

Uloga psihosocijalnih čimbenika u razvoju urtikarije

Blažević Zelić, Sandra

Doctoral thesis / Disertacija

2015

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:188:297910>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-04**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Sandra Blažević Zelić

ULOGA PSIHOSOCIJALNIH ČIMBENIKA U RAZVOJU URTIKARIJE

Doktorski rad

Rijeka, 2015.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET

Sandra Blažević Zelić

ULOGA PSIHOSOCIJALNIH ČIMBENIKA U RAZVOJU URTIKARIJE

Doktorski rad

Rijeka, 2015.

Mentori rada: Prof.dr.sc. Gordana Rubeša; Prof.dr.sc. Ines Brajac

Doktorski rad obranjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Rad ima _____ listova.

UDK: _____

PREDGOVOR

Ovaj rad je u potpunosti proveden na Klinici za dermatovenerologiju KBC Rijeka u čemu su mi pomogli djelatnici ove Klinike.

Najsrdajnije se zahvaljujem mentoricama prof.dr.sc.Gordani Rubeši i prof.dr.sc. Ines Brajac koje su mi pomogle u pripremi i realizaciji ovog sveobuhvatnog rada.

Zahvaljujem se na kontinuiranoj podršci svim djelatnicima Klinike za dermatovenerologiju KBC Rijeka, osobito dr.sc. Tanji Batinac, dr.med i Sendi Matić Ivanović, dr. med., kao i VMS Gloriji Kovačević, SMS Karen Herc i te tajnici Klinike g-đi Janji Komljenović.

I na kraju, veliko hvala mojoj obitelji na svesrdnoj podršci!

SAŽETAK

Koža zauzima specijalno mjesto u psihijatriji obzirom da se putem nje iskazuju različite emocije kao što su ljutnja, strah, sram i druge. Koža igra važnu ulogu i u procesu socijalizacije koji počinje u djetinjstvu i nastavlja se do odrasle dobi. Povezanost kože i mozga očituje se i u njihovom zajedničkom ektodermalnom podrijetlu, a određeni su i zajedničkim hormonskim i neurotransmiterskim sustavom.

Cilj ovog rada bio je ispitati razlike između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom u zadovoljstvu životom, strategijama suočavanja, crtama ličnosti, anksioznosti, depresiji i percipiranom stresu. Ispitano je sto pedeset (150) ispitanika koji boluju od urtikarije a koji su podijeljeni u 2 skupine nakon 6 tjedana standardiziranog dermatološkog liječenja (88 akutnih i 62 kronična ispitanika). U početku su svi ispitanici ispunjavali slijedeće upitnike: upitnik kvalitete života -SWES, upitnik osobnog zadovoljstva životom-PWI-A, upitnik suočavanja sa stresom -COPE, Beckov inventar depresivnosti -BDI, ljestvica za mjerenje anksioznosti kao trenutnog stanja i kao crte ličnosti -STAI, skalu percepcije stresa -PSS, Eysenckov upitnik ličnosti -EPQ i opći upitnik - dob, spol, obrazovanje, zapošljavanje, bračni i roditeljski status. Nakon šest tjedana svi sudionici su ponovno testirani s 2 upitnika: kvaliteta života i skala osobnog zadovoljstva. Dobiveni rezultati ukazuju da su ispitanici s akutnom urtikarijom zadovoljniji životom od bolesnika s kroničnom urtikarijom nakon 6 tjedana. Ispitanici s akutnom urtikarijom više koriste emocijama usmjereno suočavanje, pozitivnu reinterpetaciju i rast ličnosti, potiskivanje drugih aktivnosti od ispitanika s kroničnom urtikarijom, te traže socijalnu podršku iz emocionalnih i instrumentalnih razloga u većoj mjeri od ispitanika s kroničnom urtikarijom. Ispitanici s kroničnom urtikarijom u manjoj mjeri koriste ventiliranje emocija i mentalni dezangažman od ispitanika s akutnom urtikarijom.

Veći neuroticizam kod ispitanika s akutnom urtikarijom rezultira češćim korištenjem problemu i emocijama usmjerenog suočavanja, te izbjegavanja. Viši nivo anksioznosti kao stanja u ispitanika s akutnom urtikarijom dovodi do korištenja emocijama usmjerenog suočavanja i izbjegavanja. Veći neuroticizam kod ispitanika s kroničnom urtikarijom rezultira češćim korištenjem izbjegavanja. Viši nivo anksioznosti kao stanja i crte ličnosti u ispitanika s kroničnom urtikarijom dovodi do češćeg korištenja izbjegavanja. Viša razina neuroticizma i anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) kod pacijenata s akutnom i kroničnom urtikarijom, rezultira depresivnošću, dovodi do veće percepcije stresa i češćeg korištenje izbjegavanja.

Na osnovu dobivenih rezultata treba istaći potrebu intredisciplinarnog pristupa u liječenju urtikarije, koji bi uključivao i aktivnu ulogu psihijatra u liječenju iste, a u cilju redukcije kronifikacije smetnji kako bi se poboljšala kvaliteta života ovih pacijenata te pomoglo bolesnicima u razvijanju adekvatnih strategija suočavanja koje bi im omogućile bolje nošenje sa bolešću.

Ključne riječi: Anksioznost; Crte ličnosti; Depresivnost; Kvaliteta života; Psihosocijalni čimbenici; Strategije suočavanja; Urtikarija.

SUMMARY

Skin occupies a special place in psychiatry because it expresses different emotions such as anger, fear, shame, and others. The skin plays an important role in the socialization process that begins in childhood and continues to adulthood. The link between the skin and the brain is also reflected in their common ectodermal origin, and common hormonal and neurotransmitter systems.

The purpose of this study was to examine the differences between acute and chronic urticaria subjects in satisfaction with life, coping strategies, personality traits, anxiety, depression and perception of stress. One hundred and fifty (150) subjects with urticaria were divided into 2 groups after 6 weeks of standardized dermatology treatment (88 acute and 62 chronic urticaria subjects). At baseline, all subjects answered the following questionnaires: Satisfaction with Life Scale-SWLS, Personal Wellbeing Index-PWI-A, The Multidimensional Coping Inventory – COPE, Beck Depression Inventory-BDI, State Trait Anxiety Inventory - STAI, Perception of stress scale-PSS, Eysenck Personality Questionnaire - EPQ and General questionnaire - age, gender, education, employment, marital and parental status. After six weeks all the participants were re-tested with 2 questionnaires: Satisfaction with life scale and Personal wellbeing index. Subjects with acute urticaria are more satisfied with their lives than patients with chronic urticaria after 6 weeks. Participants with acute urticaria largely used emotion-focused coping, positive reinterpretation and growth, suppression of competing activities than patients with chronic urticaria. Subjects with acute urticaria seek social support for emotional issues and for the instrumental reason to a greater degree than patients with chronic urticaria. Subjects with chronic urticaria use venting of emotions and mental disengagement to a lesser degree than subjects with acute urticaria.

The higher neuroticism in subjects with acute urticaria is, the greater is using problem-

focused coping, emotion-focused coping and avoidance. A higher level of anxiety as a state in participants with acute urticaria leads to use of emotion-focused coping and avoidance. The higher neuroticism in subjects with chronic urticaria results in frequent use of avoidance. A higher level of anxiety as a state and personality trait in participants with chronic urticaria leads to more frequent use of avoidance. Higher levels of neuroticism and anxiety (as a personality trait and as a condition) in patients with acute and chronic urticaria, results in higher depression, greater perception of stress and frequent use of avoidance.

Based on the obtained results, there is a need for interdisciplinary approach in the treatment of urticaria, which would include the active role of the psychiatrist in the treatment, with the aim of reduction of chronification of the disorder in order to improve the quality of life of those patients, and also to help patients to develop appropriate coping strategies that would enable them to better cope with the disease.

Key words: Anxiety; Coping Skills; Depression; Personality Traits; Psychosocial Factors; Urticaria; Quality of Life.

KAZALO

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
1.1. Koža	1
1.2. Psihosomatska medicina	3
1.2.1. Povijest psihosomatske medicine	4
1.2.2. Biopsihosocijalni model	5
1.3. Suradna psihijatrija vs psihosomatska medicina	6
1.4. Urtikarija – psihosomatska bolest	9
1.5. Stres i urtikarija	11
1.6. Strategije suočavanja sa stresom u urtikariji	13
1.7. Crte ličnosti i urtikarija	16
1.8. Anksioznost i depresivnost u razvoju urtikarije	19
1.9. Kvaliteta života i urtikarija	22
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	
2.1. Predmet i ciljevi istraživanja	25
2.2. Radne hipoteze	26
3. ISPITANICI I METODE	
3.1. Ispitanici	27
3.2. Metode	28
3.2.1. Instrumenti	28
3.2.2. Postupak	29

4. REZULTATI

4.1. Sociodemografske značajke_____	31
4.2.Sociodemografske značajke za ispitanike s akutnom i kroničnom urtikarijom_____	37
4.3.Zadovoljstvo životom ispitanika s urtikarijom_____	43
4.4. Zadovoljstvo životom ispitanika (1 čestica) s urtikarijom_____	46
4.5. Strategije suočavanja ispitanika s urtikarijom_____	48
4.6. Percepcija stresa ispitanika s urtikarijom_____	51
4.7. Anksioznost ispitanika s urtikarijom_____	52
4.8. Depresivnost ispitanika s urtikarijom _____	53
4.9. Crte ličnosti ispitanika s urtikarijom _____	54
4.10.Korelacije upitnika (ličnost, suočavanje sa stresom, percepcija stresa, anksioznost, depresivnost)_____	55

5. RASPRAVA

5.1. Kvaliteta života_____	60
5.2. Strategije suočavanja_____	61
5.3. Percepcija stresa kod ispitanika s urtikarijom_____	63
5.4. Anksioznost ispitanika s urtikarijom _____	64
5.5.Depresivnost ispitanika s urtikarijom_____	66
5.6.Crte ličnosti ispitanika s akutnom i kroničnom	

urtikarijom_____	66
5.7. Međusobni utjecaj crta ličnosti, anksioznosti (kao stanja i crte ličnosti), depresivnosti, strategija suočavanja i percepcije stresa kod ispitanika s akutnom urtkarijom	
_____	68
5.8. Međusobni utjecaj crta ličnosti, anksioznosti (kao stanja i crte ličnosti), depresivnosti, strategija suočavanja i percepcije stresa kod ispitanika s kroničnom urtkarijom	
_____	69
6. ZAKLJUČCI _____	72
7. LITERATURA_____	75
8. PRILOZI	
8.1. Opći upitnik_____	88
8.2. Upitnik kvalitete života (Satisfaction with life scale-SWLS)_____	89
8.3.Upitnik osobnog zadovoljstva životom (Personal wellbeing index -PWI-A)_____	89
8.4. Skala percipiranog stresa (PSS)_____	90
8.5. State-trait anxiety inventory-1 (STAI X-1)_____	91
8.6. State-trait anxiety inventory-2 (STAI X-2)_____	92
8.7. Beckova skala depresivnosti (BDI)_____	93
8.8.Upitnik stretagija suočavanja sa stresom (Multidimensional coping inventory COPE)	
_____	97
8.9. Eysenckov upitnik ličnosti (EPQ)_____	101
9. ŽIVOTOPIS _____	105

1. UVOD

Autentičnost je osobina živih bića koja nas čini jedinstvenima, različitima i posebnima. Ona se očituje u različitom ponašanju, govoru, mišljenju, izgledu, boji kože, ali i zdravlju i bolesti. Zdravlje je, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, stanje potpunog tjelesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti. Sama definicija ističe povezanost uma i tijela, pa se prema tome ono može unaprijediti promicanjem zdravih stilova života i smanjivanjem faktora rizika proizašlih iz okolišnih, ekonomskih, socijalnih ili ponašajnih faktora (1). Povezanost uma i tijela često nam pokazuje koža koja predstavlja ogledalo našeg tjelesnog i psihičkog zdravlja, kao i granicu nas prema okolini i odražava našu cjelovitost i integritet, našu autentičnost. Stoga, različiti faktori poput stresa, neispavanosti, ubrzanog životnog tempa, loše ishrane mogu pokrenuti negativne procese u organizmu, a koji se mogu prvo detektirati na koži u obliku dermatoloških poremećaja. Takva stanja tada narušavaju naš integritet i naše zdravlje, vode psihološkim problemima, kao što su sram, anksioznost, otežano socijalno funkcioniranje, što može voditi i komorbidnim psihijatrijskim poremećajima koji pogoršavaju osnovnu bolest, povećavaju radnu nesposobnost i smanjuju kvalitetu života ovih bolesnika.

Cilj rada je utvrditi povezanost tjelesnih i psihičkih čimbenika u nastanku i tijeku urtikarije koji bi mogli dovesti do unaprijeđenja u dijagnostici i liječenju i smanjiti dugotrajne posljedice na mentalno zdravlje pacijenata.

1.1. KOŽA

Koža je najveći organ koja „čuva“ integritet našeg tijela i predstavlja „granicu“ između nas i okoline. Njezina površina iznosi između 1,5 m² i 2 m², a njezina težina

predstavlja približno 15% težine tijela. Koža se sastoji iz 3 sloja od kojih svaki ima određenu funkciju:

1. Epidermis (gornji sloj kože) - zaštitni pokrivač spram vanjskoga svijeta
2. Dermis ili korij (srednji sloj) - sadrži receptore za bol i dodir
3. Hipodermis (donji sloj kože) - masno potkožno tkivo koje se sastoji od mlohavog vezivnog tkiva i adipocita koje predstavljaju skladište energije.

U tim slojevima smješteni su i kožni adneksi: nokti, dlake i žlijezde. Koža vrši nekoliko funkcija: regulaciju tjelesne topline, izolaciju, pohranjivanje energije, osjet dodira i zaštitu od utjecaja iz okoline (UV zračenje, gljivice, bakterije) (2).

Koža zauzima specijalno mjesto u psihijatriji obzirom da se putem nje iskazuju različite emocije kao što su ljutnja, strah, sram i druge. Koža igra važnu ulogu i u procesu socijalizacije koji počinje u djetinjstvu i nastavlja se do odrasle dobi. Povezanost kože i mozga očituje se i u njihovom zajedničkom ektodermalnom podrijetlu, a određeni su i zajedničkim hormonskim i neurotransmitterskim sustavom (2). Svaka ozljeda ili bolest kože direktno narušava naš integritet i predstavlja opasnost za naše zdravlje. Bolesti kože su oku vidljive, zbog čega oboljeli često imaju osjećaj srama i krivnje, te često kod oboljelih izazivaju intenzivne psihološke reakcije u vidu anksioznosti, depresivnosti, a u nekim slučajevima dovode i do psihijatrijskih poremećaja.

Psihodermatologija predstavlja interakciju dermatologije, psihijatrije i psihologije koja nastoji povezati sve dermatološke i psihološke čimbenike u cilju optimalnijeg liječenja dermatoloških bolenika. Procjenjuje se da je incidencija psihijatrijskih poremećaja među dermatološkim pacijentima 30-60%. Psihijatri su više fokusirani na „unutarnju“, oku nevidljivu bolest, dok se dermatolozi bave „vanjskim“ vidljivim poremećajem. Poveznicu ove dvije discipline čini kompleksna međuigra neuroendokrinog i imunološkog sustava, tj. neuroimunokutanog sustava. Veza između živčanog sustava, kože i imuniteta se može

objasniti otpuštanjem medijatora iz neuroimunokutanog sustava. Naime, poznato je da psihološki stres remeti permeabilnost epidermalne barijere i, na taj način, može biti precipitirajući faktor u nekim upalnim dermatološkim bolestima, kao što je atopički dermatitis i psorijaza. Dermatolozi, stoga, ističu potrebu za psihijatrijskom konzultacijom u liječenju kožnih bolesti, a psihološki faktori mogu utjecati na kronične dermatološke bolesti, kao što su ekcem, prurigo i psorijaza (3).

Zbog svega navedenog, dermatološke su bolesti dio interesa i psihijatra, obzirom da se psihološki čimbenici isprepliću s etiološkim u nastanku, tijeku i liječenju. Iz svega navedenog slijedi da većina dermatoloških bolesti spada u psihosomatske bolesti kojom se bavi psihosomatska medicina.

1.2. PSIHOSOMATSKA MEDICINA

Psihosomatska medicina obuhvaća jedinstvo uma i tijela, njihovu interakciju, te se bavi učincima psihijatrijskih poremećaja na somatske bolesti, kao i somatskih bolesti na psihi (4). Ona proučava i fiziologiju i psihologiju odnosa psihe i tijela, a može rezultirati psihobiološkom disregulacijom koja može nastati na bilo kojoj razini organizma kao sustava (5). Psihosomatska medicina se mora nositi s problemima povezivanja teoretskih spoznaja iz različitih područja i biologijskih istraživanja bazične znanosti sa dobrom kliničkom praksom. To uključuje dobru primarnu zdravstvenu zaštitu, obiteljsku i internu medicinu, kao i detektiranje psihosomatskih mehanizama u razvoju različitih kroničnih bolesti kao što su astma, hipertenzija, koronarne bolesti, upalne bolesti crijeva, dijabetes, atopički dermatitis i kronični artritis. Što se bolje upoznaju mehanizmi razvoja ovih bolesti, osobito psihosocijalni čimbenici, to je bolje i kvalitetnije liječenje. (6).

1.2.1. POVIJEST PSIHOSOMATSKE MEDICINE

Odnos duše i tijela je, već, proučavao i Hipokrat tvrdeći da tjelesni i emocionalni poremećaji prate ustaljene prirodne zakone. U 17. stoljeću je Rene Decartes isticao značaj neurovegetativnog sustava kao raskrižja duše i tijela. Intenzivno zanimanje za "znanstvenu" medicinu tijekom renesanse i početkom 19.st. je zasjenilo interes za „psihološko“, iako su mnogi filozofi, eklektici i drugi pokušavali objasniti kako su um i tijelo povezani.

Međutim, polje psihosomatske medicine je otvorio Johann Christian Heinroth 1818.g kada je uveo termin „psihosomatski“, a nastavio ga je Felix Deutsch 1922. terminom „psihosomatska medicina“. Vjerojatno je to bio izazov koji je nadahnuo Freuda u 19. i 20. stoljeću da nađe psihološki temelj za tjelesne fenomene koji bi omogućili učinkovit tretman inače zagonetnih i teško rješivih slučajeva. Freudovi najraniji bolesnici su bili "problem bolesnici" preporučeni od kolega koji su već bili frustrirani beskonačnim pokušajem rješavanja njihovih somatizacija. Iako Freudova djela nikada ne aludiraju na "psihosomatsku medicinu," njegovi uvidi u mentalne mehanizme, ulogu nesvjesnog, te, možda prije svega, odnos liječnik-pacijent, ipak upućuju da taj odnos, kao i na interakciju um-tijelo.

Psihoanalitičari Sandor Ferenczi, Michael Balint i Georg Groddeck, sa svojim prethodnim iskustvom opće prakse, odmah su shvatili duboku vrijednost psihoanalitičkog znanja i učenja za "psihosomatski" pristup u medicinskoj praksi. Time se otvorilo područje interesa u istraživanju odnosa tjelesne bolesti, mentalnih mehanizama i strukture ličnosti.

Organizirana "psihosomatska medicina" je, ipak, počela s objavljivanjem časopisa Psychosomatic Medicine (PM) 1939.g. i osnivanjem Američkog društva za istraživanje psihosomatskih problema 1943.g, koji je kasnije preimenovan u Američko psihosomatsko društvo (APS) 1947.g (7).

1.2.2. BIOPSIHOSOCIJALNI MODEL

1977. George Engel je tvrdio da se medicinsko obrazovanje i praksa temelji na zastarjelom redukcionističkom biomedicinskom modelu koji limitira liječnika u potpunom razumijevanju bolesti. Stoga je opisao alternativni biopsihosocijalni model koji priznaje jedinstvo uma i tijela. Liječnici educirani u ovom području će uključiti biološke, psihološke i socijalne čimbenike u znanstvenom razumijevanju patogeneze, patofiziologije i liječenja bolesti. Stjecanje biopsihosocijalne baze znanja bi trebalo olakšati razumijevanje kako različiti čimbenici (stresni događaji, emocionalna stanja, socijalna podrška) mogu doprinijeti bolesti i bolesnikovom iskustvu bolesti.

Kombinirajući znanje bihevioralne medicine i psihologije s biomedicinom omogućit će liječnicima sveobuhvatan i cjelovit tretman pacijenata. Engelov uvid proizlazi iz godina proučavanja psihosomatske medicine, polja koje je utemeljeno na biopsihosocijalnom modelu. Od 1942.g Američko psihosomatsko društvo, čiji je Engel bio predsjednik, 1953.g, je postalo akademsko društvo istraživača zainteresiranih za interakciju uma i tijela. To je društvo posvetilo svoju misiju "integraciji bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u medicinu". Time je postalo jasno da su saznanja iz područja psihosomatske medicine postala važna za medicinska istraživanja i praksu.

Psihosocijalni čimbenici utječu na etiologiju, patofiziologiju, i/ili liječenje brojnih kroničnih bolesti poput kardiovaskularnih bolesti, karcinoma, bolesti probavnog sustava, HIV-a, kao i učinkovitosti postkirurškog oporavka.

Istraživanja u psihosomatskoj medicini također su identificirala prediktore nesuradljivosti, problem koji može biti vrlo destruktivan za optimalnu skrb o bolesniku. (8). Biopsihosocijalni model se u praksi odvija kroz traženje psihološkog odgovora na tjelesnu bolest, psiholoških i socijalnih resursa, „coping“ stilova i crta ličnosti, te mogućih

psihijatrijskih poremećaja (4).

1.3. SURADNA PSIHIJARIJA VS PSIHOSOMATSKA MEDICINA

Konzultativno suradna psihijatrija je definirana kao područje kliničke psihijatrije koja obuhvaća kliničke, nastavne i istraživačke aktivnosti psihijatarata i srodne zdravstvene stručnjake u nepsihijatrijskim odjelima opće bolnice. Ona je konceptualno izvedena iz tradicije, koja se zalaže za neprestanu dinamičnu interakciju između uma i tijela. To je izvelo psihijatriju iz mentalnih azila u opće bolnice te je također značajno doprinijela smanjenju stigme koja prati mentalne bolesti ne samo među pripadnicima javnosti, nego i kod zdravstvenih djelatnika.

Tijekom godina suradna je psihijatrija značajno pridonijela razvoju psihijatrije i napretka u medicini, kao i promjeni u medicinskoj edukaciji i pružanju sveobuhvatnog liječenja tjelesnog bolesnika. Prema Lipowskom, termin "konzultativno-suradna" odražava dvije međusobno povezane uloge konzultanata. "Konzultacija" se odnosi na pružanje stručnog mišljenja o dijagnozi i savjeta o liječenju bolesnika vezano uz njegovo mentalno stanje i ponašanje na zahtjev drugog zdravstvenog profesionalca. Pojam "suradna" se odnosi na povezivanje grupe u svrhu učinkovite suradnje.

U kontekstu trenutne konzultativno-suradne psihijatrije, suradnja uključuje tumačenje i posredovanje tj., konzultant psihijatar posreduje između pacijenata i članova kliničkog tima, te između duševnog zdravlja i drugih zdravstvenih stručnjaka. Savjetovanje se odnosi na bolesnika, konzultanta i terapijski tim. Stoga je za konzultaciju najučinkovitije da psihijatar konzultant ima osobni kontakt s bolesnikom (uključujući i njegovu obitelj) i liječnicima koji ga liječe. Međutim, važno je razumjeti razliku između pojmova konzultativno suradna psihijatrija i psihosomatska medicina.

Psihosomatska medicina se definira kao neklinička disciplina koja se bavi idejama međuigre bioloških i psihosocijalnih čimbenika u razvoju, tijeku i ishodu bolesti. U stvari, ideja da psihološki čimbenici imaju važnu ulogu u etiologiji različitih tjelesnih poremećaja nastala je iz prakse i teorije psihodinamskih načela. Stoga, neki autori smatraju konzultativno suradnu psihijatriju kao praktičnu/ kliničku ruku ili primjenjivi oblik psihosomatske medicine.

Osnovna pretpostavka konzultativno suradne psihijatrije jest da se integriraju informacije kako bi se pružila optimalna zdravstvena skrb vodeći računa o prevenciji, a da pri tome bude i ekonomski opravdana.

Različiti modeli psihijatrijskih savjetovanja su opisani u literaturi te uključuju pristup orijentiran bolesniku, pristup orijentiran krizi, konzultantu-orijentiran pristup, stanju orijentirani pristup i prošireno psihijatrijsko savjetovanje. U pristupu orijentiranom bolesniku, bolesnik je primarni fokus interesa savjetnika. To ne uključuje samo dijagnostički intervju i procjenu bolesnika, već i psihodinamsku procjenu njegove ličnosti i reagiranja na bolest. Krizi-orijentirani pristup uključuje brzu procjenu bolesnikova problema i stilova suočavanja, te neposredne terapijske intervencije za rješavanje problema.

U konzultantski orijentiranom pristupu glavni je fokus na motivaciji konzultanta i njegovim očekivanjima. Situaciji orijentirani pristup je usmjeren na interpersonalne interakcije svih članova tima uključenih u kliničku skrb bolesnika za koje je konzultant tražio da razumiju bolesnikovo ponašanje. Prošireno psihijatrijsko savjetovanje uključuje operativnu grupu koja uključuje bolesnika, kliničko osoblje, druge bolesnike, njegovu obitelj, ali je središte pozornosti bolesnik za koga je savjetovanje traženo.

Ovisno o funkciji, modeli savjetovanja uključuju:

- konsultacijski model – bolesnik u fokusu
- suradni model – u središtu pažnje je liječnik koji se savjetuje, i, uz pružanje

konzultacija za bolesnika, uključuje podučavanje liječnika i kliničkog tima psihijatrijskim i psihološkim aspektima u liječenju bolesnika

- most model – predstavlja nastavnu ulogu konzultativno suradnog psihijatra za liječnika primarne zdravstvene zaštite.
- hibridni model - psihijatar se nalazi u sklopu multidisciplinarnog tima
- autonomni psihijatrijski model - konzultativno suradni psihijatar je „unajmljen“ od strane primarne zdravstvene zaštite

Ovisno o fokusu rada predloženi su slijedeći modeli:

- model intenzivne skrbi – u jedinicama intenzivne skrbi
- biološki model – neuroznanost, psihofarmakologija, psihološko upravljanje
- milje model – podrazumijeva interpersonalnu teoriju koja uključuje grupne aspekte skrbi za bolesnika, reakciju i interakciju zaposlenika i razumijevanje radne okoline
- integralni model – u kojem je uključena agencija koja pruža psihološku skrb i integralni je čimbenik kliničkih i administrativnih potreba.

Kao i kod drugih subspecijalnosti psihijatrije, funkcije konzultativno suradnog psihijatra mogu se provoditi u kliničkom radu, nastavi, upravi i kliničkim istraživanjima. Klinički rad uključuje osiguravanje liječenja bolesnika. Liaison općenito označava obrazovnu funkciju te se od psihijatra očekuje da će educirati bolesnika, animirati liječnika koji liječi bolesnika, podučavati osoblje, obitelj bolesnika i prijatelje. Upravne funkcije mogu uključivati prisilnu hospitalizaciju bolesnika i procjenu suicidalnih i homicidalnih pulzija. Istraživanja konzultativno suradnog psihijatra su često u područjima koja su na granici psihijatrije i medicine. Unutar ove grane psihijatrije, razvile su se psihoonkologija, psihodermatologija, psihoopstetrijica i druge. (9, 10, 11, 12).

1.4 URTIKARIJA – PSIHOSOMATSKA BOLEST

Psihodermatologija se definira kao dio dermatologije koji se bavi proučavanjem utjecaja psiholoških čimbenika na pojavu, tijek i liječenje kožnih bolesti. Mnogi su bolesnici svakodnevno suočeni s osjećajem srama zbog izgleda kožnih promjena, osjećaja krivnje i ljutnje, te straha da ih okolina doživljava prljavima ili zaraznima (13).

Psihodermatološki poremećaji mogu biti praćeni i/ili uzrokovani stresom, psihijatrijskim simptomima ili psihijatrijskom bolešću u kojoj je koža „meta“ poremećaja u mišljenju, ponašanju ili percepciji (14). Dijelimo ih u tri skupine: psihosomatski poremećaji (urtikarija, akne, alopecija), primarni psihijatrijski poremećaji (iluzije parazitoza, dizmorfofobije, trihotilomanije) i sekundarni psihijatrijski poremećaji (hemangiomi, Kaposiev sarkom) (15).

Urtikarija je jedna od najčešćih psihosomatskih bolesti u području dermatologije. Prevalencija je između 0,5 i 1 % u populaciji, više kod žena, i to u dobi 30 - 40 godina. Karakterizirana je spontanom pojavljivanjem eflorescencija i/ili angioedemom koje mogu, prema nekim studijama trajati mjesecima ili godinama (16) (slika 1,2,3,4).

Dijagnoza akutne urtikarije postavlja se na temelju kliničke slike - pojave urtika koje ne izbijaju dulje od 6 tjedana. Pojava urtika svakodnevno ili gotovo svakodnevno u trajanju od 6 tjedana i dulje definira se kao kronična urtikarija (17). Akutna urtikarija je obično uzrokovana alergijskom reakcijom ili infekcijom, te se uspješno liječi. Neke kronične ili rekurentne urtikarije nastaju zbog hereditarnog opterećenja, dok su druge uzrokovane fizičkim čimbenicima, kao što su hladnoća, toplina, izloženost suncu, vibraciji i slično. Promjene topline kože, naime, usko su povezane s vazomotornim promjenama u kapilarama i podložne su utjecaju emotivnih stanja. Vazokonstrikcija kožnih kapilara uvjetovana je djelovanjem simpatičkog živčanog sustava, a vazodilatacija je više pod utjecajem općeg povećanja tjelesne

temperature pri emotivnim uzbuđenjima.

Tjeskoba osobito djeluje na promjene prokrvljenosti kože. Mjerenjem promjene prokrvljenosti kože moguće je promatrati povezanost s pojedinim emotivnim stanjima. Često je uzrok kronične urtikarije nepoznat, zbog čega se smatra da je u patogenezi bolesti autoimuni proces. Naime, oko 33% bolesnika koji boluju od kronične urtikarije imaju cirkulirajuća antitijela, ali njihova uloga u bolesti još nije poznata. Kronična idiopatska urtikarija se spontano izliječi u 30-55% bolesnika unutar 5 godina, ali neki bolesnici imaju smetnje dugi niz godina (18).

Psihijatrijski čimbenici su uključeni u razvoj nekih oblika urtikarije. Tipični „halo-osip“ (papule okružene s bijelim haloom) vidljiv je kod razvoja urtikarije nakon emocionalnog stresa i povezan je s povećanom količinom plazmatskog adrenalina i noradrenalina, a nestaje nakon liječenja β - adrenergičkim antagonistima. Većina se, psihijatrijskih studija, usredotočila na kroničnu urtikariju, i pokazale su da su ovi bolesnici depresivniji i anksiozniji, premda nije još u potpunosti jasno da li su ovi simptomi uzročnici pojave ili egzacerbacije bolesti ili nastaju kao reakcija na bolest. Kontrolirane su studije pokazale značajnu povezanost stresnih životnih momenata i pojave urtikarije (14).



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.

1.5. STRES I URTIKARIJA

Stres je nespecifični odgovor organizma na zahtjeve koji prelaze njegove mogućnosti. Stanje stresa izazvano je potrebom da se odgovori na prepreku, promjenu ili neki podražaj iz čovjekove okoline.

Prema Lazarusu i Folkman, "psihološki stres je poseban odnos između osobe i okoline koji osoba ocjenjuje kao prekoračenje njegovih resursa i koji ugrožava njegovo ili njezino blagostanje". Ovaj odnos prolazi kroz dvije važne faze, kognitivnu procjenu i suočavanje. Kognitivna procjena je proces kategoriziranja situacije, obzirom na njezinu važnost za dobrobit osobe. Naime, prije nego što se zapravo nosimo sa situacijom, moramo je ocijeniti kao potencijalno stresnom. Ova procjena prolazi kroz dva kognitivna mehanizma.

Primarna procjena je procjena prijetnje, izazova ili gubitka. Gubitak se odnosi na štetu koja se već dogodila, dok se prijetnja i izazov mogu odnositi na prošle ili anticipirane događaje. Dok prijetnja upućuje na potencijalnu opasnost za nečiju dobrobit ili samopoštovanje, izazov sugerira da je osoba usmjerena na uspjeh, socijalnu nagradu i osobni rast koji bi rješenje situacije moglo donijeti. Važno je znati da prijetnja i izazov nisu nužno međusobno isključivi, tj. nisu dva kraja jednog kontinuuma. Iako su negativno korelirani,

prijetnja i izazov se mogu pojaviti istodobno.

Sekundarna procjena je procjena resursa suočavanja i povjerenja u vlastite sposobnosti suočavanja sa situacijom. Resursi mogu biti tjelesni (zdravlje, energija), socijalni (obitelj, prijatelji, socijalna mreža), psihološki (uvjerenje, samopoštovanje, percipirana kontrola, moral) ili materijalni (financijski) (19).

Percipirani stres je stupanj u kojem se neka životna situacija ocjenjuje kao stresna (20). Muller i Spitz su pokazali da su komponente suočavanja, kao što su aktivno suočavanje, planiranje, prihvaćanje ili pozitivne promjene u negativnoj korelaciji, a poricanje, bihevioralno oslobođenje, samokrivljavanje i uporaba psihoaktivnih tvari u pozitivnoj korelaciji s percipiranim stresom (21). Smatra se da je percipirani stress važniji i ima veći učinak na pojavu bolesti od samog stresogenog događaja. Percipirani stres je, tako, važan i u razvoju kronične urtikarije (22).

Veliki broj istraživanja upućuju na povezanost stresa i dermatoloških bolesti. Psihološki stres narušava homeostazu permeabilnosti epidermalne barijere te može precipitirati neke upalne bolesti, npr. atopijski dermatitis i psorijazu (3). Psihološki distress ima važnu ulogu kao okidač u egzacerbaciji urtikarije (23,24). Barbosa i suradnici su dokazali visoku razinu psihološkog distresa koji može pogoršati socijalnu, emocionalnu i opću zdravstvenu percepciju i interpersonalne odnose kod bolesnika s urtikarijom (25). Šest mjeseci prije početka bolesti, ispitanici s kroničnom idiopatskom urtikarijom, su imali značajno više stresogenih događaja s više subjektivnog utjecaja istih na njih (26, 27). Više od 37% bolesnika od kronične urtikarije iznosilo je stres kao otežavajući faktor u razvoju bolesti (28, 29). U uzorku ispitanika s kroničnom urtikarijom, najčešći stresni životni događaj bio je smrt bliskog člana obitelji, a ovi su ispitanici također navodili obiteljske konflikte, financijske probleme, seksualne probleme, bolest člana obitelji, vjenčanje ili rastave braka te probleme na poslu kao faktore koji su mogli biti uključeni u tijek i razvoj urtikarije (28).

1.6. STRATEGIJE SUOČAVANJA SA STRESOM U URTIKARIJI

Suočavanje sa stresom se odnosi na kognitivne i bihevioralne napore da se smanje ili podnesu unutarnji i/ili vanjski zahtjevi okoline.

S obzirom na raznolikost odgovora postoje različiti načini suočavanja (aktivno, pasivno, izbjegavanje). Suočavanje ima dvije glavne funkcije. Jedna je regulacija emocija i tjeskobe koja se javlja u stresnim situacijama - emocijama usmjereno suočavanje. Emocijama usmjereno suočavanje uključuje niz različitih stilova suočavanja koje su se pokazale i adaptivnima i maladaptivnima (30,31).

Općenito, strategije suočavanja koje se fokusiraju na negativne emocije i misli povećavaju psihološki distres (npr ventiliranje emocija i ruminacija), dok strategije koja reguliraju emocije (npr traženje socijalne podrške, regulacija afekta i prihvatanje) reduciraju tjeskobu. Oprečna otkrića vezana uz emocijama usmjereno suočavanje prikazana su u kliničkoj studiji Billingsa i Moos-a. Njihovo istraživanje je analiziralo odnos između stilova suočavanja i depresivnih simptoma u 424 ispitanika koji su bili na početku liječenja od depresije. Depresivni bolesnici su doživjeli manje teških simptoma kada su koristili regulaciju afekta, a značajno težu disfunkcionalnost kada su koristili ventiliranje emocija (32).

Što se traženja socijalne podrške tiče, kao dijela emocijama usmjerenog suočavanja tiče, nalazi su kontradiktorni. Wijndaele i suradnici su istraživali odnos između emocijama usmjerenog suočavanja i psihološkog distresa u općoj populaciji i utvrdili da su pojedinci bili manje anksiozni i depresivni kada su redovito primali socijalnu podršku (30). Negativnu povezanost između traženja socijalne podrške i psihološkog distresa objavili su i Penland i suradnici (33) te Bouteyre i suradnici (34). Emocijama usmjereno suočavanje je često povezano s negativnim aspektima zdravlja, i to depresijom, anksioznošću i percepcijom tjelesnih simptoma (35). Neka istraživanja nalaze da je traženje socijalne podrške povezano s

pozitivnim raspoloženjem (36), dok druga skupina istraživača nalazi vezu između traženja socijalne podrške i negativnoga raspoloženja (37, 38). Kardum i Hudek-Knežević smatraju da je traženje socijalne podrške zbog instrumentalnih razloga kao komponenta problemu usmjerenoga suočavanja statistički značajno povezano s uobičajeno pozitivnim raspoloženjem. Izražavanje emocija i traženje socijalne podrške zbog emocionalnih razloga nisu bili povezani niti s pozitivnim niti s negativnim raspoloženjem. Oni pretpostavljaju da su ove komponente snažnije povezane s raspoloženjima u situacijama kada je potrebno smanjiti emocionalni stres (39).

Druga funkcija suočavanja je rješavanje problema koji uzrokuje stres, mijenjajući elemente stresne situacije (problemu usmjereno suočavanja). Problemu usmjereno suočavanje je najadaptabilnija strategija suočavanja koja smanjuju simptome stresa, anksioznosti i depresije. Wijndaele i suradnici su pokazali da je problemu usmjereno suočavanje najučinkovitije u smanjenju psihološkog distresa u općoj populaciji. Njihova studija analizirala je strategije suočavanja i razinu psihološkog distresa kod 2616 belgijskih odraslih ispitanika. Otkrili su da su ispitanici koji su koristili problemu usmjereno suočavanje imali reducirane simptome stresa, anksioznosti i depresije u odnosu na ispitanike koji su koristili druge stilove suočavanja (30).

Problemu usmjereno suočavanje je povezano i sa redukcijom distresa kod kliničkih pacijenata (40). Sherbourne i suradnici su utvrdili da su depresivni pacijenti pokazali veći napredak kada su koristili problemu usmjereno suočavanje u odnosu na suočavanje izbjegavanjem. Njihova studija je uspoređivala stilove suočavanja i depresivne simptome kod 604 ispitanika. Najveći napredak su pokazali teško depresivni ispitanici, što sugerira da ova strategija suočavanja može biti najučinkovitija kod depresivnih osoba (41).

Iako se emocijama usmjereno i problemu usmjereno suočavanje koriste u većini stresnih situacija, oni ipak ovise o načinu na koji osoba procjenjuje situaciju (kao prijetnju i/ili

izazov). Naime, ljudi su skloniji koristiti više problemu fokusirano suočavanje kada se situacija ocjenjuje kao promjenjiva, a emocijama usmjereno suočavanje kada je situacija procijenjena kao nepromjenjiva ili manje promjenjiva.

Lazarus i Folkman su identificirali kategorije koje će izravno utjecati na to kako ljudi vrednuju i nose se sa situacijom: one povezane s karakteristikama pojedinca (obveze, uvjerenja, osobna kontrola, samopoštovanje) i one povezane s karakteristikama situacije (novost ili predvidivost situacije, neizvjesnost događaja, vrijeme od djelovanja stresora, dvosmislenost situacije) (42).

Treća strategija suočavanja je izbjegavanje koje predstavlja kognitivne i bihevioralne napore da se minimizira ili ignorira stresna situacija (43). Neki istraživači povezuju izbjegavanje sa emocijama usmjerenim suočavanjem, no u osnovi su ove dvije strategije različite, jer je izbjegavanje pasivno suočavanje, dok je emocijama usmjereno suočavanje aktivna strategija (44). Izbjegavanje je povezano s većim distresom u odnosu na ostale strategije suočavanja. Holahan i suradnici su u svom istraživanju na 1,211 ispitanika u periodu od preko deset godina, dokazali da je korištenje izbjegavanja kao strategije suočavanja imalo utjecaj na povećanje akutnih i kroničnih životnih stresora i depresiju. Razlog povezanosti ove strategije sa stresom, anksioznošću i depresijom može biti u činjenici da se korištenjem izbjegavanja ne umanjuju manji stresori, već oni s vremenom postaju još stresniji, što rezultira povećanom anksioznošću i depresivnošću pojedinca. Tada se stvara začarani krug u kojem depresivna i anksiozna osoba postaje pesimističnija, a pesimizam je vodi ka korištenju pasivne strategije suočavanja, kao što je izbjegavanje (43).

Istraživanja navode da bolesnici koji boluju od kronične urtikarije dobivaju manje obiteljske podrške što je prediktor psihološkog distresa i može povećati egzacerbaciju dermatoloških problema (45). Ovakvi bolesnici češće koriste emocijama usmjereno ponašanje, a time pogoršavaju svoje mentalno zdravlje i kvalitetu života (46). S druge strane,

bolesnici koji traže socijalnu podršku kao oblik emocijama usmjerenog suočavanja i vjeruju u svoje sposobnosti, značajno bolje funkcioniraju i bolje se nose sa distresom (24). Istraživanje Yanga i suradnika je pokazalo da je učestalost urtikarije smanjena kod ispitanika s boljim ego funkcioniranjem, boljim strategijama suočavanja i obiteljskom podrškom (26).

1.7. CRTE LIČNOSTI I URTIKARIJA

Crte ličnosti određuju naše ponašanje i funkcioniranje, te je mnogo teorija koje pokušavaju objasniti ovaj konstrukt. Najiscrpnija je Goldbergova petofaktorska teorija koja objašnjava velik dio različitosti ljudskog mišljenja, osjećanja i ponašanja. Prvi faktor čini ekstraverzija koja podrazumijeva otvoren i energetičan pristup životu a uključuje osobine kao što je društvenost, pričljivost i asertivnost. Na drugom polu ovog faktora jest introverzija, a takve osobe su tihe, rezervirane, sramežljive, povučene. One su sklonije samostalnim aktivnostima, dok ekstraverti traže stalnu socijalnu interakciju.

Istraživanja su pokazala da ova dimenzija ima i biološku podlogu, odnosno da je živčani sustav introverata osjetljiviji na podražaje te da im je za istu razinu stimulacije potreban manji intenzitet nego ekstravertima. Drugi faktor ove teorije je ugodnost, a odnosi se na prosocijalno ponašanje koje uključuje altruizam, povjerljivost i skromnost. Osobe visoko na ovoj dimenziji su brižne prema drugima, pružaju podršku i utjehu, naglašavaju pozitivne osobine kada pričaju o nekome te su spremnije na suradnju za razliku od onih koji se nalaze na drugom polu. Takve su osobe orijentirane na sebe, neljubazne, emocionalno „hladne“ te više ulaze u sukobe s drugima.

Pokazalo se da postoji povezanost niske ugodnosti i rizika za kardiovaskularne bolesti, kao i maloljetničke delikvencije i interpersonalnih problema. Savjesnost je treći faktor petofaktorske teorije, koja obuhvaća promišljeno djelovanje, konformiranje normama i

pravilima, organiziranost i postavljanje prioriteta. Ona je povezana sa zdravijim životnim navikama poput nepušenja i redovite tjelovježbe, kao i boljim akademskim uspjehom. Četvrti faktor se naziva emocionalna stabilnost, nasuprot neuroticizmu. Osobe visokog neuroticizma (niske emocionalne stabilnosti) su anksioznije, nervoznije, napetije, teže se opuštaju i teže prihvaćaju životne promjene a općenito su reaktivnije na stres.

Na drugom polu, emocionalno stabilni pojedinci prihvaćaju dobre i loše ishode u životu na smiren i staložen način bez pretjeranih reakcija na iste te su općenito zadovoljnije u interpersonalnim vezama i u odnosima s drugima. Posljednji faktor, u petofaktorskom modelu je intelekt, a uključuje maštovitost i kreativnost, originalnost, sklonost ka umjetnosti i otvorenost prema novim iskustvima. Visoki rezultati na ovoj dimenziji povezani su s više godina završenog obrazovanja i uspjehom u umjetničkim zanimanjima (47). Činjenicu da varijable ličnosti mogu povećati vulnerabilnost za specifičnu bolest se opširno proučava u psihosomatskoj medicini.

Jedna od teorija povezanosti ličnosti i bolesti jest model konstitucijskih predispozicija koji povezuje ličnost i tjelesno zdravlje. Prema ovoj teoriji, crte ličnosti imaju jako konstitucijsko porijeklo. U prilog tome govore razvojne teorije ličnosti, kao što je Cloningerova teorija temperamenta (48), koja pretpostavlja da su crte ličnosti genetski determinirane te da strukturalne ili konstitucijske predispozicije povećavaju vjerojatnost oštećenja organa vanjskim patogenim faktorima i/ili degenerativnim procesima. Dakle, za povezanost ličnosti i zdravlja/bolesti odgovorna je ista konstitucijska predispozicija, odnosno biološka varijabla koja se nalazi u njihovoj osnovi, pa su ličnost i bolest posljedica iste urođene tjelesne abnormalnosti jednog ili više organskih sustava (49). I Eysenckova (50) biološka teorija ličnosti pretpostavlja nasljednost dimenzija neuroticizma i introverzije-ekstraverzije, što je i potvrđeno dokazima velikog broja istraživanja provedenih na jednojajčanim i dvojajčanim blizancima (51). Ova teorija, nadalje, sugerira povezanost

neuroticizma s limbičkim sustavom, te dimenzije introverzija-ekstraverzija s retikularnom formacijom.

Eysenck je neuroticizam nazvao indikatorom pobuđenosti središnjega živčanog sustava. Radi se o crti ličnosti sa simptomima anksioznosti, depresivnosti i hostilnosti povezanim s emocionalnom nestabilnošću i visokom bazalnom pobuđenošću. Kortikalna pobuđenost kod introvertiranih je višeg stupnja nego u ekstravertiranih osoba. Eysenck, nadalje, smatra da ove konstitucijske razlike pridonose razlikama u ponašanju. Naime, on smatra da su osobe s visokim rezultatom na dimenziji neuroticizma i niskim rezultatom na ekstraverziji sklonije pretjeranoj reakciji na stres. Takve su osobe mnogo budnije zbog kortikalne pobuđenosti i mnogo labilnije zbog pobuđenosti simpatičkoga živčanog sustava. Obzirom da visok rezultat na neuroticizmu i nizak rezultat na dimenziji ekstraverzije karakterizira širok raspon psihijatrijskih poremećaja, osobe s psihijatrijskim poremećajima trebale bi biti pod većim rizikom za tjelesne bolesti (50). Istraživanja su potvrdila veliku povezanost između depresije, anksioznosti i hostilnosti te različitih klastera simptoma ili različitih bolesti, osobito kardiovaskularnih (52). Jedno od najdužih longitudinalnih istraživanja o povezanosti neuroticizma i bolesti, u trajanju od 25 godina, potvrđuje povezanost te crte ličnosti sa simptomima sistemske i difuzne boli (53). Međutim, kronično stanje pobuđenosti nekad može imati i pozitivan efekt. Eysenck ga, u određenim situacijama, smatra protektivnim faktorom, te pretpostavlja kako su neurotici, upravo zbog kroničnog doživljaja stresa na koji se imunološki sustav s vremenom prilagodi, manje skloni obolijevanju od novotvorina (54). Pojedina istraživanja upućuju na to da je neuroticizam povezan s boljom glikemijskom kontrolom kod osoba s dijabetesom tipa 2 (55), a umjerena razina neuroticizma sa sporijim propadanjem bubrežne funkcije kod osoba s dijabetesom tipa 1 (56).

Dakle, crte ličnosti nisu uzročnici, već medijatori bolesti i mogu pokazivati osjetljivost na promjene u pojedinim kliničkim situacijama. Procjenjivanje ličnosti je postalo važno, jer

može pridonijeti boljem razumijevanju bolesnika i njihove bolesti, te optimalnom planiranju i liječenju (57). Prepoznavanje određenih karakteristika ličnosti posebno je važno kod kroničnih bolesti, jer je ponašanje bolesnika važno u postizanju pozitivnog ishoda, odnosno crte ličnosti određuju ponašanje bolesnika, što posljedično utječe i na adherentnost u terapiji (58,59).

Ispitivanjem crta ličnosti u urtikariji nađeno je da su pacijenti s urtikarijom, alopecijom i psorijazom nedominantni, autoagresivni, heteroagresivni i neurotičniji od zdravih dragovoljaca, te da su doživjeli statistički značajno veću količinu stresa godinu dana prije pojave ili egzacerbacije bolesti (60). Vrlo je značajno istraživanje Barbose i suradnika na bolesnicima koji boluju od kronične urtikarije koji pokazuje da 56,9% ovih bolesnika ima aleksitimiju koja je u pozitivnoj korelaciji sa nesigurnim attachmentom, psihopatološkim simptomima i autodestruktivnim obrambenim mehanizmima, a aleksitimija je rizičan faktor za medicinske, psihijatrijske ili bihevioralne probleme. (61).

1.8. ANKSIOZNOST I DEPRESIVNOST U RAZVOJU URTIKARIJE

Anksioznost je difuzni, neugodan i neodređen osjećaj straha obično praćen autonomnim simptomima (glavoboljom, znojenjem, palpitacijama, pritiskom u grudima, gastričnim poteškoćama, nemirom). Ona je signal koji nas upozorava na opasnost i omogućuje osobi da poduzme aktivnosti kako bi se sa opasnošću nosila.

Osnovna razlika straha i anksioznosti leži u činjenici da je strah odgovor na poznatu, vanjsku prijetnju, a anksioznost odgovor na nepoznatu, unutarnju prijetnju. Anksioznost zahvaća mišljenje, percepciju i učenje, te oslabljuje koncentraciju, pamćenje i pažnju. (14). Anksioznost je u populaciji raspodijeljena uzduž kontinuuma od slabih intenziteta do paničnih stanja. Neki je pojedinci doživljavaju samo povremeno u svezi s određenim životnim

dogadajima, dok je drugi doživljavaju češće. Postoje dokazi o eksperimentalnim i biološkim determinantama sklonosti kao anksioznosti, a sve je više radova koji ukazuju na činjenicu da je sklonost anksioznosti kognitivne prirode (62). Simptomi anksioznosti obično se grupiraju u 4 glavna područja: somatski, emocionalni, kognitivni i bihevioralni (63).

Depresivnost označava afektivno iskustvo (raspoloženje), pritužbu (prezentiranu kao simptom) i sindrom definiran operativnim kriterijima (64). Simptomi depresivnosti su umor i gubitak energije, tuga koja ne prolazi, gubitak samopouzdanja, dekoncentriranost, nemogućnost uživanja u stvarima koje su prethodno izazivale ugodu i zadovoljstvo, osjećaj anksioznosti, socijalna izolacija, osjećaj bespomoćnosti, problemi sa spavanjem, osjećaj krivnje, nefunkcionalnost, gubitak apetita, gubitak seksualne želje, tjelesna bol, suicidalne ideje (65). Depresivnost može nastati iznenada kao reakcija na tjelesnu bolest, nezaposlenost, obiteljske probleme ili druge životne događaje. Mnoge kronične bolesti, a tako i urtikarija, mogu biti udružene s depresivnošću.

Mnoga istraživanja o psihološkim uzročnicima kronične urtikarije su pokazala da su ovi pacijenti anksiozniji, depresivniji i skloniji psihosomatskim reakcijama od zdravih kontrola (66,67,68,69,70,71). Sperber i suradnici su u svom istraživanju izvijestili da su depresivnost i anksioznost bili značajno više zastupljeni u grupi bolesnika s urtikarijom nego u kontrolnoj zdravoj skupini (72).

Rezultati istraživanja pokazuju da su depresija i anksioznost značajno izraženiji u bolesnika s kroničnom idiopatskom urtikarijom i alopecijom areatom u odnosu na zdravu populaciju. Viša depresivnost i anksioznosti kod ovih grupa bolesnika može ukazivati na činjenicu da su ovi komorbiditeti specifični za dermatološke bolesti. Preston ističe da je depresija najčešće prisutna kod dermatoloških bolesti i to u 50% slučajeva (73). U istraživanju Altinoza i suradnika također je nađeno da su pacijenti s kroničnom idiopatskom urtikarijom imali višu anksioznost u odnosu na bolesnike s alopecijom areatom i općom populacijom.

Mnoge dosadašnje studije ukazuju da pacijenti koji boluju od urtikarije pokazuju introvertiranu reakciju na ljutnju i teško izražavaju svoj bijes. Moguće je da su ti pacijenti anksiozni upravo zbog svoje nesposobnosti da kontroliraju bijes (74,75,76, 77). Istraživači koji ispituju psihijatrijski komorbiditet kod kronične urtikarije našli su mnogo veću razinu anksioznosti i depresivnosti u odnosu na zdrave dragovoljce (78,79,80). U studiji Barbose i suradnika kod pacijenata sa kroničnom urtikarijom nađene su više razine anksioznosti te statistički značajna korelacija između simptoma anksioznosti, nekih osobina ličnosti, nesigurnog attachmenta, aleksitimije i kvalitete života (25). Jedna turska studija je otkrila da je 60% pacijenata s urtikarijom imalo psihijatrijski morbiditet, od čega je 66% pacijenata bilo depresivnih (22). Oktayoglu i kolege su našli značajno veću razinu depresivnosti, ali ne i anksioznosti kod pacijenata s kroničnom urtikarijom u odnosu na zdravu populaciju (81). Berrino i suradnici su na uzorku od 30 ispitanika koji boluju od urtikarije kod većine ispitanika pronašli vrlo visoku razinu depresivnosti, a u 3 slučaja visoku razinu depresivnosti u komparaciji s općom populacijom (27).

Shobana i suradnici su kod tri pacijentice s kroničnom urtikarijom i angioedemom koje nisu reagirale na antihistaminike i kortikosteroide otkrili da boluju od umjerene do teške depresije prema psihijatrijskoj procjeni. Liječenje i praćenje ovih pacijentica koristeći samo antidepressive dovelo je do kompletne remisije dermatološkog oboljenja kao i oporavka od depresije (82). Time je istaknuta važnost u prepoznavanju podliježećeg psihijatrijskog poremećaja kod kronične urtikarije u svrhu što boljeg i efikasnijeg liječenja obje bolesti.

Iako neke studije ukazuju da psihijatrijski poremećaji igraju važnu ulogu u etiologiji ili pogoršanju dermatoloških bolesti, teško je utvrditi je li njihova uloga uzročna ili posljedična, jer su brojne studije našle da je dermatološka bolest čimbenik rizika za razvoj depresije i anksioznosti (83).

1.9. KVALITETA ŽIVOTA I URTIKARIJA

Kvaliteta života je percepcija stanja u životu svakog pojedinca u kontekstu kulturnih i vrijednosnih sustava kojemu pripada i u relaciji s osobnim ciljevima, očekivanjima, standardima. To je multidimenzionalni koncept koji u sebi sadrži tjelesno zdravlje, psihološko stanje, stupanj neovisnosti i socijalnih odnosa, osobnih vjerovanja i njihovih odnosa prema istaknutim značajkama okoline.

Osobna procjena zadovoljstva životom uključuje subjektivna razmišljanja o tome koliko je za pojedinca važno određeno područje i koliko je on zadovoljan tim područjem. Znanstvenici, na osnovi studija opće populacije, predlažu razne grupe životnih područja. Flanagan, tako, kategorizira 15 dimenzija kvalitete života u 5 područja: tjelesno i materijalno blagostanje; odnosi s drugim ljudima; socijalne, društvene i građanske aktivnosti; osobni razvoj; ispunjenje i rekreaciju (84).

Shvatimo li kvalitetu života kao doživljaj zadovoljstva životom (u cijelosti ili pojedinim njegovim aspektima) određenu individualnim iskustvom, aspiracijama, željama i vrijednostima pojedinca, njegovim kognitivnim i konativnim karakteristikama, te objektivnim uvjetima u kojima pojedinac živi, osoba može procijeniti svoju kvalitetu života na osnovi doživljaja uspješnosti u različitim životnim ulogama (85). Bolest, osobito kronična, negativno utječe na život pojedinca i to, direktno (npr. tjelesna bol koja limitira funkcioniranje) i indirektno (promjena u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, ovisnost o drugima). To dovodi do psihičkih smetnji u smislu anksioznosti, depresivnosti, smanjenog samopouzdanja, osjećaja bespomoćnosti što smanjuje subjektivnu kvalitetu života.

Kožne bolesti imaju negativan efekt na kvalitetu života pacijenata. One mogu reducirati kvalitetu života isto kao i neke teže bolesti i bolesti u kojima postoji veći veći životni rizik. Kvaliteta života ne mora biti direktno povezana sa težinom dermatološkog

poremećaja, koliko je vezana uz psihološki distres, osjećaj srama, stigmatizaciju ili fizičku nelagodu koja se vremenom može rezultirati značajnom redukcijom emocionalnog i socijalnog wellbeinga, te smanjenjem radne produktivnosti (86).

Istraživanja govore da je kvaliteta života kod oboljelih od urtikarije smanjena u istom opsegu kao i kod bolesnika s koronarnim bolestima, a ona se očituje u ograničenju socijalnog funkcioniranja i poteškoća u dnevnim aktivnostima (87). Evidentna je povezanost smanjenja kvalitete života kod oboljelih od urtikarije što se ističe u recentnim istraživanjima (22, 78, 88, 89, 90). Istraživanje Staubacha i suradnika potvrđuju da je ukupna kvaliteta života značajno smanjena kod pacijenata koji boluju od urtikarije, a najviše pogođene komponente kvalitete života su socijalno funkcioniranje i emocije.

Psihijatrijski komorbiditet također značajno reducira kvalitetu života kod ovih pacijenata (90). U brazilskom istraživanju na uzorku od 100 bolesnika s kroničnom urtikarijom nađena je značajna redukcija kvalitete života koja je bila manja nego kod Hansenove bolesti, psorijaze, atopijskog ekcema i karcinoma bazalnih stanica. Prisutnost angioedema je povezana s još negativnijim utjecajem na kvalitetu života (91), iako se u Godseovom istraživanju pacijenti s urtikarijom i angioedemom nisu razlikovali u kvaliteti života u odnosu na ispitanike koji su imali samo urtikariju (92).

Utjecaj bolesti na kvalitetu života ne mora biti direktno vezan uz težinu bolesti, koliko je rezultat stigmatizacije koju urtikarija izaziva (93,94). U studiji od 3125 dermatoloških bolesnika, kvaliteta života je bila značajniji prediktor psihijatrijskog morbiditeta nego težine dermatološkog poremećaja, što upućuje na činjenicu da je utjecaj na dnevne aktivnosti i socijalne relacije povezan s psihološkim problemima, a ne samom tjelesnom bolesti (95). U jednoj studiji je kvaliteta života oboljelih od urtikarije bila značajno smanjena kod žena, kod bolesnika iznad 30-e godine života, onih koji su se prvi puta javili dermatologu, kao i kod onih koji boluju duže od godinu dana i imaju angioedem. Dokazano je, također, da je kvaliteta

života osobito narušena kod pacijenata koji boluju od urtikarije oko godinu dana, i to osobito u domenama socijalnih aktivnosti i odnosima s drugim ljudima, što vodi socijalnoj izolaciji i utječe na percepciju pacijentovog zdravlja (96). Učinci kronične urtikarije na kvalitetu života mogu biti dalekosežni, a uključuju nedostatak sna, depresiju, socijalnu izolaciju. Nađeno je da u odnosu na neka druga dermatološka i medicinska stanja, osobe s urtikarijom imaju znatno lošiju kvalitetu života (97).

Zbog svega navedenog, ovaj dermatološki entitet zahtjeva ozbiljan pristup u liječenju bolesti, kako bi se pacijentima osigurala adekvatna skrb koja će pokušati riješiti simptome, kontrolirati bolest i time, znatno poboljšati kvalitetu njihovoga života.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Predmet i ciljevi istraživanja

Psihološki čimbenici kao što su crte ličnosti, strategije suočavanja sa stresom, anksioznost i depresivnost, mogu igrati važnu ulogu u razvoju i/ili tijeku urtikarije.

Kako bi se ispitale navedene pretpostavke postavljeni su sljedeći ciljevi istraživanja:

1. Ispitati crte ličnosti kod oboljelih od akutne i kronične urtikarije, te dokazati postoje li razlike između njih.
2. Ispitati percepciju stresa kod oboljelih od akutne i kronične urtikarije, te dokazati postoje li razlike među njima.
3. Ispitati aktualni nivo anksioznosti i anksioznost kao crtu ličnosti kod oboljelih od akutne i kronične urtikarije, te da li postoje razlike u anksioznosti između njih.
4. Ispitati nivo depresivnosti kod oboljelih od akutne i kronične urtikarije, te da li postoje razlike u depresivnosti između njih.
5. Ispitati koje su strategije suočavanja bolesnika od urtikarije, te postoje li razlike u strategijama suočavanja između akutne i kronične urtikarije.
6. Ispitati kako zadovoljstvo/nezadovoljstvo različitim područjima života i procjena kvalitete života utječe na pojavnost urtikarije.
7. Ispitati razlike u svim navedenim psihološkim varijablama između dvije subgrupe (akutna urtikarija i kronična urtikarija)
8. Učiniti korelacije dobivenih varijabli u odnosu na akutnu i kroničnu urtikariju kako bi se povezali čimbenici unutar ličnosti, strategije suočavanja i socijalni faktori (kvaliteta života) koji utječu na pojavnost akutne ili kronične urtikarije.

2.8. Radne hipoteze

1. Bolesnici koji boluju od kronične urtikarije će imati značajno više rezultate na skalama neuroticizma, stresa, anksioznosti i depresivnosti, te će rabiti izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom u odnosu na oboljele od akutne urtikarije.
2. Smanjenje ukupne kvalitete života utjecati će na veću pojavnost urtikarije.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ispitanici

U ovom istraživanju je bilo uključeno 150 bolesnika u dobi od 18-65 godina na Klinici za dermatovenerologiju KBC Rijeka koji su se prvi puta javili zbog urtikarije, a koji nisu imali psihijatrijski poremećaj, niti poremećaj ličnosti, kao niti drugu dermatološku bolest. Nakon 6 tjedana su ovisno o tijeku bolesti, bili podijeljeni u dvije subgrupe: akutnu (trajanje bolesti kraće od 6 tjedana) i kroničnu (trajanje bolesti duže od 6 tjedana). Selekciju ispitanika vršio je specijalist dermatovenerolog na Klinici za dermatovenerologiju KBC Rijeka koji je dermatološkim pregledom i anamnezom postavio dijagnozu urtikarije u ambulantni ili tijekom hospitalizacije (u skladu s Međunarodnom klasifikacijom bolesti MKB-10 (65)). Nakon toga je psihijatar, prema anamnezi i statusu a temeljem kliničkog iskustva u skladu s MKB-10 isključio postojanje psihijatrijske bolesti. Psihiatar je pojasnio metodologiju istraživanja i u dogovoru s ispitanikom proveo testiranje. Trajanje testiranja je bilo individualno, između 60 i 100 minuta, a uključivalo je dolje navedene upitnike, a nakon 6 tjedana liječenja, svi su ispitanici ponovno bili pozvani i testirani Upitnikom kvalitete života i osobnog zadovoljstva životom.

U istraživanje su bili uključeni svi bolesnici koji nisu bolovali od psihijatrijske bolesti i niti su imali poremećaj ličnosti, nisu bolovali od teže tjelesne bolesti u vrijeme ispitivanja te nisu imali drugu dermatološku bolest, osim urtikarije, a potpisali su informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

3.2. Metode istraživanja

3.2.1. Instrumenti

U ovom istraživanju su korišteni slijedeći upitnici:

- a) Upitnik kvalitete života (Satisfaction with life scale- SWLS) - kratka ljestvica od 5 čestica koja mjeri opće zadovoljstvo životom. Ima dobre psihometrijske karakteristike, uključujući visoku unutarnju konzistentnost i pouzdanost. Pogodna je za primjenu kod različitih dobnih skupina. (98)
- b) Upitnik osobnog zadovoljstva životom (Personal Wellbeing Index- PWI-A) koji se sastoji od 1 čestice i mjeri subjektivnu dimenziju kvalitete života direktnim pitanjem koliko je osoba zadovoljna svojim životom na skali od 1 (izrazito nezadovoljan) – 10 (izrazito zadovoljan). Originalna PWI skala sadrži osam čestica koje se odnose na kvalitetu pojedinih životnih područja: standard života, zdravlje, postignuće u životu, veze, sigurnost, povezanost u zajednici, buduća sigurnost i religioznost/spiritualnost. Sva navedena područja mogu se iskazati jednim općim pitanjem iz ovog upitnika (99).
- c) Eysenckov upitnik ličnosti (EPQ) - sastoji se od 90 čestica koje ispituju 3 osnovne dimenzije ličnosti (ekstraverziju–introverziju, neuroticizam-emocionalnu stabilnost i psihoticizam), a sadrži i skalu laži i kriminaliteta (100).
- d) Upitnik strategije suočavanja sa stresom (The Multidimensional Coping Inventory - COPE) koji određuje tri oblika strategije suočavanja kroz 17 faktora: problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i suočavanje izbjegavanjem na skali od 71 čestice. Odgovori se daju na skali od 5 stupnjeva Likertovog tipa (101).
- e) State-Trait Anxiety Inventory - 1 (STAI X-1) - skala koja procjenjuje anksioznost ispitanika u vrijeme mjerenja (stanje anksioznosti) i sastavljena je od 20 pitanja. Procjena se

vrši na ljestvici od 1 do 4. Čestice se odnose na strepnju, napetost, nervozu i zabrinutost. Od ispitanika se traži da opiše kako se osjeća upravo sada, tj. u trenutku ispitivanja. Stanja anksioznosti su prolazna, javljaju se kad ih izazove prijeteći podražaj i obično traju samo određeni vremenski period nakon nestajanja prijetnje (102).

f) State-Trait Anxiety Inventory - 2 (STAI X-2) - skala koja procjenjuje perzistentni stupanj anksioznosti, tj. anksioznost kao crtu ličnosti i sastavljena je od 20 pitanja na skali od 1-4. Crta anksioznosti se odnosi na relativno trajne individualne razlike u načinu na koji ljudi percipiraju svijet oko sebe i na njega reagiraju (102).

g) Beckova skala depresivnosti (BDI) je samoprocjenska ljestvica od 21 tvrdnje kojom se određuje težina depresivnih simptoma. Za svako se pitanje označava stupanj (0-3) u kojem navedena tvrdnja opisuje određenu česticu. Rezultati dobiveni Beckovom ljestvicom depresije mogu se svrstati u 5 podskupina: od potpune odsutnosti depresije (4-9 bodova), preko blage do umjerene depresije (16-20 bodova) do teške depresije (30 bodova) (103).

h) Skala percipiranog stresa (PSS) koja se sastoji od 10 čestica na skali Likertova tipa od 0 (nikad) do 4 (vrlo često). Od 3 poznate verzije ove skale, u ovom istraživanju se koristila verzija PSS 10 jer se pokazala jednako adekvatnom kao i verzija PSS 14, dok PSS 4 ima nešto slabije psihometrijske karakteristike (20). Ova skala mjeri stupanj u kojem ispitanici svoj život doživljavaju nepredvidivim, nekontrolabilnim i preopterećujućim, trima osnovnim komponentama doživljaja stresa (42).

i) Opći upitnik – dob, spol, naobrazba, zaposlenost, bračni status, roditeljski status.

3.2.2. Postupak

Prikupljeni podaci su preneseni na elektronički medij i obrađeni od strane nezavisnog statističara upotrebom SPSS verzije 16.0 for Windows (104). Za sve podatke primjenom gore

navedenih upitnika prikazani su osnovni-deskriptivni statistički parametri (aritmetička sredina, standardna devijacija, minimalne i maksimalne vrijednosti). Za sve testove je korišten Cronbach-ov alfa koeficijent (α) za testiranje pouzdanosti istih. Za varijable izražene na omjernoj i intervalnoj ljestvici su izračunate mjere centralne tendencije i raspršenja, a za varijable izražene na nominalnoj skali postotak javljanja pojedinog odgovora. Za testiranje normalnosti distribucija dobivenih podataka koristio se Kolmogorov-Smirnovljev test. Za izračunavanje razlika između pojedinih grupa ispitanika na varijablama izraženim na omjernoj i intervalnoj skali koristio se t-test za nezavisne uzorke. Za izračunavanje razlika u zadovoljstvu životom prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana proveden je t-test za zavisne uzorke. Odnosi između varijabli izraženih na nominalnoj ljestvici (odnosno da bi se testiralo postoji li razlika u sociodemografskim karakteristikama pacijenata s kroničnom i akutnom urtikarijom) ispitani su pomoću hi-kvadrat testa. Za izračunavanje povezanosti među varijablama korišten je Pearsonov koeficijent korelacije.

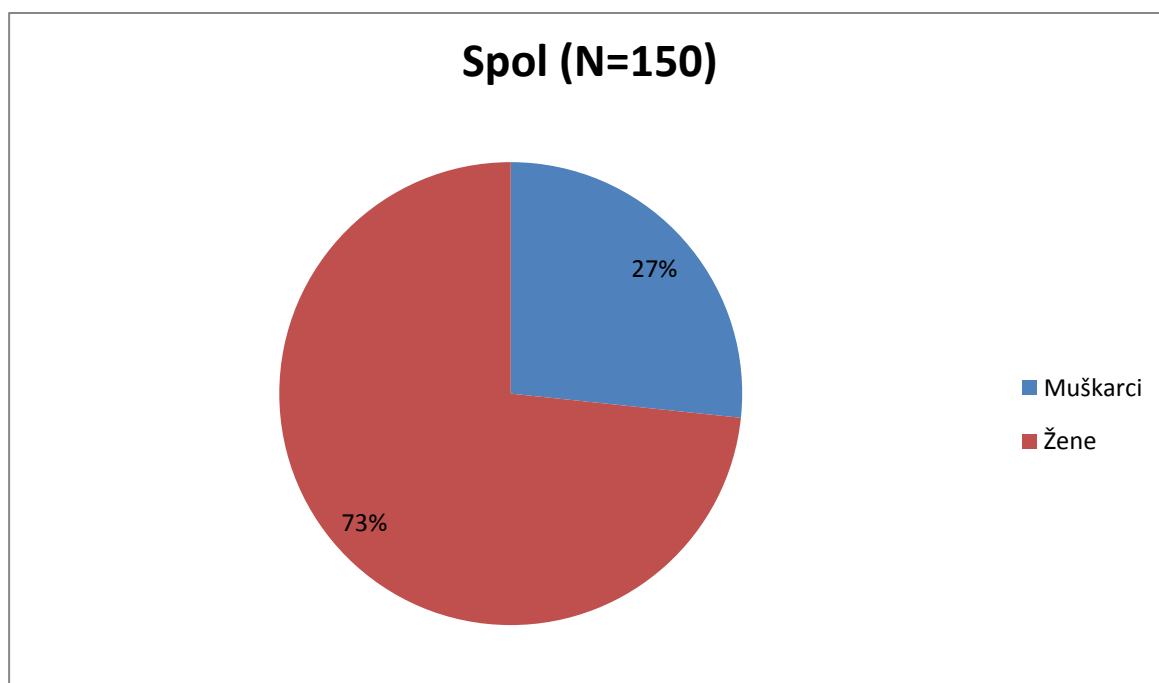
4. REZULTATI

4.1. Sociodemografske značajke

4.1.1. Spol (N=150)

Ž=110 (73,3%)

M=40 (26,7%)



Slika 5.

U istraživanju je sudjelovalo 150 ispitanika, od čega 110 ženskih (73,3 %) i 40 muških (26,7%) ispitanika (slika 5).

4.1.2. Školska sprema (N=149)

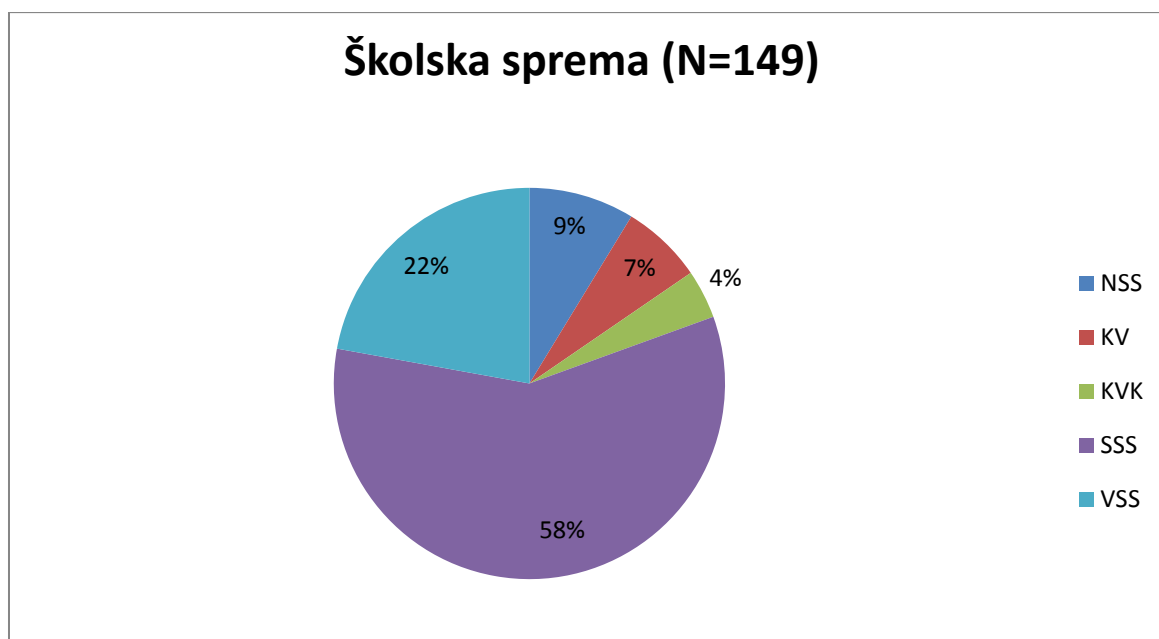
NSS=13 (8,7%)

SSS=87 (58,4%)

KV=10 (6,7%)

VSS=33 (22,1%)

KVK=6 (4%)



Slika 6.

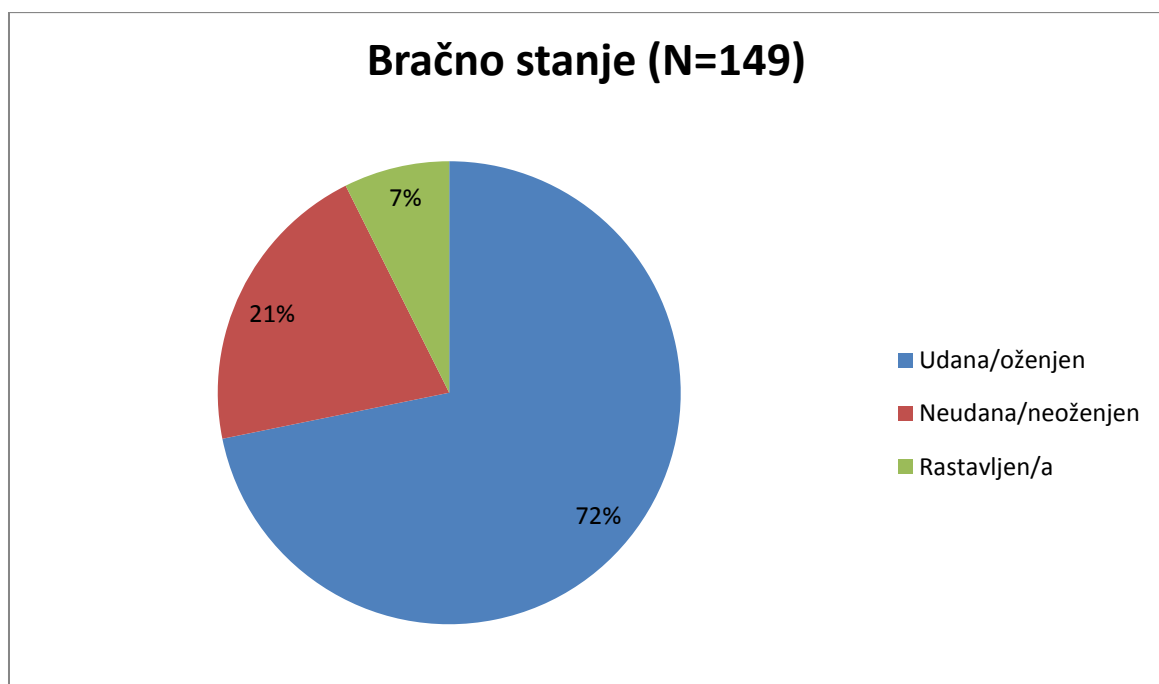
U ukupnom uzorku, 13 ispitanika je niže stručne spreme (8,7%), 10 ispitanika su kvalificirani radnici (6,7%), 6 ispitanika je visokokvalificiranih (4%). Najveći udio u uzorku čine ispitanici srednje stručne spreme, njih 87 (58,4%), a 33 ispitanika je visoke stručne spreme (22,1%) (slika 6).

4.1.3. Bračno stanje (N=149)

Udana/oženjen=107 (71,8%)

Neudana/neoženjen=31 (20,8%)

Rastavljen/a=11 (7,4%)



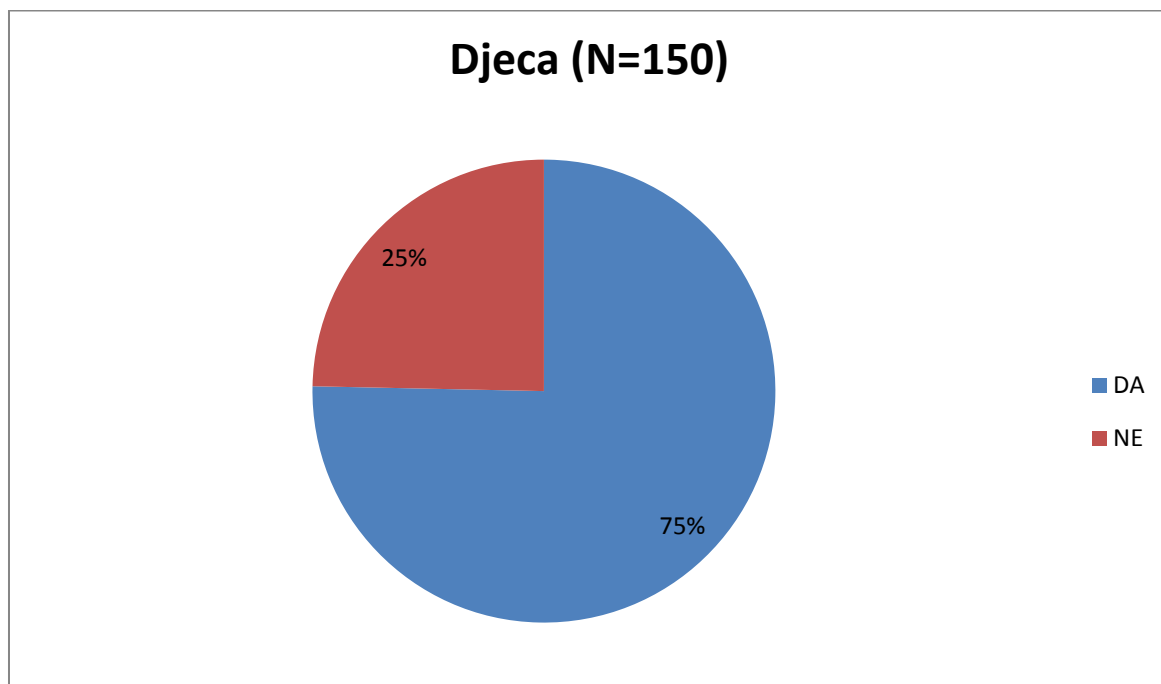
Slika 7.

U ukupnom uzorku ispitanika udanih/oženjenih je 107 (71,8%), neudanih/neoženjenih je 31 (20,8%), a rastavljenih je 11 ispitanika (7,4 %) (slika 7).

4.1.4. Roditeljski status (N=150)

DA=113 (75,3%)

NE=37 (24,7%)



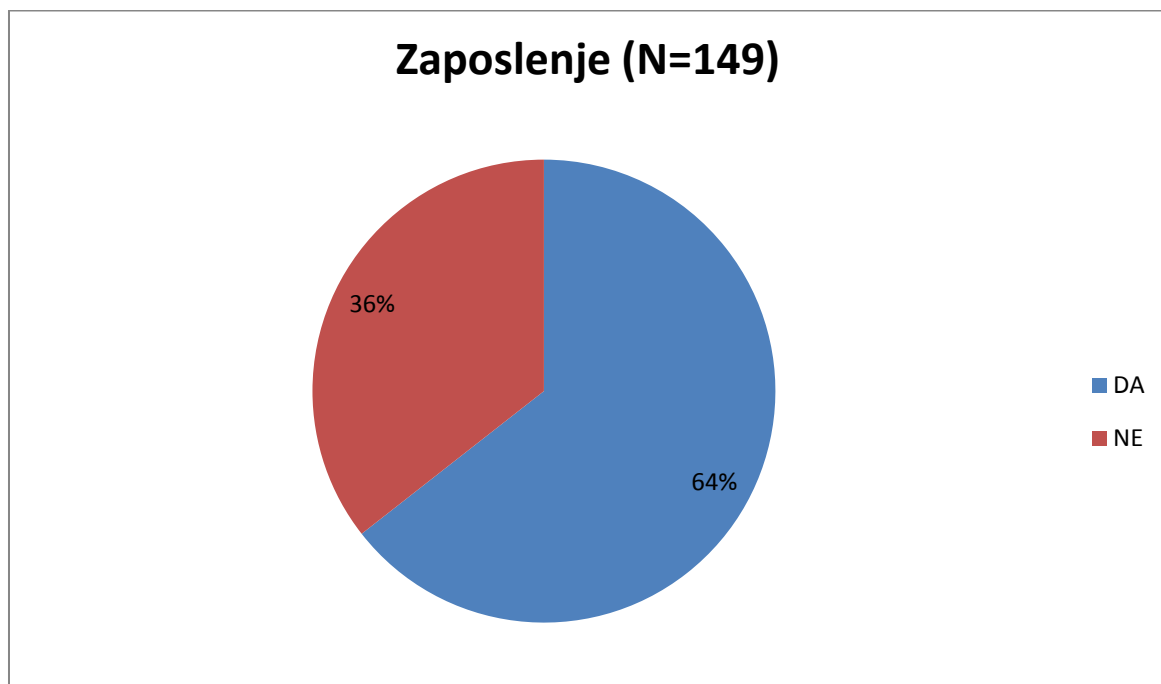
Slika 8.

Od ukupno 150 ispitanika 113 ima vlastitu djecu (75,3 %), a 37 ispitanika nema djece (24,7%) (slika 8).

4.1.5. Zaposlenje (N=149)

DA=96 (64,4%)

NE=53 (35,6%)



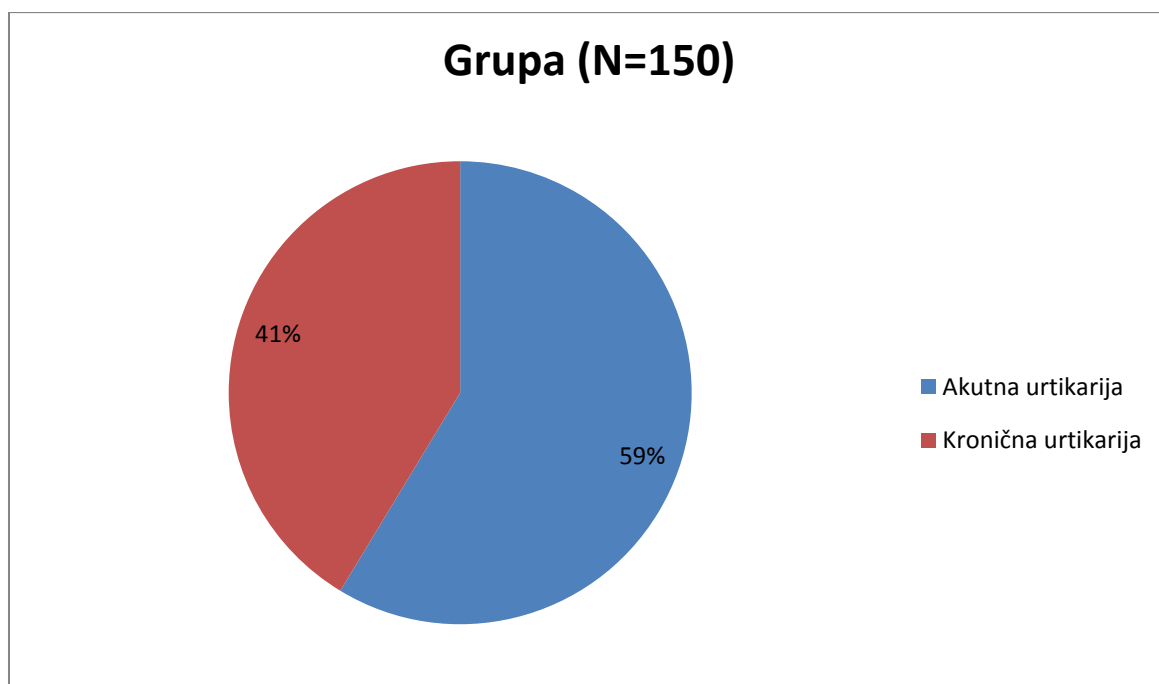
Slika 9.

U istraživanju je sudjelovalo 96 zaposlenih (64,4%) i 53 nezaposlena ispitanika (35,6%) (slika 9).

4.1.6. Subgrupe (N=150)

Akutna urtikarija = 88 (58,7%)

Kronična urtikarija = 62 (41,3%)



Slika 10.

Od ukupnog uzorka od 150 ispitanika, nakon 6 tjedana je, obzirom na tijek bolesti, uzorak podijeljen u dvije subgrupe. 88 ispitanika (58,7%) je bilo s akutnom urtikarijom, a 62 ispitanika (41,3%) su razvili kroničnu urtikariju (slika 10).

4.2. Sociodemografske karakteristike za ispitanike s akutnom i kroničnom urtikarijom

4.2.1. Spol

Akutna urtikarija (N=88)

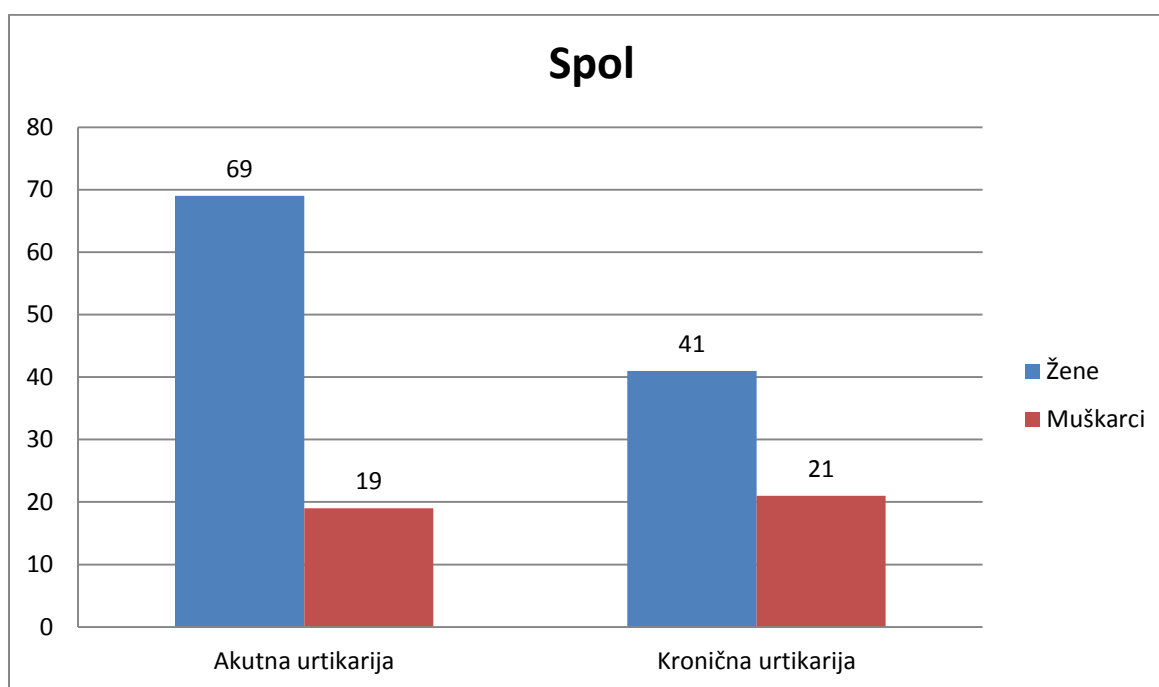
Ž=69 (78,4%)

M=19 (21,6%)

Kronična urtikarija (N=62)

Ž=41 (66,1 %)

M=21 (33,9%)



Slika 11.

Obzirom na spol, u grupi akutne urtikarije, bilo je 69 žena (78,4%) i 19 muškaraca (21,6%), a u grupi kronične urtikarije 41 žena (66,1%) i 21 muškarac (33,9%) (slika 11).

4.2.2. Školska sprema

Akutna urtikarija (N=88)

NSS =7 (8%)

KV=3 (3,4%)

VKV=3 (3,4%)

SSS=50 (56,8%)

VSS=25 (28,4%)

Kronična urtikarija (N=61)

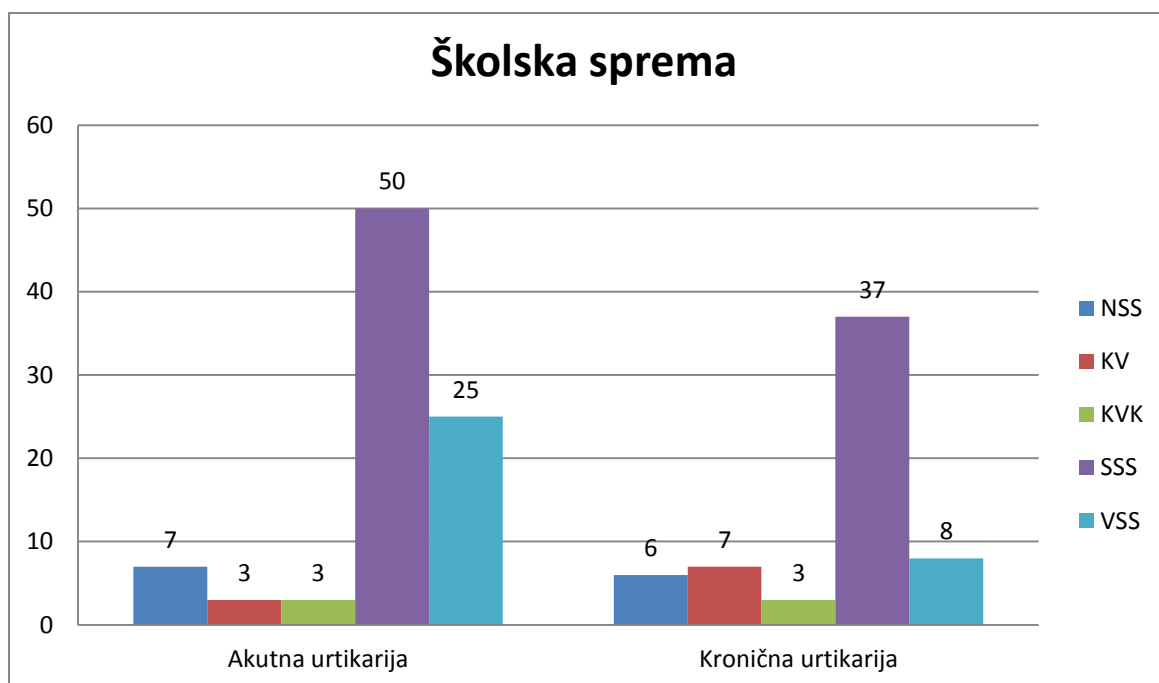
NSS = 6 (9%)

KV=7 (11,5%)

VKV=3 (4,9%)

SSS = 37 (60,7%)

VSS = 8 (13,1%)



Slika 12.

Obzirom na školsku sprema, u grupi akutne urtikarije najviše je bilo ispitanika sa srednjom stručnom spremom -50 (56,8%), a najmanje visokokvalificiranih ispitanika -3 (4,9%) Kvalificiranih radnika je bilo 7 (11,5%) ispitanika. 6 ispitanika (9%) je bilo niže stručne spreme (9%) i 8 ispitanika visoke stručne spreme (28,4 %). U grupi kronične urtikarije najviše je bilo ispitanika sa srednjom stručnom spremom -37 (60,7%), a najmanje kvalificiranih -3 (3,4%) i visokokvalificiranih -3 (3,4%) ispitanika. 7 ispitanika je bilo niže stručne spreme (8%) i 8 ispitanika visoke stručne spreme (13,1%) (slika 12).

4.2.3. Bračni status

Akutna urtikarija (N=88)

Udana/oženjen =64 (72,7%)

Neudana/neoženjen=18 (20,5%)

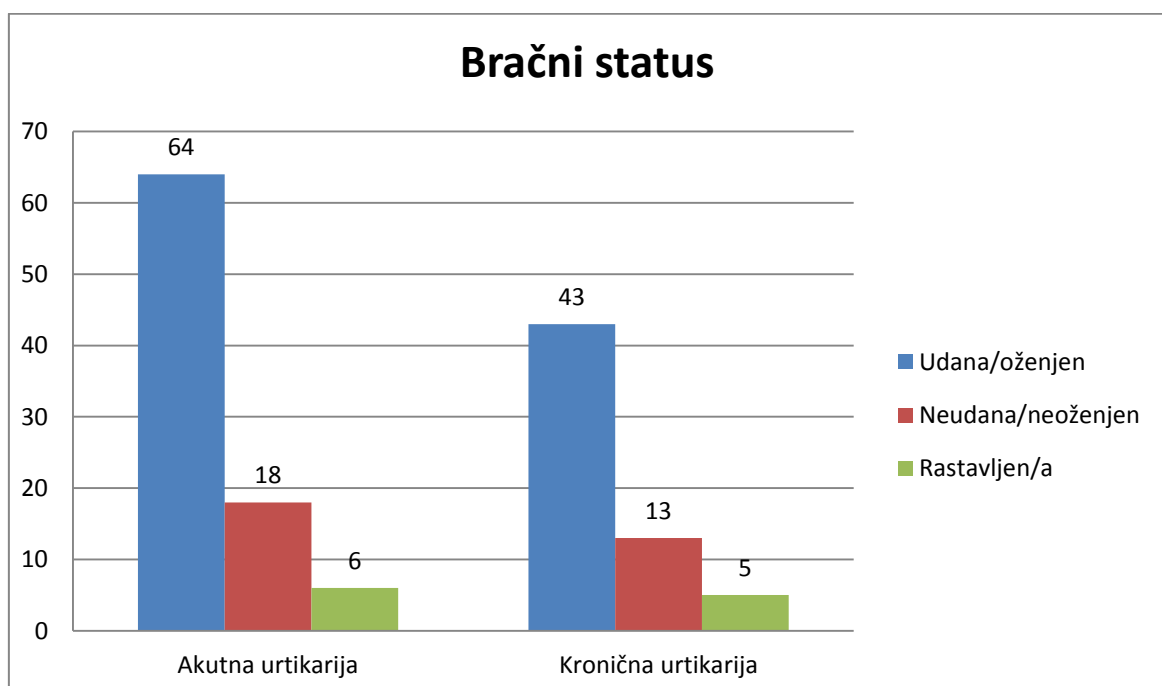
Rastavljen/a=6 (6,8%)

Kronična urtikarija (N=61)

Udana/oženjen = 43 (70,5%)

Neudana/neoženjen=13 (21,3%)

Rastavljen/a=5 (8,2%)



Slika 13.

U grupi ispitanika s akutnom urtikarijom udanih/oženjenih ispitanika je bilo 64 (72,6%), neudanih/neoženjenih je 18 (20,5%), a rastavljenih 6 ispitanika (6,8 %). U grupi ispitanika s kroničnom urtikarijom udanih/oženjenih ispitanika je bilo 43 (70,5%), neudanih/neoženjenih je 13 (21,3%), a rastavljenih 5 ispitanika (8,2 %) (slika 13).

4.2.4. Roditeljski status

Akutna urtikarija (N=88)

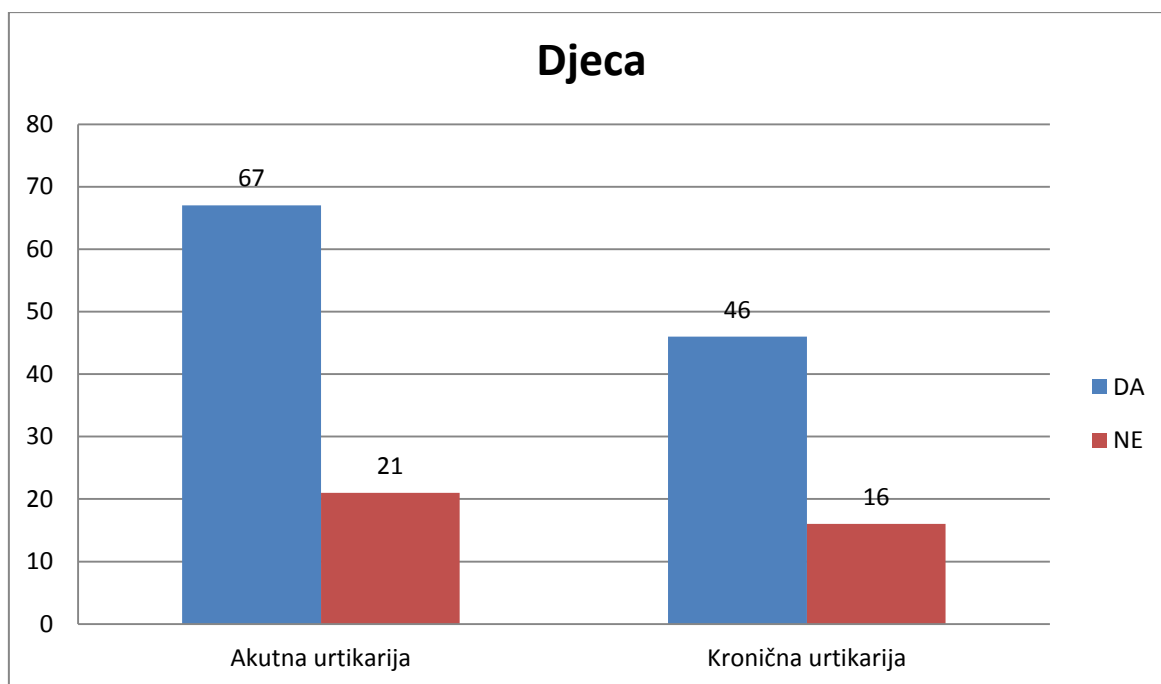
DA=67 (76,1%)

NE=21 (23,9%)

Kronična urtikarija (N=62)

DA=46 (74,2%)

NE=16 (25,8%)



Slika 14.

U grupi ispitanika s akutnom urtikarijom 67 ispitanika (76,1%) ima djecu, a 21 ispitanik (23,9%) je bez djece. U grupi kronične urtikarije 46 ispitanika (74,2%) ima djecu, a 16 ispitanika (25,8%) je bez djece (slika 14).

4.2.5. Zaposlenje

Akutna urtikarija (N=88)

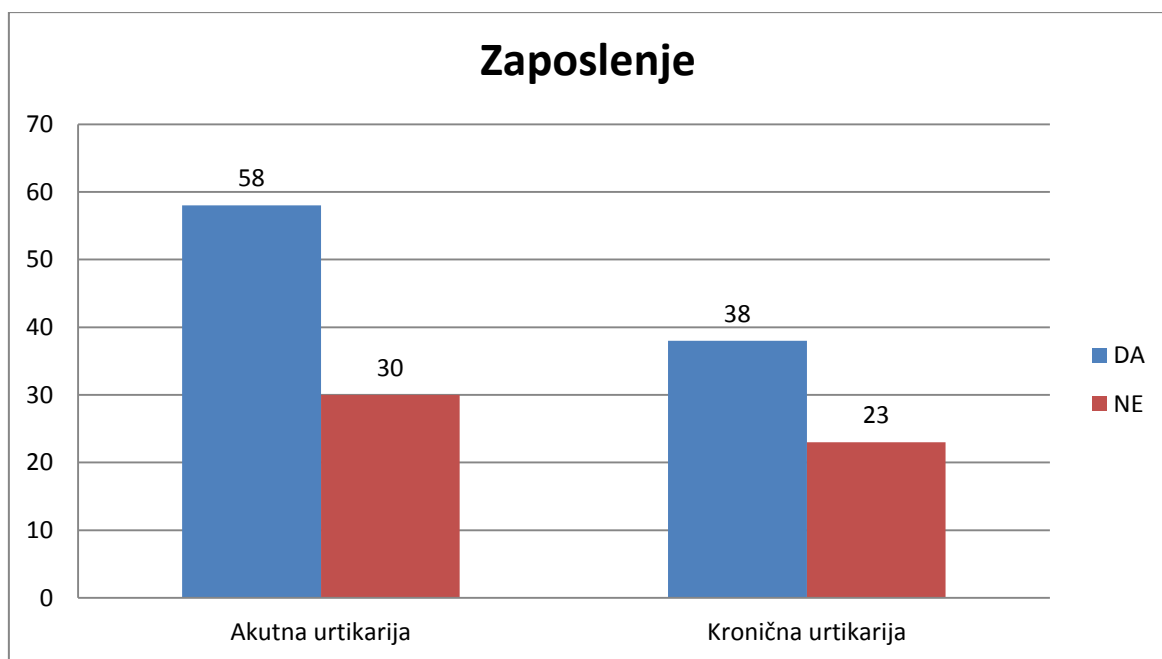
DA=58 (65,9%)

NE=30 (34,1%)

Kronična urtikarija (N=61)

DA=38 (62,3%)

NE=23(37,7%)



Slika 15.

U grupi akutne urtikarije, 58 ispitanika (65,9%) je zaposleno, a 30 ispitanika nezaposleno (34,1%). 38 ispitanika (62,3%) je zaposleno u grupi kronične urtikarije, a 23 (37,7%) ih je nezaposlenih (slika 15).

4.2.6. Grupne razlike u sociodemografskim karakteristikama

Tablica 1. *Razlike u sociodemografskim karakteristikama između pacijenata s akutnom i kroničnom urtikarijom*

Sociodemografske karakteristike	χ^2	df (N)	p
<i>Spol</i>	2,81	1(150)	0,094
<i>Školska sprema</i>	7,74	4(149)	0,102
<i>Bračni status</i>	0,13	2(149)	0,937
<i>Djeca</i>	0,07	1(150)	0,786
<i>Zaposlenje</i>	0,21	1(149)	0,650

Provedeni su hi-kvadrat testovi da bi se testiralo postoji li statistički značajna razlika u sociodemografskim karakteristikama pacijenata s kroničnom i akutnom urtikarijom. Rezultati su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike u spolu ($\chi^2(1, N=150) = 2,81$; $p > 0,05$), školskoj spremi ($\chi^2(4, N=149) = 7,74$; $p > 0,05$), bračnom statusu ($\chi^2(2, N=149) = 0,13$; $p > 0,05$), roditeljskom statusu ($\chi^2(1, N=150) = 0,07$; $p > 0,05$) i zaposlenju ($\chi^2(1, N=149) = 0,21$; $p > 0,05$) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom.

Tablica 2. *Aritmetičke sredine i standardne devijacije za dob pacijenata s akutnom i kroničnom urtikarijom*

Dob	N	M	SD	M_{au}	SD_{au}	M_{ku}	SD_{ku}
	150	44,2	15,54	41,51	14,93	48,02	15,69

Tablica 3. *Usporedba dobi za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)*

Dob	t	df	p
	-2,57	148	0,011

Proveden je t-test za nezavisne skupine da bi se provjerilo postoji li statistički značajna razlika u dobi ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Rezultati ukazuju da postoji statistički značajna razlika u dobi ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom ($t=-2,57$; $df=148$; $p<0,05$). Ispitanici s kroničnom urtikarijom ($M=48,02$; $SD=14,93$) su u prosjeku stariji od pacijenata s akutnom urtikarijom ($M=41,51$; $SD=15,69$).

4.3. Zadovoljstvo životom ispitanika s urtikarijom

Tablica 4. *Deskriptivni podaci i pouzdanost za upitnik zadovoljstva životom (SWLS) na ukupnom uzorku*

SWLS	N	M	SD	α	t	df	p
<i>Zadovoljstvo životom</i>	150	15,48	3,9	0,89	-0,61	148	0,544
<i>Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana</i>	149	15,57	3,87	0,91			

Tablica 5. *Deskriptivni podaci za upitnik zadovoljstva životom (SWLS) na uzorku ispitanika s akutnom urtikarijom i t-test za zavisne uzorke*

SWLS	Mau	SDau	t	df	p
<i>Zadovoljstvo životom</i>	16,47	3,45	-4,73	86	0,009
<i>Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana</i>	17,43	3,04			

Tablica 6. *Deskriptivni podaci za upitnik zadovoljstva životom (SWLS) na uzorku ispitanika s kroničnom urtikarijom i t-test za zavisne uzorke*

SWLS	Mku	SDku	t	df	p
<i>Zadovoljstvo životom</i>	14,05	4,09	4,34	61	0,009
<i>Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana</i>	12,97	3,38			

Tablica 7. *Usporedba rezultata na skali zadovoljstva životom (SWLS) za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)*

SWLS	t	df	p
<i>Zadovoljstvo životom</i>	3,95	148	,000
<i>Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana</i>	8,42	147	,000

Proveden je t-test za zavisne uzorke da bi se provjerilo postoji li razlika u

zadovoljstvu životom prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana. Rezultati ukazuju da na cijelom uzorku ispitanika ne postoji razlika u zadovoljstvu životom ($t=-0,61$; $df=148$; $p>0,05$) prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana. Kada se analiza provede zasebno na uzorku ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom, postoji razlika u zadovoljstvu životom iskazanom prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana. Kod ispitanika s akutnom urtikarijom postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana ($t=-4,73$; $df=86$; $p<0,01$). Pacijenti s akutnom urtikarijom pokazuju manje zadovoljstvo životom prilikom inicijalnog testiranja ($M=16,47$; $SD=3,45$) nego nakon 6 tjedana ($M=17,43$; $SD=3,04$). Isti obrazac je dobiven i na uzorku pacijenata s kroničnom urtikarijom. Postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom ($t=4,34$; $df=61$; $p<0,01$), s time da ispitanici pokazuju veće zadovoljstvo životom prilikom inicijalnog testiranja ($M=14,05$; $SD=4,09$) nego nakon 6 tjedana ($M=12,97$; $SD=3,38$).

Rezultati ukazuju da postoji razlika u zadovoljstvu životom mjerenom prilikom inicijalnog testiranja ($t=3,95$; $df=148$; $p<0,01$) i nakon 6 tjedana ($t=8,42$; $df=147$; $p<0,01$) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Pacijenti s kroničnom urtikarijom pokazuju manje zadovoljstvo životom prilikom inicijalnog testiranja ($M=14,05$; $SD=4,09$) i nakon 6 tjedana ($M=12,97$; $SD=3,38$) od ispitanika s akutnom urtikarijom ($M_{\text{inicijalno}}=16,49$; $SD_{\text{inicijalno}}=3,44$) ($M_{\text{nakon 6 tjedana}}=17,43$; $SD_{\text{nakon 6 tjedana}}=3,04$).

4.4. Zadovoljstvo životom (1 čestica) ispitanika s urtikarijom

Tablica 8. Deskriptivni podaci za upitnik osobnog zadovoljstva životom (1 čestica) (PWI-A) na ukupnom uzorku i t-test za zavisne uzorke

PWI-A	N	M	SD	t	df	p
Zadovoljstvo životom (1 čestica)	150	6,09	1,66	-2,52	148	0,013
Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana(1 čestica)	149	6,28	1,74			

Tablica 9. Deskriptivni podaci za upitnik osobnog zadovoljstva životom (1 čestica) (PWI-A) na uzorku ispitanika s akutnom urtikarijom i t-test za zavisne uzorke

PWI-A	Mau	SDau	t	df	p
Zadovoljstvo životom(1 čestica)	6,52	1,68	-3,97	86	0,000
Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana(1 čestica)	6,92	1,58			

Tablica 10. Deskriptivni podaci za upitnik osobnog zadovoljstva životom (1 čestica) (PWI-A) na uzorku ispitanika s kroničnom urtikarijom i t-test za zavisne uzorke

PWI-A	Mku	SDku	t	df	p
Zadovoljstvo životom(1 čestica)	5,48	1,66	1,15	61	0,253
Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana(1 čestica)	5,37	1,33			

Tablica 11. *Usporedba rezultata na upitniku osobnog zadovoljstva životom (1 čestica) (PWI-A) za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)*

PWI-A	t	df	p
<i>Zadovoljstvo životom(1 čestica)</i>	3,76	148	,000
<i>Zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana(1 čestica)</i>	6,29	147	,000

Proveden je t-test za zavisne uzorke da bi se provjerilo postoji li razlika u zadovoljstvu životom prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana. Rezultati ukazuju da na cijelom uzorku ispitanika postoji razlika u zadovoljstvu životom ($t=-2,52$; $df=148$; $p<0,05$) prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana. Ispitanici pokazuju veće zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana ($M=6,28$; $SD=1,66$) nego prilikom inicijalnog testiranja ($M=6,09$; $SD=1,74$).

Kad se analiza provede odvojeno na uzorku ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom, situacija je drugačija. Naime, ne postoji statistički značajna razlika u zadovoljstvu životom prilikom inicijalnog testiranja i nakon 6 tjedana kod ispitanika s kroničnom urtikarijom ($t=1,15$; $df=61$; $p>0,05$), dok kod ispitanika s akutnom urtikarijom je pronađena ta razlika ($t=-3,97$; $df=86$; $p<0,01$). Ispitanici s akutnom urtikarijom pokazuju veće zadovoljstvo nakon 6 tjedana ($M=6,92$; $SD=1,58$) nego prilikom inicijalnog testiranja ($M=6,52$; $SD=1,68$). Postoji razlika u zadovoljstvu životom mjerenom prilikom inicijalnog testiranja ($t=3,76$; $df=148$; $p<0,01$) i nakon 6 tjedana ($t=6,29$; $df=147$; $p<0,01$) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s kroničnom urtikarijom pokazuju manje zadovoljstvo životom prilikom inicijalnog testiranja ($M=5,48$; $SD=1,66$) i nakon 6 tjedana ($M=5,37$; $SD=1,33$) od ispitanika s akutnom urtikarijom ($M_{\text{inicijalno}}=6,52$; $SD_{\text{inicijalno}}=1,68$) ($M_{\text{nakon 6 tjedana}}=6,92$; $SD_{\text{nakon 6 tjedana}}=1,58$).

4.5. Strategije suočavanja ispitanika s urtikarijom

Tablica 12. *Deskriptivni podaci i pouzdanosti za upitnik suočavanja sa stresom (COPE) na ukupnom uzorku, te posebno na uzorcima ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom*

COPE	N	M	SD	M_{au}	SD_{au}	M_{ku}	SD_{ku}	α
<i>Problemu usmjereno suočavanje</i>	148	52,33	13,98	53,79	12,98	50,25	15,15	,89
<i>Planiranje</i>	149	11,9	3,24	12,18	2,94	11,49	3,62	,69
<i>Aktivno suočavanje</i>	149	8,61	2,81	8,74	2,67	8,43	3,03	,60
<i>Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti</i>	149	8,5	3,11	9,01	2,75	7,77	3,47	,69
<i>Obuzdavanje suočavanja (čekanje)</i>	149	7,15	2,91	7,38	2,92	6,82	2,88	,62
<i>Potiskivanje drugih aktivnosti</i>	148	7,94	3,55	8,44	3,49	7,23	3,56	,67
<i>Prihvatanje</i>	149	8,26	3,02	8,08	2,94	8,51	3,14	,67
<i>Traženje soc. podrške iz instrumentalnih razloga</i>	149	7,44	3,1	7,93	2,77	6,72	3,43	,71
<i>Emocijama usmjereno suočavanje</i>	149	20,85	7,42	22,68	6,85	18,21	7,47	,84
<i>Traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga</i>	149	7,57	3,21	8,45	3,1	6,3	2,95	,72
<i>Ventiliranje emocija/fokusiranje na emocije</i>	149	5,85	2,68	6,3	2,54	5,2	2,76	,71
<i>Izbjegavanje</i>	149	16,21	8,81	17,16	9,37	14,85	7,81	,85
<i>Mentalni dezangažman</i>	149	8,6	4,57	9,24	4,61	7,67	4,38	,76
<i>Ponašajni dezangažman</i>	149	4,09	3,09	4,09	3,33	4,1	2,74	,66
<i>Negiranje</i>	150	3,54	3,08	3,83	3,17	3,13	2,93	,73

Tablica 13. *Usporedba rezultata na skali suočavanja sa stresom (COPE) za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)*

COPE	t	df	p
Problemu usmjereno suočavanje	1,53	146	,129
Planiranje	1,28	147	,203
Aktivno suočavanje	0,67	147	,507
Pozitivna reinterpretacija i rast ličnosti	2,43	147	,016
Obuzdavanje suočavanja (čekanje)	1,15	147	,253
Potiskivanje drugih aktivnosti	2,06	146	,042
Prihvatanje	-0,85	147	,396
Traženje soc. podrške iz instrumentalnih razloga	2,38	147	,019
Emocijama usmjereno suočavanje	3,77	147	,000
Traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga	4,26	147	,000
Ventiliranje emocija/fokusiranje na emocije	2,5	147	,013
Izbjegavanje	1,58	147	,117
Mentalni dezangažman	2,08	147	,039
Ponašajni dezangažman	-0,01	147	,989
Negiranje	1,38	148	,171

Rezultati ukazuju da postoji statistički značajna razlika u korištenju strategije pozitivne reinterpretacije i rasta ličnosti ($t=2,43$; $df=147$; $p<0,05$) između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s akutnom urtikarijom ($M=9,01$; $SD=2,75$) u većoj mjeri koriste tu strategiju od ispitanika s kroničnom urtikarijom ($M=7,77$; $SD=3,47$). Nadalje pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u korištenju potiskivanja drugih aktivnosti ($t=2,06$; $df=146$; $p<0,05$) između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s akutnom urtikarijom ($M=8,44$; $SD=3,49$) u većoj mjeri koriste strategiju potiskivanja drugih aktivnosti od ispitanika s kroničnom urtikarijom ($M=7,23$; $SD=3,56$). Postoji statistički značajna razlika u korištenju emocijama usmjerenom suočavanju ($t=3,77$; $df=147$; $p<0,01$) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s akutnom urtikarijom ($M=22,68$; $SD=6,85$) u većoj mjeri koriste emocijama usmjerenom suočavanje od onih s kroničnom urtikarijom ($M=18,21$; $SD=7,47$). Osim toga, pronađeno je da postoji statistički značajna razlika u traženju socijalne podrške zbog emocionalnih razloga ($t=4,26$; $df=147$; $p<0,01$) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s akutnom urtikarijom ($M=8,45$; $SD=3,1$) u većoj mjeri traže socijalnu podršku zbog emocionalnih razloga od onih s kroničnom urtikarijom ($M=6,3$; $SD=2,95$). Postoji također i statistički značajna razlika u traženju socijalne podrške iz instrumentalnih razloga ($t=2,38$; $df=147$; $p<0,05$) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s akutnom urtikarijom ($M=7,93$; $SD=2,77$) u većoj mjeri traže socijalnu podršku iz instrumentalnih razloga od ispitanika s kroničnom urtikarijom ($M=6,72$; $SD=3,43$). Također, pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u korištenju ventiliranja emocija, odnosno fokusiranja na emocije ($t=2,5$; $df=147$; $p<0,05$) kod oboljelih od akutne i kronične urtikarije. Ispitanici s kroničnom urtikarijom ($M=5,2$; $SD=2,76$) u manjoj mjeri koriste ventiliranje emocija od ispitanika s akutnom urtikarijom ($M=6,3$; $SD=2,54$). Postoji statistički značajna razlika u korištenju mentalnog dezangažmana kao strategije suočavanja sa stresom ($t=2,08$; $df=147$;

$p < 0,05$) između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom. Ispitanici s kroničnom urtikarijom ($M=7,67$; $SD=4,38$) u manjoj mjeri koriste mentalni dezangažman od onih s akutnom urtikarijom ($M=9,24$; $SD=4,61$).

4.6. Percepcija stresa ispitanika s urtikarijom

Tablica 14. *Deskriptivni podaci i pouzdanosti za upitnik percepcije stresa (PSS) na ukupnom uzorku, te posebno na uzorcima ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom*

Skala percipiranog stresa (PSS)	N	M	SD	M_a	SD_a	M_k	SD_k	α
	150	20,97	7,25	20,24	6,77	22,02	7,82	,90

Tablica 15. *Usporedba rezultata na skali percepcije stresa za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)*

	t	df	p
Skala percipiranog stresa (PSS)	-1,49	148	,140

Ispitanici s akutnom i kroničnom urtikarijom se statistički ne razlikuju u percepciji stresa ($t=-1,49$; $df=148$; $p>0,1$).

4.7. Anksioznost ispitanika s urtikarijom

Tablica 16. *Deskriptivni podaci i pouzdanosti za upitnik anksioznosti kao stanja (STAI-X1) i kao osobine (STAI-X2) na ukupnom uzorku, te posebno na uzorcima ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom*

STAI-X	N	M	SD	M_a	SD_a	M_k	SD_k	α
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X1 (stanje anksioznosti)</i>	150	41,07	11,68	41,49	10,5	40,47	13,25	,94
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X2 (anksioznost kao osobina)</i>	150	41,59	8,64	41,85	7,93	41,23	9,61	,89

Tablica 17. *Usporedba rezultata na upitniku anksioznosti kao stanja (STAI-X1) i kao osobine (STAI-X2) za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)*

STAI-X	t	df	p
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X1 (stanje anksioznosti)</i>	0,53	148	,600
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X2 (anksioznost kao osobina)</i>	0,44	148	,663

Ispitanici s akutnom i koroničnom urtikarijom se statistički ne razlikuju u anksioznosti kao stanju ($t=0,53$; $df=148$; $p>0,600$) i kao crt ličnosti($t=0,44$; $df=148$; $p=0,663$).

4.8. Depresivnost ispitanika s urtikarijom

Tablica 18. Deskriptivni podaci i pouzdanosti za upitnik depresivnosti (BDI) na ukupnom uzorku, te posebno na uzorcima ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom

Beckov upitnik depresivnosti (BDI)	N	M	SD	M_a	SD_a	M_k	SD_k	α
	149	8,03	6,87	7,64	6,73	8,61	7,07	,85

Tablica 19. Usporedba rezultata na upitniku anksioznosti upitniku depresivnosti (BDI) za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)

Beckov upitnik depresivnosti (BDI)	t	df	p
	-0,85	147	,398

Ispitanici s akutnom i koroničnom urtikarijom se statistički ne razlikuju u depresivnosti ($t=-0,85$; $df=147$; $p=0,398$).

4.9. Crte ličnosti ispitanika s urtikarijom

Tablica 20. Deskriptivni podaci i pouzdanosti za Eysenckov upitnik ličnosti (EPQ) na ukupnom uzorku, te posebno na uzorcima ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom

EPQ	N	M	SD	M_a	SD_a	M_k	SD_k	α
<i>Psihoticizam</i>	150	7,39	4,01	7,44	3,88	7,32	4,22	,75
<i>Ekstraverzija</i>	150	13,12	3,68	13,48	3,47	12,61	3,93	,72
<i>Neuroticizam</i>	148	10,24	5,53	10,57	5,08	9,79	6,12	,88
<i>Skala laži</i>	149	11,30	3,81	11,20	3,56	11,44	4,17	,69

Tablica 21. Usporedba rezultata na Eysenckovom upitniku ličnosti (EPQ) za grupe ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom (t-test)

EPQ	t	df	p
<i>Psihoticizam</i>	0,18	148	,857
<i>Ekstraverzija</i>	1,42	148	,157
<i>Neuroticizam</i>	0,85	146	,399
<i>Skala laži</i>	-0,38	147	,706

Psihoticizam ($t=0,18$; $df=148$; $p>0,8$), ekstraverzija ($t=-1,42$; $df=148$; $p>0,1$), neuroticizam ($t=-0,85$; $df=146$; $p>0,3$), i laganje ($t=-0,38$; $df=147$; $p>0,7$), ne pokazuju statistički značajnu razliku između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom.

4.10. Korelacije upitnika (ličnost, suočavanje sa stresom, percepcija stresa, anksioznost, depresivnost)

Tablica 22. Korelacija Eysenckovih crta ličnosti, anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) i stilova suočavanja kod ispitanika s akutnom urtikarijom

Korelacije - akutna urtikarija	<i>Problem usmjereno suočavanje</i>	<i>Emocijama usmjereno suočavanje</i>	<i>Izbjegavanje</i>
<i>Psihoticizam</i>	,11	,09	,12
<i>Ekstraverzija</i>	,04	,04	-,13
<i>Neuroticizam</i>	,25*	,35**	,44**
<i>Skala laži</i>	-,03	-,07	,01
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X1 (stanje anksioznosti)</i>	,15	,28**	,23*
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X2 (anksioznost kao osobina)</i>	,12	,16	,45**

**p<0,01; *p<0,05

Postoji statistički značajna pozitivna korelacija između neuroticizma i problemu usmjerenog suočavanja ($r=,25$; $p<0,05$), emocijama usmjerenom suočavanju ($r=,35$; $p<0,01$) i izbjegavanja ($r=,44$; $p<0,01$) kod ispitanika s akutnom urtikarijom. Što je viši neuroticizam, to ispitanici s akutnom urtikarijom češće koriste problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i izbjegavanje kao strategije suočavanja sa stresom. Nadalje, pokazalo se da postoji statistički značajna pozitivna korelacija anksioznosti kao stanja i emocijama usmjerenog suočavanja ($r=,28$; $p<0,01$), te izbjegavanja ($r=,23$; $p<0,05$) kod ispitanika s akutnom urtikarijom. Što je viši nivo anksioznosti kao stanja, to ispitanici s akutnom urtikarijom više koriste emocijama usmjereno suočavanje i izbjegavanje. Također, postoji statistički značajna pozitivna povezanost anksioznosti kao crte ličnosti i izbjegavanja ($r=,45$; $p<0,01$). Što su ispitanici s

akutnom urtikarijom anksiozniji, to više koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom.

Tablica 23. *Korelacija Eysenckovih crta ličnosti, anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) i stilova suočavanja kod ispitanika s kroničnom urtikarijom*

Korelacije - kronična urtikarija	<i>Problemu usmjereno suočavanje</i>	<i>Emocijama usmjereno suočavanje</i>	<i>Izbjegavanje</i>
<i>Psihoticizam</i>	-,09	,01	,15
<i>Ekstraverzija</i>	,18	,24	-,19
<i>Neuroticizam</i>	-,23	,06	,43**
<i>L-skala</i>	-,03	-,13	,03
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X1 (stanje anksioznosti)</i>	-,14	,06	,42**
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X2 (anksioznost kao osobina)</i>	-,17	,02	,45**

**p<0,01; *p<0,05

Postoji statistički značajna pozitivna korelacija ($r=,43$; $p<0,01$) između neuroticizma i izbjegavanja kod pacijenata s kroničnom urtikarijom. Što je viši neuroticizam, to ispitanici s kroničnom urtikarijom češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom. Osim toga, pokazalo se da postoji statistički značajna pozitivna povezanost anksioznosti kao crte ličnosti ($r=,45$; $p<0,01$) i kao stanja ($r=,42$; $p<0,01$) i izbjegavanja kod ispitanika s kroničnom urtikarijom. Što je viši nivo anksioznosti kao stanja i crte ličnosti, to ispitanici s kroničnom urtikarijom češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom.

Tablica 24. *Korelacije Eysenckovih crta ličnosti, anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja), stilova suočavanja i percipiranog stresa, te depresivnosti kod ispitanika s akutnom urtikarijom*

Korelacije - akutna urtikarija	Skala percipiranog stresa (PSS)	Beckov inventar depresije (BDI)
<i>Neuroticizam</i>	,56**	,72**
<i>Psihoticizam</i>	,13	,07
<i>Ekstraverzija</i>	-,18	-,26*
<i>Skala laži</i>	-,14	-,07
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X1 (stanje anksioznosti)</i>	,41**	,62**
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X2 (anksioznost kao osobina)</i>	,53**	,75**
<i>Problemu usmjereno suočavanja</i>	-,16	-,09
<i>Emocijama usmjereno suočavanje</i>	-,11	-,09
<i>Izbjegavanje</i>	,29**	,39**

**p<0,01; *p<0,05

Pronađena je statistički značajna pozitivna korelacija neuroticizma ($r=,56$; $p<0,01$), anksioznosti kao crte ličnosti ($r=,53$; $p<0,01$) i kao stanja ($r=,41$; $p<0,01$) sa percipiranim stresom kod ispitanika s akutnom urtikarijom. Što ispitanici s akutnom urtikarijom pokazuju više razine neuroticizma, anksioznosti kao crte ličnosti i stanja, to više percipiraju stres. Jedina strategija suočavanja koja je povezana sa percipiranim stresom kod ispitanika s akutnom urtikarijom jest izbjegavanje ($r=,29$; $p<0,01$). Što ispitanici s akutnom urtikarijom više percipiraju stres, to češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom. Pronađen je sličan obrazac korelacija crta ličnosti i depresivnosti. Naime, pronađena je statistički značajna pozitivna korelacija neuroticizma ($r=,72$; $p<0,01$), anksioznosti kao crte ličnosti ($r=,75$; $p<0,01$) i kao stanja ($r=,62$; $p<0,01$) s depresivnosti. Što su više razine neuroticizma i anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) kod ispitanika

s akutnom urtikarijom, to je i razina depresivnosti viša. Osim toga, pronađena je statistički značajna negativna korelacija depresivnosti i ekstraverzije ($r=-,26$; $p<0,05$). Što su više razine ekstraverzije kod ispitanika s akutnom urtikarijom, to su niže razine depresivnosti.

Tablica 25. *Korelacije Eysenckovih crta ličnosti, anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja), stilova suočavanja i percipiranog stresa, te depresivnosti kod ispitanika s kroničnom urtikarijom*

<i>Korelacije - kronična urtikarija</i>	<i>Skala percipiranog stresa (PSS)</i>	<i>Beckov inventar depresije (BDI)</i>
<i>Neuroticizam</i>	,46**	,56**
<i>Psihoticizam</i>	-,15	,22
<i>Ekstraverzija</i>	-,19	-,42**
<i>Skala laži</i>	,07	,06
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X1 (stanje anksioznosti)</i>	,41**	,62**
<i>Upitnik anksioznosti STAI-X2 (anksioznost kao osobina)</i>	,57**	,41**
<i>Problemu usmjereno suočavanja</i>	,16	,28*
<i>Emocijama usmjereno suočavanje</i>	-,16	,19
<i>Izbjegavanje</i>	,37**	,59**

** $p<0,01$; * $p<0,05$

Pronađena je statistički značajna pozitivna korelacija neuroticizma ($r=,46$; $p<0,01$), anksioznosti kao crte ličnosti ($r=,57$; $p<0,01$) i kao stanja ($r=,41$; $p<0,01$) sa percipiranim stresom kod ispitanika s kroničnom urtikarijom. Što ispitanici s kroničnom urtikarijom pokazuju više razine neuroticizma, anksioznosti kao crte ličnosti i stanja, to više percipiraju stres. Jedina strategija suočavanja koja je povezana sa percipiranim stresom kod

ispitanika s kroničnom urtikarijom jest izbjegavanje ($r=,37$; $p<0,01$). Što više ispitanici s kroničnom urtikarijom percipiraju stres, to češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom. Rezultati ukazuju da postoji statistički značajna pozitivna korelacija neuroticizma ($r=,56$; $p<0,01$), anksioznosti kao crte ličnosti ($r=,41$; $p<0,01$) i kao stanja ($r=,62$; $p<0,01$) s depresivnosti kod ispitanika s kroničnom urtikarijom. Što su više razine neuroticizma i anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) kod ispitanika s kroničnom urtikarijom, to je i razina depresivnosti viša. Nadalje, pronađena je statistički značajna negativna korelacija depresivnosti i ekstraverzije ($r=-,42$; $p<0,01$). Što su više razine ekstraverzije kod ispitanika s kroničnom urtikarijom, to su niže razine depresivnosti. Osim toga, pronađena je statistički značajna pozitivna povezanost problemu usmjerenog suočavanja ($r=,28$; $p<0,05$), izbjegavanja ($r=,59$; $p<0,01$) i depresivnosti. Što ispitanici s kroničnom urtikarijom imaju više razine depresivnosti, to češće koriste problemu usmjereno suočavanje i izbjegavanje kao strategije suočavanja sa stresom.

5. RASPRAVA

5.1. Kvaliteta života

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na činjenicu da je zadovoljstvo životom nakon 6 tjedana ispitivanja kod ispitanika s akutnom urtikarijom veće od onih s kroničnom, što je u skladu s istraživanjima koji pokazuju da je pogoršanje kvalitete života prisutno kod kroničnih dermatoloških pacijenata.

Sukladno rezultatima ove studije, utvrđeno je da je kvaliteta života kao multidimenzionalni koncept koji ujedinjuje dignitet osobe sa emocionalnim, spiritualnim, psihološkim i fizikalnim komponentama osobnosti značajno je narušen u gotovo svim kroničnim bolestima (105).

Sposobnost nošenja sa ograničenjima i nemogućnostima mogu značajno utjecati na individualnu percepciju zdravlja i zadovoljstva životom (106). Naime, 40% pacijenata vjeruje da je kvaliteta života povezana s manifestiranjem simptoma na koži (107), a ako nam je poznata činjenica da se u kroničnoj urtikariji urtike opetovano pojavljuju, dok se u akutnoj iste povlače unutar 6 tjedana, ovaj rezultat nam upravo potvrđuje činjenicu o povezanosti kvalitete života sa kronificiranjem bolesti, te potrebe za što adekvatnijim liječenjem u akutnoj fazi bolesti kako bi se smanjile urtike i omogućila bolja kvaliteta života ovih pacijenata.

Kvaliteta života kod pacijenata s kroničnom urtikarijom je smanjena u istoj mjeri kao i kod srčanih bolesnika, osobito u području socijalnog i psihološkog funkcioniranja, prema O'Donellu i suradnicima (87), što pokazuju i naši rezultati o značajno smanjenom zadovoljstvu života u grupi pacijenata sa kroničnom urtikarijom.

Iz naših rezultata je očito da je prosječno zadovoljstvo životom kod ispitanika s

kroničnom urtikarijom manje u odnosu na akutnu urtikariju i kod početnog ispitivanja i nakon 6 tjedana, a vrlo je interesantan i podatak da je kod inicijalnog testiranja zadovoljstvo života kod kroničnih ispitanika veće nego nakon 6 tjedana, što potvrđuje nalaze iz literature koji ukazuje na smanjenu kvalitetu života u kroničnih bolesnika.(22, 78, 88, 89, 90). Naime, kod početnog testiranja, ispitanici još nisu znali tijekom bolesti, te je, dokazom o kronificiranju bolesti nakon 6 tjedana, reducirana i kvaliteta života ovih ispitanika, obzirom na činjenicu o sigurnom repetitivnom izbijanju urtika tijekom dužeg perioda, što svakako utječe na njihovo funkcioniranje, sliku o sebi, a time i kvalitetu života.

5.2. Strategije suočavanja

Sposobnost nošenja s bolešću, osobito kroničnom, vezana je uz individualne strategije suočavanja. Kada se pacijent suočava sa traumatskom situacijom, što svaka bolest (a osobito ako ima tendenciju kronifikacije) jest, on se ne usredotočuje samo na stres kao fizički odgovor, već interpretira stresnu situaciju i uči se s njom nositi (108).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ispitanici s akutnom urtikarijom u većoj mjeri koriste emocijama usmjereno suočavanje od ispitanika s kroničnom urtikarijom što nije u skladu s istraživanjem Chunga i suradnika (24) koji su utvrdili da što je emocijama usmjereno suočavanje veće, to su i simptomi kronične urtikarije teži, što bi ukazivalo na potrebu redukcije ovakvog načina suočavanja za poboljšanje fizičkog i psihičkog wellbeinga. Emocijama usmjereno suočavanje ima za funkciju smanjivanje ili lakše podnošenje čuvstvenog uzbuđenja izazvanog stresnom situacijom. U emocijama usmjereno suočavanje ubrajamo ventiliranje emocija i traženje socijalne podrške iz emocionalnih razloga. Taj način suočavanja prevladava u situacijama u kojima je procijenjeno da nije moguće kontrolirati stresne događaje ili njihove ishode (108). Općenito se pokazalo u

brojnim istraživanjima da se emocijama usmjerene strategije suočavanja i izbjegavanje obično korisnije u početnim fazama stresnog događaja što je slučaj kod akutne urtikarije u našem istraživanju i može biti uzrok našem rezultatu. One nam omogućuju da se postupno suočavamo s problemima i da budemo djelatni i efikasni. Pojedinci nastoje aktivno regulirati vlastita emocionalna stanja, najčešće tako da održavaju pozitivno ili smanjuju negativno raspoloženje, što se postiže i korištenjem emocijama usmjerenoga suočavanja. Osim toga, ljestvice emocijama usmjerenoga načina suočavanja obično uključuju i komponente traženja socijalne podrške, koja ljudima u stresnim situacijama pomaže u smanjenju negativnih emocionalnih stanja (109). Iz gore navedenog proizlazi i naš rezultat o većem traženju socijalne podrške iz emocionalnih i instrumentalnih razloga u akutnoj urtikariji, kada je prisutna adaptacija na bolest te se pacijent, sukladno tome okreće traženju savjeta ili emocionalne podrške u početnoj prilagodbi na bolest. Traženje socijalne podrške je važno jer na taj način oboljela osoba dobiva razumijevanje, moralnu podršku, ali i smanjuje negativne emocije.

Ispitanici s akutnom urtikarijom u većoj mjeri koriste i pozitivnu reinterpetaciju i rast ličnosti te potiskivanje drugih aktivnosti u okviru problemu usmjerenog suočavanja koji predstavlja pozitivnu strategiju suočavanja i pomaže boljoj kontroli bolesti, i boljem funkcioniranju prema Scharloo i suradnicima (110). Iz navedenog proizlazi da su ovakvim načinom suočavanja ispitanici s akutnom urtikarijom bolje kontrolirali bolest, i time, sigurno doprinijeli, smanjenju psihološkog distresa i kronifikacije ove dermatološke bolesti. Ispitanici s kroničnom urtikarijom u manjoj mjeri koriste ventiliranje emocija i mentalni dezangažman od onih s akutnom urtikarijom što je u neskladu s istraživanjima Hilla i Kennedyja koji su utvrdili da, pacijenti s psorijazom (koja spada u kronične dermatološke bolesti, kao i kronična urtikarija) koriste maladaptivne strategije suočavanja kao što su ventiliranje emocija i mentalni dezangažman, a koje su razlog subjektivnom

osjećaju nesposobnosti i lošijoj kvakiteti života (111). Razlog ovom rezultatu može ležati u nacrtu ovog istraživanja u kojem su ispitanici u akutnoj fazi bolesti ispunjavali upitnik suočavanja sa stresom, te u trenutku ispitivanja nisu znali hoće li se njihova bolest kronificirati. Moguće je, naime, da su oni ispitanici koji su bili u strahu od kronifikacije bolesti koristili ventiliranje emocija i mentalni dezangažman u trenutku pokušaja adaptacije na bolest i prihvaćanja mogućeg kroničnog tijeka bolesti.

Rezultati ovog istraživanja upućuju na potrebu suradnje dermatologa, psihijataru i psihologa u liječenju urtikarije, obzirom da psihološki pristup u liječenju može znatno poboljšati liječenje i tijek bolesti, a time i kvalitetu života. Studije su pokazale veliku važnost programa relax terapije i stres managmenta u liječenju urtikarije. Psihološke intervencije mogu pomoći bolesnicima da reinterpetiraju događaje i razviju adekvatne strategije suočavanja, čime se smanjuje morbiditet ove bolesti (23).

5.3. Percepcija stresa kod ispitanika s urtikarijom

Postoje brojni dokazi da stres može imati krucijalnu ulogu u patogenezi urtikarije (23,24,26). Većina bolesnika (81%) prema istraživanju Ozkana i suradnika (22), smatra da je urtikarija posljedica stresa. Suvremena istraživanja pokazuju da veza „mozak-koža“ sa lokalnim neuroimunoendokrinim sustavom, utječe na patogenezu brojnih alergijskih i upalnih kožnih bolesti koji su precipitirani stresom. (112, 113) Naime, stres može utjecati na funkciju T stanica, kao važnom čimbeniku imunološkog sustava, i uzrokovati abnormalnu tenziju autonomnog nervnog sistema, koji, pak, utječe na razinu histamina u plazmi i stanicama (11). Dakle, ako bi pojedinac mogao kontrolirati razinu stresa, mogao bi istovremeno reducirati i utjecaj stresa na čitav lanac bioloških mehanizama i time bolje kontrolirati bolest. U našem istraživanju nije nađena razlika u percepciji stresa između

ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom što bi moglo ići u prilog gore navedenim istraživanjima. Naime, u literaturi se ističe da urtikarija može nastati kao posljedica stresa, a kako se dosadašnja istraživanja nisu bavila razlikama između akutne i kronične urtikarije, tada i naši rezultati o nepostojanju značajne razlike između ove dvije subgrupe, nije u neskladu s literaturom. Moguće je da je percipirani stres u obje grupe ispitanika precipitirao razvoj dermatološkog poremećaja, no bez utjecaja na sam tijek bolesti, tj. na akutni ili kronični oblik bolesti. Međutim, percipirani stres je povezan sa određenim strategijama suočavanja i crtama ličnosti. Jedina strategija suočavanja koja je povezana sa percipiranim stresom kod ispitanika s kroničnom urtikarijom je izbjegavanje. Dakle, što ispitanici s kroničnom urtikarijom više percipiraju stres, to češće koriste izbjegavanje kao maladaptivnu strategiju suočavanja sa stresom čime bolest čine manje kontrolabilnom i s tendencijom kronifikacije što potvrđuju prethodna istraživanja (30). S druge strane, akutni ispitanici više percipiraju stres, ukoliko pokazuju veći neuroticizam i anksioznost kao crtu ličnosti i stanje čime se potvrđuju nalazi iz literature da osobe s ovakvim crtama ličnosti percipiraju situacije nepredvidivima i nekontrolabilnima, te koriste neadekvatne strategije suočavanja. (115). Percepcija stresa je povezana s psihijatrijskim komorbiditetom prema istraživanju Chunga i suradnika (24), a obzirom da u našem uzorku nismo pronašli visoke vrijednosti na skalama anksioznosti i depresivnosti u obje subgrupe ispitanika, tada nam je očitiji i dobiven rezultat.

5.4. Anksioznost ispitanika s urtikarijom

Kronična urtikarija je česta i oštećujuća kožna bolest povezana sa psihijatrijskim komorbiditetima, od kojih su najčešći anksioznost i depresija. Ova stanja uzrokuju, potiču i podržavaju kronifikaciju bolesti i imaju važnu ulogu u smanjenju kvalitete života ovih

bolesnika (116).

Rezultati našeg istraživanja nisu potvrdili razliku u razini anksioznosti između dviju subgrupa pacijenata, međutim, dokazano je da što je viši nivo anksioznosti kao stanja, to pacijenti s akutnom urtikarijom više koriste emocijama usmjereno suočavanje, a što je veća razina anksioznosti kao crte ličnosti, više koriste izbjegavanje.

Dakle, u oba slučaja, u grupi akutne urtikarije, anksiozni ispitanici koriste maladaptivne strategije suočavanja koje mogu doprinijeti kronifikaciji bolesti, pa bi rezultat, posredno, mogao potvrditi prethodno istraživanje. Isto tako, što je viši nivo anksioznosti kao stanja i crte ličnosti, to ispitanici s kroničnom urtikarijom češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom što je u skladu s recentnim istraživanjima o značajno većoj anksioznosti kod pacijenata s kroničnom urtikarijom (66,67,68,69,70,71).

Razlog što nismo našli razlike u anksioznosti između ispitanicima s akutnom i kroničnom urtikarijom može ležati u činjenici što su svi ispitanici upitnik anksioznosti ispunjavali na početku istraživanja, dakle kada nisu znali hoće li njihova bolest biti akutna i završiti unutar 6 tjedana ili će se kronificirati, te je anksioznost kao stanje u obje grupe ispitanika moglo biti jednako obzirom na neizvjestan ishod bolesti.

Što se anksioznosti kao crte ličnosti tiče, prosječna anksioznost u obje grupe iznosi 41,59 (maksimalan je rezultat 80) što spada u srednje razine anksioznosti te rezultat niti jedne od skupina ne ulazi u kategoriju kliničke anksioznosti, pa i to može biti razlog nepostojanja razlike između dviju subgrupa. Drugim riječima, u ovom su istraživanju, svi ispitanici, općenito, manjeg stupnja anksioznosti.

5.5. Depresivnost ispitanika s urtikarijom

Depresija i anksioznost su najčešći psihijatrijski komorbiditeti u urtikariji koje utječu i na kvalitetu života ovih pacijenata (78). Prema istraživanju Yanga i suradnika, 60% pacijenata koji su bolovali od urtikarije su imali i psihijatrijski komorbiditet, od kojih je 66% činila depresija (26).

Rezultati našeg istraživanja nisu potvrdili razliku u depresivnosti između akutne i kronične urtikarije, a srednja vrijednost obje skupine ispitanika pokazuje da ovaj uzorak ne spada u kategoriju klinički relevantne depresije (M-8,03). Razlog ovakvom rezultatu može biti i u činjenici što se depresivni simptomi često podcjenjuju i smatraju „normalnima“ za bolesnikovo stanje, te ih i sam bolesnik nesvjesno maskira što bi išlo u prilog klinički neprisutnih depresivnih obilježja u čitavom uzorku. Isto tako depresivnost je vezana uz kronifikaciju bolesti, a kao što sam navela slučaj i s anksioznošću, u ovom su istraživanju svi ispitanici ispunjavali upitnik na početku svoje bolesti, bez saznanja o tijeku i razvoju urtikarije u budućnosti. Moguće je da bi retestiranje depresivnosti nakon godinu dana pokazalo razliku među ove dvije subgrupe, jer se očekuje da bi se depresivna obilježja tada razvila kao prirodna reakcija na tijek i dužinu trajanja bolesti.

5.6. Crte ličnosti ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom

Ličnost je organizirani i relativno trajni skup psiholoških crta i mehanizama unutar pojedinca koji utječe na njegove interakcije i adaptacije na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu (117). Crte ličnosti determiniraju i naš odgovor na bolest, što je bio razlog uključivanju istih u ovo istraživanje.

Rezultati ove disertacije ukazuju na činjenicu da nema statistički značajne razlike u

crtama ličnosti između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom.

Istraživanje Lykestosa i suradnika ukazuje da su pacijenti s dermatološkim bolestima nedominantni, autoagresivni, heteroagresivni i neurotičniji od zdravih dragovoljaca, što nismo potvrdili ovim istraživanjem (60). Nadalje, Levenson ističe da kod urtikarije 30% komorbiditeta na osi II čine opsesivno-kompulzivni poremećaji osobnosti i izbjegavajući poremećaj osobnosti (18), dok je u radu Chunga i suradnika dokazano da ne postoji povezanost crta ličnosti sa težinom urtikarije (118).

Međutim, dosadašnja istraživanja, općenito, nisu pokazala da bolesnici s kožnim bolestima imaju poseban profil ličnosti. Ovakvi kontradiktorni rezultati možda upućuju na činjenicu problematike ispitivanja konstrukta ličnosti, te impliciraju potrebu daljnjih istraživanja na ovu temu.

U svjetlu toga, naši su rezultati sukladni recentnoj literaturi, no nepostojanje razlike između ove dvije subgrupe ispitanika možemo tražiti i u činjenici da Friedman (119) naglašava da ne postoji dovoljan broj longitudinalnih istraživanja koja potvrđuju povezanost između dobro mjerenih karakteristika ličnosti, psihofizioloških medijacijskih mehanizama i posljedičnih zdravstvenih ishoda.

Također, upitan je i stupanj u kojem ovaj model pridonosi kompletnom objašnjenju povezanosti ličnosti i bolesti. Kao najveći nedostatak ovoga modela Wiebe i Fortenberry (120) ističu statički pogled na ličnost, koji propušta uzeti u obzir dinamičku, relaciju između ličnosti i njena okruženja, što vrlo vjerojatno umanjuje mogućnost razumijevanja uzročno-posljedičnih veza između ličnosti i zdravstvenih ishoda, te može pomoći u objašnjenju i naših rezultata obzirom da je ispitivanje vršeno samo jednom i to na početku bolesti, a bez saznanja o ishodu same bolesti i praćenja iste.

Treba također istaći da su se dosadašnja istraživanja bavila kroničnom urtikarijom, dok akutna urtikarija nije ispitivana, te u dostupnoj literaturi nema podataka o

karakterističnom profilu ličnosti kod ovih pacijenata, pa je time i teže objašnjenje dobivenih rezultata.

5.7. Međusobni utjecaj crta ličnosti, anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja), depresivnosti strategija suočavanja i percepcije stresa kod pacijenata s akutnom urtikarijom

U uzorku ispitanika s akutnom urtikarijom, naši rezultati su pokazali da što je viši neuroticizam, to ispitanici s akutnom urtikarijom češće koriste problemu usmjereno suočavanje, emocijama usmjereno suočavanje i izbjegavanje kao strategije suočavanja sa stresom.

Ovi rezultati su se samo djelomično pokazali u skladu s recentnim istraživanjima, i to, u segmentu korištenja maladaptivnih mehanizama suočavanja kod osoba s visokim neuroticizmom, dok je problemu usmjereno suočavanje obično mehanizam kojeg osobe s neuroticizmom koriste u manjoj mjeri.

Kako se ovdje radi o ispitanicima u akutnoj fazi bolesti, možemo pretpostaviti da je razlog ovom nalazu prilagodba izvoru stresa, jer se maladaptivno suočavanje češće upotrebljava kada se smatra da se stresor teško može kontrolirati (121), a u akutnoj bolesti, kada se osoba mora prilagoditi novonastaloj situaciji koristi manje uspješne strategije suočavanja dok se ne procjeni potencijalna težina i kronicitet same bolesti.

Međutim, očito je, da su određeni ispitanici s visokim neuroticizmom korisili adekvatnu strategiju suočavanja, problemu usmjerno suočavanje. Razlog ovom rezultatu može biti i u činjenici da je komponenta anksioznosti u okviru neuroticizma odgovorna za korištenje maladaptivnih strategija suočavanja, a kako u našem istraživanju nismo dobili klinički relevantnu anksioznost u obje subgrupe, tada je korištenje problemu usmjerenog

suočavanja ispitanika s neuroticizmom moguće objasniti i na ovaj način. S druge strane, kod ispitanika s akutnom urtikarijom koji su imali viši nivo anksioznosti kao stanja došlo je do korištenja emocijama usmjerenog suočavanja i izbjegavanja, dakle neadaptivnih mehanizama suočavanja, što je u skladu s literaturom (32,43).

Što su više razine neuroticizma i anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) kod ispitanika s akutnom urtikarijom, to je i razina depresivnosti viša što potvrđuju istraživanja tipova ličnosti koji upravo opisuju osobe s neuroticizmom kao anksiozne i depresivne (47,50) Duggan i suradnici su, također, našli da su ispitanici s obiteljskom anamnezom depresije bili vulnerabilniji za razvoj depresivnih simptoma ukoliko su imali visoku razinu neuroticizma (122). Sukladno navedenom su i rezultati vezani uz ekstraverziju.

Naime, naši su rezultati potvrdili nalaze iz literature da što su više razine ekstraverzije kod pacijenata s akutnom urtikarijom, to je manja depresivnost. Pacijenti s akutnom urtikarijom koji pokazuju više razine neuroticizma, anksioznosti kao crte ličnosti i stanja, više percipiraju stres, što je u skladu s istraživanjima Eysencka, koji smatra da su osobe s visokim rezultatom na dimenziji neuroticizma sklonije pretjeranoj reakciji na stres (50).

5.8. Međusobni utjecaj crta ličnosti, anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja), depresivnosti, stilova suočavanja i percipiranog stresa kod pacijenata s kroničnom urtikarijom

Istraživanje stresa je posebno područje na koje se odnose psihološki čimbenici. Naime, unutar istraživanja psiholoških rizičnih čimbenika posebna je pažnja posvećena proučavanju stilova suočavanja, obrambenih mehanizama i crta ličnosti na temelju pretpostavke da su kognicija, emocije i ponašanje značajne varijable u određivanju početka

i razvoja mnogih poremećaja i bolesti. Istraživanja 34 čimbenika temeljila su se na istraživanju stresa, jer se smatra da je bolest sama po sebi stresogeni životni događaj, pa se pokazalo da ispitanici s višom razinom neuroticizma, imaju tendenciju "uvećavanja" utjecaja stresnih momenata osobito kod kroničnih bolesti (123).

Osobe koje imaju visok neuroticizam imaju tendenciju percipiranja stvari problematičnima i percepciju trenutne situacije nepredvidivom, nekontrolabilnom i prožimajućom. Ovakve osobe koriste neadekvatne strategije suočavanja (115). Naše je istraživanje upravo potvrdilo gore navedene rezultate Semmera, jer smo dokazali da što je viši neuroticizam, to ispitanici s kroničnom urtikarijom češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom. Kako je neuroticizam rizični faktor za loše zdravlje, prema istraživanju Smitha (124), značajna povezanost neuroticizma i izbjegavanja u kroničnoj urtikariji upućuje na problem neadekvatnog emocionalnog procesiranja, što vodi pojačavanju tjelesne tenzije, koja se onda manifestira pogoršanjem tjelesnih simptoma i vodi kronifikaciji bolesti.

U kroničnim bolestima, pacijenti s više negativnog afektiviteta, koriste disfunkcionalne stilove suočavanja kada su pogođeni bolešću (npr pasivno-izbjegavajuće strategije suočavanja), a koji su se pokazali prediktorom lošeg ishoda bolesti. (125, 126).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju isti obrazac kao i kod akutne urtikarije, tj. što su više razine neuroticizma i anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) kod ispitanika s kroničnom urtikarijom, to je i razina depresivnosti viša, te što je viša razina ekstraverzije kod ispitanika s kroničnom urtikarijom, to je niža razina depresivnosti. Ovi su rezultati u skladu s literaturom što je objašnjeno u prethodnom poglavlju.

Ovdje bih se jedino osvrnula na činjenicu da forma bolesti (akutna ili kronična) ne mijenja rezultat, čemu je, možda, razlog i nacrt ovog istraživanja, koji ispituje crte ličnosti kod pojave prve epizode bolesti, a ne uspoređuje dvije različite skupine bolesnika, tj.

ispitanike s već razvijenom, kroničnom urtikarijom i ispitanike s akutnom urtikarijom.

Naši su rezultati nadalje pokazali da ispitanici s kroničnom urtikarijom koji su depresivniji češće koriste problemu usmjereno suočavanje i izbjegavanje kao strategije suočavanja sa stresom što je samo djelomično u skladu s literaturom. Istraživanja upućuju na povezanost izbjegavanja i negativnoga raspoloženja, što potvrđuje naš rezultat o korištenju izbjegavanja kod depresivnih pacijenata (127). Međutim problemu usmjereno suočavanje je u negativnoj korelaciji sa depresivnim raspoloženjem (127), što ovdje nije dokazano. No, rezultati u literaturi su oprečni. Stone i suradnici (38), te Kalebić Maglica (128) su našli da je raspoloženje najnegativnije kada sudionici koriste izravnu akciju, odnosno problemu usmjereno suočavanje što bi potvrdilo naše rezultate o korištenju problemu usmjerenog suočavanja kod depresivnih ispitanika.

Rezultati ove disertacije dalje pokazuju da što ispitanici s kroničnom urtikarijom pokazuju više razine neuroticizma, anksioznosti kao crte ličnosti i stanja, to više percipiraju stres, a što više percipiraju stres, to češće koriste izbjegavanje kao strategiju suočavanja sa stresom. Istraživanja u literaturi upućuju na činjenicu da je izbjegavanje negativno povezano s tjelesnom i psihološkom dobrobiti (129,130,131), što djelomice potvrđuje naše rezultate. Naime, što je veća percepcija stresa, to je i mogućnost nošenja sa bolesti teža, te se pacijent osjeća manje kompetentnim u iznalaženju adekvatnih tehnika za suočavanje sa bolešću, te počinje koristiti neadekvatne tehnike, kao što je izbjegavanje. Vrlo je dobro poznata i činjenica da psihološki distress ima važnu ulogu kao okidač u egzacerbaciji urtikarije (23,24), na što i ukazuju rezultati ovog ispitivanja o većoj percepciji stresa i izbjegavanju u kroničnoj urtikariji.

6. ZAKLJUČCI

1. Ispitanici s akutnom i kroničnom urtikarijom ne razlikuju se u ispitivanim crtama ličnosti.
2. Ispitanici s akutnom i kroničnom urtikarijom ne razlikuju se u percepciji stresa.
3. Ispitanici s akutnom i kroničnom urtikarijom ne razlikuju se u nivou anksioznosti kao stanja kao i u nivou anksioznosti kao crte ličnosti.
4. Ispitanici s akutnom i kroničnom urtikarijom ne razlikuju se u depresivnosti.
5. Ispitanici s akutnom urtikarijom više koriste pozitivnu reinterpetaciju i rast ličnosti, potiskivanje drugih aktivnosti i emocijama usmjereno suočavanje u odnosu na pacijente s kroničnom urtikarijom, te u većoj mjeri traže socijalnu podršku zbog emocionalnih i instrumentalnih razloga od ispitanika s kroničnom urtikarijom. Ispitanici s kroničnom urtikarijom u manjoj mjeri koriste ventiliranje emocija i mentalni dezangažman od onih s akutnom urtikarijom.
6. Rezultati ukazuju da ispitanici pokazuju veću kvalitetu života nakon 6 tjedana nego prilikom inicijalnog testiranja, i to u grupi ispitanika s akutnom urtikarijom. Kod ispitivanja osobnog zadovoljstva životom ispitanici s akutnom urtikarijom pokazuju manje zadovoljstvo životom prilikom inicijalnog testiranja nego nakon 6 tjedana, a ispitanici s kroničnom urtikarijom pokazuju veće zadovoljstvo životom prilikom inicijalnog testiranja nego nakon 6 tjedana.
7. Između ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom nađene su značajne razlike u zadovoljstvu životom, te pojedinim komponentama strategija suočavanja, što je objašnjeno u gore navedenim česticama.
8. Veći neuroticizam kod ispitanika s akutnom urtikarijom rezultira češćim korištenjem problemu usmjerenog suočavanja, emocijama usmjerenog suočavanja i

izbjegavanja. Viši nivo anksioznosti kao stanja u ispitanika s akutnom urtikarijom dovodi do korištenja emocijama usmjerenog suočavanja i izbjegavanja.

Veći neuroticizam kod ispitanika s kroničnom urtikarijom rezultira češćim korištenjem izbjegavanja. Viši nivo anksioznosti kao stanja i crte ličnosti u ispitanika s kroničnom urtikarijom dovodi do češćeg korištenja izbjegavanja.

Viša razina neuroticizma i anksioznosti (kao crte ličnosti i kao stanja) kod ispitanika s akutnom i kroničnom urtikarijom, rezultira depresivnošću, dok viša razina ekstraverzije u obje skupine ispitanika dovodi do niže razine depresivnosti. Viša razina neuroticizma, anksioznosti kao crte ličnosti i stanja kod akutne i kronične urtikarije, dovodi do veće percepcije stresa i češćeg korištenja izbjegavanja.

Sukladno dobivenim zaključcima treba istaći da rezultati ove disertacije upućuju na potrebu interdisciplinarnog pristupa u liječenju urtikarije, koji bi uključivao i aktivnu ulogu psihijatra u liječenju iste, a u cilju redukcije kronifikacije smetnji kako bi se poboljšala kvaliteta života ovih pacijenata, a također i pomoglo bolesnicima u razvijanju adekvatnih strategija suočavanja koje bi im omogućile bolje nošenje sa bolešću. Mnogi istraživači smatraju da liječenje pacijenata s kroničnom urtikarijom zahtjeva medicinsko-psihološki pristup, kao što je relaksacija i stres management trening. Pacijenti koji su iskusili autogeni trening i relaksaciju su značajno poboljšali svoje kožne testove i time, indirektno, utjecali na težinu bolesti (132).

Glavni nedostatak ovog istraživanja je što se radilo o nacrtu u kojem su svi podaci o bolesniku prikupljeni istovremeno, pa je teško donijeti pouzdane zaključke o uzročno posljedičnim vezama između ispitivanih čimbenika.

Također, svi su ispitanici testirani u početnoj fazi bolesti, kada još simptomi bolesti nisu progredirali, što je vjerojatno i uzrok nepostojanju razlika u pojedinim ispitivanim česticama među ove dvije skupine.

Ograničenje ovog rada je i nemogućnost usporedbe rezultata za ispitanike s akutnom urtikarijom, jer su u dostupnoj literaturi ispitivani psihosocijalni čimbenici samo na uzorku kronične urtikarije, što je u osnovi i znanstveni dopinos ovog rada koji prvi puta ispituje razlike između akutne i kronične urtikarije. Zbog svega navedenog, potrebno je longitudinalno praćenje i retestiranje ovih pacijenta kako bi se usporedilo ove dvije subgrupe ispitanika i utvrdile eventualne razlike među njima.

7. LITERATURA

1. World health organization. Constitution of the World Health Organization. Bull World Health Org Suppl 2002; 80 (12):983- 984.
2. Kanitakis J. Anatomy, histology and immunohistochemistry of normal human skin. Eur J Dermatol 2002; 12(4):390-401.
3. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. Indian J Psychiatry 2010; 52(3):270-275.
4. Grković J, Palčevski G. Suradna psihijatrija-psihosomatska medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2009, str. 396-407.
5. Taylor GJ. Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis. Connecticut: International Universities Press, Inc; 1987.
6. Deter HC. Towards a new strategy to implement psychosomatic knowledge in medical practice. Biopsychosoc Med 2008; 2:1.
7. Lipsitt DR. Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep. Psychosom Med 2001; 63 (6): 896-909.
8. Waldstein SR, Neumann SA, Drossman DA, Novack DH. Teaching Psychosomatic (Biopsychosocial) Medicine in United States Medical Schools: Survey Findings. Psychosom Med 2001; 63 (3): 335-343.
9. Grover S. State of Consultation-Liaison Psychiatry in India: Current status and vision for future. Indian J Psychiatry 2011; 53(3): 202–213.
10. Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liaison psychiatry. Can J Psychiatry 1983; 28:329–38.
11. Rundell JR, Wise MG. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press; 1996.

12. Lipowski ZJ, Wise TN. History of consultation-liaison psychiatry. Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
13. Kotrulja L, Šitum M. Psihodermatologija. Medix 2004;54/55(10):143-145.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (tenth edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
15. Koo J, Lebwohl A. Psychodermatology: The Mind and Skin Connection. Am Fam Physician 2001;11:1873-1878.
16. Weller K, Altrichter S, Ardelean E i sur. Cronic urticaria. Prevalence, course, prognostic factors and impact. Hautarzt 2010;31(5):407-14.
17. Murat Sušić S, Husar K, Kotrulja L, Puizina-Ivić N, Skerlev M. Enigma urtikarije u dječjoj dobi. Paediatr Croat 2011;55(1):263-269.
18. Levenson JJ. Psychiatryc Issues in Dermatology, Part 2: Alopecia Areata, Urticaria and Angioedema. Prim psychiatry 2008;15(9):31-34.
19. Berjot S, Gilet N. Stress and coping with discrimination and stigmatization. Front Psychol 2011;2:33.
20. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24:385-396.
21. Muller L, Spitz E. Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. Encephale 2003; 29: 507–518.
22. Ozkan M, Oflaz SB, Kocaman Ni sur. Psychiatric morbidity and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. Ann Allergy Asthma Immunol 2007;99(1):29-33.
23. Malhotra SDK, Mehta V. Role of stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74(6):594-9.
24. Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER. Stress, psychiatric comorbidity and coping in patients with chronic idiopathic urticaria. Psychol Health 2010;25(4):477-490.

25. Barbosa F, Freitas J, Barbosa A. Chronic idiopathic urticaria and anxiety symptoms. *J Health Psychol* 2011;16:1037-1048.
26. Yang HY, Sun CC, Wu YC, Wang JD. Stress, insomnia, and chronic idiopathic urticaria-a case-control study. *J Formos Med Assoc* 2005;104(4):254-263.
27. Berrino AM, Voltolini S, Fiaschi D i sur. Chronic urticaria: importance of a medical-psychological approach. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006; 38(5):149-52.
28. Silveiras MR, Coelho KI, Dalben I, Lastória JC, Abbade LP. Sociodemographic and clinical characteristics, causal factors and evolution of a group of patients with chronic urticaria-angioedema. *Sao Paulo Med J.* 2007;125:281-285.
29. Black AK. The pathogenesis of urticaria. *Keio J Med.* 1997;46:37-39.
30. Wijndaele K, Matton L, Duvigneaud N i sur. Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster analytical approach. *Sport Psychology Association* 2007; 8(4): 425-440.
31. Crockett LJ, Iturbide MI, Torres Stone RA, McGinley M, Raffaelli M, Carlo G. Acculturative stress, social support, and coping: Relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2007; 13(4): 347-355.
32. Billings A, Moos R. Coping, Stress, and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46(4): 877-891.
33. Penland E, Masten W, Zelhart P, Fournet G, Callahan T. Possible selves, depression, and coping skills in university students. *J Pers Individ Dif* 2000: 29: 963-969.
34. Bouteyre E, Maurel M, Bernaud JL. Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health: Stress Health* 2007: 23(2): 93- 99.
35. Endler, N. S. i Parker, J. D. A. Multidimensional assessment of coping: A critical

evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-854.

36. Stanton AL, Kirk SB, Cameron CL, Danoff-Burg S. Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *J Pers Soc Psychol* 2000, 78: 1150-1169.

37. Blalock SJ, DeVellis BM, Giorgino KB. The relationship between coping and psychological well-being among people with osteoarthritis: A problem-specific approach. *Ann Behav Med* 1995;17:107-115.

38. Stone AA, Kennedy-Moore E, Neale J. M. Association between daily coping and end-of-day mood. *Health Psychol* 1995;14:341-349.

39. Kardum I, Hudek-Knežević J. Odnos između Eysenckovih crta ličnosti, stilova suočavanja i raspoloženja. *Godišnjak Odsjeka za psihologiju* 1994;3: 97-106.

40. Cronkite RC, Moos RH, Twohey J, Cohen C, Swindle R. Life Circumstances and Personal Resources as Predictors of the Ten-Year Course of Depression. *Am J Community Psychol* 1998; 26(2): 255-280.

41. Sherbourne C, Hays, RD, Wells KB. Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(3): 345-355.

42. Lazarus R S, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984.

43. Holahan C.J, Holahan CK, Moos RH, Brennan PL, Schutte KK. Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(4): 658-666.

44. Admiraal WF, Korthagen FAJ, Wubbels T. Effects of student teachers' coping behaviour. *Br J Educ Psychol* 2000; 70(1): 33-52.

45. Ma LH, Tang LY, Luo GY, Li YL, Wei ZL, Lu GF. A survey of psychosocial factors of psychosomatic diseases. *Chinese Journal of Clinical Psychiatry* 2002;10:266-269.

46. Hoyer J, Averbeck M, Heidenreich T, Stangier U, Pohlmann K, Rossler G. The constructive thinking inventory: Factorial structure in healthy individuals and patients with chronic skin diseases *European J Psychol Assess* 1998;14:226-233.
47. Karabegović M. Velikih pet dimenzija ličnosti –gdje ih prepoznamo u svakodnevnom životu. *Psihologija ličnosti* 2013.
48. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50: 975-990.
49. Suls J, Rittenhouse J.D. Models of linkages between personality and disease. U: H.S. Friedman, ur. *Personality and disease*. New York: Wiley, 1990; str. 38-64.
50. Eysenck, H.J. Biological basis of personality. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10: 230-231.
51. Tellegen A, Lykken DT, Bouchard TJ, Wilcox KJ, Segal N.L, Rich S. Personality similarity in twins reared apart and together. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54: 1031-1040.
52. Suls J, Bunde J. Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychol Bull* 2005;131(2):260-300.
53. Turk Charles ST, Gatz M, Kato K, Pedersen NL. Physical health 25 years later: The predictive ability of neuroticism. *Psychol Health* 2008; 27(3): 369-378.
54. Eysenck H.J. Stress, disease, and personality: The "inoculation effect". U: C.L. Cooper, ur. *Stress research: Issues for the eighties*. Chichester: Wiley, 1983; str. 121-146.
55. Lane JD, McCaskill CC, Williams PG, Parekh PI, Feinglos MN, Surwit RS Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 1321-1325.
56. Brickman AL, Yount SE, Blaney NT, Rothberg ST, Kaplan De-Nour A. Personality traits and long-term health status: The influence of neuroticism and conscientiousness on renal deterioration in Type-1 diabetes. *Psychosomatics*, 1996;37: 459- 468.

57. Cosci F. Assessment of personality in psychosomatic medicine: current concepts. *Adv Psychosom Med* 2012;32:133-59.
58. Erlen JA, Stilley CS, Bender A. Personality traits and chronic illness: A comparison of individuals with psychiatric, coronary heart disease and HIV/AIDS diagnoses. *Appl Nurs Res* 2011;24(2):74-81.
59. Stilley C, Dew M, Pilkonis P i sur. Personality characteristics among cardiothoracic transplant recipients. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27:113–8.
60. Lyketsos GC, Stratogos GC, Tawil G, Psaras M, Lyketsos CG. Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychother Psychosom* 1985; 44:122-31.
61. Barbosa F, Freitas J, Barbosa A. Alexithymia in chronic urticaria patients. *Psychol Health Med* 2011;16(2):215-24.
62. Anić N. Anksioznost. Zagreb:Izdano u vlastitoj naknadi; 1989.
63. Vulić-Prtorić A. Somatski simptomi anksioznosti kod djece. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru* 1999; 38(15): 79-96.
64. Eels TD. Psychotherapy Versus Medication for Unipolar Depression. *J Psychother Pract Res* 1999; 8:170-173.
65. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - deseta revizija. Zagreb, 1992.
66. Hashiro M, Okamura M. Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci* 1994;8(2):129-35.
67. Bashir K, Dar NR, Rao SU. Depression in adult dermatology outpatients. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010;20(12):811-3.
68. Annesi-Maesano I, Beyer A, Marmouz F, Mathelier-Fusade P, Vervloet D, Bauchau V.

Do patients with skin allergies have higher levels of anxiety than patients with allergic respiratory diseases? Results of a large-scale cross-sectional study in a French population. *Br J Dermatol* 2006;154(6):1128-36.

69. Sheehan-Dare RA, Henderson MJ, Cotterill JA. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 1990;123(6):769-74.

70. Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, Fornasa CV. Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *Br J Med Psychol* 1980;53(3):277-82.

71. Staubach P, Dechene M, Metz M i sur. High prevalence of mental disorders and emotional distress in patients with chronic spontaneous urticaria. *Acta Derm Venereol* 2011;91(5):557-61.

72. Sperber J, Shaw J, Bruce S. Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom* 1989;51(3):135–41.

73. Preston K. Depression and skin diseases. *Med J Aust* 1969;1(7):326–9.

74. Koh KB. Anger and somatization. *J Psychosom Res* 2003;55(2):113.

75. Kellner R, Hernandez J, Pathak D. Self-rated inhibited anger, somatization and depression. *Psychother Psychosom* 1992;57(3):102–7.

76. Broom BC. A reappraisal of the role of ‘mindbody’ factors in chronic urticaria. *Postgrad Med J* 1016;2010(86):365–70.

77. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Comp J Clin Psychiatry* 2007;9(3):203–13.

78. Engin B, Uguz F, Yilmaz E, Ozdemir M, Mevlitoglu I. The levels of depression, anxiety and quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22(1):36-40.

79. Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Badura-Brzoza K i sur. Decline in

dehydroepiandrosterone sulfate observed in chronic urticaria is associated with psychological distress. *Psychosom Med* 2008;70(6):723-728.

80. Conrad R, Geiser F, Haidl G i sur. Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22:1062-1069.

81. Oktayoglu P, Ucmak D, Caglayan M i sur. Is there an association between chronic urticaria and fibromyalgia syndrome? *Arch Rheumatol* 2014;29(1):28-34.

82. Shobana S, Srinivasan TN, Vasantha J. Depression manifesting as urticaria. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 1993;59:41-2.

83. Lindemayr H, Gathmann P, Cermak T, Grunberger J. Is chronic urticaria a psychosomatic disease? *Zeitschrift fur Hautkrankheiten* 1981;56(1):28-40.

84. Flanagan JC. A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist* 1978;33(2):138-147.

85. Gojčeta M, Joković Oreb I, Pinjatela R. Neki aspekti kvalitete života adolescenata sa i bez cerebralne paralize. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 2008; 44(1): 39-47.

86. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:41-50.

87. O'Donnell BF, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves MW. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *Br J Dermatol* 1997;136:197-201.

88. Potocka A, Turczyn-Jablońska K, Merecz D. Psychological correlates of quality of life in dermatology patients: the role of mental health and self-acceptance. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2009;18(2):53-8., 60- 62.

89. Uguz F, Engin B, Yilmaz E. Quality of life in patients with chronic idiopathic urticaria: the impact of Axis I and Axis II psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(5):453-7.

90. Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, Vonend A, Metz M, Magerl M i sur. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol* 2006;154(2):294-8.
91. Silveiras Cavriani MR, Fortes Parise MR, Mliot HA. Quality of life in chronic urticaria: a survey at a public university outpatient clinic, Botucatu (Brazil). *Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)* 2011; 57(5):565-569.
92. Godse KV. Methotrexate in autoimmune urticaria. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70:377.
93. Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:41-50.
94. Le Cleach L, Chassany O, Levy A, Wolkenstein P, Chosidow O. Poor reporting of quality of life outcomes in dermatology randomized controlled clinical trials. *Dermatology* 2008;216:46-55.
95. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen HHW, Mortensen JT, Wulf HC. Psychological Symptoms and Quality of Life of Dermatology Outpatients and Hospitalized Dermatology Patients. *Acta Derm Venereol* 2004;84:205-212.
96. Ue AP, Souza PK, Rotta O, Furlani Wde J, Lima AR, Sabbag DS. Quality of life assessment in patient with chronic urticaria. *An Bras Dermatol* 2011;86(5):897-904.
97. Weldon DR. Quality of life in patients with urticaria and angioedema: Assessing burden of disease. *Allergy Asthma Proc* 2006;27(2): 96-99.
98. Diener E, Emmons RA, Lar RJ, Griffin S. Satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985;49:71-75.
99. International Wellbeing Group. Personal Wellbeing Index. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life. Deakin University, 2006.
100. Reff - Lojk L. Eysenckov upitnik ličnosti-EPQ. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za

produktivnost dela Ljubljana, Centar za psihodijagnostička sredstva, 1979.

101. Carver Ch, Scheier M, Weintraub JK. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *J Pers Soc Psychol* 1989;56:267-283.

102. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE i sur. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press, 1983.

103. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.

104. SPSS Inc. Released 2008. SPSS Statistics for Windows, Version 17.0. Chicago: SPSS Inc.

105. Cesarec G, Martinec S, Basic I, Jakopic D: Effect of exercises on quality of life in women with osteoporosis and osteopenia. *Coll Antropol* 2014; 38(1):247-54.

106. Testa MA, Simonson DC: Assessment of Quality of life. *N Engl J Med* 1996; 335:520-522.

107. Finlay AY, Coles EC: The effect of severe psoriasis on the quality of life of patients. *Br J Dermatol* 1995;132:236-244.

108. Lazarus RS: From Psychological Stress to the Emotions. *Annu. Rev. Psychol* 1993;44:1-22.

109. Kalebić MB: Uloga izražavanja emocija i suočavanja sa stresom vezanim uz školu u percepciji raspoloženja i tjelesnih simptoma adolescenata. *Psihologijske teme* 2007;16: 1-26.

110. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman Ji sur. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis; chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res* 1998;44:573-585.

111. Hill L, Kennedy P. The role of coping strategies in mediating subjective disability in people who have psoriasis. *Psychol Health Med* 2002;7:261-269.

112. Paus R, Theoharides TC, Arck PC. Neuroimmunoendocrine circuitry of the „brain-skin connection“. Trends Immunol 2006; 27:32-39.
113. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. Psychol Bull 2004; 130:601-630.
114. Teshima H, Nagata S, Kinara H, Sogawa H. Psychobiological studies on the onset of allergic diseases: A Japanese approach. Advances 1986; 3(4):143-149.
115. Semmer NK. Personality, stress and coping. Handbook of personality and health. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2006.
116. Weller K, Koti I, Makris M, Mauer M. Anxiety and depression seem less common in patients with autoreactive chronic spontaneous urticaria. Clin Exp Dermatol 2013;38:870-3.
117. Larsen LJ, Buss DM. Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature. Boston: McGraw-Hill College; 2008.
118. Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski E. The relationship between posttraumatic stress disorder, psychiatric comorbidity and personality traits among patients with chronic idiopathic urticaria. Compr Psychiatry 2010; 51(1):55-63.
119. Friedman, H.S. Personality, disease, and self-healing. U: H.S. Friedman i R.C. Silver, ur. Foundations of health psychology. Oxford: Oxford University Press, 2007; str. 72-199.
120. Wiebe, DJ, Fortenberry, KT. Personality and illness behavior. U: M.E Vollrath, ur. Handbook of personality and health. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2006;; str. 137-
121. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol 1984; 46: 839-852.
122. Duggan C, Sham P, Lee A, Minne C, Murray R. Neuroticism: A vulnerability marker for depression evidence from a family study. Journal of Affective Disorders 1995; 35(3): 139-143.

123. Zautra AJ, Affleck GG, Tennen H, Reich JW, Davis MC. Dynamic approaches to emotion and stress in everyday life: Bolger and Zuckerman reloaded with positive as well as negative affects. *J Pers* 2005;73:1511-38.
124. Smith TW. Personality as risk and resilience in physical health. *Curr Dir Psychol Sci* 2006;15:227-231.
125. Evers AW, Kraaimaat FW, Van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1026–1036.
126. Evers AW, Kraaimaat FW, van Riel PL, Bijlsma JW. Cognitive, behavioral and physiological reactivity to pain as a predictor of long-term pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 2001; 93: 139–146.
127. Martinac Dorčić, T. Odnos suočavanja sa stresom i raspoloženja dispozicijski i situacijski definirano suočavanje i raspoloženje. *Psihologijske teme* 2002;11: 49-70.
128. Kalebić Maglica B. Povezanost Eysenckovih dimenzija ličnosti, kognitivnih procjena i strategija suočavanja sa stresom na raspoloženje kod adolescenata. *Društvena istraživanja* 2007; 917-942.
129. Billings DW, Folkman S, Acree M, Tedlie Moskowitz J. Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *J Pers Soc Psychol* 2000;79: 131-142.
130. Diong S, Bishop GD. Anger expression, coping styles and well-being. *J Health Psychol* 1999; 4: 81-96.
131. Khoo S, Bishop GD. Stress and optimism: Relationships to coping and wellbeing. *Psychologia* 1997; 40: 29-40.
132. Teshima H, Kubo C, Kihara H, Imada Y, Nagata S, Ago Y i sur. Psychosomatic aspects of skin disease from the standpoint of immunology. *Psychother Psychosom*

1982;37:165-175.

8. PRILOZI

8.1. OPĆI UPITNIK

Ime i prezime _____

Spol: a)muški 1

b)ženski	2
----------	---

Dob: _____ godina

Školska sprema: a)NSS 1

b)KV	2
------	---

c)VKV 3

d)SSS 4

e)VSS	5
-------	---

Bračno stanje: a)udana/oženjen 1

b)nudana/neoženjen	2
--------------------	---

c)rastavljen	3
--------------	---

Imate li djecu: a)DA 1

b)NE 2

Jeste li zaposleni: a)DA 1

b)NE 2

8.2. UPITNIK KVALITETE ŽIVOTOM (SATISFACTION WITH LIFE SCALE – SWLS)

Koliko se slažete s pojedinom od ovih tvrdnji:	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Niti se slažem niti ne	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
1. Moj je život blizu mog shvaćanja o idealnom životu.	1	2	3	4	5
2. Kad bih ponovno mogao početi svoj život, gotovo ništa ne bih u njemu promijenio.	1	2	3	4	5
3. Zadovoljan sam sa svojim životom.	1	2	3	4	5
4. Dosad sam uglavnom dobivao u životu što sam želio.	1	2	3	4	5
5. Uvjeti mog života su izvrsni.	1	2	3	4	5

8.3. UPITNIK OSOBNOG ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM (PERSONAL WELLBEING INDEX-PWI-A)

Koliko ste sveukupno zadovoljni svojim životom (zaokružite odgovarajući broj)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Izrazito nezadovoljan									Izrazito zadovoljan

8.4. SKALA PERCIPIRANOG STRESA

Dolje navedena pitanja odnose se na Vaše misli i osjećaje tijekom proteklog tjedna. U svakom se pitanju od Vas traži da označite KOLIKO ČESTO ste se osjećali ili mislili na određeni način. Pokraj svakog pitanja zaokružite jedan broj. Pritom brojevi znače slijedeće:

0-nikad 1-rijetko 2-ponekad 3-često 4-vrlo često

KOLIKO ČESTO TIJEKOM PROTEKLOG TJEDNA STE.....

1.bili uznemireni zbog nečeg što se dogodilo nepredviđeno?	0	1	2	3	4
2.se osjećali nesposobnim da kontrolirate bitne stvari u svom životu?	0	1	2	3	4
3.se osjećali nervozno i pod stresom?	0	1	2	3	4
4.se osjećali sigurnim u svoje sposobnosti rješavanja osobnih problema?	0	1	2	3	4
5.imali osjećaj da se stvari odvijaju po planu?	0	1	2	3	4
6.ustanovili da ne možete obaviti sve one stvari koje biste morali?	0	1	2	3	4
7.mogli kontrolirati neugodnosti u Vašme životu?	0	1	2	3	4
8.se osjećali da imate potpunu kontrolu nad događanjima?	0	1	2	3	4
9.bili ljuti zbog stvari koje su se dogodile vanVaše kontrole?	0	1	2	3	4
10.se osjećali da ne možete prevladati nagomilane poteškoće?	0	1	2	3	4

8.5. STATE –TRAIT ANXIETY INVENTORY -1 (STAI X-1)

UPUTE: U upitniku koji je pred Vama nalazi se niz tvrdnji pomoću kojih možete sebe opisati. Molim Vas, pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i odaberite onaj od četiri predložena odgovora koji najbolje određuje kako se SADA, tj. u ovom času osjećate. Uz svaku tvrdnju podcrtajte ili prekržite onaj broj uz odgovor koji najbolje opisuje Vaše sadašnje stanje. Predloženi odgovori su:

- 1 = uopće ne
2 = malo
3 = dosta
4 = jako

Ovdje nema točnih ili netočnih odgovora pa nemojte dugo razmišljati nad pojedinim tvrdnjama, već nastojte uvijek odabrati onaj odgovor koji najbolje opisuje Vaše sadašnje stanje.

1.	Miran sam.	1	2	3	4
2.	Osjećam se sigurno.	1	2	3	4
3.	Osjećam se napeto.	1	2	3	4
4.	Žalostan sam.	1	2	3	4
5.	Opušten sam.	1	2	3	4
6.	Uzbuđen sam.	1	2	3	4
7.	Zabrinut sam da nešto ne pođe naopkao	1	2	3	4
8.	Osjećam se odmoreno.	1	2	3	4
9.	Uznemiren sam.	1	2	3	4
10.	Osjećam se dobro.	1	2	3	4
11.	Siguran sam u sebe.	1	2	3	4
12.	Nerozan sam.	1	2	3	4
13.	Nemiran sam.	1	2	3	4
14.	Sav sam u grču.	1	2	3	4
15.	Smiren sam.	1	2	3	4
16.	Osjećam se zadovoljno	1	2	3	4
17.	Zabrinut sam.	1	2	3	4
18.	Sav sam razdražen.	1	2	3	4
19.	Veseo sam.	1	2	3	4
20.	Osjećam se ugodno.	1	2	3	4

8.6. STATE –TRAIT ANXIETY INVENTORY -2 (STAI X-2)

UPUTE: U upitniku koji je pred Vama nalazi se niz tvrdnji pomoću kojih možete sebe opisati. Molim Vas, pročitajte pažljivo svaku tvrdnju i odaberite onaj od četiri predložena odgovora koji najbolje opisuje kako se OPĆENITO osjećate. Uz svaku tvrdnju podcrtajte ili prekrižite odgovor koji Vas najbolje opisuje. Predloženi odgovori su:

- 1 = gotovo nikada
2 = katkada
3 = često
4 = gotovo uvijek

Ovdje nema točnih ili netočnih odgovora pa nemojte dugo razmišljati nad pojedinim tvrdnjama, već nastojte uvijek odabrati onaj odgovor koji vrijedi za Vas.

1.	Raspoložen sam (dobre volje).	1	2	3	4
2.	Brzo se umaram	1	2	3	4
3.	Plaćljiv sam.	1	2	3	4
4.	Vjerujem da mi je gore nego drugim ljudima.	1	2	3	4
5.	Propuštam dobre prilike, jer se ne mogu dovoljno brzo odlučiti.	1	2	3	4
6.	Osjećam se odmoreno.	1	2	3	4
7.	Miran sam i opušten.	1	2	3	4
8.	Čini mi se da se moje poteškoće polako savladavaju.	1	2	3	4
9.	I suviše mislim o nevažnim stvarima.	1	2	3	4
10.	Sretan sam.	1	2	3	4
11.	Sklon sam preozbiljno sve shvatiti, sve me pogađa.	1	2	3	4
12.	Nedostaje mi samopouzdanje.	1	2	3	4
13.	Osjećam se sigurno.	1	2	3	4
14.	Brinem se zbog mogućih nevolja.	1	2	3	4
15.	Osjećam se utučeno.	1	2	3	4
16.	Zadovoljan sam.	1	2	3	4
17.	Nevažne misli me gnjave i opterećuju.	1	2	3	4
18.	Razočaranja me teško pogađaju da ih ne mogu zaboraviti	1	2	3	4
19.	Uravnotežen sam.	1	2	3	4
20.	Kada mislim na svoj sadašnji posao, postajem nervozan i nemiran.	1	2	3	4

8.7. BECKOVA SKALA DEPRESIVNOSTI (BDI)

Ovaj se upitnik sastoji od tvrdnji raspoređenih u skupine. Pročitajte pažljivo svaku skupinu. Zatim u svakoj od njih odaberite tvrdnju koja najbolje opisuje kako ste se osjećali prošlog tjedna, uključujući i današnji dan! Zaokružite broj tvrdnje koju ste izabrali. Ako vam se prikladnom čini više od jedne tvrdnje, možete zaokružiti više brojeva. U svakom slučaju pročitajte sve rečenice u skupini prije nego što odaberete.

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | Nisam žalostan. | 0 |
| | Osjećam se žalosno. | 1 |
| | Osjećam se žalosno cijelo vrijeme i ne mogu to prekinti. | 2 |
| | Tako sam žalostan ili nesretan da to ne mogu izdržati. | 3 |
| 2. | Nisam naročito obeshrabren u pogledu budućnosti. | 0 |
| | Osjećam se obeshrabren u vezu s budućnošću. | 1 |
| | Osjećam da nemam što očekivati. | 2 |
| | Osjećam da je budućnost beznadna i da se stvari ne mogu popraviti. | 3 |
| 3. | Ne osjećam se kao promašena osoba. | 0 |
| | Promašen sam više nego prosječna osoba. | 1 |
| | Kad se osvrnem na svoj život, sve što mogu vidjeti je mnogo promašaja. | 2 |
| | Osjećam se kao potpuno promašena osoba. | 3 |
| 4. | Jednako sam zadovoljan stvarima kao i ranije. | 0 |
| | Ne uživam više u nekim stvarima kao ranije. | 1 |
| | Nemam više pravo zadovoljstvo ni u čemu. | 2 |
| | Nezadovoljan sam svime i sve me gnjavi. | 3 |
| 5. | Ne osjećam se posebno krivim. | 0 |
| | Dobar dio vremena osjećam krivicu. | 1 |
| | Veći dio vremena se osjećam prilično krivim. | 2 |
| | Stalno se osjećam krivim. | 3 |
| 6. | Ne osjećam da sam kažnjavao. | 0 |
| | Osjećam da bih mogao biti kažnjen. | 1 |

	Očekujem da ću biti kažnjen.	2
	Osjećam da sam kažnjavao.	3
7.	Ne osjećam se razočaran samim sobom.	0
	Razočaran sam samim sobom.	1
	Gadim se sam sebi.	2
	Mrzim samog sebe.	3
8.	Ne osjećam se lošijim od drugih.	0
	Kritičan sam prema sebi zbog svojih slabosti ili pogrešaka.	1
	Stalno se okrivljujem zbog svojih pogrešaka.	2
	Okrivljujem se za sve loše što se događa.	3
9.	Uopće ne razmišljam o samoubojstvu.	0
	Pomišljam o samoubojstvu, ali ne bih to mogao učiniti.	1
	Želio bih se ubiti.	2
	Ubio bih se kad bih imao prilike.	3
10.	Ne plačem više nego obično.	0
	Plačem više nego ranije.	1
	Sada stalno plačem.	2
	Mogao sam plakati, ali sada više ne mogu iako to želim.	3
11.	Nisam razdražljiviji nego što sam bio ranije.	0
	Lakše se razljutim nego ranije.	1
	Cijelo se vrijeme osjećam razdražen.	2
	Uopće me ne razdražuju stvari koje su me ranije razdraživale.	3
12.	Nisam izgubio interes za druge ljude.	0
	Manje me zanimaju drugi ljudi nego ranije.	1
	Velikim dijelom sam izgubio interes za druge ljude.	2
	Potpuno sam izgubio interes za druge ljude.	3
13.	Odluke donosim dobro kao i uvijek.	0
	Odglašam donošenje odluka češće nego ranije.	1
	Teže mi je donositi odluke nego ranije.	2
	Uopće više ne mogu donositi odluke.	3

14.	Ne mislim da izgledam lošije nego ranije.	0
	Brinem se da li izgledam staro ili neprivlačno.	1
	Osjećam da su se u mojem izgledu dogodile promjene koje me čine neprivlačnim.	2
	Vjerujem da ružno izgledam.	3
15.	Mogu raditi jednako dobro kao i prije.	0
	Moram uložiti poseban napor da bih započeo nešto raditi.	1
	Moram se jako prisiljavati da učinim bilo što.	2
	Ne mogu raditi nikakav posao.	3
16.	Spavam dobro kao i obično.	0
	Ne spavam dobro kao ranije.	1
	Budim se sat-dva ranije nego obično i teško mi je ponovno zaspati.	2
	Budim se nekoliko sati ranije nego prije i više ne mogu zaspati.	3
17.	Ne umaram se više nego obično.	0
	Umaram se brže nego prije.	1
	Umorim se od gotovo svega.	2
	Preumoran sam da bih bilo što radio.	3
18.	Nemam slabiji apetit nego obično.	
	Nemam više tako dobar apetit kao prije.	
	Apetit mi je sada mnogo slabiji.	
	Uopće više nemam apetita.	
19.	U posljednje vrijeme nisam izgubio mnogo na težini, ako sam uopće izgubio.	0
	Izgubio sam više od 2,5 kg.	1
	Izgubio sam više od 5 kg.	2
	Izgubio sam više od 7,5 kg.	3
	Namjerno pokušavam izgubiti na težini jedući manje:	DA NE
20.	Nisam zabrinut za svoje zdravlje više nego obično.	0
	Brinu me fizički problemi kao što su bolovi, probadanja, mučnina ili opstipacija.	1

	Vrlo me brinu moji zdravstveni problemi i teško mi je razmišljati o drugim stvarima.	2
	Toliko sam zabrinut zbog zdravstvenih problema da više ni o čemu drugom ne mogu razmišljati.	3
21.	Ne primjećujem nikakve promjene u svom inetersu za seks.	0
	Manje sam zainteresiran za seks nego ranije.	1
	Moj interes za seks je sada značajn manji.	2
	Potpuno sam izgubio interes za seks.	3

8.8. UPITNIK STRATEGIJE SUOČAVANJA SA STRESOM (MULTIDIMENSIONAL COPING INVENTORY-COPE)

Zanima nas što ljudi obično čine i što doživljavaju kada se suočavaju sa stresnim situacijama u svakodnevnom životu. Mnogo je takvih situacija. Ljudi se razlikuju po načinima kojima se suočavaju sa svakodnevnim situacijama koje izazivaju stres. Iako različiti događaji kod istog čovjeka dovode do različitih reakcija, ipak Vas molimo da razmislite o različitim neugodnim – stresnim situacijama u kojima ste Vi u sukobu ili sa samim sobom ili sa ljudima oko Vas i o Vašim najčešćim reakcijama na takve situacije. Na svaku tvrdnju odgovorite tako da zaokružite jedan od pet predviđenih odgovora. Molimo Vas da odgovorite na svaku tvrdnju posebno, nezavisno od bilo koje druge tvrdnje u upitniku. Neke tvrdnje su slične, pa ipak odgovorite na svaku od njih. Ovdje nema dobrih i loših odgovora. Zato odaberite onaj koji je za Vas najtočniji, a ne onaj koji je po Vašem mišljenju točan za većinu ljudi.

OZNAČITE ŠTO VI OBIČNO ČINITE I PROŽIVLJATE U KONFLIKTNIM STRESNIM SITUACIJAMA

Pri tome brojevi znače slijedeće:

- 0 – NIKADA se tako ne ponašam
- 1 – KATKADA se tako ponašam
- 2 – OBIČNO se tako ponašam
- 3 – ČESTO se tako ponašam
- 4 – UVIJEK se tako ponašam

- | | |
|--|-----------|
| 1. Takve situacije nastojim iskoristiti kao vrijedna životna iskustva. | 0 1 2 3 4 |
| 2. Uznemiren/a sam i otvoreno iskazujem svoje osjećaje. | 0 1 2 3 4 |
| 3. Obraćam se nekome za savjet o tome što da radim. | 0 1 2 3 4 |
| 4. Svom snagom pokušavam učiniti nešto u vezi s tim problemima. | 0 1 2 3 4 |
| 5. Sam/a sebe uvjeravam sa to nije istina, da to nije moguće. | 0 1 2 3 4 |
| 6. Uzdam se u Boga. | 0 1 2 3 4 |
| 7. Nastojim pronaći šaljivu stranu takvih situacija. | 0 1 2 3 4 |

8. Priznajem si da to ne mogu riješiti, pa prestajem pokušavati.	0 1 2 3 4
9. Trudim se da ne reagiram prebrzo.	0 1 2 3 4
10. Razgovaram sa nekim o svojim osjećajima.	0 1 2 3 4
11. Popijem alkoholno piće, pilule za smirenje ili uzmem drogu kako bih se bolje osjećao/la.	0 1 2 3 4
12. Pokušavam se priviknuti na nastale situacije.	0 1 2 3 4
13. Razgovaram sa nekim kako bih se bolje snašao/la.	0 1 2 3 4
14. Nastojim sa me ne ometaju misli i aktivnosti koje nisu u vezi s tim situacijama.	0 1 2 3 4
15. Maštam o drugim stvarima.	0 1 2 3 4
16. Nadam se božjoj pomoći.	0 1 2 3 4
17. Planiram različite postupke kojima bih uspio/la riješiti te probleme.	0 1 2 3 4
18. Prihvaćam da se to dogodilo (događa) i da se ne može promijeniti.	0 1 2 3 4
19. Ne činim ništa dok to situacije ne dozvole.	0 1 2 3 4
20. Pokušavam dobiti emocionalnu podršku od rodbine i prijatelja.	0 1 2 3 4
21. Jednostavno odustajem od pokušaja da ostvarim svoje ciljeve.	0 1 2 3 4
22. Probleme pokušavam riješiti na druge načine.	0 1 2 3 4
23. Pokušavam se opustiti pa popijem piće, neku pilulu za smirenje ili uzmem drogu.	0 1 2 3 4
24. Jednostavno odbijam vjerovati da se to dogodilo.	0 1 2 3 4
25. Otvoreno iskazujem svoja osjećanja.	0 1 2 3 4
26. Pokušavam takve događaje sagledati u drugom svijetlu i učiniti da izgledaju povoljnije.	0 1 2 3 4
27. Pokušavam smisliti kako se ti problemi mogu riješiti na druge načine.	0 1 2 3 4
28. Koncentriram se na rješavanje tih problema i , ako je to potrebno, druge stvari ostavljam postrani.	0 1 2 3 4
29. Tražim od nekog suosjećanje i razumijevanje.	0 1 2 3 4
30. Pijem alkohol, uzimam pilule za smirenje ili drogu kako bih	

o tim situacijama što manje razmišljao/la.	0 1 2 3 4
31. Šalim se na račun toga.	0 1 2 3 4
32. Odustajem od pokušaja da postignem ono što želim.	0 1 2 3 4
33. Pokušavam sagledati bolju stranu takvih situacija.	0 1 2 3 4
34. Razmišljam kako na najbolji način mogu riješiti te probleme.	0 1 2 3 4
35. Pravim se kao da se ništa nije dogodilo.	0 1 2 3 4
36. Ne reagiram prebrzo da probleme još više ne otežam.	0 1 2 3 4
37. Trudim se da me druge stvari ne ometaju pri rješavanju tih problema.	0 1 2 3 4
38. Idem u kino ili gledam TV kako bih što manje o tome razmišljao/la.	0 1 2 3 4
39. Prihvaćam realnosti takvih situacija.	0 1 2 3 4
40. Pitam ljude sa sličnim iskustvima što bi oni u takvim situacijama učinili.	0 1 2 3 4
41. Teško mi je i to jasno pokazujem.	0 1 2 3 4
42. Utjehu pronalazim u religiji.	0 1 2 3 4
43. Čekam pravi trenutak da nešto u vezi s tim problemom uradim.	0 1 2 3 4
44. Ismijavam te situacije.	0 1 2 3 4
45. Sve se manje trudim oko rješavanja tih problema.	0 1 2 3 4
46. Pričam s nekim ljudima o tome kako se osjećam.	0 1 2 3 4
47. Posežem za alkoholom, pilulama ili drogom koje mi pomažu da prebrodim te probleme.	0 1 2 3 4
48. Učim se živjeti sa tim problemima.	0 1 2 3 4
49. Ostavljam po strani sve druge aktivnosti i usmjeravam se na te probleme.	0 1 2 3 4
50. Razmišljam o koracima koje valja poduzeti kako bi se ti problemi riješili.	0 1 2 3 4
51. Ponašam se kao da se to nije ni dogodilo.	0 1 2 3 4
52. Postepeno radim ono što mislim da treba učiniti u vezi s tim problemima.	0 1 2 3 4
53. Učim iz iskustva.	0 1 2 3 4
54. Molim se Bogu više nego obično.	0 1 2 3 4
55. Pojačano se bavim fizičkim aktivnostima.	0 1 2 3 4
56. Ulažem dodatni napor da riješim te probleme.	0 1 2 3 4

57. Glumim sigurnost i smirenost.	0 1 2 3 4
58. Povlačim se u sebe.	0 1 2 3 4
59. Tražim novi izlaz iz tih problema.	0 1 2 3 4
60. Suzdržavam svoje osjećaje.	0 1 2 3 4
61. Izbjegavam društvo i razgovore kako bih razmislio/la o tom problemu.	0 1 2 3 4
62. Želim biti sam/a.	0 1 2 3 4
63. Pitam ljude što bi učinili na mome mjestu.	0 1 2 3 4
64. Pušim više nego obično ne bi li se smirio/la.	0 1 2 3 4
65. Radim sve samo da ne razmišljam o tom problemu.	0 1 2 3 4
66. Bavim se bilo kakvim aktivnostima samo da bih se rastresao/la.	0 1 2 3 4
67. Skrivam svoje osjećaje.	0 1 2 3 4
68. Pravim se kao da mi sve to ništa ne znači.	0 1 2 3 4
69. Šećem po svježem zraku.	0 1 2 3 4
70. Izbjegavam kontakte s drugim ljudima.	0 1 2 3 4
71. Nadam se da će netko drugi riješiti tu situaciju.	0 1 2 3 4

8.9. EYSENCKOV UPITNIK LIČNOSTI (EPQ)

IME I PREZIME _____ SPOL: M Ž

DATUM ROĐENJA: _____ ŠKOLSKA SPREMA: _____

DATUM TESTIRANJA: _____ ZANIMANJE: _____

Svako pitanje pažljivo pročitajte i odgovorite na njega tako da zaokružite “DA” ili “NE”. Nema teških pitanja. Nema ni pravilnih ni pogrešnih odgovora. Odgovarajte brzo i ne razmišljajte predugo o postavljenim pitanjima.

- | | |
|--|-------|
| 1. Imate li mnogo različitih hobija? | DA NE |
| 2. Uzimate li sebi dovoljno vremena da razmislite prije negoli nešto učinite? | DA NE |
| 3. Da li se vaše raspoloženje često mijenja? | DA NE |
| 4. Jeste li ikada prihvatili pohvalu iako ste znali da ju je ustvari zaslužio netko drugi? | DA NE |
| 5. Jeste li govorljiva osoba? | DA NE |
| 6. Bi li vas brinulo da imate dugova? | DA NE |
| 7. Da li vam se događa da se osjećate sasvim jedno bez pravog razloga? | DA NE |
| 8. Jeste li ikada uzeli više nego što vam je pripadalo? | DA NE |
| 9. Da li navečer brižljivo zaključavate vrata? | DA NE |
| 10. Jeste li prilično živahni? | DA NE |
| 11. Biste li se jako uzrujali da vidite dijete ili životinju koja pati? | DA NE |
| 12. Da li si često predbacujete zbog stvari koje niste trebali učiniti ili reći? | DA NE |
| 13. Da li uvijek održite svoje obećanje, bez obzira na to koliko vam to bilo teško? | DA NE |
| 14. Možete li se u veselom društvu sasvim prepustiti trenutku i uživati u zabavi? | DA NE |
| 15. Jeste li razdražljivi? | DA NE |
| 16. Jeste li ikada optužili drugoga, iako ste znali da ste ustvari krivi vi sami? | DA NE |
| 17. Da li rado upoznajete nepoznate ljude? | DA NE |
| 18. Mislite li da je pametno osigurati se kod osiguravajućeg zavoda? | DA NE |
| 19. Da li vas je lako povrijediti? | DA NE |

20. Jesu li sve vaše navike dobre i poželjne?	DA	NE
21. Jeste li u društvu obično povučeni?	DA	NE
22. Biste li uzeli drogu koja bi mogla imati nepoznate ili opasne posljedice?	DA	NE
23. Je li vam više puta "svega dosta"?	DA	NE
24. Jeste li ikada uzeli nešto (makar samo iglu ili dugme) što nije bilo vaše?	DA	NE
25. Volite li mnogo izlaziti?	DA	NE
26. Čini li vam zadovoljstvo povrijediti ljude koje volite?	DA	NE
27. Muči li vas često osjećaj krivnje?	DA	NE
28. Govorite li ponekad o stvarima o kojima zapravo ništa ne znate?	DA	NE
28. Provodite li općenito radije vrijeme uz knjigu nego u društvu?	DA	NE
30. Imate li neprijatelja koji vam žele naškoditi?	DA	NE
31. Smatrate li sebe nervoznom osobom?	DA	NE
32. Imate li mnogo prijatelja?	DA	NE
33. Da li vam se sviđaju šale na tuđi račun, koje mogu ponekad i ozbiljno povrijediti ljude?	DA	NE
34. Jeste li gotovo stalno zbog nekog ili nečeg zabrinuti?	DA	NE
35. Jeste li kao dijete uvijek i bez gundanja poslušali na prvu riječ?	DA	NE
36. Biste li sebe nazvali bezbrižnom osobom?	DA	NE
37. Da li vam čistoća i lijepo ponašanje mnogo znače?	DA	NE
38. Jeste li zabrinuti zbog strašnih stvari koje bi se mogle dogoditi?	DA	NE
39. Jeste li ikada izgubili ili pokvarili neku stvar koja nije bila vaša?	DA	NE
40. Preuzimate li obično inicijativu kod sklapanja novih prijateljstava?	DA	NE
41. Biste li za sebe rekli da ste napeti ili nervozni?	DA	NE
42. Da li u društvu drugih ljudi pretežno šutite?	DA	NE
43. Smatrate li da je brak zastarjela stvar i da bi ga trebalo ukinuti?	DA	NE
44. Volite li se ponekad malo hvaliti?	DA	NE
45. Dali s lakoćom unosite ponešto živahnosti u dosadno društvo?	DA	NE
46. Idu li vam oprezni vozači na živce?	DA	NE
47. Jeste li zabrinuti za svoje zdravlje?	DA	NE
48. Jeste li ikada o nekome rekli nešto loše ili bezobrazno?	DA	NE
49. Da li se rado šalite i pričate smiješne zgode svojim prijateljima?	DA	NE
50. Čini li vam se da većina stvari ima isti okus?	DA	NE
51. Jeste li kao dijete ikada bili drski prema svojim roditeljima?	DA	NE

52. Volite li biti među ljudima?	DA NE
53. Da li vas zabrinjava ako znate da ima pogrešaka u vašem radu?	DA NE
54. Patíte li od nesanice?	DA NE
55. Perete li uvijek ruke prije jela?	DA NE
56. Imate li skoro uvijek "spreman odgovor" na primjedbe koje su vam upućene?	DA NE
57. Stižete li na sastanke puno prije dogovorenog vremena?	DA NE
58. Da li se često osjećate tromo i umorno bez pravog razloga?	DA NE
59. Jeste li ikada varali u igri?	DA NE
60. Volite li sudjelovati u poslovima ili aktivnostima kod kojih treba brzo djelovati?	DA NE
61. Je li vaša majka (bila) dobra žena?	DA NE
62. Da li vam se često čini da je život vrlo dosadan?	DA NE
63. Jeste li ikada nekoga iskoristili?	DA NE
64. Da li često preuzimate više zadataka nego što vam to vrijeme dopušta?	DA N
65. Postoje li ljudi koji vas upomo izbjegavaju?	DA NE
66. Da li se jako brinete zbog svog vanjskog izgleda?	DA NE
67. Mislite li da ljudi utroše previše vremena štedeći i odričući se zbog brige za svoju budućnost?	DA NE
68. Jeste li ikada poželjeli da budete mrtvi?	DA NE
69. Biste li izbjegli plaćanje poreza kad biste znali da vas neće otkriti?	DA NE
70. Zna li pripremiti i izvesti zabavu?	DA NE
71. Nastojite li da ne budete grubi prema ljudima?	DA NE
72. Jeste li nakon neugodnog doživljaja suviše dugo zabrinuti?	DA NE
73. Jeste li ikada pretjerano ustrajali na svorne stajalištu?	DA NE
74. Kad putujete, stižete li često na vlak u zadnji čas?	DA NE
75. Imate li poteškoća zbog "slabih živaca"?	DA NE
76. Da li se vaša prijateljstva brzo raskidaju bez vaše krivnje?	DA NE
77. Osjećate li se često usamijeni?	DA NE
78. Radite li uvijek one što propovijedate?	DA NE
79. Volite li ponekad dražiti životinje?	DA NE
80. Da li vas jako pogađa ako ljudi na vama ili u vašem radu pronađu kakvu grešku?	DA NE
81. Jeste li ikada zakasnili na sastanak ili posao?	DA NE
82. Volite li oko sebe puno buke i uzbuđenja?	DA NE

- | | |
|--|-------|
| 83. Biste li voljeli da vas se drugi ljudi boje? | DA NE |
| 84. Jeste li katkada puni energije, a katkada sasvim bezvoljni? | DA NE |
| 85. Odgađate li ponekad za sutra ono što biste morali učiniti danas? | DA NE |
| 86. Da li vas drugi smatraju vrlo živahnom osobom? | DA NE |
| 87. Da li vam ljudi mnogo lažu? | DA NE |
| 88. Jeste li osjetljivi na neke stvari? | DA NE |
| 89. Jeste li uvijek spremni priznati pogrešku koju ste učinili? | DA NE |
| 90. Biste li žalili životinju uhvaćenu u klopku? | DA NE |

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNİ PODACI

Ime i prezime	SANDRA BLAŽEVIĆ ZELIĆ
Adresa	TONŽINO 6/A, 51000 RIJEKA
Telefon	098/ 1993-229
Elektronička pošta, Web adresa	sblazevic@yahoo.com
Državljanstvo	hrvatsko
Datum rođenja	06.07.1971.

RADNO ISKUSTVO

Datumi (od – do)	01.2001.-09.2003.
Ustanova zaposlenja	KBC Rijeka
Funkcija	doktor medicine na projektu Ministarstva branitelja
Područje rada	psihijatrija

Datumi (od – do)	09.2003.-12.2007.
Ustanova zaposlenja	KBC Rijeka
Naziv radnog mjesta	specijalizant psihijatrije
Područje rada	psihijatrija

Datumi (od – do)	01.2008. - 12. 2011.
Ustanova zaposlenja	KBC Rijeka
Naziv radnog mjesta	specijalist psihijatar
Područje rada	psihijatrija

Datumi (od – do)	12..2011.
Ustanova zaposlenja	KBC Rijeka
Naziv radnog mjesta	subspecijalist biologijske psihijatrije
Područje rada	psihijatrija

ŠKOLOVANJE

Datum	1990.-11.06.1996.
Mjesto	Rijeka
Ustanova	Medicinski fakultet Rijeka
Zvanje	doktor medicine

Datum	1995.-27.03.2000.
Mjesto	Rijeka
Ustanova	Filozofski fakultet
	profesor psihologije

Datum	1997.-2000.
Mjesto	Rijeka
Ustanova	Medicinski fakultet
	Poslijediplomski znanstveni studij Biomedicina

Datum	2013.-
Mjesto	Rijeka
Ustanova	Medicinski fakultet
	3. razlikovna godina doktorskog studija, izrada doktorske disertacije u tijeku

USAVRŠAVANJE

Godina	2003.-03.12.2007.
Mjesto	Rijeka
Ustanova	KBC Rijeka Klinika za psihijatriju
Područje	specijalizacija iz psihijatrije

Godina	2009. – 2011.
Mjesto	Rijeka
Ustanova	KBC Rijeka Klinika za psihijatriju

Područje	uža specijalizacija iz biologijske psihijatrije
----------	---

Godina	2000.-2001.
--------	-------------

Mjesto	Zagreb
--------	--------

Ustanova	Zavod za grupnu analizu Klinike za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu
----------	--

Područje	Pripremna izobrazba iz grupne analize
----------	---------------------------------------

Godina	2001.
--------	-------

Mjesto	Berlin
--------	--------

Područje	Berlin Summer School Course on "Psychiatry, a Science"
----------	--

OSOBNJE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Materinji jezik	hrvatski
-----------------	----------

Strani jezici

Jezik	engleski
-------	----------

Govori	odlično
--------	---------

Piše	odlično
------	---------

Čita	odlično
------	---------

Jezik	talijanski
-------	------------

Govori	dobro
--------	-------

Piše	dobro
------	-------

Čita	dobro
------	-------

Jezik	slovenski
-------	-----------

Govori	dobro
--------	-------

Piše	dobro
------	-------

Čita	dobro
------	-------

**ČLANSTVO
STRUKOVNIM
UDRUŽENJIMA**

U	HLK (od 1996.)
	HLZ (od 1996.)
	HPD (od 2005.)
	WBPA (od 2005.)

**SOCIJALNE VJEŠTINE
KOMPETENCIJE**

I	profesionalan stav prema radnim zadacima; kolegijalan odnos prema kolegama i suradnicima; sposobnost rada u grupi;
---	--

**ORGANIZACIJSKE
VJEŠTINE I KOMPETENCIJE**

	učinkovito rješavanje radnih zadataka
--	---------------------------------------

**TEHNIČKE VJEŠTINE
KOMPETENCIJE**

I	rad na računalu
---	-----------------

VOZAČKA DOZVOLA

	B kategorija
--	--------------

PRIVITCI

Znanstveni radovi objavljeni u CC časopisima:

1. Martina Rojnić Kuzman, Nikolina Jovanović, Domagoj Vidović, Branka Aukst Margetić, Nina Mayer, **Sandra Blažević Zelić**, Davor Lasić, Sanea Nadj, Andreja Borovečki Simurina, Marija Kudumija Slijepčević, Marina Bolanča, Milena Skočić, Patricija Katić, Tamara Šoškić and Silvana Pleština :Problems in the Current Psychiatry Residency Training Program in Croatia: Residents' Perspective Coll Antropol 2009;(33)1: 217–223.
2. Vučić-Peitzl M, Peitzl V, Pavlović E, **Blažević-Zelić S**, Petrić D: Influence of personality traits on sexual functioning of patients suffering from schizophrenia or depression. Coll. Antropol Suppl. 2011; 35(S2): 115-120.
3. **Blažević Zelić, S**, Rubeša, G, Brajac, I, Vučić Peitzl, M, Pavlović, E. Satisfaction with life and coping skills in the acute and chronic urticaria. Psychiatr Danub 2015; 27 (2): 167-171.

Publikacije u drugim časopisima:

1. **Blažević Zelić S**, Rubeša G, Gudelj L: Effects of self perception and social support on the perception of stress in pregnancy and labour. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15(3): S 621-622.
2. Rubeša G, Svesko Visentin H, Grkovic J, Tic-Bacic T, **Blažević Zelić S**: Liaison psychiatry: Achieving quality through education. World J Biol Psychiatry 2007;.8: 218.
3. Peitl Vučić M, Prološćić J, **Blažević Zelić S**, Škarpa Usmiani I, Peitl V: Symptoms of agitated depression and/or akathisia. Psychiatr Danub 2011; 23(1):108-109.
4. Prološćić J., **Blažević Zelić S.**, Vučić-Peitl M., Ljubičić Bistrovic I. Intenzivna psihijatrijska skrb - hitna stanja u psihijatriji. Medicina Fluminensis 2013;.49(4): 463-467.

Sudjelovanje na međunarodnim kongresima:

1. Rubeša G, **Blažević Zelić S**, Gudelj L: Case report of treatment of resistant schizophrenia by combination of new generation antipsychotics. 18th ECNP Congress, Amsterdam, October 2005.
2. **Blažević Zelić S**, Rubeša G, Gudelj L: Effects of self perception and social support on the perception of stress in pregnancy and labour. 18th ECNP Congress, Amsterdam, October 2005
3. Rubeša G, Svesko Visentin H, Grkovic J, Tic-Bacic T, **Blažević Zelić S**: Liaison psychiatry: Achieving quality through education. 2nd International Congress of Biological Psychiatry, Santiago, Chile, April 2007.

Sudjelovanje na međunarodnim radionicama i školama:

1. **Sandra Blažević Zelić** participated in Berlin Summer School Course on "Psychiatry, a Science", from August 26th-31st, 2001.Berlin.Brandenburg Academy of Sciences and Humanities in Berlin

Sudjelovanje na domaćim kongresima i skupovima:

1. Rubeša G, Pavić Čavka Đ, **Blažević Zelić S**, Kosec Tatić T: Quetiapin u liječenju manične epizode. Prvi Hrvatski psihijatrijski dani, Rovinj April 2004.
2. Rubeša G, Pavić Đ, **Blažević Zelić S**: Prikaz učinkovitosti i podnošljivosti olanzapina u liječenju shizoafektivne psihoze. Prvi Hrvatski psihijatrijski dani, Rovinj April 2004.
3. Rubeša G, Pavić Đ, **Blažević Zelić S**: Kombinacije antipsihotika nove generacije u liječenju rezistentne shizofrenije. Drugi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija, March 2005..
4. Rubeša G, **Blažević Zelić S**, Kosec Tatić T: Kako liječiti rezistentan oblik shizofrenog oboljenja? Drugi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija March 2005.
5. Svesko Visentin H, Rubeša G, Tić-Bačić T, **Blažević Zelić S**: Suradna psihijatrija: Balint grupa kao model rada i izobrazbe medicinskog osoblja. Četvrti hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat October 2006.
6. Sabljčić V, **Blažević Zelić S**: Visoka pojavnost shizofrenije u istoj ženskoj generaciji obitelji X. Treći Hrvatski psihijatrijski dani, Opatija April 2006.
7. **Blažević Zelić S**, Sabljčić V, Škarpa Usmiani I: Primjena olanzapina u intramuskularnom obliku u akutno agitiranih psihotičnih bolesnika (iskustva Klinike za psihijatriju KBC Rijeka). Četvrti hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat October 2006.
8. Martina Rojnić Kuzman, Nikolina Jovanović, Sanea Nađ, Domagoj Vidović, **Sandra Blažević Zelić**, Nina Mayer, Branka Aukst Margetić, Milena Skočić, Davor Lasić, andreja Borovečki, Marija Kudumija Slijepčević, Igor Filipčić, Patricija Katić, Marina Bolanča, Aran Tomac, Iva Vodopšija, Ladislav Gradečak, Tomislav peharda, Jasna Ćurin Marinović, Darko Marčinko: Koji su problemi specijalizanata psihijatrije u Hrvatskoj? Četvrti hrvatski psihijatrijski kongres, Cavtat October 2006.
9. Peitl Vučić M, Prološćić J, **Blažević Zelić S**, Škarpa Usmiani I, Peitl V: Symptoms of agitated depression and/or akathisia. Croatian congress on side effects of psychotropics, Rovinj March 2011.
10. **Blažević Zelić S**, Vučić Peitl M., Škarpa Usmiani I, Prološćić J., Graovac M: Dijagnostičke dileme u adolescenciji. Osmi hrvatski psihijatrijski dani, Opatija April 2011.
11. **Blažević-Zelić S**, Škarpa-Usmiani I, Prološćić J: Effects of self-perception and social support on the percpetion of stress in pregnancy and labour. 4. th International Congress of Croatian Association for Protection of non Ionizing Radiation, Rab May 2011.
12. Vučić-Peitl M, Peitl V, Pavlović E, **Blažević-Zelić S**, Petrić D: Influence of

personality traits on sexual functioning of patients suffering from schizophrenia or depression. 4 th International Congress of Croatian Association for Protection of non Ionizing Radiation, Rab May 2011.

13. **Blažević-Zelić S**, Rubesa G, Vucic-Peitzl M, Pavlovic E: The role of psychosocial factors in development of urticaria. 6. th International Congress of Croatian Association for Protection of non Ionizing Radiation, Opatija April 2014.

Sudjelovanje na znanstvenoistraživačkim projektima:

1. Znanstveno istraživački projekt Ministarstva znanosti, obrazovanja I športa, br. 062 098 2522-0069 pod naslovom “Klinički I biološki pokazatelji generaliziranog anksioznog i paničnog poremećaja” od 02.siječnja 2007. godine