# Odnos aleksitimije, neuroticizma i težine bolesti kod oboljelih od psorijaze

**Juraković, Tajana**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2018**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:404679

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-04-28**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

*Repository / Repozitorij:*

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

# ODNOS ALEKSITIMIJE, NEUROTICIZMA I TEŽINE BOLESTI KOD OBOLJELIH OD PSORIJAZE

Diplomski rad

Tajana Juraković

Mentor: doc.dr.sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2018.

Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Tajana Juraković

# ODNOS ALEKSITIMIJE, NEUROTICIZMA I TEŽINE BOLESTI KOD OBOLJELIH OD PSORIJAZE

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc.dr.sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2018.

SADRŽAJ

1. Uvod……1

1.1. Psorijaza…… 2

1.2. Ličnost ……..4

1.3. Neuroticizam ……...5

1.3.1. Neuroticizam i psihosomatske tegobe ……..6

1.4. Aleksitimija ……7

1.4.1. Aleksitimija i psihosomatske bolesti…….……9

2. Cilj istraživanja…….…10

3. Problemi……10

4. Hipoteze……10

5. Metodologija……11

5.1.Sudionici……...11

5.2. Instrumenti……...12

5.3. Postupak……...13

6. Rezultati……13

7. Rasprava……21

8. Zaključak……...25

9. Literatura……...26

## Odnos aleksitimije, neuroticizma i težine bolesti kod oboljelih od psorijaze

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos aleksitimije, neuroticizma i procijenjene težine simptoma kod oboljelih od psorijaze. U istraživanju je sudjelovalo 109 osoba s dijagnosticiranom psorijazom vulgaris. Za ispitivanje aleksitimije korištena je Torontska ljestvica aleksitimije (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26, Taylor i sur., 1985; prema Kocijan Lovko, Gelo, Karlović, 2015). Neuroticizam je ispitan Skalom neuroticizma iz Inventara velikih pet dimenzija ličnosti (John i Srivastava, 1999), a težina bolesti je utvrđena Indeksom zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (Fredriksson i Pettersson, 1978). Podaci su obrađeni analizama varijance i hijerarhijskom regresijskom analizom. Kod ispitivanja izravnog doprinosa crta ličnosti zastupljenosti simptoma psorijaze utvrđeno je kako obje crte ličnosti; i visoka aleksitimija i visoki neuroticizam izravno doprinose visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze. Varijabla neuroticizam pokazala se kao bolji prediktor kriterija. Pri ispitivanju razlika u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze s obzirom na interakciju crta ličnosti i spola dobiven je statistički značajan efekt interakcije između spola i aleksitimije. Žene s visokom aleksitimijom imaju najizraženije simptome psorijaze u odnosu na bilo koje druge skupine sudionika. S druge strane, efekt interakcije između neuroticizma i spolanije se pokazao značajnim po pitanju zastupljenosti simptoma ove bolesti.

*Ključne riječi*: psorijaza, aleksitimija, neuroticizam, težina psorijaze

## Relationship between alexithymia, neuroticism and severity of symptoms among psoriasis patients

The aim of this research was to examine the relationship between alexithymia, neuroticism and estimated severity of psoriatic symptoms in patients. The study included 109 people diagnosed with psoriasis vulgaris.Toronto Alexithymia Scale was used to measure alexithymia (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26, Taylor et al., 1985; according to Kocijan Lovko, Gelo, Karlović, 2015). Neuroticism was assessed by the neuroticism scale from The Big Five Inventory (John i Srivastava, 1999) and the disease severity was measured using the Psoriasis Area and Severity Index (Fredriksson, Pettersson, 1978). The analysis of variance and hierarchical regression analysis were used for estimation of the data. While determining direct contribution of personality traits to manifestations of psoriatic symptoms it is estimated that both personality traits, alexithymia as well as neuroticism, are directly related to the severity of psoriatic symptoms. Variable of neuroticism has proven to be a better predictor of criteria.Examination of different manifestations of clinical psoriatic symptoms considering the interaction between personality traits and gender show that there is a statistically significant interaction effect between gender and alexithymia.High-alexithymic women have the most pronounced symptoms of psoriasis compared to those of other groups of participants. On the other hand, the effect of interaction between neuroticism and gender has not been significant in terms of the prevalence of symptoms of this disease

*Key words*: psoriasis, alexithymia, neuroticism, severity of symptoms

# 1. UVOD

Koža je najveći organ tijela i kao takva je najpristupačnija zapažanjima što ju dovodi u direktnu komunikaciju s unutarnjim i vanjskim svijetom. Koža na sebi, poput zrcala, odražava tjelesno, psihološko i emocionalno stanje pojedinca. Uzročno-reaktivna povezanost kože s emocionalnim i psihičkim stanjem pojedinca može dovesti do razvoja psihodermatoloških bolesti. Psihodermatologija je relativno nova disciplina u psihosomatskoj medicini koja se bavi proučavanjem utjecaja psiholoških čimbenika na početak, tijek i liječenje kožnih bolesti. Psihodermatološke bolesti se dijele na 3 grupe poremećaja: a) psihofiziološke, b) primarne psihijatrijske te c) sekundarne psihijatrijske poremećaje (Koo i Lebwohl, 2001). Psihofiziološki poremećaj, to jest, psihosomatski poremećaj obuhvaća one kožne bolesti koje se pogoršavaju ili prvi puta javljaju uslijed akutnog stresa. Najčešći psihofiziološki poremećaj kod kojeg se zapaža pogoršanje uslijed stresa je psorijaza vulgaris. No, važno je naglasiti kako ova vrsta psihofiziološkog poremećaja nije uzrokovana stresom nego stres ima ulogu okidača za pojavu bolesti uz genetsku predispoziciju osobe. Također, svakodnevni stres zbog vidljivih promjena na koži može djelovati na pogoršanje psihičkog stanja oboljele osobe i nadalje pogodovati pogoršanju kožnih promjena čime se stvara takozvani „začarani krug“. Dominantni teorijski modeli s područja psihosomatske medicine ukazuju na to da određene karakteristike ličnosti poput aleksitimije i neuroticizma, uz stres, dovode do razvoja psorijaze (Fortune, Richards, Main i Griffiths, 2002).

Aleksitimija je multidimenzionalni konstrukt ličnosti koji označava poremećaje u afektivnom i kognitivnom funkcioniranju (Kocijan Lovko, 2015). Nemiah, Freyberger i Sifneos (1976) navode kako upravo ta nemogućnost simboličnog razmišljanja i izražavanja rezultira psihosomatskim simptomima. Sukladno tome, istraživanjem koje su proveli Richards i suradnici (2005) na 300 osoba oboljelih od psorijaze utvrđeno je kako je aleksitimija prisutna kod čak 33% pacijenata.

Neuroticizam je crta ličnosti koju karakterizira impulzivnost, samosvjesnost, tendencija doživljavanja neugodnih emocija poput ljutnje, krivnje i straha te neprimjerena reakcija na svakodnevne stresore što može predisponirati osobu da razvije psihosomatske i psihijatrijske poremećaje.

S obzirom da se do sada manji broj istraživanja usmjerio na ispitivanje povezanosti osobina ličnosti i psorijaze, nije u potpunosti poznato u kojoj mjeri ličnost doprinosi simptomima psorijaze, ali ni na koje načine. Stoga se ovim radom želi utvrditi pridonosi li ličnost, to jest, neuroticizam i aleksitimija, izraženosti kliničkih simptoma psorijaze. Ujedno, ispitat će se razlike u zastupljenosti simptoma psorijaze s obzirom na efekte interakcija spola i tih crta ličnosti.

## 1.1.Psorijaza

Psorijaza je česta, kronična i recidivirajuća upalna bolest kože koja se manifestira različitim kliničkim oblicima, a nastaje kao posljedica složenih međudjelovanja genetskih, okolišnih i imunoloških čimbenika (Di Meglio,Villanova i Nestle, 2014). Javlja se kod osoba čiji imunološki sustav prima pogrešne signale koji potiču ubrzano obnavljanje stanica na površini kože (Šitum, Buljan, Buljan i Vurnek Živković, 2008). Kod zdravog organizma, stanice kože sazrijevaju i otpadaju u periodu od 28 dana, dok je kod osoba oboljelih od psorijaze ovaj proces ubrzan za sedam puta odnosno, traje samo 4 dana. Tijekom 4 dana stanice kože sazrijevaju no, ne otpadaju već se stvara zadebljanje koje kod oboljelih izaziva niz nelagodnih simptoma. Osjećaj svrbeža je najčešće prisutan simptom koji se javlja kod 80% pacijenata (Verhoeven i sur., 2008).

Psorijaza se dijeli se na pet glavnih kliničkih oblika: a) psorijaza vulgaris, b) pustularna, c) kapljičasta, d) inverzna, e) eritrodermijska psorijaza (Meier i Sheth, 2009). Najčešći oblik psorijaze je psorijaza vulgaris (Griffiths i Barker, 2007) koja će za potrebe ovoga rada biti detaljnije opisana. Ovu vrstu psorijaze karakteriziraju oštro-ograničeni simetrični plakovi različite veličine prekriveni srebrnkastim ljuskama (Grga Jordan i Vuković, 2016). Lezije se mogu pojaviti na bilo kojem dijelu tijela, ali se najčešće javljaju u području vlasišta, koljena, laktova te na sakralnom području (Alwan i Nestle, 2015). S obzirom da je psorijaza upalna sustavna bolest, uz kožu može zahvatiti i zglobove te brojne druge organske sustave u obliku razvoja tzv. komorbidetnih bolesti (Kaštelan, Puizina-Ivić i Čeović, 2013).

Dokazano je kako se određene bolesti češće javljaju kod pacijenata oboljelih od psorijaze nego u općoj populaciji. Neke od tih bolesti su plućna embolija (Čabrijan i Kehler, 2015), Chronova bolest, kardiovaskularne bolesti, hipertenzija, dijabetes, depresija, metabolički sindrom, psorijatični artritis, nealkoholni steatohepatitis te maligne bolesti (Griffiths i Barker, 2007). Prethodno navedeni komorbiditeti mogu se javiti istodobno s

pojavom simptoma psorijaze, ali i godinama nakon pojave samih simptoma psorijaze (Kimball i sur., 2008).

Učestalost psorijaze u Europi je u rasponu od 2 do 4%, a ovisi o dobi, geografskoj lokaciji, etničkoj pripadnosti te genetskoj predispoziciji (Chadran i Raychaudhuri, 2010). Prevalencija psorijaze viša je u odraslih osoba (od 0. 91% do 8,5%) nego u djece (0% do 2.1%) (Parisi, Symmons, Griffiths i Aschcroft, 2013). Pojava psorijaze veže se uz dva razdoblja: u dobi od 30 do 39 godina te u 60-oj godini (Parisi, Symmons, Griffiths i Aschcroft,, 2013). Psorijaza u jednakoj mjeri zahvaća osobe muškog i ženskog spola (Parisi, Symmons, Griffiths i Aschcroft, 2013). U Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,6% stanovnika, odnosno, 75.000 – 80.000 osoba (Kaštelan, 2017). Novije studije ukazuju na rastući trend psorijaze tijekom posljednja dva desetljeća zbog čega psorijaza predstavlja važan javnozdravstveni problem današnjice (Kaštelan, 2017).

Sam uzrok psorijaze još uvijek nije u cijelosti poznat. Smatra se kako je psorijaza složena multifaktorska bolest u kojoj različiti okolišni čimbenici kod genetički predisponiranih osoba potiču aktivaciju pretjeranog i loše kontroliranog upalnog odgovora kože koji dovodi do povećanog i ubrzanog obnavljanje stanica na površini kože što posljedično dovodi do zadebljenja (Di Meglio, Villanova i Nestle, 2014). Dakle, genetski čimbenici samo djelomično utječu na pojavu psorijaze. Naime, bez posredovanja okolišnih čimbenika poput traume, infekcija, stresa ili lijekova, osoba s visokom genetskom sklonošću psorijazi ne mora ju nužno razviti, iako je podložnija u usporedbi s općom populacijom (Deng,Chang i Qianjin, 2016). Jedan od potencijalnih okidača bolesti je i infekcija HIV-om (Arnet, Reveille i Duvic, 1991). Također, stres, pušenje i konzumacija alkohola se ubrajaju među potencijalne okidače za psorijazu. Uz prethodno navedene čimbenike, ličnost ima važnu ulogu u patogenezi psorijaze. Naime, smatra se da osobine ličnosti uz određene emocionalne čimbenike imaju utjecaj kako na javljanje, tako i na sam tijek i trajanje bolesti, pri čemu je njihov utjecaj različit ovisno o tipu psorijaze.

Psorijaza se može podijeliti na dva tipa s obzirom na dob pojavljivanja. Tip I se javlja prije 40. godine i povezan je s pozitivnom obiteljskom anamnezom i težom kliničkom slikom bolesti. Tip II se javlja nakon 40. godine, bez pozitivne obiteljske anamneze, podložniji je utjecajima okolišnih čimbenika te ima povećan rizik od razvoja psorijatičnog artritisa (Kotrulja, Tadinac, Jokić-Begić i Gregurek, 2010).

Težina psorijaze određuje se pomoću Indeksa zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (Psoriasis Activity and Severity Indeks; PASI). PASI vrijednost upućuje na liječničku procjenu vezanu uz površinu tijela koja je zahvaćena lezijama te težinu pojedinih lezija koristeći parametre crvenila, zadebljanja i ljuskanja psorijatičnih lezija. Sukladno smjernicama za dijagnostiku i liječenje psorijaze Hrvatskoga dermatovenerološkog društva, blaga se psorijaza definira s PASI ≤ 10, a srednje teška i teška psorijaza obilježena je s PASI > 10 (Kaštelan, 2017).

Način liječenja psorijaze značajno se promijenio u odnosu na prošlo desetljeće. Donedavno se liječenje psorijaze sastojalo od kratkoročne terapije koja se izvodila do bitnog poboljšanja simptoma nakon čega se terapija ukidala (Kaštelan, Puizina-Ivić i Čeović, 2013). Suvremeno liječenje psorijaze, s druge strane, stavlja naglasak na dugoročnu kontrolu bolesti, ali i na želje pacijenata prilikom odabira odgovarajuće terapije (Kaštelan, 2017). Također, Kaštelan (2017) navodi kako su u današnje vrijeme zahtjevi bolesnika znatno povećani te se stoga uz poboljšanje kliničke slike istodobno traži i poboljšanje kvalitete života te psihosocijalnog stanja. Blagi oblik psorijaze ima 70 do 80% oboljelih te se liječi primjenom lokalne terapije, dok se za liječenje srednje teške i teške psorijaze uz lokalnu terapiju primjenjuje fototerapija te različiti oblici sustavne terapije (Kaštelan, Puizina-Ivić i Čeović, 2013).

## 1.2.Ličnost

Dobro je poznato kako postoji veza između kože i uma. Upravo iz tog razloga ističe se važnost utjecaja emocionalnog stanja pojedinca na nastanak bolesti kože s obzirom da koža na sebi, poput zrcala, odražava psihološko stanje pojedinca. Širok raspon kožnih bolesti može biti izazvan ili pogoršan psihološkim poteškoćama. Štoviše, recentna istraživanja ukazuju na lokalnu neuroendokrinu os u ulozi poveznice između kože i uma. Kronični psihološki stres ima važnu ulogu u pokretanju upalnih bolesti kože modulacijom ove osi (Willemsen, Roseeuw i Vanderlinden, 2008). Međutim, nedavna istraživanja pokazala su kako je fokusiranje samo na stresne okidače iz okoline previše pojednostavljen pristup. Naime, pokazalo se kako je subjektivno iskustvo stresa važnije od okidača koji ga izazivaju. Dominantni teorijski modeli s područja psihosomatske medicine ukazuju na to da određene karakteristike ličnosti mijenjaju učinak emocionalnih odgovora na stresne događaje koji posljedično utječu na fiziologiju kože što može voditi razvoju psihodermatoloških bolesti (Brufau i sur., 2015). Dakle, ličnost ima

ulogu moderatora odnosa između stresa i bolesti, to jest, ona utječe na smjer i/ili snagu veze između stresa i bolesti (Dankić, 2013).

Ličnost predstavlja skup psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani, relativno trajni te utječu na interakcije i adaptacije pojedinca na intrapsihičku, fizičku i socijalnu okolinu (Larsen i Buss, 2008). U okviru osobinskog pristupa istraživanja ličnosti razvijen je velik broj modela i taksonomija kojima se pokušalo opisati i strukturirati cjelokupnu ličnost čovjeka. U proteklih tridesetak godina dominantan model u području ličnosti je pet-faktorski model ličnosti (Costa i McCrae, 1987), prema kojemu je ličnost moguće hijerarhijski organizirati. Na vrhu hijerarhije nalazi se pet širih dimenzija ili osobina ličnosti: neuroticizam, ekstraverzija, otvorenost ka iskustvu, ugodnost i savjesnost (Larsen i Buss, 2008). Smatra se kako oboljeli od psihosomatskih bolesti imaju određene karakteristike ličnosti koje ih čine podložnijima stresu, a samim time i razvoju bolesti. Primjerice, prilikom ispitivanja odnosa ličnosti i psorijaze, pokazalo se kako su određene karakteristike ličnosti zajedničke osobama s psorijazom. To su visoki neuroticizam, niska ekstraverzija te teškoće u regulaciji i verbalizaciji emocija.

### 1.3.Neuroticizam

Neuroticizam je crta ličnosti definirana općom sklonošću doživljavanja negativnih emocija koje otežavaju suočavanje s poteškoćama i stresom (Lebedina Manzoni, 2007). Osobe koje su visoko na skali neuroticizma sklone su doživljavanju neugodnih emocije poput depresije, anksioznosti i/ili ljutnje te imaju tendenciju biti impulzivni i samosvjesni (Larsen i Buss, 2007). Također, osobe visoko na ovoj skali imaju problem s regulacijom emocija i mogu pretjerano reagirati na svakodnevne stresore s kojima se susreću, dok su osobe nisko na ovoj skali emocionalno stabilne, odnosno, uspješno se suočavaju s raznim stresnim situacijama (Juzbašić i Vukasović Hlupić, 2015). Osobe s izraženim neuroticizmom karakterizira korištenje strategija suočavanja sa stresom povezanih s tipično nepovoljnim ishodima (Maitlin, Wethington i Kessler, 1990). Ove osobe češće koriste pasivne ili emocijama usmjerene strategije suočavanja (David i Suls, 1999), poput samookrivljavanja i socijalnog povlačenja (Atkinson i Vialto, 1994). Također se pokazalo kako ove osobe imaju veću vjerojatnost, u odnosu na emocionalno stabilne, razvijanja posttraumatskog stresnog poremećaja ukoliko su izloženi visokostresnim događajima (Larsen i Buss, 2007).

Obilježja neuroticizma su varijabilitet raspoloženja tijekom vremena, emocionalna nestabilnost, osjećaj iscrpljenosti veći dio dana, veća vjerojatnost disocijacija te osjećaji

odvojenosti od drugih i od života (Larsen i Buss, 2007). Neuroticizam je povezan sa simptomima anksioznosti, depresivnosti i hostilnosti te s visokom bazalnom pobuđenošću (Dankić, 2013). Nadalje, neuroticizam je vezan uz iracionalne ideje, slabiju kontrolu impulsa i nisku toleranciju na frustracije (Lebedina Manzoni, 2007). Larsen i Buss (2007) navode kako osobe koje su visoko na skali neuroticizma, u interpersonalnim odnosima, doživljavaju više razine anksioznosti, imaju veći strah od upuštanja u seksualne odnose tijekom kojih doživljavaju manje seksualnog zadovoljstva u odnosu na osobe bez neuroticizma. Sukladno tome, istraživanjima je utvrđena negativna povezanost neuroticizma sa svim aspektima socijalne interakcije (Nezlek, Shutz, Shroder-Abe i Smith, 2011).

### 1.3.1. Neuroticizam i psihosomatske tegobe

Neuroticizam je konzistentno povezan s izvještavanjem simptoma i somatskih tegoba koje se ne mogu pripisati organskim uzrocima (Dankić, 2005). Jedno od najdužih longitudinalnih istraživanja koje se bavilo ispitivanjem povezanosti neuroticizma i bolesti, u trajanju od 25 godina, potvrđuje povezanost ove crte ličnosti s mnogobrojnim psihosomatskim simptomima i bolestima (Turk-Charles, Gatz, Kato i Pedersen, 2008). Sukladno tome, Stegen i suradnici (1998) navode da osobe s visokim neuroticizmom izvještavaju o više psihosomatskih tegoba u odnosu na pojedince s niskim neuroticizmom te je ta razlika utvrđena u svim skupinama simptoma, od opće uzbuđenosti i neklasificiranih simptoma sve do vrlo specifičnih simptoma, kao što su primjerice, respiratorni.

Rezultati mnogobrojnih istraživanja ukazuju na to da je neuroticizam povezan s tjelesnim senzacijama i simptomima neovisno o demografskim karakteristikama i zdravstvenom ponašanju (Kolk, Hanewald, Schagen i Gijsbers van Wijk, 2002). Uzrok tome je selektivna pažnja usmjerena ka tijelu. Naime, pokazalo se kako individualne razlike u selektivnoj pažnji usmjerenoj ka tijelu imaju utjecaj na učestalost iskazivanje simptoma na način da je veća selektivna pažnja usmjerena ka tijelu povezana s češćim izvještavanjem o simptomima. Stegen i suradnici (1998), sukladno tome navode kako su osobe s visokim neuroticizmom sklonije usmjerenosti na same sebe, a samim time su sklonije i uočavanju promjena u tjelesnom statusu koje doživljavaju na negativan način zbog svoje generalne sklonosti ka tjeskobi (Dankić, 2005).

Watson i Pennebaker (1989) navode kako su osobe s visokim neuroticizmom sklone pretjeranom izvještavanju i/ili preuveličavanju zdravstvenih simptoma. Rezultatima brojnih istraživanja utvrđeno je kako su osobe s visokim neuroticizmom sklone netočnom

interpretiranju somatskih simptoma kao znakova ozbiljnih tjelesnih patologija (Dankić, 2005). Također, osobe s izraženim neuroticizmom osjetljivije su na averzivne tjelesne tegobe u odnosu na emotivno stabilne osobe (Murberg i sur., 1997).

## 1.4.Aleksitimija

Aleksitimija predstavlja poremećaj psihičkog funkcioniranja karakteriziran nedostatkom simboličnog razmišljanja i fantazija, deficitom u adekvatnoj ekspresiji i verbalizaciji vlastitih emocija te otežanom uočavanju emocija drugih ljudi (Majić, 2011).

Konstrukt aleksitimije, u znanstvenu medicinsku literaturu, uvodi Sifneos 1972. godine (prema Majić, 2011)u svom radu "*Kratka psihoterapija i emocionalna kriza*", definirajući ga kao specifičan afektivni deficit koji se poglavito očituje u oskudnoj ekspresiji emocija. Stvaranju ovog koncepta prethodila su istraživanja raznih autora koji su neovisno od Sifneosa došli do formiranja sličnih koncepata. Primjerice, skupina francuskih psihoanalitičara je šezdesetih godina 20. stoljeća uočila specifičnu psihološku strukturu kod pacijenata koji su patili od psihosomatskih poremećaja popraćenu neuobičajenim mentalnim funkcioniranjem, načinom mišljenja i rješavanja uobičajenih životnih problema (Kušević i Marušić, 2014).Nemiah, Freyberger i Sifneos (1976) definiraju aleksitimiju kao konstrukt sastavljan od sljedećih karakteristika:1)teškoće u razlikovanju između osjećaja i tjelesnih senzacija vezanih uz emocionalno uzbuđenje, 2)teškoće u imenovanju i opisivanju vlastitih emocionalnih doživljaja, 3)ograničen kapacitet za imaginaciju što se očituje siromaštvom fantazijskog života, 4) kognitivni stil usmjeren prema "vanjskom svijetu" tj. realitetu.

Uz ključne karakteristike aleksitimije koje su uvrštene u samu definiciju konstrukta, postoji nekoliko popratnih obilježja koji su zajednički osobama s aleksitimijom (Willemsen, Roseeuw i Vanderlinden, 2008). Među njima su slaba facijalna ekspresija i teškoće u prepoznavanju emocija kod drugih osoba, sklonost konformističnom ponašanju, ukočeno držanje, rijetki i sadržajno osiromašeni snovi, intenzivno izbjegavanje stresnih i konfliktnih situacija (Kulenović i Buško, 2004). Hošková-Mayerová i Mokrá (2010) dodatno navode i neadekvatne obrambene mehanizme, nedostatak empatije, rezerviranost u interakciji s drugima, nesposobnost uspostavljanja bliskih odnosa i ograničene socijalne vještine. Willemsen, Roseeuw i Vanderlinden (2008) navode kako osobe s aleksitimijom imaju umanjenu sposobnost izgradnje mentalnih reprezentacija emocija. To bi značilo da osobe s aleksitimijom raspoznaju svoja raspoloženja, ali ne mogu prepoznati emocije, zbunjene su njima jer ih ne povezuju sa specifičnim situacijama ili sjećanjima (Kušević i Marušić, 2014). Nadalje, imaju

tendenciju pogrešne interpretacije emocionalnog uzbuđenja. Naime, uobičajene promjene autonomne i endokrine aktivnosti koje se javljaju uslijed emocionalnog uzbuđenja, aleksitimične osobe tumače kao simptome somatskih bolesti (Larsen, Krogstad i Wahl, 2017). Sukladno tome, Kanbara i Fukunaga (2016) navode da osobe s aleksitimijom imaju oštećenje interoceptivne svjesnosti i sklonost ka pojačanoj somatosenzornoj amplifikaciji. Sklonost kognitivnom stilu usmjerenom prema "vanjskom svijetu" te smanjen kapacitet za imaginaciju ne znače nužno da su osobe s visokom razinom aleksitimije nesposobne za maštanje i sanjarenje. Osobe s aleksitimijom radije sadržaj svojih misli usmjeravaju na svakodnevne zadatke (Naghavi, Redzuan i Mansor, 2010). Također, osobe s aleksitimijom sklone su razvijati ili pretjerano ovisne odnose ili pak preferiraju samoću i izbjegavaju formiranje odnosa što upućuje na manifestaciju nesigurnog stila privrženosti (Kušević i Marušić, 2014).

Iako bi se prethodno navedeni simptomi mogli smatrati dijagnostičkima, aleksitimija nije klasificirana kao mentalni poremećaj u najnovijem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, tj.DSM-V (Jukić i Arbanas, 2014). Ona predstavlja dimenzionalnu osobinu ličnosti čija zastupljenost varira od osobe do osobe, a povezana je s povećanim rizikom za razvoj tjelesnih i/ili mentalnih poremećaja poput somatoformnih poremećaja, depresivnog poremećaja, poremećaja prehrane, posttraumatskog stresnog poremećaja i ovisnosti te je istovremeno faktor rizika za pojavu psihosomatskih simptoma (Naghavi, Redzuan i Mansor, 2010).

Aleksitimija je konstrukt koji je normalno distribuiran u općoj populaciji. Na uzorku odraslih osoba kreće se u rasponu od 10 do 13% (Willemsen, Roseeuw i Vanderlinden, 2008). Istraživanje Hortona i suradnika (1992; prema Säkkinen i sur., 2007) na uzorku srednjoškolaca u dobi od 14 do 17 godina utvrdilo je prisutnost aleksitimije kod 23,5% srednjoškolaca. Veća prisutnost aleksitimije u djetinjstvu i ranoj adolescenciji smatra se, u određenoj mjeri, normalnom. Naime, dječje kognitivne sposobnosti nisu dovoljno razvijene za razumijevanje apstrakcije, prepoznavanje i verbalizaciju vlastitih emocija te njihove asocijacije s vanjskim stresorima. No, s razvojem kognitivnih sposobnosti i apstraktnog mišljenja djeca postaju uspješnija u prepoznavanju i verbalnom izražavanju emocija koje doživljavaju što dovodi do smanjenja zastupljenosti aleksitimičnih karakteristika (Säkkinen i sur., 2007).

Istraživanja usmjerena na spolne razlike u zastupljenosti aleksitimije nisu dala jasne rezultate. Primjerice, istraživanje Kokkonen i suradnika (2001) izvještava o većoj zastupljenosti aleksitimičnih elemenata kod osoba muškog spola, dok rezultati istraživanja Mason, Tyson, Jones i Potts (2005) ukazuju na veću zastupljenost aleksitimičnih osobina kod osoba ženskog

spola. Leff (1973) navodi kako su različite vrijednosti vezane uz emocionalnu svijest i izražavanje emocija prisutne u različitim zemljama razlog kontradiktornih rezultata u istraživanju spolnih razlika.

### 1.4.1. Aleksitimija i psihosomatske bolesti

Aleksitimija ima važnu ulogu u patogenezi medicinski neobjašnjivih simptoma te uz genetsku predispoziciju, djeluje kao faktor rizika za nastanak psihosomatskih bolesti (Kušević i Marušić, 2014). Nemiah, Freyberger i Sifneos (1976) navode kako upravo deficit u kapacitetu za simbolizaciju emocija (verbalno, fantazijom i snovima) prethodi različitim manifestacijama, poput abnormalne fiziologije, koja najčešće rezultira psihosomatskim simptomima. Sukladno tome, podaci istraživanja pokazuju kako je visoki rezultat na skali aleksitimije prisutan u više od 30% pacijenata s teškim oblikom astme, upalnom bolesti crijeva te infarktom miokarda (Willemsen, Roseeuw i Vanderlinden, 2008). Allegranti, Magatton-Rizzi i Aguglia (1994) svojim istraživanjem su pokazali kako postoji statistički značajna razlika u zastupljenosti aleksitimičnih elemenata između osoba s psorijazom i kontrolne, zdrave skupine ljudi. Također, Richards i suradnici (2005) su proveli istraživanje na 300 osoba oboljelih od psorijaze čime su utvrdili kako je aleksitimija prisutna kod 33% pacijenata.

Koža je najgušće inerviran organ i u vrlo je bliskom kontaktu sa živčanim sustavom. U međusobnu intenzivnu i dvosmjernu komunikaciju uključene su sve strukture živčanog, endokrinog i imunološkog sustava, kao i sve stanice kože. Stoga ne čudi da su osobe s aleksitimijom, koje imaju poteškoća s verbalizacijom svojih emocija te kod kojih mehanizmi nošenja sa stresom nisu u potpunosti prilagođeni, podložne razvoju kožnih bolesti. Zbog izraženih aleksitimičnih karakteristika, ove osobe imaju tendenciju da razvijaju malo bliskih odnosa i samim time imaju slabije razvijene socijalne vještine što dovodi do socijalne izoliranosti koja naposljetku negativno utječe na njihovo zdravlje i subjektivnu dobrobit (Fukunishi i sur., 1997). Upravo ta složena interakcija aleksitimije i nedostatka socijalne podrške uslijed socijalne izolacije nalaze se u podlozi nastanka kroničnih bolesti kože poput psorijaze (Willemsen, Roseeuw i Vanderlinden, 2008).

Najnovija istraživanja potvrđuju pretpostavku MacLean-a, iz 1949. godine, koji je prvi ukazao da su smetnje u vezama između limbičkog sustava i neokorteksa izvor psihosomatskih tegoba. Naime, pretpostavlja se kako je aleksitimija jedan od faktora koji dovode do razjedinjenosti između viših razina neokortikalnih emocionalnih procesa i time uzrokuje odstupanja u autonomnom živčanom sustavu i hipotalamično-hipofizno-adrenalnoj osi(HHA)

što dovodi do homeostatske disregulacije i naposlijetku do psihosomatskih tegoba(Kanbara i Fukunaga, 2016). Iako je izvorno povezana sa psihosomatskim bolestima, u posljednje vrijeme se ukazuje kako je aleksitimija također usko vezana uz široki raspon psihijatrijskih i somatskih bolesti (Sirri i Fava, 2013).

## 2. Cilj istraživanja:

Ispitati odnos aleksitimije, neuroticizma i procijenjene težine simptoma psorijaze.

## 3. Problemi:

1. Ispitati mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod oboljelih s obzirom na različite crte ličnosti (aleksitimiju, neuroticizam) uz kontrolu efekata sociodemografskih varijabli.
2. Ispitati postoje li razlike u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod skupina sudionika s ekstremnim rezultatima s obzirom na interakciju crta ličnosti (aleksitimije i neuroticizma) i spola.

## 4. Hipoteze:

H1 Crte ličnosti izravno doprinose zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze nakon kontrole efekata sociodemografskih varijabli. Očekuje se da:

H1a Visoka izraženost neuroticizma izravno doprinosi visokoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze.

H1b Visoka aleksitimija izravno doprinosi većoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze.

H2 Očekuje se da će interkacija spola i crta ličnosti imati značajan efekt na razlike u zastupljenosti simptoma psorijaze. Točnije, veća zastupljenost kliničkih simptoma psorijaze očekuje se kod žena s visokom aleksitimijom, kao i neuroticizmom.

## 5. Metodologija

### 5.1.Sudionici

Istraživanje je provedeno na punoljetnim osobama kojima je dijagnosticirana psorijaza vulgaris, a koje su dobrovoljno pristale na sudjelovanje u istraživanju. Ukupno je ispitano 109 sudionika, od kojih je 65 sudionika bilo ženskog spola (59.6%), a 44 sudionika muškog spola (40.4%). Raspon dobi sudionika kretao se od 20 do 80 godina, pri čemu je prosječna dob sudionika bila 56 godina (*M*=56.32,*SD*=11.977). S obzirom na mjesto stanovanja, na selu živi ukupno 10 (9.2%) sudionika, u manjem gradu 51 (46.8%), a velikom gradu 48 (44%) sudionika. Završenu osnovnu školu ima 18 sudionika (16.5%), 72 sudionika (66.1%) ima završenu srednju školu, višu školu ima njih 15 (13.8%), dok 4 (3.7%) ima završenu visoku školu ili više. Zaposleno je ukupno 37 (33.9%) sudionika, a nezaposleno je 72 (66.1%) sudionika, od čega je 6 (5.5 %) na „čekanju“ za ponovno vraćanje na posao, 5 (4.6%) domaćica i 61 (56.0%) sudionik je u mirovini.

Sudionicima je psorijaza dijagnosticirana u prosjeku sa 35 godina (*M*=35.52, *SD*=13.659) starosti, najranije sa 6, a najkasnije sa 65 godina. Iz toga proizlazi kako 62 (56.9%) sudionika ima tip 1 psorijaze, dok 47 (43.1%) sudionika ima tip 2. Trajanje liječenja je u prosjeku 18 godina (*M*=18.27, *SD*=11.437). Od ukupnog broja sudionika, 58 (53.2%) ih je u prošlosti bilo hospitalizirano, a 51 (46.8%) nije. Većina sudionika, i to njih 74 (67.9%), nema članove obitelji s dijagnozom psorijaze, a preostalih 35 (32.1%) ih ima. Komorbiditete uz psorijazu ima 66 (60.6%) sudionika, pri čemu je najzastupljeniji psorijatični artritis kojeg ima57 (86.3%) sudionika. Što se tiče konzumacije cigareta i alkohola, 47 (43.1%) sudionika navode da su pušači, a 62 (56.9%) nepušači, dok njih 24 (22.0%) konzumira alkohol, a 85 (78.0%) ne konzumira. Također, 72 (66.1%) nikada nije posjetilo psihologa ili psihijatra radi savjetovanja ili psihoterapije zbog ove bolesti, a 37 (33.9%) je to učinilo.

## 5.2.Instrumenti

***Upitnik općih sociodemografskih podataka i kliničkih indikatora*** konstruiran je za potrebe istraživanja kako bi se dobili podaci o spolu, dobi, mjestu stanovanja, obrazovanju, zaposlenosti, prisutnosti partnerskog odnosa, trajanju bolesti i liječenja, tipu psorijaze, hospitalizaciji zbog psorijaze, kao i o prisutnosti dijagnoze psorijaze kod članova obitelji. Također su naveli komorbiditete te odgovorili na pitanja o konzumiranju alkohola i pušenju, kao i jesu li ikada, prethodno istraživanju, zbog psorijaze bili kod psihologa ili psihijatra.

***Torontska ljestvica aleksitimije*** (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26, Taylor i sur., 1985; prema Kocijan Lovko, Gelo i Karlović, 2015) koristila se za procjenu aleksitimije. Obuhvaća 4 skale: a) teškoće u prepoznavanju i razlikovanju osjećaja i tjelesnih senzacija (12 čestica), b) teškoće s opisivanjem osjećaja (5 čestica), c) otežano sanjarenje (5 čestica) i d) eksternalno orijentiran način razmišljanja (4 čestice). Raspon odgovora bira se na Likertovoj skali od pet stupnjeva (1-u potpunosti se ne slažem, 2-djelomično se ne slažem, 3-niti se slažem, niti se ne slažem, 4-djelomično se slažem, 5-u potpunosti se slažem), a ukupni rezultat se dobije zbrajanjem svih odgovora. Minimalni ukupni rezultat iznosi 26 i označava odsutsvo aleksitimije, dok maksimalan ukupni rezultat iznosi 130 i ukazuje na maksimalnu prisutnost aleksitimije(Kocijan Lovko, Gelo i Karlović, 2015). Pouzdanost upitnika u prethodnim istraživanjima na hrvatskim uzorcima iznosi α=.71 (Kocijan Lovko, Gelo i Karlović, 2015). Pouzdanost upitnika u ovom istraživanju iznosi α=.79.

***Skala neuroticizma iz Inventara velikih pet dimenzija ličnosti***(The Big Five Inventory; John i Srivastava, 1999) koristila se kako bi se dobili podaci o stupnju neuroticizma ispitanika (8 čestica). Ovom skalom su se ispitivale osobine neuroticizma poput anksioznosti, razdražljivosti, samosažaljenja, napetosti te zabrinutosti (McCrae i John, 1992). Primjer čestice iz ove skale glasi: "Sebe vidim kao osobu koja je jako zabrinuta". Ukupan rezultat dobije se zbrajanjem svih čestica skale pri čemu veći rezultat ukazuje na veću zastupljenost neuroticizma. Pouzdanost skale na našim uzorcima iznosi α=.81 (Kardum, Gračanin i Krapić, 2006), a u ovom istraživanju α=.86.

Za procjenu težine kliničkih simptoma psorijaze korišten je ***Indeks zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze*** (Psoriasis Area and Severity Index; PASI; Fredriksson i Pettersson, 1978). Težina kliničke slike određuje se s obzirom na površinu zahvaćene kože psorijatičnim lezijama i njihov stupanj, što se određuje za glavu, trup, ruke i noge, a boduje se

od 0 do 6 (0= 0%, 1= <10%, 2= 10-29%, 3 = 30-49%, 4= 50-69%, 5= 70 do 89%, 6= 90-100%). Unutar lezija procjenjuje se zastupljenost crvenila, debljine psorijatičkog plaka i ljuskanja na skali od pet stupnjeva (od 0-odsutnost do 4-vrlo teško). Procjene vrši dermatolog, no za potrebe ovoga istraživanja specijalist dermatovenerologinja educirala je istraživača za samostalno provođenje PASI procjene. Ukupan rezultat čini zbroj svih navedenih procjena. Raspon rezultata kreće se od 0 do 72, pri čemu veći rezultat znači veću zastupljenost simptoma. Blaga psorijaza se definira s PASI≤10, a srednje teška i teška psorijaza s PASI>10 (Mrowietz i sur., 2011).Dokazana je značajna usklađenost među rezultatima kod procjenjivača (ICC= *.80*), što ukazuje da je PASI pouzdan pokazatelj kliničke slike psorijaze (Cabrera, Chinniah, Lock, Cains i Woods, 2015).

### 5.3.Postupak

Istraživanje je provedeno u bolnici za medicinsku rehabilitaciju Naftalan u Ivanić Gradu, a prethodno ga je odobrilo Ravnateljstvo i Etičko povjerenstvo te bolnice. Sudionici koji su došli na terapiju ili su bili stacionirani na odjelu zamoljeni su za sudjelovanje u istraživanju. Sudionicima je najprije pročitana opća uputa kojom ih se uputilo u cilj istraživanja te postupak ispitivanja. Naglašeno im je kako je sudjelovanje dobrovoljno i anonimno te da u bilo kojem trenutku mogu odustati. Također, obavijestilo ih se da će se dobiveni podaci koristiti isključivo u istraživačke svrhe nakon čega su zamoljeni da potpišu suglasnost za sudjelovanje. Zatim su im podijeljeni upitnici te im je rečeno da se mogu obratiti istraživaču ukoliko im nešto nije jasno. Nakon popunjavanja upitnika proveden je razgovor sa svakim sudionikom o simptomima psorijaze kako bi se dobili podaci potrebni za PASI procjenu.

## 6. Rezultati

Za provjeru normaliteta distribucija korišten je Kolmogorov-Smirnovljev test. Prema vrijednostima Kolmogorov-Smirnovljevog testa dobiveno je da distribucije značajno odstupaju od normalne ($p$<.05) te su stoga provjeravani indeksi asimetričnosti i spljoštenosti. Prema Klineu (1998), vrijednosti asimetričnosti koje su manje od 3, a spljoštenosti manje od 10 smatraju se dokazom normalne raspodjele rezultata. S obzirom da sve varijable (aleksitimija, neuroticizam, zastupljenost simptoma) zadovoljavaju ove uvjete u obradi podataka korištene su parametrijske metode.

Prije provjere hipoteza napravljena je analiza deskriptivnih podataka za kontinuirane varijable čiji se rezultati nalaze u tablici 1.

*Tablica 1*. Deskriptivni podaci za varijable aleksitimija, neuroticizam i zastupljenost simptoma (N=109)

| Varijabla | M | SD | T*min* | T*max* | P*min* | P*max* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aleksitimija | 90.07 | 17.218 | 26 | 130 | 48 | 120 |
| Neuroticizam | 25.43 | 8.041 | 8 | 40 | 8 | 38 |
| Zastupljenost simptoma | 11.32 | 5.803 | 0 | 72 | 2.40 | 23.60 |

**Legenda:** *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *Tmin* – teorijski minimum; *Tmax* – teorijski maksimum; *Pmin* – postignuti minimum; *Pmax* – postignuti maksimum

Promatrajući raspon rezultata na skali aleksitimije, može se vidjeti kako se rezultati kreću među višim vrijednostima. Utvrđena prosječna vrijednost na skali aleksitimije ukazuje na to da je kod sudionika ovog istraživanja prisutan relativno visok stupanj simptoma. S druge strane, srednja vrijednost dobivena na skali neuroticizma ukazuje kako je neuroticizam umjereno prisutan kod sudionika ovog istraživanja. Na ovoj varijabli ostvareni raspon rezultata gotovo je identičan teorijskom rasponu rezultata. Prosječna vrijednost varijable zastupljenost simptoma ukazuje na to da se rezultati sudionika nalaze u nižem rasponu vrijednosti, što bi upućivalo na slabije zastupljene simptome psorijaze. Međutim, Mrowietz i suradnici (2011) tvrde kako se vrijednosti iznad 10 trebaju smatrati srednje teškim ili teškim oblikom psorijaze što govori da su sudionici ovog istraživanja pretežno osobe tog stupnja ozbiljnosti psorijaze.

Kako bi se provjerio izravan doprinos crta ličnosti (aleksitimije, neuroticizma) na zastupljenost kliničkih simptoma psorijaze najprije su izračunati koeficijenti korelacija među svim varijablama, a zatim je provedena hijerarhijska regresijska analiza. U tablici 2 mogu se naći utvrđeni koeficijenti korelacije među svim ispitanim varijablama.

*Tablica 2*. Interkorelacije izmjerenih varijabli (N=109)

| | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16 | 17. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Spol | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Dob | -.11 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Mjesto stanovanja | -.02 | -.07 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Stupanj obrazovanja | -.06 | -.35** | .15 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Radni status | -.013 | .67** | -.07 | -.27** | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 6. Bračni status | .06 | .21* | .09 | -.24* | .06 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 7. Tip psorijaze | -.01 | .51** | -.07 | -.14 | .39* | .15 | 1 | | | | | | | | | | |
| 8. Trajanje liječenja | -.23* | .30** | -.01 | -.19* | .20* | .08 | -.31** | 1 | | | | | | | | | |
| 9. Hospitalizacija | .06 | -.19* | -.11 | .18 | -.14 | -.17 | .03 | -.24 | 1 | | | | | | | | |
| 10. Članovi obitelji s psorijazom | .20* | .10 | .12 | -.01 | -.01 | -.22* | -.03 | .10 | -.06 | 1 | | | | | | | |
| 11. Komorbiditeti | -.02 | -.32** | .11 | .08 | -.43** | -.21* | -.21* | -.16 | .18 | -.01 | 1 | | | | | | |
| 12. Pušenje | .01 | .27** | -.04 | -.10 | .15 | .15 | .19* | .08 | -.14 | -.004 | -.13 | 1 | | | | | |
| 13. Alkohol | .55** | .03 | -.16 | -.06 | -.01 | .04 | .06 | -.11 | .01 | -.08 | -.11 | .16 | 1 | | | | |
| 14. Psiholog/psihijatar | .12 | .05 | -.003 | -.12 | -.10 | -.12 | .11 | -.03 | .01 | -.16 | .14 | .04 | .04 | 1 | | | |
| 15. Aleksitimija | .21* | .03 | -.10 | .06 | -.05 | -.10 | -.03 | -.14 | .06 | .01 | .17 | -.06 | .14 | -.04 | 1 | | |
| 16. Neuroticizam | .15 | -.05 | -.06 | .05 | -.18 | -.15 | -.07 | -.15 | .09 | .02 | .23* | -.09 | .21* | -.07 | .70** | 1 | |
| 17. Simptomi psorijaze | .01 | .07 | -.07 | .08 | .01 | -.11 | -.04 | -.01 | .06 | -.08 | .05 | .004 | .12 | -.06 | .51** | .52** | 1 |

*p < .05; **p < .01

Pregledom izračunatih koeficijenata korelacija vidljivo je da sociodemografski podaci i klinički indikatori bolesti ne koreliraju sa zastupljenošću simptoma.

Aleksitimija je umjereno pozitivno povezana sa zastupljenošću simptoma psorijaze. Pokazalo se kako osobe koje postižu više rezultate na skali aleksitimije izvještavaju o većoj zastupljenosti simptoma. Također, iz tablice je vidljiva niska, no značajna pozitivna povezanost aleksitimije s varijablom spol koja ukazuje na to da osobe ženskog spola postižu više rezultate na skali aleksitimije.

Neuroticizam je umjereno pozitivno povezan s kriterijem. Dakle, osobe koje su visoko na skali neuroticizma imaju izraženije simptome psorijaze. Nadalje, utvrđena je niska pozitivna povezanost neuroticizma s varijablama komorbiditeti i konzumacija alkohola. Dakle, rezultati ukazuju na to da više rezultate na skali neuroticizma postižu osobe koje uz psorijazu boluju i od drugih bolesti te osobe koje ne konzumiraju alkohol.

Kako bi se provjerila mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod oboljelih s obzirom na različite crte ličnosti (aleksitimija i neuroticizam), planirana je hijerarhijska regresijska analiza s kontrolom efekata sociodemografskih varijabli. Međutim, kako se pokazalo da sociodemografske varijable značajno ne koreliraju s kriterijem, provedena analiza nije uključivala kontrolu efekata sociodemografskih varijabli, odnosno, imala je samo dva koraka s crtama ličnosti. U cilju utvrđivanja samostalnog doprinosa crta ličnosti objašnjenju ukupne varijance kriterija, u prvi korak je uvršten neuroticizam, a u drugi korak aleksitimija. Prije samog provođenja hijerarhijske regresijske analize ispitani su nužni preduvjeti. Utvrđeno je da su za oba modela zadovoljeni preduvjeti nezavisnosti i normalnosti distribucije reziduala, homogenosti varijance, linearnosti te izostanka multikolinerarnosti (Field, 2013). Rezultati hijerarhijske regresijske analize su prikazani u tablici 3.

*Tablica 3.* Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod provjere izravnog doprinosa aleksitimije i neuroticizma zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze (N=109)

| **Zastupljenost simptoma** | Model | Varijable | β | $R^2$ | $\Delta R^2$ | F |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Korak | Neuroticizam | .515* | .265 | | 38.576* |
| | 2. Korak | Neuroticizam | .308* | | | |
| | | Aleksitimija | .293* | .308 | .295 | 23.592* |

*p< .05; **p< .01; $R^2$– ukupni doprinos objašnjenoj varijanci; $\Delta R^2$– doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenoj varijanci

Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize pokazali su kako neuroticizam objašnjava 26.5% ukupne varijance kriterija. U drugom bloku uvođenjem varijable aleksitimija, objašnjeno je dodatnih 29.5% varijance kriterija. Osim toga, utvrđeno je kako obje crte ličnosti i to visoka aleksitimija i neuroticizam izravno doprinose visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze pri čemu se neuroticizam pokazao kao značajniji prediktor kriterija.

Kako bi se provjerilo postoji li statistički značajna razlika u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze s obzirom na interakciju crta ličnosti (aleksitimije i neuroticizma) i spola, napravljene su dvije dvosmjerne analize varijance (2x2). Da bi se navedene analize provele , prvo se iz distribucije rezultata nezavisnih varijabli izdvojilo 25% najnižih i 25% najviših rezultata koji su korišteni u tim obradama. Levenov test nije se pokazao statistički značajnim u obje analize (*p*> .05) čime je uvjet homogenosti varijanci zadovoljen.

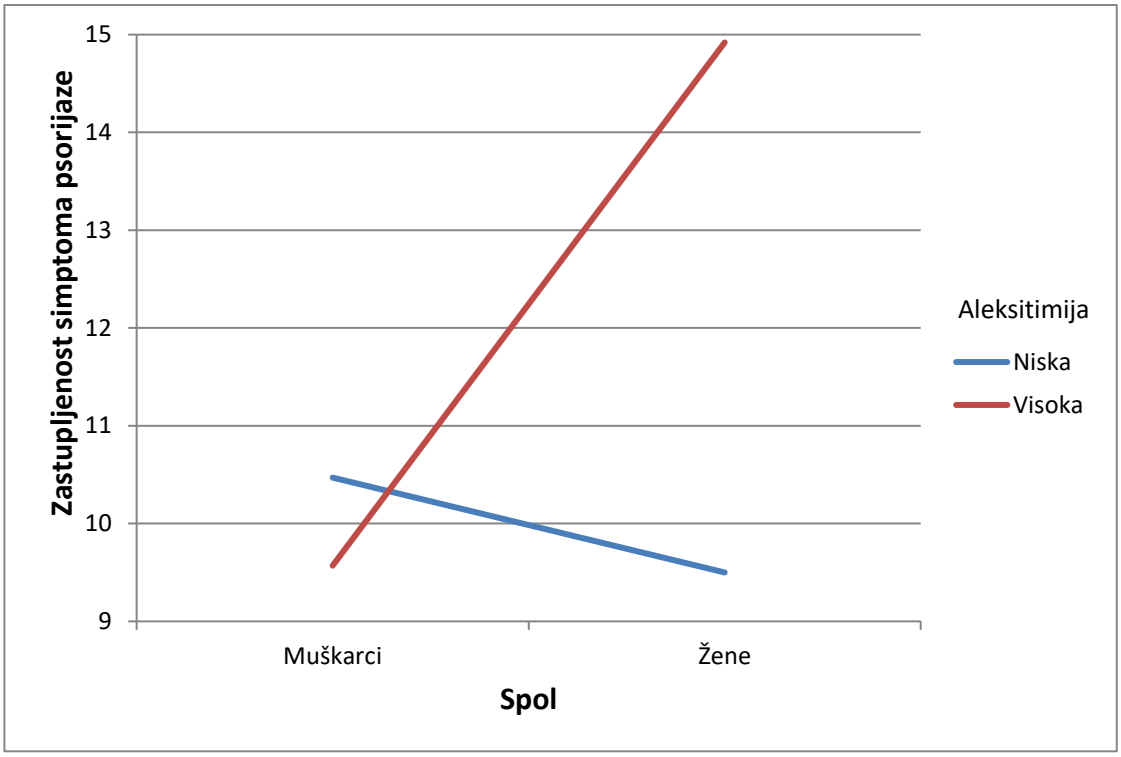
Prvom dvosmjernom analizom varijance provjerilo se postoji li razlika u zastupljenosti simptoma psorijaze s obzirom učinak interakcije aleksitimije i spola. U Tablici 4. prikazani su dobiveni rezultati ove obrade.

*Tablica 4.* Rezultati analize varijance kod provjere učinka aleksitimije i spola te njihove interakcije na zastupljenost simptoma psorijaze.

| Izvor varijance | Sume kvadrata | df | Srednji kvadrati | *F* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Aleksitimija | 60.026 | 1 | 60.026 | 2.255 | .139 |
| Spol | 56.534 | 1 | 56.534 | 2.124 | .151 |
| Aleksitimija x Spol | 117.550 | 1 | 117.550 | 4.416 | .040* |
| Pogreška | 1517.267 | 57 | 26.619 | | |
| Ukupno | 10439.970 | 61 | | | |

*p< .05

Iz tablice je vidljivo da ne postoji statistički značajan efekt aleksitimije, kao ni spola na zastupljenost simptoma psorijaze. No, dobiveni rezultati ukazuju na statistički značajan efekt interakcije između spola i aleksitimije na ozbiljnost simptoma psorijaze. Kako bi se dodatno pojasnila dobivena interakcija, rezultati su grafički prikazani uz pomoć slike 1.




*Slika* 1. Grafički prikaz interakcije Spola i Aleksitimije

Kao što se može vidjeti, pokazalo se kako najveću zastupljenost simptoma imaju osobe ženskog spola s visokom aleksitimijom (*M*=14.92, *SD*=5.243). S druge strane, najmanja zastupljenost simptoma psorijaze zabilježena je kod osoba ženskog spola s niskom aleksitimijom (*M*=9.50, *SD*=4.988).

Drugom dvosmjernom analizom varijance provjerilo se postoji li razlika u zastupljenosti simptoma psorijaze s obzirom na interakcijski učinak neuroticizma i spola. U Tablici 5. prikazani su dobiveni rezultati.

*Tablica 5.* Rezultati analize varijance kod provjere učinka neuroticizma i spola te njihove interkacije na zastupljenost simptoma psorijaze.

| Izvor varijance | Sume kvadrata | df | Srednji kvadrati | *F* | *p* |
|---|---|---|---|---|---|
| Neuroticizam | 645.094 | 1 | 645.094 | 27.183 | .000** |
| Spol | 51.016 | 1 | 51.016 | 2.150 | .148 |
| Neuroticizam x Spol | 28.214 | 1 | 28.214 | 1.189 | .280 |
| Pogreška | 1328.944 | 56 | 1328.944 | | |
| Ukupno | 9848.470 | 60 | | | |

*p< .01

Rezultati su potvrdili da postoji statistički značajan glavni efekt neuroticizma na zastupljenost simptoma psorijaze, no nema statistički značajnog efekta spola. Također je vidljivo kako ne postoji statistički značajan efekt interakcije između neuroticizma i spola na stupanj izraženih simptoma psorijaze.

## 7. Rasprava

Psorijaza je jedna od najčešćih kožnih bolesti, no zbog njezine kompleksnosti, etiologija još nije u potpunosti poznata. Stoga je cilj ovoga istraživanja bio ispitati odnos aleksitimije, neuroticizma i procijenjene težine simptoma psorijaze.

Prvim problemom nastojala se ispitati mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod oboljelih s obzirom na različite crte ličnosti. Hipotezom je pretpostavljeno da crte ličnosti izravno doprinose zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze nakon kontrole efekata sociodemografskih varijabli. Očekivano je da visoki neuroticizam izravno doprinosi visokoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze (H1a). Dobiveni rezultati ukazuju na to da neuroticizam izravno doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze čime je hipoteza (H1a) potvrđena. Rezultati su u skladu s prethodnim istraživanjima kojima je dokazano da je neuroticizam konzistentno povezan s pojavom psihosomatskih simptoma (Dankić, 2013; Costa i McCrae, 1985). Costa i McCrae (1985) nude objašnjenje ove povezanosti pomoću pristupa koji se naziva hipoteza percepcije simptoma. Hipoteza percepcije simptoma navodi kako osobe s visoko izraženim neuroticizmom iskazuju veću zastupljenost simptoma iz razloga što su takve osobe sklonije obraćanju pažnje i/ili žaljenju na unutarnje tjelesne senzacije. Sklonost ka introspektivnosti osoba s visoko izraženim neuroticizmom čini

ih podložnijima primjećivanju i povećanoj brizi za uobičajene tjelesne podražaje. Stoga, upravo ta sklonost introspektivnosti i način interpretacije uobičajenih tjelesnih senzacija koji pojedince s visokim neuroticizmom čini uplašenima, negativnima i opreznima može biti uvelike odgovoran za povećane somatske tegobe.

Sljedećom hipotezom je pretpostavljeno kako visoka aleksitimija izravno doprinosi većoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze (H1b). Rezultati ukazuju na izravan doprinos aleksitimije zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze te da visoka zastupljenost ove crte ličnosti jest prediktor visoko prisutnih simptoma psorijaze. Time je i druga hipoteza potvrđena**.** Dobiveni rezultati mogu se objasniti karakteristikama osoba s visokom aleksitimijom. Naime, emocionalna deprivacija tijekom ranog djetinjstva kod neke djece može potaknuti javljanje želje da što ranije odrastu i postanu neovisni. Kako bi postigla neovisnost, takva djeca su neprekidno i kronično ulagala trud u sve ono što radepri čemu su roditelji često precjenjivali djetetove sposobnosti te ih poticali na rano oslanjanje na sebe, neovisnost, težak rad i postignuća. Ovakvim roditeljskim pristupom je kod djeteta blokirana želja za verbalnim izražavanjem emocija zbog straha od gubitka prihvaćanja i potvrde autoriteta ukoliko bi dijete reklo nešto što nije u skladu s onime što autoritet misli, očekuje ili želi čuti. Od djetinjstva do odrasle dobi, ovakve osobe na sve načine pokušavaju očuvati samokontrolu, prilagoditi se svakoj situaciji i osobi te biti kompetentni pri čemu su im ugrožavajuće situacije one koje u njima izazivaju intenzivne emocije poput ljutnje i bijesa, a koje ne mogu verbalizirati. S obzirom da zaustavljaju eksternalno izražavanje emocija, a posebice agresiju, neprijateljstvo i bijes, emocionalna napetost se kod takvih pojedinaca oslobađa kroz psihosomatske simptome (Bilić, 2006).

Također, prema Buccijevoj teoriji višestrukih kodova, osoba s aleksitimijom nema sposobnost verbalne simbolizacije za tjelesna stanja (Bucci, 1997). Naime, ova teorija ističe kako se afektivna stanja najprije iskazuju neverbalno pomoću facijalnih ekspresija i govora tijela te se stjecanjem verbalnih sposobnosti ove neverbalne reprezentacije povezuju s odgovarajućim verbalnim. Aleksitimija, prema ovome modelu, predstavlja disocijaciju između prethodno navedenih procesa što rezultira fiziološkom aktivacijom za vrijeme emocionalne uzbuđenosti, ali bez prateće kognitivne i verbalne aktivacije što se naposlijeku ispoljava kroz vrlo izražene simptome psorijaze (Kocijan Lovko, 2015).

Drugi problem istraživanja bio je utvrditi postoji li statistički značajna razlika u zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze s obzirom na interakciju crta ličnosti i spola.

Hipotezom se pretpostavilo da će izraženije simptome psorijaze imati osobe ženskog spola s visokom aleksitimijom, kao i neuroticizmom. Hipoteza je djelomično potvrđena.
Dobiveni rezultati ukazuju na statistički značajan efekt interakcije između spola i aleksitimije. Utvrđeno je kako žene s visokom aleksitimijom iskazuju veću zastupljenost simptoma psorijaze u odnosu na druge skupine sudionika. Dobivene rezultate moguće je objasniti pomoću teorije objektivizacije. Teorija objektivizacije tvrdi kako djevojke i žene obično prihvaćaju internaliziranu perspektivu promatrača kao primarni pogled na vlastito tijelo. Sukladno tome, razvija se samo-objektivizirajući pogled na vlastito tijelo pri čemu se djevojke i žene vide kroz vanjsku leću muškog promatrača i tretiraju svoje tijelo kao objekt koje treba gledati i vrednovati isključivo izvana (Fredrickson i Roberts, 1997). Fredrickson i Roberts (1997) navode kako je seksualizacija osoba ženskog spola sveobuhvatna kulturna norma u zapadnom društvu i uzrokuje brojne psihološke posljedice poput osjećaja srama, stresa, anksioznosti, odbojnosti prema vlastitom tijelu, smanjene svijesti o tjelesnim stanjima. S obzirom na smanjenu svijest o tjelesnim stanjima, žene posljedično imaju teškoće prilikom imenovanja i opisivanja tjelesnih senzacija što dovodi do povećane zastupljenosti aleksitimičnih karakteristika, a samim time i do izraženijih psihosomatskih tegoba (Powell i sur., 2011).

Za razliku od ovih nalaza, efekt interakcije spola i neuroticizma nije se pokazao statistički značajnim, kada je riječ o zastupljenosti simptoma psorijaze. McCrae i suradnici (1999) navode zaključke iz longitudinalne studije starenja u kojoj se pokazalo kako kod određenih osobina ličnosti, poput neuroticizma, nakon tridesete godine započinje linearan pad. Taj pad je izraženiji kod žena. Zauzvrat se istovremeno javlja i pojava da nakon tridesete godine dolazi do smanjenja spolnih razlika u neuroticizmu (Eysenck, 1985). Dakle, samim time možemo očekivati kako je na rezultate ovog istraživanja mogla utjecati prosječna dob sudionika (56 godina) te dominantna zastupljenost ženskog spola (59.6%) u uzorku ovog ispitivanja, budući da se s dobi smanjuju spolne razlike u neuroticizmu, a i linearni pad u neuroticizmu je izraženiji kod žena.

Prema teoriji Velikih pet faktora ličnosti navedene promjene kod neuroticizma javljaju se zbog genetske predispozicije za promjenom i razvojem u određenim smjerovima. Drugim riječima, ljudi imaju tendenciju da postanu društveno dominantniji, savjesniji i emocionalno stabilniji tijekom kasne odrasle dobi (McCrae i sur., 1999).

Roberts, Walton i Viechtbauer (2006) navode kako životna iskustva i uloge iz rane odrasle dobi imaju veći utjecaj na promjene u ličnosti od genetske predispozicije pojedinca. Univerzalni zadaci društvenog života u ranoj odrasloj dobi poput pronalaženja bračnog

partnera, stvaranja obitelji i/ili ostvarivanja karijere dovode do smanjenja neuroticizma i povećanja emocionalne stabilnosti te veće savjesnosti u kasnijoj životnoj dobi (Roberts, Walton i Viechtbauer, 2006).

Model artefakta ističe mogućnost da su razlike dobivene primjenom upitnika ličnosti zapravo rezultat različitog vrednovanja pojedinih osobina ličnosti od strane žena i muškaraca, a ne rezultat stvarnih spolnih razlika u ličnosti (Pinjušić, 2004). Moguće je da je upravo to utjecalo na rezultate ovog istraživanja s obzirom da neuroticizam nije jednako socijalno prihvatljiv za pripadnike oba spola. Dakle, moguće je da su sudionici muškog spola davali socijalno poželjne odgovore budući da se smatra kako neuroticizam nije socijalno prihvatljiv za njih te stoga dobivene razlike između muškaraca i žena, u ovom istraživanju, ne odražavaju nužno stvarne spolne razlike u neuroticizmu.

Nužno je razmotriti nedostatke ovog istraživanja zbog kojih je generalizacija dobivenih rezultata ograničena. S obzirom da je istraživanje korelacijskog tipa, nije moguće zaključivanje o uzročno-posljedičnom odnosu ispitivanih konstrukata. Nadalje, istraživanje je provedeno u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Ivanić Gradu dakle, uzorak sudionika je prigodan. Radi bolje generalizacije, buduća istraživanja trebala bi obuhvatiti veći uzorak oboljelih od psorijaze, kako iz bolničkih centara diljem Hrvatske, tako i iz udruga i različitih mjesta gdje se okuplja ova populacija (npr. Društvo Psorijatičara Hrvatske). Također, ispitivanje se provodilo na stacionarnom odjelu bolnice te u čekaonicama prije i nakon terapije (kupki u kadama s naftalanom, fototerapije, vježbi u bazenu s termalnom vodom, darsonvalizacije). Budući da su termini terapija organizirani s malim periodima slobodnog vremena između terapijskih susreta, neki sudionici nisu stigli popuniti upitnik odjednom u tom slobodnom vremenu što je moglo utjecati na njihovu motivaciju i koncentraciju pri daljnjem popunjavanju upitnika. To isto je moglo imati utjecaja i na sudionike koji su u bolnicu dolazili samo na jednu terapiju i bili ograničeni vremenom nakon završetka terapije. Također, moguće je da su sudionici bili zaokupljeni samim dolaskom na terapiju i/ili zabrinuti oko tjelesnog stanja zbog čega su bili manje usredotočeni na davanje odgovora prilikom popunjavanja upitnika. Uzimajući u obzir različitu dob sudionika i stupanj obrazovanja, moguće je i da su sudionici imali poteškoća s razumijevanjem upute i/ili upitnika, ali zbog nelagode nisu pitali za pomoć.

U budućim istraživanjima preporučuje se korištenje instrumenta s boljim psihometrijskim karakteristikama od instrumenata korištenih u ovom istraživanju (npr. TAS-20) kako bi se mjereni konstrukti što bolje obuhvatili. Naime, Torontska skala aleksitimije

TAS-20 pokazuje bolju unutarnju konzistentnost i stabilnost u odnosu na TAS-26 na kliničkoj populaciji .Nadalje, kod prikupljanja sociodemografskih podataka i kliničkih indikatora buduća istraživanja bi trebala prikupiti podatke iz medicinskih kartona i povijesti bolesti zbog bolje pouzdanosti podataka, prije nego kroz samoiskaze sudionika. Naime, moguće je da se pojedini sudionici nisu mogli točno sjetiti kada im je dijagnosticirana psorijaza te su davali okvirne procjene što je moglo utjecati na procjenu tipa psorijaze, budući da je dob osnovni kriterij za podjelu psorijaze na tip I i tip II. Isto tako, vezano uz komorbiditete, moguće je da su sudionici izostavili neke bolesti jer ih nisu smatrali vezanim uz psorijazu ili su pak smatrali taj podatak previše privatan. Nadalje, bilo bi korisno provjeriti primjenjuju li sudionici dodatne oblike liječenja (npr. neke alternativne metode) koji su mogli utjecati na kliničke simptome psorijaze. Kako bi se dobila cjelovita slika težine bolesti, bilo bi korisno ispitati i utjecaj psorijaze na svakodnevni fizički, socijalni i psihički život oboljelih pomoću Dermatološkog indeksa kvalitete života (Dermatological Quality of Life Index; DLQI, Finlay i Khan, 1994).

## 8. Zaključak

Ovim istraživanjem istražio se odnos aleksitimije, neuroticizma i procijenjene težine simptoma psorijaze. Kod ispitivanja utjecaja crta ličnosti na zastupljenost simptoma dobiveno je da obje crte ličnosti; i aleksitimija i neuroticizam izravno doprinose visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze. Dakle, visoka zastupljenost aleksitimije, kao i neuroticizma, doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma pri čemu se varijabla neuroticizam pokazala kao značajniji prediktor kriterija. Ispitivanjem razlika u zastupljenosti simptoma s obzirom na interakciju crta ličnosti (aleksitimije i neuroticizma) i spola dobiveno je kako je izrazito visoka zastupljenost simptoma kod osoba ženskog spola s izraženom aleksitimijom, dok ne postoji statistički značajan efekt interakcije između neuroticizma i spola na simptome ove bolesti.

## Literatura


Allegranti, I., Magatton-Rizzi, G. i Aguglia, E. (1994). Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Dermato-Venereologica,186*, 146-157.

Alwan, W. i Nestle, F. O. (2015). Pathogenesis and treatment of psoriasis: exploiting pathophysiological pathways for precision medicine. *Clinical and Experimental Rheumatology, 33*(5), 2-6.

Arnet, F. C., Reveille, J. D. i Duvic, M. (1991). Psoriasis and psoriatic arthritis associated with human immunodeficiency virus infection. *Rheumatic Diseases Clinics of North America,17*(1), 59-78.

Atkinson, M. i Vialto, C. (1994). Neuroticism and coping with anger: The trans-situational consistency of coping responses. *Personality and Individual Differences, 17*(6), 769-782.

Bilić, V. (2006). *Super-ego u oboljelih od koronarne bolesti*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry, 17*, 151-172.

Brufau, M. R., Brufau, R. S., Gorgojo, M. A., Brufau, R., Corbalan, J. i Ulnik, J. (2015). Psoriasis lesions are associated with specific types of emotions: Emotional profile in psoriasis.*European Journal of Dermatology, 25*(4), 329-334.

Cabrera, S., Chinniah, N., Lock, N., Cains, G. D. i Woods, J. (2015). Inter-observer reliability of the PASI in a clinical setting. *The Australasian journal of dermatology, 56*(2), 100-102.

Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, Somatic Complaints, and Disease: Is the Bark Worse than the Bite? *Journal of Personality, 55*(2),299-316.

Čabrijan, L. i Kehler, T. (2015). Udruženost psorijaze s drugim bolestima. *Acta Medica Croatica, 69*, 59-63.

Dankić, K. (2013). Konceptualizacije odnosa između ličnosti i zdravstvenih ishoda. *Psihologijske teme, 22*(3), 383-404.

Dankić, K. (2005). Negativna afektivnost i tjelesni simptomi. *Psihologijske teme, 14*(2), 95-107.

David, J. P. i Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of Big Five traits and problems appraisals. *Journal of Personality, 67*, 265–294.

Deng, Y., Chang, C. i Qianjin, L. (2016). The inflammatory response in psoriasis: a comprehensive review. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology, 50*(3), 377-389.

Di Meglio, P., Villanova, F. iNestle, F. O. (2014). Psoriasis. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine,4*(8), 1-21.

Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Differences*. New York: Springer.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage Publishing.

Finlay, A. Y. i Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology, 19*, 210-216.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J. i Griffiths, C. E. (2002). Patients' strategies for coping with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology, 27*(3), 177-184.

Fredrickson, B. L. i Roberts, T-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quartely, 21*(2), 173-206.

Fredriksson, T. i Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica, 157*(4), 238-244.

Fukunishi, I., Kaji, N., Hosaka, T., Berger, D. i Rahe, R. H. (1997). Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. *Psychosomatics, 38*, 20-26.

Griffiths, C. i Barker, J. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet, 370*, 263–271.

Grga Jordan, S. i Vuković, H. (2016). Psoriasis Vulgaris-case report. *Medicina familiaris Croatica, 24*(1), 60-62.

Hošková–Mayerová, Š. i Mokrá, T. (2010). Alexithymia among students of different disciplines. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 9*, 33–37.

Jukić, V. i Arbanas, G. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje; DSM-V*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Juzbašić, M. i Vukasović Hlupić, T. (2015). Osobine ličnosti i motivi za volontiranje. *Psihologijske teme*, *24*(2), 279-304.

Kanbara, K. i Fukunaga, M. (2016). Links among emotional awareness, somatic awareness and autonomic homeostatic processing. *BioPsychoSocial Medicine*, *10*(16), 1-11.

Kardum, I., Gračanin, A. i Krapić, N. (2006). Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti s različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca. *Psihologijske teme*, *15*, 101-128

Kaštelan, M., Puizina-Ivić, N. i Čeović, R. (2013). Smjernice za dijagnostiku i liječenje psorijaze. *Liječnički vjesnik,135*, 195–200.

Kaštelan, M. (2017). Psorijaza. *Reumatizam*, *64*(1), 31-36.

Kimball, A. B., Gladman, D., Gelfand, J. M., Gordon, K., Korman, N. J., Korver, G., Krueger, G. G., Strober, B. E. i Lebwohl, M. G. (2008). National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recomendations for screening. *Journal of American Academy of Dermatology*, *58*(6), 1031-1042.

Koo, J. i Lebwohl, A. (2001). Psycho dermatology: the mind and skin connection. *American Family physician Journal,64*(11), 1873-1878.

Kocijan Lovko, S. (2015). *Povezanost aleksitimije i osobina temperamenta s polimorfizmom gena za serotoninski transporter*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

Kokkonen, P., Karvonen, J., Veijola, J., La¨ksy, K., Jokelainen, J., Ja¨rvelin, M. i Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, *42*, 471–476.

Kolk, A. M., Hanewald, G. J., Schagen, S. i Gijsbers van Wijk, C. M. T. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: A symptom-perception approach. *Journal ofPsychosomatic Research*, *52*, 35– 44

Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokić-Begić, N. i Gregurek, R. (2010). A Multivariate Analysis of Clinical Severity, Psychological Distress and Psychopathological Traits in Psoriatic Patients. *Acta Dermato-Venereologica, 90,* 251–256.

Kulenović, A. i Buško, V. (2004). Može li Torontska skala aleksitimije (TAS–20) izmjeriti aleksitimiju odraslih i adolescenata? *Suvremena psihologija, 7,* 77–94.

Kušević, Z. i Marušić, K. (2014). Povezanost aleksitimije i morbiditeta. *Liječnički vjesnik, 136,* 44-48.

Larsen, M. H., Krogsrad, A. L. i Wahl, A. K. (2017). Alexithymia, Illness Perception and Self-management Competency in Psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica, 97*(8), 934-940.

Larsen, R. J. i Buss, D. M. (2007). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Lebedina Manzoni, M. (2007). *Psihološke osnove poremećaja u ponašanju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Leff, J. P. (1973). Culture and the differentiation of emotional states. *The British Journal of Psychiatry, 123*(574), 299-306.

Maitlin, J. A., Wethington, E. M. i Kesser, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behaviour, 31,* 103–122.

MacLean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the visceral brain; recentdevelopments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine, 11,* 338–353.

Majić, G. (2011). *Funkcioniranje obitelji djeteta s recidivirajućom abdominalnom boli neorganskog porijekla*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

Mason, O., Tyson, M., Jones, C. i Potts, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78,* 113-125.

McCrae, R. R., Costa, P. T., de Lima, M. P., Simoes, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., Marušić, I., Bratko, D., Caprara, G. P., Barbanelli, C., Chae, J. H. i Pidemont, R. L. (1999). Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures. *Development Psychology, 35*(2), 466-477.

McCrae, R. R. i John, O. P. (1992). An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications. *Journal of Personality,60*(2), 175-215.

Meier, M. i Sheth, P. B. (2009). Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Current Problems in Dermatology, 38*, 1-20.

Mrowietz, U., Kragballe, K., Reich, K., Spuls, P., Griffiths, C. E. M., Nast, A. i Yawalkar, N. (2011). Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of Dermatological Research*, *303*(1), 1-10.

Murberg, T. A., Bru, E., Svebak, S., Aarsland, T. i Dickstein, K. (1997). The role of objective health indicators and neuroticism in perceived health and psychological well-being among patients with chronic heart failure. *Personality and Individual Differences,6,* 867-875.

Naghavi, F., Redzuan, M. iMansor, M. (2010). The relationship between alexitymia and emotional intelligence. *Asian Social Science*, *6*, 166–170.

Nemiah, J. C., Freyberger, H. i Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*, *3*, 430-439.

Nezlek, J.

B., Shutz, A., Shroder-Abe, M. i Smith, C.V. (2011). A Cross-Cultural Study of Relationships Between Daily Social Interaction and the Five-Factor Model of Personality.*Journal of Personality*, *79*(4), 811-840

Parisi, R., Symmons, D., Griffiths, C. i Aschcroft, D. (2013). Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*, *133*, 377–385.

Pinjušić, K. (2004). *Dobne i spolne razlike u procjenama ličnosti: analiza na razini domena i faceta Pet-faktorskog modela*. Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu.

Powell, S., Coll, K. M., Trotter, A., Thobro, P. i Haas, R. (2011). Psychosocial Correlates of Alexithymia in a Rural Adolescent Residential Population. *Residential Treatment for Children & Youth,28*(4), 327-344.

Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. i Main, C. J. (2005). Alexithymia in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(1), 89-96.

Roberts, B. W., Walton, K. E. i Viechtbauer, W. (2006). Patterns of Mean-Level Change in Personality Traits Across the Life Course: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 1-25.

Säkkinen, P., Kaltiala–Heino, R., Ranta, K., Haataja, R. i Joukama, M. (2007). Psychometric propertis of the 20 – item Toronto alexithymia scale and prevalence of alexithymia in a Finish adolescent population. *Psychosomatics*, *48*, 154–161.

Sirri, L. i Fava, G. A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Review of Psychiatry*, *25*(1), 19–30

Stegen, K., Neujens, A., Crombez, G., Hermans, D., Van de Woestijne, K. P. i Van den Bergh, O. (1998). Negative affect, respiratory reactivity, and somatic complaints in a CO2 enriched air inhalation paradigm. *Biological Psychology*, *49*, 109-122.

Šitum, M., Buljan, D., Buljan, M. i Vurnek Živković, M. (2008). *Psihodermatologija.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Turk-Charles, S., Gatz, M., Kato, K. i Pedersen, N. L. (2008). Physical health 25 years later: The predictive ability of neuroticism. *Health Psychology*, *27*(3), 369-378.

Verhoeven, E. W. M., De Klerk, S., Kraaimaat, F. W., Van De Kerkhof, P. C. M., De Jong, E. M. G. J. i Evers, A. W. M. (2008). Biopsychosocial Mechanisms of Chronic Itch in Patients with Skin Diseases: a Review. *Acta Dermato-Venereologica*, *88*(3), 211-218.

Watson, D. i Pennebaker, J. W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, *2*, 234-254.

Willemsen, R., Roseeuw, D. i Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: The state of the art. *International Journal of Dermatology*, *47*, 903-910.