



Psihodermatologija u dječjoj i adolescentnoj dobi

Psychodermatology in children and adolescents

Nives Pustišek^{1,2} , Suzana Ožanić Bulić^{1,2}, Iva Crnarić¹

¹ Klinika za dječje bolesti Zagreb

² Hrvatsko katoličko sveučilište

Ključne riječi

DJEČJA PSIHODERMATOLOGIJA;
ADOLESCENTNA PSIHODERMATOLOGIJA;
PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI;
BIHEVIORALNO-KOGNITIVNA TERAPIJA

Keywords

PEDIATRIC PSYCHODERMATOLOGY;
ADOLESCENTS PSYCHODERMATOLOGY;
PSYCHOSOMATIC DISORDERS;
BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY

SAŽETAK. Cilj rada je prikazati značaj psihodermatologije u liječenju kroničnih bolesti kože dječje i adolescentne dobi. Razdoblje odrastanja i sazrijevanja važno je za razvoj percepcije vlastitog tijela, samopoštovanja i osjećaja zadovoljstva. Odrastati opterećen i pod pritiskom kožne bolesti može imati dugoročne posljedice ne samo za razdoblje djetinjstva i adolescencije, već i za odraslu dob. Upravo se zato uz klasičnu dermatološku terapiju, edukaciju o bolesti i načinima liječenja, sve više kao dio dermatološke terapije kroničnih bolesti kože dječje i adolescentne dobi koristi i psihoterapija koja pomaže lakše se suočiti s bolesti i smanjiti utjecaj bolesti na kvalitetu života.

SUMMARY. The aim of the paper is to show the importance of psychodermatology in the treatment of chronic skin diseases in children and adolescents. The period of growing up and maturing is important for the development of the perception of one's own body, self-esteem and sense of satisfaction. Growing up burdened and under the pressure of a skin disease can have long-term consequences, not only for the period of childhood and adolescence, but also for adulthood. This is precisely why, in addition to classic dermatological therapy, education about the disease and methods of treatment, psychotherapy is increasingly used as part of chronic skin diseases treatment in children and adolescents, helping them to face the disease more easily and reducing the impact of the disease on the quality of life.

Psihodermatologija je grana medicine koja objedinjuje dermatovenerologiju, psihijatriju i kliničku psihologiju, a proučava utjecaj psiholoških čimbenika na početak, tijek i liječenje bolesti kože.^{1–4} Iako je veza uma i kože poznata još od davnina te se spominje u Hipokratovim zapisima⁵, psihodermatologija je relativno nova grana medicine i prvi put ju spominje *Herman Mustaph* 1976. godine.⁶ Koža je organ najpristupačniji pogledima okoline. Bolesti kože se ne mogu sakriti, javne su, utječu na odnos bolesnika s drugim ljudima te često imaju za posljedicu povlačenje u sebe, smanjenje samopouzdanja i društvenu izoliranost. Dječja i adolescentna psihodermatologija ima svoje posebnosti jer je upravo razdoblje odrastanja i sazrijevanja važno za razvoj percepcije vlastitog tijela, samopoštovanja i osjećaja zadovoljstva. Odrastati opterećen i pod pritiskom kožne bolesti može imati dugoročne posljedice ne samo za razdoblje djetinjstva i adolescencije, već i za odraslu dob.⁷

Klasifikacija psihodermatoloških bolesti

Više je različitih podjela psihodermatoloških bolesti.⁸ Najčešće korištena podjela u dječjoj dobi, prema Chiriac i suradnicima, uključuje tri skupine bolesti.⁷ Prva skupina bolesti su *primarno psihijatrijski poremećaji s manifestacijom na koži*.⁷ U ovoj skupini nema primarne bolesti kože, već sve promjene na koži uzro-

kuje sam bolesnik. Najčešće bolesti u ovoj skupini u djece i adolescenata su ponavljajući poremećaji usmjereni na tijelo (engl. *body focused repetitive disorder*) u koje se ubrajaju trihotilomanija, ekskoriijacijski poremećaj (engl. *skin picking*), grickanje noktiju, grickanje ili čupkanje kože oko noktiju, grickanje usana ili bukalne sluznice, sisanje palca ili prstiju, kopkanje nosa i slično.⁹ Dizmorfnu tjelesni poremećaj (engl. *body dysmorphic disorder*) najčešće počinje u adolescenciji, a zbog utjecaja društvenih mreža u mlađih osoba sve je učestaliji.¹⁰ Deluzija parazita je rjeđa u dječjoj i adolescentnoj nego u odrasloj dobi, ali ono što znamo vidjeti u djece jest deluzija *by proxy*, gdje je roditelj ili staratelj uvjeren da dijete ima parazite ili druge uzročnike na koži.¹¹

Druga skupna psihodermatoloških bolesti jesu *psihosomatske ili psihofiziološke bolesti*.⁷ Najčešće su izazvane ili pogoršane djelovanjem stresa. Radi se o kroničnim upalnim bolestima kože poput psorijaze, akne, atopijskog dermatitisa, seborejičnog dermatitisa, različitih alopecija i slično. Etiologija bolesti je multifaktorijska i bolesti su uzrokovane kombinacijom nasljedne predispozicije, promijenjenoga imunološkog odgovora, promjena u mikrobiomu kože, okolišnih čimbe-

✉ Adresa za dopisivanje:

Doc. dr. sc. Nives Pustišek, dr. med., <https://orcid.org/0000-0002-2401-9238>
Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klaićeva 16, e-pošta: pustisek.nives@gmail.com

TABLICA 1. KLASIFIKACIJA PSIHODERMATOLOŠKIH BOLESTI U DJEČJOJ I ADOLESCENTNOJ PSIHODERMATOLOGIJI
 TABLE 1. CLASSIFICATION OF PSYCHODERMATOLOGICAL DISEASES IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHODERMATOLOGY

Skupina psihodermatoloških bolesti / Group of psychodermatological diseases	Primjeri bolesti / Examples of disease
Primarno psihijatrijski poremećaji s manifestacijom na koži / Primary psychiatric disorders with skin manifestation • Promjene na koži nastaju kao posljedica psihopatoloških stanja. / Skin changes occur as a result of psychopathological conditions.	<ul style="list-style-type: none"> • Artefaktni dermatitis / Dermatitis artefacta • Paraartefaktni dermatitis / Dermatitis para artefacta • Deluzija parazita / Delusions of parasitosis • Somatoformni poremećaji / Somatoform disorders • Dismorfni tjelesni poremećaj / Body dysmorphic disorder
Psihosomatske bolesti / Psychosomatic diseases • Stres je jedan od razloga izbijanja ili pogoršanja bolesti. / Stress is one of the reasons for the outbreak or worsening of the disease.	<ul style="list-style-type: none"> • Psorijaza / Psoriasis • Atopijski dermatitis / Atopic dermatitis • Ekskorirane akne / Acnae excoriate • Kronična urtikarija / Urticaria chronica • Seborejični dermatitis / Seborrhoeic dermatitis • Hiperhidroza / Hyperhidrosis
Sekundarni psihijatrijski poremećaji primarno dermatoloških bolesti / Secondary psychiatric disorders of primary dermatological diseases • Poremećaji ili stanja koja nastaju kao psihološka reakcija na bolest kože / Disorders or conditions that arise as a psychological reaction to the skin disease	<ul style="list-style-type: none"> • Anksiozni poremećaji / Anxiety disorders • Depresivni poremećaji / Depressive disorders • Sniženo samopoštovanje / Lowered self-esteem • Socijalna izolacija / Social isolation

Modificirano prema Chiriac A i sur.⁷ / Modified according to Chiriac A et al.⁷

nika i slično. No, jedna od komponenti nastanka ili pogoršanja bolesti jest i reakcija osobe na stresna događanja. Poznato je, primjerice, da se atopijski dermatitis u neke djece pogoršava vezano uz školski stres, rastavu roditelja, promjenu mjesta stanovanja i slično. Situacija se komplicira jer se bolest pogoršava u stresu, a s druge strane, bolest sama po sebi pojačava stres te se oboljeli često nalaze u „zatvorenom krugu“.

Treća skupina psihodermatoloških bolesti jesu *primarno dermatološke bolesti sa sekundarnom psihijatrijskom simptomatologijom*.⁷ Ova skupina bolesti najčešća je u svakodnevnoj dermatološkoj praksi. U teoriji to mogu biti sve bolesti unutar dermatovenerologije. Najčešće su to ipak kronične i/ili recidivirajuće bolesti kože, posebice one koje se nalaze na dijelovima tijela koji su izloženi pogledima drugih ljudi, poput psorijaze, atopijskog dermatitisa, akne i slično. Budući da je atopijski dermatitis najčešća dječja kronična upalna bolest kože, kod nje se upravo i primjećuje razvoj mentalnih komorbiditeta kroz odrastanje, što je poznato pod nazivom psihijatrijski marš.¹² Već u ranom djetinjstvu primjećuju se poremećaji privrženosti (engl. *attachment*) između djece i roditelja, osobito oboljelog djeteta i majke.¹³ Roditelji, u strahu da će se dermatitis pogoršati, ne dopuštaju brigu o djetetu baki, djedu ili drugoj osobi.¹³ Ovaj tip odnosa roditelj – dijete u ranom djetinjstvu stvara lošu bazu za socijalne odnose kasnije u životu, odnosno može dovesti do razvoja niskog samopoštovanja.^{12,14} Ulaskom u kasno djetinjstvo i adolescenciju, često se uz bolesti kože razvijaju različiti oblici anksioznosti, osobito socijalna anksioznost. Koža je organ dostupan pogledima okoline i komentari okoline iscrpljuju. Djeca školske dobi često navode ismijavanja, neprihvatanja vršnjaka, čak

i *bullying*.¹⁵ Adolescenti zbog komentara okoline izbjegavaju druženja. Pogoršanja dermatitisa također silno iscrpljuju. Ne može se predvidjeti kada će doći do pogoršanja, a osjećaj krivnje „da sam učinio nešto pogrešno“ ogroman je. Djeca i adolescenti razvijaju nisko samopoštovanje, odnosno veliku udaljenost od onoga „kakav jesam“ i „kakav bih želio biti“. Upravo zato često se osjećaju manje vrijednima i nezadovoljnima sobom. Osobe s niskim samopoštovanjem nesigurnije su i neodlučnije, ovisnije o mišljenju i ocjeni drugih, anksioznije, depresivnije te manje uspješne u ostvarenju vlastitih potencijala. Studije su pokazale veću učestalost depresije i suicidalnosti u adolescenata oboljelih od atopijskog dermatitisa u usporedbi sa zdravim adolescentima.¹² Viša učestalost mentalnih komorbiditeta u oboljelih od kroničnih upalnih bolesti kože ima dva moguća objašnjenja.¹⁶ Prvo objašnjenje jest da se promjene raspoloženja, anksioznost i depresivna raspoloženja javljaju kao posljedica kroničnog umora vezanog primjerice uz noćni svrbež i nesanicu kod atopijskog dermatitisa. Drugo je objašnjenje da psihijatrijski simptomi nastaju kao posljedica istih patogenetskih mehanizama koji dovode do upale u koži. Proupalni citokini prolaze krvno-moždanu barijeru i aktiviraju neuropatogenetske mehanizme koji utječu na emocionalnu kontrolu, što pridonosi razvoju mentalnih zdravstvenih problema.¹⁶

U tablici 1 prikazana je klasifikacija psihodermatoloških bolesti dječje i adolescentne dobi.⁷

Pristup psihodermatološkom pacijentu

Dobar terapijski odnos pacijenta i liječnika, odnosno roditelja i/ili staratelja i liječnika, od najveće je

važnosti u liječenju psihodermatoloških bolesti.^{17,18} Liječnik mora imati dobre komunikacijske vještine, verbalne i neverbalne, biti empatičan, razumjeti oboljelog i obitelj, njihovu patnju i zabrinutost.^{17,18} Aktivno slušati pacijenta i roditelja, postavljati pitanja usmjerena na ponašanja, vjerovanja, misli i emocije, a ne stvarati osjećaj krivnje, osnova je dobrog terapijskog saveza. Tijekom razgovora treba dobiti uvid kako bolest utječe na svakodnevni život, raspoloženje, san, školske aktivnosti, odnose s drugim ljudima i slično, te kako se osoba i obitelj nosi s bolesti odnosno koliki je utjecaj bolesti na svakodnevni život. Kada god je moguće, trebalo bi za psihodermatološkog pacijenta planirati vremenski dulje termine konzultacije jer je često pritisak vremena ono što uzrokuje najveći stres i liječniku i pacijentu.¹⁷ Osigurati što mirniji prostor za pregled i konzultaciju bez dodatnih distrakcija poput primjerice ulaska kolega u ordinaciju, konzultacija studenata, telefonskih razgovora i slično.¹⁷

Uloga dermatologa u liječenju psihodermatološkog bolesnika jest prije svega postaviti ispravnu dijagnozu bolesti i preporučiti odgovarajuću dermatološku terapiju.¹ Pri odabiru terapije važno je terapiju prilagoditi svakom bolesniku individualno, njegovom načinu življenja, školskim obavezama, potrebama i hobijima. Važno je pacijente odnosno roditelje uključiti u izbor terapije i donošenje odluka o liječenju. U pristupu psihodermatološkom bolesniku moguće su dvije intervencije.¹ Prva intervencija koju prakticira većina dermatologa uključuje edukaciju i savjetovanje. Razumljivim jezikom oboljelom je potrebno objasniti prirodu bolesti (same dermatološke bolesti, ali i udruženih psihijatrijskih simptoma), razloge nastanka bolesti ako su poznati, potrebnu obradu, terapiju i utjecaj bolesti na kvalitetu života same osobe i njezine obitelji. Savjetovanje uključuje razgovor s oboljelim i članovima obitelji, uz usmene i pisane upute. Treba poticati oboljele da postavljaju pitanja i na njih odgovoriti jasno i razumljivo. Neodgovorena pitanja dovode do straha od liječenja, a često i napuštanja liječenja koje bolesnik ne razumije.¹⁹ Za neke od kroničnih dermatoloških bolesti, poput atopijskog dermatitisa, osmišljeni su strukturirani edukacijski programi za oboljele i članove obitelji vođeni timom sastavljenim od dermatologa, posebno educirane dermatološke medicinske sestre, psihologa i nutricionista pod nazivom „Škola atopije“.²⁰ Osim što oboljeli i članovi obitelji na ovaj način dobivaju potrebna znanja i vještine da se bolje nose s bolesti, pokazujemo im da u svome problemu nisu sami i da ih razumijemo. Druga skupina intervencija uključuje psihoterapiju i primjenu psihofarmaka.^{1,21} Psihoterapiju provode psihijatri, psiholozi, ali i dermatolozi s dodatnom edukacijom iz različitih psihoterapijskih usmjerenja.¹ Vrlo često korišten oblik psihoterapije u psihodermatologiji jest bihevioralno-kognitivna terapija (BKT).²²

Bihevioralno-kognitivna terapija

BKT kombinira dva pristupa – *bihevioralni*, koji objašnjava ponašanje, i *kognitivni*, koji se bavi načinom na koji ljudi razmišljaju.^{23,24} Polazište BKT-a jest da naše misli u određenoj situaciji (vlastita percepcija situacije) utječu na naše osjećaje i ponašanja.²⁵ Promijenimo li svoje ponašanje, promijenit će se naše misli i osjećaji, iako se situacija nije bitnije promijenila. Na primjer, osobe s kroničnim bolestima kože često izbjegavaju socijalne kontakte zbog negativnih misli „odvratan sam“ ili „nitko ne želi biti sa mnom“ i slično, što kratkoročno pomogne, no dugoročno dovodi do socijalne izoliranosti, usamljenosti i tuge. Kroz terapiju radi se na promjeni ponašanja. Ispravan pristup bio bi izložiti se i biti u kontaktu s ljudima, izabrati druženja i aktivnosti koje osobi odgovaraju, vježbati prepoznati znatizelju drugih ljudi te uvježbati odgovoriti na pitanja koja ljudi postavljaju, primjerice, „što ti je to na koži?“, „je li zarazno?“, „zašto opet nisi bio u školi?“ i slično. Ljudi su prirodno znatizeljni i potrebno ih je zadovoljiti, dati im kratko i jasno objašnjenje. U većini slučajeva to će biti dovoljno. Na opisani način radi se s djecom i adolescentima koji primjerice imaju vidljive kozmetske nedostatke poput gigantskih kongenitalnih nevusa ili vaskularnih malformacija, ali i sa onima koji imaju kronične bolesti kože i socijalnu anksioznost potaknutu izgledom (engl. *social appearance anxiety*).²⁶ BKT se primjenjuje u liječenju depresije, anksioznih poremećaja, u terapiji ovisnosti, poremećaja ličnosti, poremećaja prehrane, liječenju kronične boli, problematike niskog samopoštovanja, problema u partnerskim odnosima i brojnim drugim poremećajima, a sve značajnije mjesto zauzima i u psihodermatologiji.²²

Osnovna karakteristika BKT-a jest strukturirana terapija, usmjerena na problem koji je precizno definiran.²⁵ Cilj terapije je željena promjena ponašanja, a ciljevi su konkretni i jasni, mjerljivi, ostvarivi i oblikovani u pozitivnim terminima. Ciljevi terapije nisu ciljevi terapeuta, već ciljevi u skladu sa stajalištima i vrijednostima pacijenta te ih je potrebno definirati na samom početku liječenja u dogovoru s pacijentom.²⁵ Terapija je zasnovana na edukacijskom modelu jer je većina emocionalnih i ponašajnih reakcija naučena. Kroz liječenje se pomaže pacijentu naučiti nove načine ponašanja i uvježbavati ih.

Od bihevioralnih tehnika u dječjoj i adolescentnoj psihodermatologiji najčešće se koriste tehnike relaksacije, tehnike distrakcije i tehnike prekidanja navika. Tehnike relaksacije uključuju usmjeravanje pažnje na nešto smirujuće što dovodi do opuštanja tijela i uma, poput abdominalnog disanja, progresivne mišićne relaksacije i tehnike vizualizacije. Brojne su metode prikladne za korištenje i kod najmanje djece te se uče kroz igru. Tehnika prekidanja navike (engl. *habitual rever-*

sal training, HRT) uvježbava nepoželjna ponašanja, primjerice, čupkanje kose, grickanje noktiju, češanje i slično, zamijeniti poželjnim ponašanjima.²⁷ HRT se uvježbava kroz nekoliko faza.²⁷ U prvoj fazi osoba mora osvijestiti situacije kada se ponašanje javlja kroz vođenje dnevnika aktivnosti. U drugoj fazi potrebno je razviti drugo ponašanje, odnosno „ruke zaposliti na drugi način“. Primjerice, umjesto da se češem, stiskam gumenu lopticu, gladim kožu ili slično. Treća faza se obično odrađuje zajedno s prvim dvjema, a to je razvijanje dodatne kontrole, na primjer, nositi duge rukave ili nositi svilene rukavice da se smanji grebanje kože. Četvrta faza uključuje uvježbavanje tehnika relaksacije, dok peta faza uključuje podršku okoline. Treća, četvrta i peta faza uvježbavaju se istovremeno od samog početka uvježbavanja terapijske tehnike.

Kognitivne tehnike su usmjerene na osvješćivanje i promjenu disfunkcionalnih obrazaca mišljenja.^{22,23} Osobe s kroničnim bolestima kože često imaju „teške“ misli, primjerice, „ovo nikada neće proći“, „izgledam grozno“, „on me izbjegava“, „sve je to zbog moje kože“. Često izbjegavaju socijalne kontakte zbog negativnih misli: „odvratan sam“ ili „nitko ne želi biti sa mnom“ i slično, što dodatno pojačava emocije usamljenosti i tuge. Kroz cijeli niz tehnika uvježbava se prepoznati negativne automatske misli i odgovoriti na njih prihvatljivijim, adaptivnijim odgovorom.^{22,23} Kroz terapiju radi se na jačanju samopoštovanja, što je posebno značajno za dječju i adolescentnu dob.^{22,23}

Zadnjih desetljeća razvija se novi pravac unutar BKT-a koji je, umjesto na sadržaj misli, usmjeren na procese mišljenja. Tijekom terapije osobe postaju svjesne svojih misli i prihvaćaju ih bez osuđivanja. U terapiji se teži promjeni načina mišljenja, a ne promjeni sadržaja misli. Treći val BKT-a uključuje sljedeće tehnike: kognitivnu terapiju temeljenu na *mindfulnessu* (engl. *mindfulness based cognitive therapy*, MBCT)²⁸, terapiju prihvaćanjem i posvećenošću (engl. *acceptance and commitment therapy*, ACT)²⁹, terapiju usmjerenu na suosjećanje (engl. *compassion focused therapy*, CFT).³⁰ Nove tehnike se sve više koriste u dermatologiji.^{31–33} Kroz uvježbavanje *mindfulnessa* (usredotočene svjesnosti, pomnosti) u terapiji svrbeža poriv za češanjem promatramo kao tjelesnu senzaciju koja nastaje, pojačava se i smanjuje te sam akt češanja nastojimo odgoditi i bolje kontrolirati.³¹ Razvijati i usvojiti suosjećanje prema sebi kroz tehnike CFT-a važno je tijekom procesa odrastanja.³⁰ Osjećaj krivnje zbog bolesti često je prisutan kod oboljelih. Oni trebaju prihvatiti da nisu krivi za to što su bolesni, ali su odgovorni što će dalje s time.³⁰

Zaključak

Značaj psihodermatologije u liječenju kroničnih bolesti kože dječje i adolescentne dobi izniman je. Kro-

nične bolesti kože imaju velik utjecaj na kvalitetu života oboljele osobe te često u oboljelih izazivaju osjećaj srama, niskog samopoštovanja i izostanka kontrole nad svojim životom te razvoja anksioznosti i depresije. Klasičan dermatološki pristup – postavljanje dijagnoze i propisivanje odgovarajuće dermatološke terapije često nije dovoljno. Osnova psihodermatološkog pristupa jest izgraditi dobar terapijski odnos s oboljelom osobom i roditeljima te prenijeti na njih otvoren, suosjećajan i pozitivan stav prema sebi te pružiti podršku i vjeru u liječenje. Osim edukacije i savjetovanja o bolesti, sve više se kao dio dermatološke terapije koristi i psihoterapija koja pomaže bolesnicima da se lakše suoče s bolesti i da smanje utjecaj bolesti na kvalitetu života.

LITERATURA

1. Poot F, Sampogna E, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Dermatol Venereol*. 2007;21:227–34.
2. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in clinical practice: main principles. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(217):30–4.
3. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: Basic Concepts. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(217):35–7.
4. Azambuja RD. The need of dermatologists, psychiatrists and psychologists joint care in psychodermatology. *An Bras Dermatol*. 2017;92(1):63–71.
5. Franca K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):842–3.
6. Musaph H: *Psychodermatology*. U: Hill OW, ur. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London, Butterworths; 1976, str. 457–72.
7. Chiriac A, Brezenski P, Pinteala T, Chiriac AE, Foia L. Common psychocutaneous disorders in children. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:333–7.
8. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzos G. Psychocutaneous disease. Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:779–91.
9. Sampalo DG, Grant JE. Body focused repetitive behaviors and the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2018;36(6):723–7.
10. Al-Sarraf A, Khatib Y, Corazza O. The interaction between skin and mind: the case of body dysmorphic disorder. *Res Adv Psychiatr*. 2018;5(2):38–42.
11. Fisher JD. Emergency department presentation of 'delusional parasitosis by proxy'. Delusional parent, injured child. *Am J Emerg Med*. 2019;37(9):1806.e1–1806.e2.
12. Silverberg J. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2019;123:144–51.
13. Capozza K, Gadd H, Keley K, Russell S, Shi V, Schwartz A. Insights From Caregivers on the Impact of Pediatric Atopic Dermatitis on Families: "I'm Tired, Overwhelmed, and Feel Like I'm Failing as a Mother". *Dermatitis*. 2020;31(3):223–7.
14. Vivar KL, Kruse L. The impact of pediatric skin disease on self-esteem. *Int J Womens Dermatol*. 2018;4(1):27–31.
15. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. Experiences of appearance-related teasing and bullying in skin diseases and their psychological sequelae: results of a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2008(3):430–6.

16. *Oliveira C, Torres T.* More than skin deep: the systemic nature atopic dermatitis. *Eur J Dermatol.* 2019;29:250–8.
17. *Reichenberg JS, Kroumpouzos G, Magid M.* Approach to a psychodermatology patient. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153(4):494–6.
18. *Poot F.* Doctor-patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction. *J Eur Dermatol Venereol.* 2009;23:1233–9.
19. *Goleman D.* Emocionalna inteligencija. 10. Izdanje. Zagreb: Mozaik knjiga; 2020.
20. *Pustišek N, Šitum M, Vurnek Živković M, Ljubojević Hadžavdić S, Vurnek M, Niseteo T.* The significance of structured parental educational intervention on childhood atopic dermatitis: a randomized controlled trial. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(5):806–12.
21. *Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzos G.* Psychocutaneous disease: pharmacotherapy and psychotherapy. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:795–808.
22. *Revankar RR, Revankar NR, Balogh EA, Patel HA, Kaplan SG, Feldman SR.* Cognitive behavior therapy as dermatological treatment: a narrative review. *Int J Womens Dermatol.* 2022;8(4):e068.
23. *Wright JH.* Cognitive behavior therapy: Basic principles and recent advances. *FOCUS.* 2006;4(2):173–8.
24. *Fenn K, Byrne M.* The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT.* 2013;6(9), 579–85.
25. *Beck JS.* Kognitivna terapija. Zagreb: Naklada Slap; 2011.
26. *Clarke A, Thompson AR, Jenkinson E, Rumsey N, Newell R.* CBT for appearance anxiety. *Psychosocial Intervention for anxiety due to visible difference.* 1. izd. West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2014.
27. *Dunbar AB, Magid M, Reichenber JS.* Habit reversal training for body focused repetitive behaviors. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153(4):557–66.
28. *Kabat-Zinn J.* Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2003;10:144–56.
29. *Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG.* Acceptance and commitment therapy. *The process and practice of mindfull change.* 2. izdanje. New York: The Guilford press; 2012.
30. *Gilbert P.* The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014;53(1):6–41.
31. *Montgomery K, Norman P, Messenger AG, Thompson AR.* The importance of mindfulness in psychosocial distress and quality of life in dermatology patients. *Br J Dermatol.* 2016;175:930–6.
32. *Kennedy C.* Mindfulness and dermatology. *Int J Dermatol.* 2016;55(12):1417–8.
33. *Montgomery K, Thompson AR.* The potential role of mindfulness in psychosocial support for dermatology patients. *Clin Dermatol.* 2018;36(6):743–7.