of Daily Stressors on Psoriasis: A prospective Study. *Br J Dermatol* 2009;161: 295-9.
115. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatologic Disorders. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 833-42.
116. Vedhara K, Morris RM, Booth R, Horgan M, Lawrence M, Birchall N. Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *J Psychosom Res* 2007; 62: 611-19.
117. Folnegović- Šmalc V. Uloga psihijatra u liječenju psorijaze. *Psoriasis* 1987; 23-24:18-20.
118. Hyphantis TN, Bai M, Siafaka V i sur. Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: a preliminary survey. *Rheumatol Int* 2006; 26:828-36.
119. Devrimci-Ozguven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *JEADV* 2000; 14: 267-71.



## 8.2. Upitnik traumatskih događaja (TAQ-S)

UPUTE: u ovom upitniku pitanja se odnose na vaša iskustva tijekom odrastanja- kao malo dijete (od 0-6 godina), kao djeteta školske dobi (7-12 godina), kao adolescenta (13-18 godina), te kao odrasle osobe. Za svako pitanje označite stupanj u kojem navedena tvrdnja opisuje vaše iskustvo u različitim periodima život. Ako postoje pitanja na koja niste u mogućnosti odgovoriti, označite sa 4 („ne znam“). Iako su pitanja osobne prirode, molimo vas da odgovorite na pitanja najiskrenije što možete.

0= nimalo, nikada

1= malo, rijetko

2 = umjereno, ponekad

3 = često, jako mnogo

4 = ne znam

	DOB	INTENZITET
1. Uglavnom sam se osjećao sigurno i zbrinuto	0-6	0 1 2 3 4
	7-12	0 1 2 3 4
	13-18	0 1 2 3 4
	odrasli	0 1 2 3 4
2. Netko se brinuo o tome da ustanem ujutro i odem u školu	0-6	0 1 2 3 4
	7-12	0 1 2 3 4
	13-18	0 1 2 3 4

3. Bio/la sam jako dobar/a u nečemu (npr.sport, hobi, škola,posao,ili neke kreativne aktivnosti)	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
4. Imao/la sam dobre prijatelje	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
5. Osjećao/la sam bliskost sa barem jednim od mojih braće i sestara	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
6. Netko u mojoj obitelji imao je jako puno problema, tako da sam ja bio/la zakinut	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
7. Osjećao/la sam da nitko ne mari jesam li živ/la ili mrtav/va	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
8. Imao/la sam osobu van obitelji s kojom sam mogao/la razgovarati kada me nešto mučilo kod kuće	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4



9. Bilo je tajni o kojima ja nisam smio ništa znati	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
10. Moji roditelji su mi povjeravali stvari zbog kojih sam se osjećao/la neugodno	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
11. Moji roditelji su rastavljeni/razvedeni	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
12. Živio/la sam sa različitim ljudima na različitim mjestima (npr. sa različitim rođacima, ili udomiteljima)	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
13. Netko blizak meni je umro	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
14. Doživio/la sam ozbiljnu nesreću, bolest i /ili bio/la hospitaliziran/a iz drugih razloga	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4

15. Netko meni blizak bio je jako bolestan ili je doživio nesreću radi koje je morao biti hospitaliziran	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
16. Primio sam vijest da je netko meni blizak bio ozbiljno ranjen ili ubijen tijekom nesreće, borbe ili zločina	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
17. U očima mojih roditelja, sve što sam radi/la nije bilo dovoljno dobro	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
18. Članovi moje obitelji nazivali su me pogrđnim imenima	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
19. Pravila u mojoj obitelji su bila nejasna i nekonzistentna	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
20. Kazne kojima su me kažnjavale bile su nepravedne	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4

4	odrasli	0	1	2	3	4
21. Moji roditelji su ozljeđivali jedno drugo kad bi se svađali i tukli	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
22. Proveo/la sam vrijeme van kuće i nitko nije znao gdje sam	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
23. Ljudi u mojoj obitelji su bili van kontrole	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
24. Nitko zapravo nije znao što se dešavalo u mojoj obitelji	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
25. Vidio/la sam fizičko nasilje u mojoj obitelji	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
26. Netko je morao primiti medicinsku	0-6	0	1	2	3	4

pomoć zbog nasilja	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
27. Netko u mojoj obitelji je imao problema s alkoholom i/ili drogama	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
28. Zloupotrebljavao/la sam alkohol i/ili droge	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
29. Ljudi koji su se brinuli o meni su bili toliko pod utjecajem alkohola i droga da se nisu mogli brinuti o meni	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
30. Fizički me zlostavljala bliska osoba	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
31. Nalazio/la sam se u situaciji u kojoj sam bio uvjeren da ću biti fizički ozlijeđen ili da ću izgubiti život	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	Odrasli	0	1	2	3	4

32. Netko izvan moje obitelji me napao	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
33. Vidio/la sam mrtva tijela	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
34. Bio/la sam u borbi	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
35. Bio/la sam u prirodnoj katastrofi	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
36. Vidio/la sam seksualne stvari koje su me prestrašile	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
37. Netko (stariji) me seksualno dodirivao protiv moje volje il ime pokušao natjerati da ja diram njega/nju	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4

38. Netko me je natjerao na seks protiv moje volje	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
39. Netko mi je prijetio da će me ozlijediti ako ne učinim nešto seksualno	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
40. Vjerujem da je netko od moje braće ili sestara bio seksualno zlostavljan	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
41. Imao sam neko drugo zastrašujuće ili traumatsko iskustvo gdje sam osjetio intenzivan strah, osjećao se bespomoćno ili prestravljeno	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
42. Nešto strašno mi se desilo ali ja ne znam što	0-6	0	1	2	3	4
	7-12	0	1	2	3	4
	13-18	0	1	2	3	4
	odrasli	0	1	2	3	4
43. Koliko vas je uznemirilo odgovaranje na ova pitanja?		0	1	2	3	4

### **8.3. Ljestvica životnih događaja**

Životne promjene mogu biti uzrokom stresa. Da bismo uvidjeli količinu stresa povezanog s nedavnim promjenama u Vašem životu ispunite sljedeći upitnik.

Uputa: Za svaki navedeni događaj označite križićem (znak X) da li ste ga doživjeli u zadnjih 6 mjeseci, u 6 mjeseci prije pojave psorijaze, te u 6 mjeseci prije pojave psorijatičnog artritisa. Ako ste neki događaj doživjeli više od jednom označite sa dva križića.

Događaj:

1. Smrt supruge/ partnerice (supruga/partnera)
2. Razvod
3. Razdvajanje od supruge/partnerice (supruga/partnera)
4. Odlazak u zatvor ili drugu instituciju
5. Smrt člana u užoj obitelji
6. Ozbiljna osobna ozljeda ili bolest
7. Ulazak u brak
8. Dobivanje otkaza s posla
9. Pomirenje sa partnerom
10. Odlazak u mirovinu

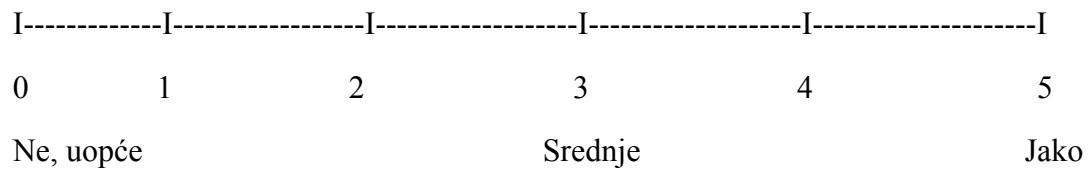
11. Promjena u zdravstvenom stanju ili ponašanju člana obitelji
12. Trudnoća supruge/partnerice
13. Seksualni problemi
14. Novi član obitelji (rođenje, usvojenje)
15. Značajne promjene u poslu (reorganizacija, stečaj)
16. Značajne financijske promjene (pozitivne ili negativne)
17. Smrt bliskog prijatelja
18. Promjena vrste posla
19. Značajne promjene u učestalosti svađa sa suprugom/partnericom  
(suprugom/partnerom)
20. Uzimanje većeg kredita (npr. za kuću, posao...)
21. Završetak otplate kredita
22. Značajna promjena odgovornosti na poslu ( unapređenje, degradacija)
23. Odlazak djece od kuće (zbog braka, odlaska na studij....)
24. Problemi sa zakonom
25. Izvanredno osobno postignuće
26. Partnerica/supruga (partner/suprug) počinje ili završava raditi izvan kuće
27. Početak ili kraj formalnog obrazovanja



28. Velike promjene u životnim uvjetima ( stvaranje novog doma, preuređenje)
29. Promjena osobnih navika (u oblačenju, običajima)
30. Problemi sa šefom
31. Značajne promjene u radnom vremenu ili uvjetima rada
32. Promjene mjesta stanovanja
33. Početak nekog tečaja ili kvalifikacije
34. Promjena količine ili tipa rekreacijskih aktivnosti
35. Promjena religijskih aktivnosti ( više ili manje od uobičajenog)
36. Promjene u društvenim aktivnostima
37. Uzimanje manjeg kredita (npr. za frižider, TV)
38. Značajne promjene u navikama spavanja ( više ili manje spavanja, doba spavanja)
39. Promjene u broju obiteljskih okupljanja
40. Značajne promjene u navikama hranjenja ( uzimanje puno više ili manje hrane, promjene u dobu jedenja)
41. Odlazak na odmor/put
42. Božić
43. Manja kršenja zakona

Ako vam se bilo što od ovog desilo, koliko vas je to jako uznemirilo? Uz označeni

križić za pojedini događaj kojeg ste doživjeli, navedite koliko vas je on uznemirio.



#### **8.4. Upitnik za mjerenje agresivnosti (AG-87)**

##### UPUTA

Pred Vama se nalazi opisano 15 situacija s kakvima smo se u toku života vjerojatno svi imali prilike susresti. Ispod svake od tih situacija navedeno je 5 različitih vrsta ponašanja koje ispoljavamo u takvim situacijama. Vaš zadatak je da iza svake od tih vrsta ponašanja zaokružite jedan od brojeva od 1 do 5 koji će upućivati na to koliko često se u sličnim situacijama ponašate na takav način.

Brojevi imaju sljedeće značenje:

- 1) Baš se nikad tako ne ponašam
- 2) Rijetko se tako ponašam
- 3) Ponekad se tako ponašam
- 4) Često se tako ponašam
- 5) Vrlo teško se tako ponašam

Kako bi vas podsjetili na značenje brojeva ono je napisano na vrhu svake stranice.

Pri odgovaranju nije potrebno previše razmišljati, jer ovdje nema točnih i netočnih odgovora.

Pažljivo pročitajte opis svake situacije i svakog od oblika ponašanja (označenih slovima od a - e) i u svakom redu zaokružite jedan od predloženih brojeva. Pazite da ne preskočite nijedan red!

VM: \_\_\_\_\_ FM: \_\_\_\_\_ IN: \_\_\_\_\_ VL: \_\_\_\_\_ FL: \_\_\_\_\_

1 = NIKADA, 2 = RIJETKO, 3 = PONEKAD, 4 = ČESTO, 5 = VRLO ČESTO

1. Ako me netko ometa dok pokušavam raditi neki važan posao:

- a) Izderem se na njega .....1 2 3 4 5
- b) Udarim ga ..... 1 2 3 4 5
- c) Iskalim svoju ljutnju na nekom predmetu .....1 2 3 4 5
- d) Poželim se dobro izvikati na njega ..... 1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga udario, ali se suzdržim .....1 2 3 4 5

2. Ako me netko dulje vrijeme provocira i izaziva:

- a) Opsujem ga .....1 2 3 4 5
- b) Potučem se s njim.....1 2 3 4 5
- c) Osvetim se na nekoj njegovoj stvari .....1 2 3 4 5
- d) Poželim da mu kažem što ga spada.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga istukao.....1 2 3 4 5

3. Ako se netko bezobrazno ubacuje u red u kojem ja već dugo čekam:

- a) Oštro ga upozorim da to ne radim.....1 2 3 4 5
- b) Fizički ga spriječim u tome .....1 2 3 4 5
- c) I sam se ubacim preko reda .....1 2 3 4 5
- d) Najradije bih se izvikao na njega.....1 2 3 4 5
- e) Rado bih ga šamarom podučio redu.....1 2 3 4 5

4. Pokvari mi li se televizor dok gledam omiljenu emisiju:

- a) Psujem na sav glas.....1 2 3 4 5
- b) Gađam televizor prvim predmetom koji mi je pri ruci .....1 2 3 4 5
- c) Posvađam se sa svakim tko me pokuša umiriti.....1 2 3 4 5
- d) Pomislim na kojekakve psovke, ali ih ne izgovorim .....1 2 3 4 5
- e) Poželim razbiti televizor .....1 2 3 4 5

5. Kad tvrdim nešto u što sam sasvim siguran, a sugovornik mi ne vjeruje:

- a) Počnem vikati na njega.....1 2 3 4 5
- b) Toliko me naljuti da ga na kraju udarim.....1 2 3 4 5
- c) Udarim šakom po stolu..... 1 2 3 4 5
- d) Vikao bih na njega, ali se suzdržim.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih šamarom smanjio njegovu tvrdoglavost.....1 2 3 4 5

6. Kad mi u prodavaonici podvale staru ili pokvarenu robu:

- a) Izgrdim trgovca.....1 2 3 4 5
- b) Bacim robu trgovcu pred noge.....1 2 3 4 5
- c) Psujem sistem u kojem te svatko može varati.....1 2 3 4 5
- d) Najradije bih opsovao trgovcu sve po redu.....1 2 3 4 5
- e) Poželim gađati trgovca robom u glavu.....1 2 3 4 5

7. Kad zbog pogreške suigrača izgubim važnu partiju karata:

- a) Vičem na suigrača.....1 2 3 4 5
- b) Bacim mu karte u lice.....1 2 3 4 5
- c) Pokidam karte.....1 2 3 4 5
- d) Poželim ispsovati suigrača.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga fizički kaznio za pogrešku.....1 2 3 4 5

8. Dok sam bio dijete, kad bi me druga djeca naljutila, ja bih:

- a) Svađao se s njima.....1 2 3 4 5
- b) Potukao se.....1 2 3 4 5
- c) Iskalio srdžbu na nekoj igrački.....1 2 3 4 5
- d) Poželio ih psovati, ali bih prešutio.....1 2 3 4 5
- e) Osjećao želju da se potučem, ali bih se suzdržao.....1 2 3 4 5

9. Ako netko stalno priča i ometa me dok gledam uzbudljiv film:

- a) Oštro ga upozorim da ušuti.....1 2 3 4 5
- b) Po potrebi silom ga ušutkam.....1 2 3 4 5
- c) Psujem upravu što svakog pušta u kino.....1 2 3 4 5
- d) Poželim da ga ispsujem.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga šamarom podučio pristojnosti.....1 2 3 4 5

10. Kada se s nekim dogovorim za sastanak, a on se pojavi s pola sata zakašnjenja bez riječi isprike, tada:

- a) Dobro se izvičem.....1 2 3 4 5
- b) Ako mi se suprotstavi i udarim ga.....1 2 3 4 5
- c) Najradije bih udario nogom najbližu stvar .....1 2 3 4 5
- d) Poželim da ga ispsujem.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga udario.....1 2 3 4 5

11. Kada nakon napornog dana dođem kući, a netko mi od članova obitelji počne predbacivati i prigovarati, tada:

- a) Svađam se.....1 2 3 4 5
- b) Toliko se naljutim da ga udarim.....1 2 3 4 5
- c) Ljutito zalupim vratima.....1 2 3 4 5
- d) Poželim da mu opsujem sve po redu.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga šamarom ušutkao.....1 2 3 4 5

12. Kada me netko jako naljuti:

- a) Vičem i psujem.....1 2 3 4 5
- b) Udarim ga.....1 2 3 4 5
- c) Razbijem neki predmet.....1 2 3 4 5
- d) Psovao bih, ali se suzdržim.....1 2 3 4 5
- e) Poželim ga isprebijati.....1 2 3 4 5

13. Kada me netko bezobzirno gura u tramvaju ili autobusu:

- a) Viknem na njega.....1 2 3 4 5
- b) Guram i ja njega .....1 2 3 4 5
- c) Vičem na konduktera.....1 2 3 4 5
- d) Poželim psovati.....1 2 3 4 5
- e) Najradije bih ga silom izbacio van.....1 2 3 4 5

14. Kada mi se jako žuri, a na mogu pronaći neku stvar koja mi je potrebna:

- a) Vičem i psujem.....1 2 3 4 5
- b) Fizički kaznim onoga tko je kriv za to.....1 2 3 4 5
- c) Ljutito razbacujem stvari, pa makar ih razbio.....1 2 3 4 5
- d) Najradije bih psovao sve po redu.....1 2 3 4 5
- e) Poželim porazbijati sve oko sebe.....1 2 3 4 5

15. Pokušam li popraviti neki predmet, a to mi nikako ne polazi za rukom, tada:
- a) Psujem.....1 2 3 4 5
  - b) Toliko me naljuti da ga bacim na pod.....1 2 3 4 5
  - c) Ljutito vičem na svakog tko mi hoće pomoći.....1 2 3 4 5
  - d) Najradije bih psovao na sav glas.....1 2 3 4 5
  - e) Poželim razbiti taj predmet, premda mi je potreban.....1 2 3 4 5

### **8.5. Upitnik životnog stila**

Autor: H. Kellerman

#### UPUTA

Tvrdnje opisuju uobičajene načine ponašanja i doživljavanja. Svaku tvrdnju pažljivo pročitajte i odlučite da li se tvrdnja na Vas odnosi ili ne odnosi. Ako se tvrdnja odnosi na Vas onda označite „DA“, odnosno „NE“ ako je to Vaš uobičajeni način ponašanja i doživljavanja.

1. Sa mnom se vrlo lako izlazi na kraj.
2. Spavam više od većine ljudi koje poznajem.
3. Uvijek je postojala neka osoba, kojoj sam želio sličiti.
4. Kad se liječim, uvijek pokušavam utvrditi razloge svim liječničkim postupcima.
5. Kad nešto poželim jedva čekam da to dobijem.
6. Često se zacrvenim.
7. Jedna od mojih glavnih vrlina je samokontrola.

8. Ponekad bih najradije udario šakom u zid.
9. Brzo mi popuste kočnice.
10. Kad me u gužvi netko odgurne mogao bih ga čak i ubiti.
11. Vrlo rijetko zapamtim svoje snove.
12. Razbješnjuju me ljudi koji se ponašaju posjednički.
13. Često sam bolestan.
14. Vrlo sam pravedan čovjek.
15. Što više posjedujem to sam sretniji.
16. Rado maštam kako sam u središtu pažnje.
17. Neugodna mi je pomisao da bi članovi moje obitelji mogli goli hodati po stanu.
18. Kažu da se previše hvalim.
19. Kad me netko odbije, ponekad pomislim na samoubojstvo.
20. Većina ljudi mi se divi.
21. Dogodilo mi se već da od ljutine razbijam stvari.
22. Jako me živciraju ljudi koji ogovaraju.
23. Kod svake stvari vidim njenu svijetlu stranu.
24. Pokušavam ili želim promijeniti svoj izgled pomoću odgovarajućih tjelesnih vježbi.



25. Ponekad želim da atomska bomba uništi cijeli svijet.
26. Kažu da sam previše impulzivan.
27. Nemam predrasuda.
28. Smeta mi što se ljudi prave toliko važni.
29. Ne podnosim ljude koji se neprijateljski ponašaju.
30. Jako se trudim da ne budem neljubazan prema drugima.
31. Spadam u ljude koji nikada ne plaču.
32. Puno pušim.
33. Teško se odričem onog što mi pripada.
34. Slabo pamtim lica.
35. Često se samozadovoljavam.
36. Teško pamtim imena ljudi.
37. Ako mi netko drugi ide na živce to mu ne kažem nego se požalim nekom drugom.
38. Uvijek sam spreman saslušati sve strane problema, čak i onda kad znam da sam u pravu.
39. Ljudi mi nikad ne dosade.
40. Teško mi je dugo vremena mirno sjediti.
41. Ne sjećam se dobro događaja iz svog djetinjstva.

42. Treba mi puno vremena da otkrijem loše strane drugih ljudi.
43. Smatram da bolje o nečemu dobro promisliti nego se razljutiti.
44. Kažu da sam vrlo lakovjeran.
45. Jako me živciraju ljudi koji deranjem i vikanjem pokušavaju postići svoj cilj.
46. Običavam što manje razmišljati o neugodnim stvarima.
47. Uvijek sam optimistički raspoložen.
48. Kad idem na izlet uvijek napravim detaljan plan.
49. Ponekad se razljutim više nego što bi u takvoj situaciji bilo potrebno.
50. Kad se stvari ne odvijaju po mojoj želji, durim se.
51. U raspravi često upozorim na pogreške u tuđem mišljenju.
52. Kad naiđem na neku prepreku, jako se želim s njom uhvatiti u koštac.
53. Pornografski filmovi izazivaju u meni ogorčenje.
54. Ako mi se ne posvećuje dovoljno pažnje, postajem razdražljiv.
55. Kažu da nisam baš osjećajan.
56. Kad o nečem odlučujem, obično se dvoumim.
57. Ako netko kaže da sam za nešto nesposoban, tada to stvarno želim napraviti.
58. Kad vozim auto, ponekad osjetim želju da se zaletim u vozača pred sobom.
59. Većina ljudi mi ide na živce jer su previše sebični.

60. Kad idem na odmor uvijek ponesem nešto za raditi.
61. Neka jela mi se gade.
62. Grizem nokte.
63. Kažu da rado izbjegavam probleme.
64. Pijem puno alkohola.
65. Kad čujem neku šalu u vezi sa spolnošću, postane mi vrlo neugodno.
66. Ponekad sanjam nešto stvarno odvratno.
67. Ambiciozni ljudi su mi antipatični.
68. Često lažem.
69. Pornografija je odvratna.
70. To što se naljutim već mi je prouzročilo poteškoće.
71. Vrlo mi smeta što su ljudi tako neiskreni.
72. Kad sam razočaran ne mogu sakriti loše raspoloženje.
73. Kad čujem ili čitam o nekoj tragediji, to uopće ne utječe na mene.
74. Ako dotaknem nešto sluzavo, povraća mi se.
75. Kad sam uznemiren, ponašam se doista djetinjasto.
76. Često mi se događa da upadnem u svađu.
77. Na sahranama gotovo nikad ne postajem naročito osjećajan.

78. Ne podnosim ljude koji uvijek pokušavaju biti u središtu pažnje.
79. Većina ljudi je odvratna.
80. Uopće ne koristim javne zahode.
81. Vrlo teško bi mi psovanje moglo preći u naviku.
82. Ljuti me što se ljudima ne može vjerovati.
83. Jako želim da mi ljudi daju do znanja da sam spolno privlačan.
84. Sve što započnem ne uspijevam završiti.
85. Uvijek se nastojim obući tako da izgledam što privlačniji.
86. Moja moralna načela su stroža od načela većine ljudi koje poznajem.
87. U diskusijama sam obično logičniji od drugih.
88. Ljudi s niskim moralnim načelima su mi odvratni.
89. Kad se netko zaleti na mene, razbjesnim se.
90. Često se zaljubim.
91. Kažu da sam u svakoj stvari previše objektivan.
92. Ako vidim da nekom teče krv, to me gotovo nikad ne uznemiri.

## ŽIVOTOPIS

Ime i prezime	Edita Simonić
Radno mjesto	Klinika za dermatovenerologiju KBC Rijeka, Medicinski fakultet Rijeka
Datum i mjesto rođenja	22. rujna 1965. Rijeka, Hrvatska
Obrazovanje	1984. CUO za kadrove u zdravstvu, Rijeka 1990. diplomirala na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci 1992. položila stručni ispit za liječnike pripravnike u Zagrebu 1998. magistar znanosti na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci
Zaposlenje	1991. liječnički staž, KBC Rijeka 1993. stručni suradnik u nastavi na Katedri za dermatovenerologiju Medicinskog Fakulteta Sveučilišta u Rijeci 1995.-2001. liječnik na specijalizaciji iz dermatovenerologije na Klinici za dermatovenerologiju, KBC Rijeka 2001. specijalist dermatovenerolog
Članstva	Hrvatsko dermatološko društvo Hrvatski liječnički zbor

## Publikacije

1. Simonić E, Kaštelan M, Peternel S, Pernar M, Brajac I, Rončević-Gržeta I, Kardum I. Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *J Dermatol* 2010; doi: 10.1111/j.1346-8138.2010.00870.x
2. Gruber F, Kaštelan M, Brajac I, Saftić M, peharda V, čabrijan L, Stanić-Žgombić Z, Simonić E. Molecular and genetic mechanisms in melanoma // *Collegium Antropologicum*. 32 ( 2008), Suppl 2;147-152.
3. Kaštelan M, Prpić-Massari I, Simonić E, Gruber F. Tinea incognito due to *Microsporum canis* in a 76- year-old woman. *Wiener klinische Wochenschrift*.119 (2007),15/16; 455-455.
4. Gruber F, Kaštelan M, Čabrijan L, Simonić E, Brajac I. Treatment of early syphilis with azitromycin . *Journal of Chemotherapy*. (2000),3; 240-243.
5. Simonić E, Kaštelan M, Čabrijan L i sur. The influence of psychological factors on the development and course of psoriasis. *Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica et Adriatica*. 9 (2000), 223-226.
6. Gruber F, Simonić E, Jonjić A. i sur. Alcohol consumption and smoking habits in patients with psoriasis. *Acta Dermatovenerologica A.P.A.* 8(1999). 3; 105-109.