

Kortikofobija u pedijatrijskoj praksi – izazovi i strategije u primjeni lokalnih kortikosteroida

Arnes Rešić^{1,2}, Sanita Maleškić Kapo³, Nives Pustišek^{1,4}

Kortikofobija, definirana kao pretjerani strah, zabrinutost ili nepovjerenje prema primjeni kortikosteroida, česta je u pedijatrijskoj praksi, osobito u liječenju atopijskog dermatitisa. Iako su topikalni kortikosteroidi temelj protuupalnog liječenja atopijskog dermatitisa te su, uz pravilnu primjenu, učinkoviti i sigurni, strahovi roditelja i pacijenata često dovode do nedovoljnog ili nepravilnog korištenja, što posljedično rezultira slabijom kontrolom bolesti. Najčešće brige uključuju mogućnost stanjivanja kože, imunološke supresije, usporavanja rasta te pojave „ovisnosti o steroidima“, pri čemu značajan utjecaj imaju informacije s interneta, društvenih mreža te savjeti iz okoline.

Kortikofobija je jednako prisutna i među zdravstvenim djelatnicima, osobito farmaceutima i liječnicima obiteljske medicine, što dodatno doprinosi nedosljednim preporukama i nesigurnosti roditelja. TOPICOP ljestvica, validirani instrument za procjenu kortikofobije, omogućuje prepoznavanje specifičnih uvjerenja i briga koje utječu na adherenciju.

Prema literaturi, kortikofobija je prisutna u 21–77 % roditelja djece s atopijskim dermatitisom te u 36–84 % odraslih bolesnika. Ključne intervencije za njezino smanjivanje uključuju strukturiranu edukaciju, demonstraciju pravilne primjene topikalnih pripravaka, jasne i usklađene preporuke zdravstvenih djelatnika te emocionalnu potporu roditeljima. Izgradnja povjerenja i personalizirana komunikacija često imaju veći učinak od pukog informiranja o sigurnosti lijekova.

Uspješno prepoznavanje i ciljano smanjivanje kortikofobije ključno je za postizanje dobre adherencije i optimalnih terapijskih ishoda u djece s atopijskim dermatitisom. Strah treba pretvoriti u znanje, a edukaciju u sastavni dio liječenja kako bi se osigurala učinkovita i sigurna primjena lokalnih kortikosteroida.

Ključne riječi: PRIDRŽAVANJE LIJEČENJA; DERMATITIS, ATOPIJSKI; DIJETE; PRIMJENA, TOPIKALNA

¹Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju, Klaićeva 16, 10000 Zagreb

²Fakultet zdravstvenih znanosti Sveučilišta u Splitu

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Sarajevu, Čekaluša 90, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina

⁴Hrvatsko katoličko sveučilište, Zagreb

UVOD

Fobija (grč. *phóbos* – strah, bijeg) označava izražen i trajan strah, najčešće prekomjeran ili neopravdan, koji se javlja u očekivanju specifičnog objekta ili situacije. Fobični strah može biti potaknut različitim podražajima (životinjama, osobama, situacijama, aktivnostima, postupcima i dr.) te je često praćen negativnim osjećajima i uvjerenjima. Fobije se susreću i u kontekstu primjene lijekova, kako lokalnih tako i sustavnih, i to ne samo među pacijentima i roditeljima nego i među zdravstvenim djelatnicima. U farmakoterapiji se fobični strahovi najčešće odnose na sigurnosni profil lijekova.

Kortikofobija označava pretjeranu zabrinutost, strah, nepovjerenje ili nevoljkost u korištenju kortikosteroida među pacijentima, njihovim roditeljima/skrbnicima te zdravstvenim djelatnicima. Ona odražava negativna uvjerenja i osjećaje povezane sa sigurnosnim profilom kortikosteroida, unatoč njihovoj dokazanoj učinkovitosti i sigurnosti pri pravilnoj primjeni.

Prirodni i sintetski kortikosteroidi (glukokortikoidi) primjenjuju se u liječenju niza bolesti (1). Najčešće se koriste u terapiji upalnih, alergijskih i imunoloških poremećaja te za postizanje kontrolirane imunosupresije kod bolesnika nakon transplantacije organa. Primjenjuju se i u dijagnostici i određivanju uzroka Cushingova sindroma te u liječenju adrenalne insuficijencije. U određenim akutnim i životno ugrožavajućim situacijama, poput anafilaktičke reakcije, septičkog šoka ili sindroma aktivacije makrofaga, liječnici ponekad posežu za visokim dozama kortikosteroida. Iako dokazi o njihovoj učinkovitosti u tim stanjima nisu uvijek jednoznačni, primjena može biti opravdana potencijalnim koristima. Kortikosteroidi su lako dostupni, brzo djeluju i općenito se dobro podnose kada se koriste kratkotrajno i u niskim dozama. Ipak, zbog širokog spektra mogućih nuspojava i kumulativne toksičnosti, njihova se sustavna primjena treba ograničiti na jasno definirane i klinički opravdane situacije.

Kortikofobija je prisutna i pri sustavnoj i pri lokalnoj primjeni kortikosteroida. Lokalni kortikosteroidi (LK) predstavljaju zlatni standard u liječenju brojnih upalnih i autoimunih bolesti kože, uključujući i atopijski dermatitis (AD) (2). Unatoč snažnim

dokazima koji potvrđuju njihovu protuupalnu učinkovitost i dugoročnu sigurnost uz pravilnu primjenu, pacijenti često razvijaju strah od njihove uporabe.

U ovom radu naglasak je stavljen na kortikofobiju povezanu s lokalnom primjenom kortikosteroida u liječenju AD.

LOKALNA PRIMJENA KORTIKOSTEROIDA U KOŽNIM BOLESTIMA

Kad god je moguće, preporučuje se lokalna primjena kortikosteroida jer omogućuje visoku koncentraciju lijeka na mjestu bolesti uz manji rizik sistemskih nuspojava. Lokalna primjena obuhvaća topikalnu terapiju kod upalnih dermatitoza, inhalacijsku primjenu u liječenju astme te intraartikularne injekcije kod pojedinih reumatoloških stanja.

Stupanj apsorpcije topikalno primijenjenih glukokortikoida razlikuje se ovisno o brojnim čimbenicima, uključujući lokalizaciju na koju se lijek nanosi, integritet kožne barijere, debljinu rožnatog sloja, prisutnost pomoćnih tvari koje potiču prodiranje lijeka te eventualnu primjenu okluzivnog povića, koji dodatno povećava apsorpciju. Sistemska apsorpcija LK veća je na upaljenoj nego na neoštećenoj koži, a osobito je izražena u dojenčadi zbog tanjeg stratum corneuma u odnosu na odrasle. Područja s tankom epidermom znatno su propusnija od regija s debljom kožom, što dodatno povećava rizik sistemske izloženosti (3).

LK imaju ključnu ulogu u liječenju brojnih upalnih i autoimunih kožnih bolesti, poput AD-a, alergijskog kontaktnog dermatitisa, radijacijskog dermatitisa, psorijaze, vitiliga, lichen planusa i diskoidnog lupusa. Djeluju putem više mehanizama, uključujući protuupalni, antiproliferativni i imunosupresivni učinak (4).

LK dostupni su u različitim farmaceutskim oblicima (mast, krema, losion, gel, pjena), a izbor odgovarajuće formulacije ključan je za učinkovitost terapije i smanjenje rizika nuspojava. Formulacije sadrže različite sastojke, poput emolijensa, humektansa, emulgatora, otapala i konzervansa, koji osiguravaju stabilnost pripravka i adekvatan prodor lijeka u kožu. Primjeren oblik omogućuje brži ulazak lijeka u epidermis, jednostavniju pri-

mjenu i bolju prihvaćenost, dok pogrešan izbor može smanjiti terapijski učinak ili čak pogoršati simptome.

- **Masti** su najokluzivnije i omogućuju najveću apsorpciju lijeka, zbog čega su korisne za suhe i zadebljane lezije, iako ih pacijenti često slabije prihvaćaju zbog masne teksture, osobito na većim ili dlakavim površinama.
- **Kreme** se lako nanose, dobro podnose i prikladne su za većinu akutnih i subakutnih ekcematoznih promjena; po potentnosti se nalaze između masti i losiona.
- **Losioni** su tekući pripravci koji hlade i suše kožu, prikladni su za vlažne i eksudirajuće lezije te za primjenu na velikim ili dlakavim područjima, poput vlasišta.
- **Gelovi** se brzo upijaju i osobito su korisni u regijama s gustom dlakom, no pripravci s alkoholom mogu izazvati pečenje na oštećenoj koži.
- **Pjene** se vrlo lako nanose, dobro raspoređuju i često su najbolje prihvaćene među pacijentima, osobito kod upaljene kože i kod dermatitoza vlasišta, što može znatno poboljšati adherenciju.

U pravilu se preporučuje započeti s najslabijim djelotvornim pripravkom i koristiti ga najkraće potrebno razdoblje. Temeljna načela pravilne primjene uključuju dosljedno i tehnički ispravno nanošenje lijeka te edukaciju roditelja o načinu korištenja.

Primjena kortikosteroidnih krema i masti zahtijeva pravilnu tehniku kako bi se postigao optimalan terapijski učinak i smanjio rizik nuspojava. Prije nanošenja potrebno je oprati ruke i nježno očistiti zahvaćeno područje, a kožu osušiti tapkanjem. Količina pripravka treba biti dovoljna da se u tankom sloju prekrije promijenjena koža. Kod većih površina liječnik može odrediti potrebnu količinu s pomoću „jedinice vrška prsta“ (FTU, engl. *adult fingertip unit*).

Pripravak se ravnomjerno nanosi i lagano utrljava dok se potpuno ne upije. Nakon primjene ruke treba ponovno oprati, osim ako se lijek nanosi upravo na šake. Od ključne je važnosti koristiti tanki sloj pripravka, čime se smanjuje mogućnost prekomjerne apsorpcije i rizik sistemskih nuspojava.

PRIMJENA LOKALNIH KORTIKOSTEROIDA U LIJEČENJU ATOPIJSKOG DERMATITISA

AD je česta kronično recidivirajuća upalna bolest kože praćena svrbežom, suhoćom i bolnošću, a pojavljuje se u osoba s atopijskom konstitucijom. Jedna je od najčešćih kožnih bolesti, s prevalencijom od 2–10 % u odraslih te do 20 % u djece. Klinička slika, ovisno o dobi bolesnika, najčešće uključuje suhu kožu, eritem i intenzivan svrbež (5).

Dijagnoza AD-a temelji se na kliničkoj slici uz procjenu težine bolesti spomoću standardiziranih kriterija. Najčešće se koriste Hanifin i Rajka kriteriji, „Millennium“ kriteriji te smjernice Američke akademije za dermatologiju (6–9). Za objektivnu evaluaciju aktivnosti bolesti danas su dostupni različiti validirani instrumenti, među kojima su SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD) i Eczema Area and Severity Index (EASI) najbolje proučeni i najpouzdaniji.

Osnova liječenja svakog bolesnika s AD-om uključuje opće mjere:

- edukaciju oboljelih i članova obitelji
- redovitu primjenu emolijensa
- prepoznavanje i izbjegavanje čimbenika koji pogoršavaju dermatitis.

Lokalna terapija AD-a sastoji se od primjene emolijensa i slabo potentnih LK u blažim slučajevima, dok se u težim oblicima primjenjuju visoko potentni LK ili lokalni inhibitori kalcineurina. Primjena LK predstavlja prvu liniju lokalnog protuupalnog liječenja, osobito u akutnoj fazi bolesti (8).

LK se obično primjenjuju dva puta dnevno, jedino se kortikosteroidi nove generacije (mometazon i metilpredizolon aceponat) primjenjuju jedan puta dnevno (9). Količina primijenjenog lijeka važan je čimbenik: pravilno doziranje osigurava dobar terapijski učinak, uz minimalan rizik nuspojava povezanih s prekomjernom primjenom.

S primjenom LK-a važno je započeti čim se pojave prvi znakovi upale. Najjednostavnija metoda za određivanje potrebne količine jest FTU. Količina pripravka istisnutog iz tube promjera 5 mm na jagodicu odraslog kažiprsta (od distalnog interfa-

langealnog zgloba do vrha prsta) iznosi približno 0,5 g, što je dovoljno za površinu veličine dvaju dlanova odrasle osobe.

LK mogu se primjenjivati i pod okluzijom. Okluzivni povoji dodatno hidratiziraju kožu te značajno povećavaju apsorpciju i potentnost pripravka. Vlažni povoji koriste se u težim akutnim egzacerbacijama, osobito u djece, radi bržeg postizanja terapijskog učinka. Riječ je o tehnici u kojoj se koža, na koju je prethodno nanesen lokalni pripravak (obično slabo do umjereno potentni LK, a u fazi regresije bolesti i emolijens), prekriva s dva sloja zavoja ili gaze: najprije vlažnim, a potom suhim slojem. Time se povećava prodiranje lijeka u kožu, smanjuje transepidermalni gubitak vode i sprječava grebanje kože.

Primjena LK u AD-u može biti reaktivna ili proaktivna.

- **Reaktivna terapija** podrazumijeva primjenu lokalne protuupalne terapije (LK ili inhibitora kalcineurina) samo na vidljive promjene, i to onoliko dugo koliko je potrebno kako bi se postigla regresija.
- **Proaktivna terapija** uključuje primjenu lokalne protuupalne terapije dvaput tjedno na prethodno zahvaćena područja, u kombinaciji s redovitim primjenom emolijensa. U ovom pristupu prednost se obično daje lokalnim inhibitorima kalcineurina. Proaktivna terapija može značajno smanjiti učestalost egzacerbacija AD-a. Ako se provodi s LK, može trajati do 20 tjedana (8).

POTENTNOST, DOZIRANJE I NUSPOJAVE LOKALNIH KORTIKOSTEROIDA

LK izazivaju vazokonstrikciju kože, a intenzitet ovog učinka dobro odražava njihovu jačinu. Stupanj vazokonstrikcije ujedno korelira s kliničkim protuupalnim učinkom, što se koristi kao osnova za razvrstavanje kortikosteroida u skupine potentnosti.

Prema jačini djelovanja, LK se dijele u četiri skupine:

- **blagi kortikosteroidi (skupina I):** npr. hidrokortizon 2,5 %;
- **srednje jaki kortikosteroidi (skupina II):** npr. alklometazon-dipropionat (krema, mast);

- **jaki kortikosteroidi (skupina III):** metilprednizolon-aceponat (krema, mast); mometazon (krema, mast, otopina za kožu); betametazon-dipropionat (krema, mast, otopina za kožu, sprej za kožu);
- **vrlo jaki kortikosteroidi (skupina IV):** npr. klobetazol (šampon).

Kombinirani pripravci jakih kortikosteroida i antibiotika uključuju betametazon s gentamicinom (krema, mast), betametazon sa salicilnom kiselinom (krema, mast, otopina), betametazon i vitamin D (gel, pjena, mast), te fusidatnu kiselinu s betametazonom (krema).

Odabir kortikosteroida prikladne potentnosti ovisi o lokalizaciji promjena, izraženosti upale i dobi bolesnika. Prosječne mjesečne količine umjereno teških LK koje se smatraju sigurnima iznose približno:

- **15 g** za dojenčad
- **30 g** za djecu
- **60-90 g** za adolescente i odrasle osobe (10, 11).

Potentni LK ne preporučuju se za primjenu na osjetljivim regijama poput lica, vrata, pregiba i genitalnog područja, gdje je apsorpcija znatno veća, a time i rizik sistemskih nuspojava.

Moguće lokalne nuspojave uključuju:

- stanjivanje kože (atrofiju)
- purpuru
- teleangiektazije
- strije
- pojačanu dlakavost (hipertriozu)
- akneiformne promjene
- reakcije nalik rozaceji (npr. steroidni dermatitis, perioralni dermatitis)
- depigmentaciju
- usporeno cijeljenje
- pogoršanje ili širenje postojećih infekcija kože.

Također se može razviti kontaktni dermatitis, kao i druge rjeđe nuspojave (12).

LIJEČENJE ATOPIJSKOG DERMATITISA PREMA TEŽINI BOLESTI

Kod blagih oblika AD-a (SCORAD <25; EASI 1,1-7,0), uz redovitu njegu kože emolijensima, izbje-

gavanje relevantnih čimbenika pogoršanja AD, edukaciju oboljelih/roditelja, tijekom pogoršanja provodi se lokalna protuupalna terapija LK-ima i lokalnim inhibitorima kalcineurina (takrolimus mast 0,03 % ili 0,1 %; pimekrolimus krema 1 %).

Kod srednje teških oblika AD-a (SCORAD 25–50; EASI 7,1–21), uz reaktivnu lokalnu protuupalnu terapiju (LK, često potentnije skupine i lokalni inhibitori kalcineurina), savjetuje se i proaktivna lokalna protuupalna terapija. Ukoliko lokalna terapija ne dovede do zadovoljavajućeg učinka, savjetuje se fototerapija (najčešće UVB uskog spektra; rjeđe UVA1 ili PUVA), odnosno sistemska terapija.

Kod teških oblika AD-a (SCORAD >50; EASI >21,1) koji slabo reagiraju na lokalnu terapiju i fototerapiju, odnosno bolest ima veliki utjecaj na kvalitetu života indicirano je sustavno imunosupresivno liječenje (ciklosporin, metotreksat, azatioprin ili mikofenolat mofetil).

Kod srednje teških i teških oblika koji ne reagiraju na lokalnu terapiju i/ili fototerapiju, koji ne postižu stabilan terapijski odgovor ili razvijaju nuspojave pri primjeni konvencionalnih sustavnih imunosupresiva, opravdano je uvođenje biološke terapije ili inhibitora Janus kinaze (JAK-inhibitora). Također, ako se nakon prekida sustavne konvencionalne terapije stanje ponovno pogorša, sljedeći terapijski korak jest prelazak na biološku terapiju ili JAK-inhibitore (5).

Razlike u pristupima liječenju AD, kao i stavovi zdravstvenih djelatnika prema LK, utječu na kliničko odlučivanje i, u konačnici, na terapijske ishode. Ovi čimbenici, uz dezinformacije široko dostupne na internetu, mogu biti glavni uzrok neadekvatne adherencije i rezultirati neuspjehom u liječenju bolesnika s AD-om.

KORTIKOFBIJA KOD PRIMJENE LOKALNIH KORTIKOSTEROIDA U LIJEČENJU ATOPIJSKOG DERMATITISA

Kortikofobija kao pojava javlja se ne samo među bolesnicima, njihovim roditeljima i skrbnicima, nego i među zdravstvenim djelatnicima. Riječ je o široko rasprostranjenom fenomenu koji značajno utječe na odluke o liječenju i terapijske ishode.

Slaba adherencija ili pogrešna primjena među najčešćim su uzrocima neadekvatnog odgovora na liječenje AD-a. Na adherenciju utječu različiti čimbenici, uključujući strah od nuspojava, prethodna negativna iskustva s topikalnim pripravcima, financijski trošak terapije te nedovoljnu edukaciju roditelja o prirodi dermatološke bolesti i očekivanom tijeku poboljšanja. Kortikofobija je osobito izražena među roditeljima djece s AD-om te uvelike određuje dosljednost primjene LK-a.

Ljekarnici i liječnici obiteljske medicine imaju ključnu ulogu u pružanju informacija o lokalnoj primjeni kortikosteroida, a njihove preporuke i stavovi snažno utječu na percepciju pacijenata. Laka dostupnost informacija putem interneta i društvenih mreža dodatno pridonosi širenju zabrinutosti, često zbog netočnih i senzacionalističkih sadržaja o neželjenim učincima kortikosteroida. Strah od kortikosteroida univerzalan je i složen problem te jedan od glavnih razloga nedovoljne kontrole bolesti i neadekvatnih terapijskih ishoda.

Za poboljšanje adherencije nužna je dodatna edukacija zdravstvenog osoblja o racionalnoj, učinkovitoj i sigurnoj primjeni ovih lijekova, kao i jačanje komunikacijskih vještina kako bi se roditeljima i pacijentima pružile jasne, dosljedne i znanstveno utemeljene informacije. Smatra se kako je nedovoljna edukacija o pravilnoj uporabi i dobrobitima lokalnih kortikosteroida glavni pokretač kortikofobije.

Važno je razumjeti što najviše zabrinjava roditelje pri primjeni LK. Najčešće uvjerenje jest kako će kortikosteroidi nepovratno stanjiti kožu (13). U pedijatrijskoj populaciji roditelji često izražavaju i strah od imunološke supresije te usporavanja rasta. Velik broj roditelja ističe obitelj, prijatelje i internet kao glavne „izvore informacija“ (13). U jednoj studiji na 300 pacijenata s AD-om, čak 81 % roditelja smatralo je da prednosti LK ne nadmašuju njihove nedostatke, a mnogi su izražavali zabrinutost zbog primjene „previše kreme“ (14).

Mnogi bolesnici i roditelji ne iznose otvoreno svoju zabrinutost, ali je pokazuju kroz ponašanje – smanjivanje doze, izbjegavanje primjene, prečesto traženje potvrde liječnika. Pritom se pokazuje kako samo povećanje količine informacija ne mora biti dovoljno za smanjenje strahova, jer je kortikofobija u velikoj mjeri emocionalno, a ne isključivo racionalno uvjetovan fenomen.

Iako su LK sigurni i učinkoviti uz pravilnu primjenu, prema podacima iz literature strah od njihove uporabe prisutan je u 21–77 % roditelja djece s AD-om te u 36–84 % odraslih bolesnika (15). U sustavnom pregledu 16 studija Li i suradnici pokazali su zabrinjavajući porast kortikofobije – iz raspona 21 % na čak 83,7 % u novijim istraživanjima (16).

TOPICOP LJESTVICA I ISTRAŽIVANJA KORTIKOFBIJE

Procjena stupnja kortikofobije važan je korak u razumijevanju adherencije i optimizaciji liječenja AD-a. TOPICOP je prva validirana ljestvica razvijena za procjenu kortikofobije u odraslih bolesnika i roditelja djece s AD-om (17). Riječ je o standardiziranom instrumentu koji procjenjuje specifična uvjerenja, brige i ponašanja povezana s primjenom LK. Sastoji se od 12 tvrdnji koje zahvaćaju dvije glavne dimenzije: *brige* i *uvjerenja*. Cilj ljestvice nije procijeniti opravdanost tih briga, nego odrediti u kojoj mjeri one utječu na adherenciju.

Skala je razvijena u Francuskoj, no njezine dimenzije nisu kulturološki specifične, što omogućuje međunarodnu primjenu uz lingvističku i kulturološku adaptaciju. Engleska verzija već je dostupna i ocijenjena od strane stručnog panela, čime se olakšava korištenje u međunarodnim istraživanjima. TOPICOP omogućuje kliničarima prepoznavanje konkretnih barijera koje ometaju pravilnu primjenu terapije te individualizaciju komunikacije s pacijentom ili roditeljem. Ovaj validirani alat može pomoći u smanjenju strahova i briga te poboljšanju terapijskih ishoda (17).

PREGLED ISTRAŽIVANJA KORTIKOFBIJE U PACIJENATA

Dostupni podaci o kortikofobiji u pacijenata, roditelja/skrbnika i zdravstvenih djelatnika te o njezinoj utjecaju na liječenje i dalje su relativno oskudni. Međutim, postoje jasni dokazi kako je kortikofobija vrlo česta, a jedan od najvažnijih čimbenika njezine prisutnosti jest neadekvatna komunikacija ili nesigurnost zdravstvenih djelatnika u vezi s propisivanjem i primjenom LK.

Istraživanja pokazuju kako kortikofobija nije samo posljedica nedostatka znanja, već i rezultat emo-

cionalnih uvjerenja, proturječnih savjeta te jakog utjecaja dezinformacija iz okoline. Više recentnih studija potvrđuje kako se kortikofobija može održavati i širiti unatoč edukacijskim intervencijama, što ukazuje na važnu psihološku komponentu problema.

Studije također pokazuju kako mlađi pacijenti iskazuju veće stope kortikofobije, vjerojatno zbog zabrinutosti oko mogućih komplikacija terapije. Ovo oklijevanje predstavlja značajan klinički izazov jer može kompromitirati terapijsku učinkovitost unatoč dobro utvrđenom sigurnosnom profilu pravilno primijenjenih LK (18).

Utjecaj kortikofobije na liječenje je znatan. Njegovatelji često koriste nedovoljnu količinu pripravka, izbjegavaju nanošenje na osjetljiva područja poput lica ili prerano prekidaju terapiju čim primijete blago poboljšanje (19). Takvo nepridržavanje doводи do ponovljenih i težih pogoršanja bolesti, produljene patnje djeteta i, posljedično, potrebe za snažnijim sistemskim tretmanima, koji nose vlastiti rizik.

Određeni čimbenici povezani su s većom vjerojatnošću pojave kortikofobije. Roditelji djece s kroničnim i vidljivim dermatološkim stanjima pokazuju višu razinu straha u usporedbi s roditeljima djece s akutnim kožnim bolestima. Demografski trendovi pokazuju kako žene i mlađi roditelji češće iskazuju zabrinutost nego muškarci ili stariji roditelji. Učinak obrazovanja je složen: iako se očekuje da više obrazovanje smanjuje strah, neke studije sugeriraju kako obrazovaniji roditelji iskazuju veću zabrinutost, vjerojatno zbog veće izloženosti internetu i dezinformacijama (20).

Studija *Hrin i sur.* (2022.) pokazala je kako čak ni detaljna edukacija ni prezentacija podataka o sigurnosti topikalnih kortikosteroida ne dovode nužno do boljeg pridržavanja, jer strah od steroida ima snažnu emocionalnu i psihološku komponentu. Autori zaključuju kako informiranje samo po sebi nije dovoljno za smanjenje straha (21).

Smith i sur. (2017.) naglašavaju kako poruke o navodnim rizicima topikalnih steroida, koje pacijenti dobivaju od obitelji, prijatelja i putem interneta, snažno oblikuju percepciju sigurnosti terapije te su jedan od ključnih čimbenika loše adherencije, osobito u roditelja djece s AD-om (14). *O'Connor i Murphy* (2021.) dodatno ističu kako su obitelji

djece s AD-om posebno ranjive na dezinformacije zbog snažne želje za učinkovitim liječenjem. Prečesto traženje informacija na internetu i društvenim mrežama izlaže ih pogrešnim i zastrašujućim porukama o steroidima (22).

Contento i sur. (2021.) utvrdili su kako je steroidna fobija vrlo česta i neovisna o vrsti ili težini bolesti te da su najučinkovitije intervencije one koje uključuju praktičnu demonstraciju, edukativne materijale i videoprikaze, koji dokazano smanjuju strah i poboljšavaju adherenciju (23). *Johnson Girard i sur.* (2020.) ističu kako pacijenti često primaju proturječne informacije od dermatologa, liječnika obiteljske medicine i farmaceuta, dok dodatni utjecaj društvenih mreža i medija dodatno produbljuje strah (24).

Studija *Millard i Stratmana* (2019.) ukazuje na postojanje značajnog jaza u znanju i pristupu između dermatologa i farmaceuta, što dovodi do nedosljednih preporuka koje pacijenti dobivaju. Autori naglašavaju potrebu za dodatnom edukacijom i bolju komunikaciju među stručnjacima (25).

Konačno, *Lee i sur.* (2015.) potvrđuju kako su najčešći izvori dezinformacija internet, televizija i društvene mreže te kako pacijenti tim izvorima često pridaju veću težinu nego stručnim preporukama zdravstvenih djelatnika, što dodatno pridonosi strahu i izbjegavanju liječenja (26).

KORTIKOFBIJA MEĐU ZDRAVSTVENIM DJELATNICIMA

Osim među roditeljima i odraslim pacijentima, kortikofobija je istaknuta i među zdravstvenim djelatnicima. Istraživanja pokazuju kako je strah od primjene LK izražen upravo među profesionalcima koji su često prvi kontakt s pacijentima.

Rezultati istraživanja *Lambrechts i sur.* iz 2019. godine pokazuju kako je ukupna razina kortikofobije među zdravstvenim profesionalcima slična onoj u općoj populaciji pacijenata, a u farmaceuta i liječnika obiteljske medicine čak i izraženija (27). U istraživanju je sudjelovao 391 zdravstveni djelatnik: 118 farmaceuta, 100 pedijatar, 81 liječnik obiteljske medicine i 92 dermatologa. Prosječna ukupna vrijednost TOPICOP rezultata iznosila je

41,9 ± 14,9 %, što ukazuje na značajnu prisutnost kortikofobije među zdravstvenim profesionalcima, a ne samo među roditeljima i pacijentima.

Razina kortikofobije procjenjivana je korištenjem prilagođenog TOPICOP upitnika koji obuhvaća 12 tvrdnji o uvjerenjima, strahovima i oklijevanju u primjeni LK, pri čemu viši rezultat označava izraženiju fobiju. Odgovori su ocjenjivani četverostupanjskom Likertovom ljestvicom. Studija je provedena 2015. godine na dermatološkim skupovima u Flandriji, gdje su zdravstveni djelatnici dobrovoljno ispunjavali upitnike prije početka predavanja.

Prosječni TOPICOP rezultat od 41,9 % upućuje na umjerenu razinu kortikofobije među zdravstvenim djelatnicima. Najviše su vrijednosti zabilježene u domenama znanja-uvjerenja i briga, dok su promjene u ponašanju bile manje izražene. Farmaceuti i liječnici obiteljske medicine iskazivali su najvišu razinu kortikofobije, pedijatri umjerenu, a dermatolozi najnižu (prosječno 32,3 %). Razlike između skupina bile su statistički značajne, pri čemu su se dermatolozi jasno razlikovali od ostalih, što odražava njihovo šire iskustvo i veću sigurnost u primjeni LK.

Strahovi su se razlikovali među profesijama: farmaceuti i pedijatri najviše su se bojali oštećenja kože, dok su liječnici obiteljske medicine i dermatolozi isticali rizik sekundarnih infekcija. Primjena LK na osjetljivim regijama, osobito na kapcima, bila je čest izvor zabrinutosti u svim skupinama. U svakodnevnoj praksi većina je profesionalaca savjetovala prekid terapije čim se postigne poboljšanje, dok su dermatolozi najdosljednije poticali racionalnu i pravilnu primjenu pripravaka.

Primjena kortikosteroida u dojenčadi najčešće se obeshrabrivala među liječnicima obiteljske medicine, a u manjoj mjeri i među farmaceutima i pedijatrima. Preporuke o trajanju terapije bile su neujednačene: većina dermatologa, farmaceuta i obiteljskih liječnika savjetovala je primjenu do potpunog povlačenja promjena, dok su pedijatri često ograničavali terapiju na tjedan dana. Znanje o pravilnom doziranju, uključujući FTU metodu, bilo je skromno u svim skupinama, osobito među pedijatrima (27).

U istraživanju provedenom u Nizozemskoj, koje je uključivalo 407 zdravstvenih djelatnika različitih

profila (liječnike opće prakse, liječnike školske medicine, pedijatre, dermatologe, farmaceute i farmaceutske tehničare), korišten je validirani TOPICOP upitnik i scenariji kliničkih slučajeva (28). Rezultati su pokazali kako liječnici opće prakse i pedijatri češće propisuju manje potentne LK u odnosu na dermatologe, koji su konzervativan pristup primijenili u samo 9 % slučajeva. Također su uočene velike razlike u preporukama o načinu primjene i potrebnoj količini lijeka. Kortikofobija je bila izraženija među liječnicima opće prakse, školskim liječnicima i ljekarničkim osobljem u odnosu na dermatologe. Viši rezultati kortikofobije bili su povezani s propisivanjem manje potentnih kortikosteroida te s percepcijom duljeg trajanja jedne tube lijeka.

Razlike u pristupima liječenju mogu se djelomično objasniti različitim radnim kontekstima. Liječnici opće prakse rjeđe susreću pacijente s težim oblicima AD-a nego dermatolozi te češće započinju terapiju manje potentnim pripravcima, uz postupno intenziviranje liječenja. Kvalitativna istraživanja pokazuju kako liječnici opće prakse nerijetko izražavaju nesigurnost u procjeni potrebne količine topikalnog pripravka i nedostatak samopouzdanja pri propisivanju potentnih kortikosteroida (29).

Literaturni podaci također pokazuju kako zdravstveni djelatnici rjeđe preporučuju primjenu LK kod dojenčadi i bolesnika s težim oblicima AD-a nego kod adolescenata s blažim oblicima bolesti. Veća zabrinutost proizlazi iz straha od perkutane apsorpcije i mogućih nuspojava potentnih kortikosteroida (30).

Sve ove nesigurnosti upućuju na to da se strategije liječenja i edukacija pacijenata među različitim skupinama zdravstvenih djelatnika često razlikuju od važećih kliničkih smjernica, osobito među profesionalcima koji nisu dermatolozi. Nepridržavanje smjernica rezultat je složene interakcije stavova, te kognitivnih i okolišnih čimbenika, uključujući nedostatak znanja, neslaganje s preporukama, nisku samoefikasnost, skepticizam prema očekivanim ishodima, inerciju prakse i organizacijska ograničenja (31). Budući da su ove prakse istražene još uvijek u ograničenoj mjeri, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se detaljnije razumjeli uzroci i posljedice.

Zajednički, ove studije jasno ukazuju na potrebu za usklađenom, jasnom i praktično usmjerenom edukacijom pacijenata i zdravstvenih djelatnika, s ciljem smanjenja straha od liječenja i poboljšanja adherencije.

JAČANJE ULOGE LJEKARNIKA U LIJEČENJU ATOPIJSKOG DERMATITISA

Ljekarničko osoblje predstavlja važan čimbenik u liječenju AD-a i može biti ključan saveznik roditeljima u prevladavanju kortikofobije pružanjem ciljane edukacije i personaliziranoga savjetovanja. Ipak, pokazalo se kako postupanje s receptima za LK u ljekarnama ponekad rezultira izdavanjem manje količine lijeka od propisane, a nerijetko i izdavanjem drugačijeg pripravka od onog koji je liječnik preporučio. Negativne ili oprečne poruke o LK, izrečene u ljekarni, također mogu negativno utjecati na adherenciju i posljedično na učinkovitost liječenja (32).

Stoga je ključno da savjetodavni rad ljekarničkog osoblja bude oslobođen osobnih predrasuda o LK. Ovo upućuje na potrebu za ciljanim obrazovnim programima namijenjenima ljekarnicima, kako bi se osiguralo pružanje dosljednih i znanstveno utemeljenih informacija pacijentima i njihovim skrbnicima. Uz minimalna ulaganja vremena i sredstava mogu se postići značajna klinička poboljšanja, osobito ako se ljekarnike dodatno educira o kortikofobiji i ako se u njihovu radu naglasi važnost jasnog i podržavajućeg savjetovanja (33).

Sve navedeno naglašava potrebu za standardiziranim, na dokazima utemeljenim pristupima liječenju AD u svim zdravstvenim disciplinama. S obzirom na jasnu povezanost između kortikofobije i nedovoljno provedenog liječenja, obrazovne intervencije usmjerene na pogrešne predodžbe o sigurnosti LK mogle bi značajno poboljšati ishode liječenja (34). Buduća bi istraživanja trebala obuhvatiti razvoj i evaluaciju ciljanih edukacijskih programa za zdravstvene djelatnike različitih profila, s posebnim naglaskom na ljekarnička okruženja.

TERAPIJSKE INTERVENCIJE ZA SMANJENJE KORTIKOFBIJE

Nepridržavanje propisane terapije, koje često proizlazi iz mitova i zabluda o LK, jedan je od ključnih čimbenika pogoršanja AD-a. Loša adherencija izravno dovodi do češćih egzacerbacija, što kod pacijenata i njihovih roditelja izaziva frustraciju, osjećaj bespomoćnosti i dodatno narušava kvalitetu života. Unatoč dostupnosti učinkovite terapije, terapijski ishodi ostaju nezadovoljavajući zbog straha i nedovoljnog povjerenja u liječenje.

U radu s pacijentima i roditeljima ključno je najprije saznati što ih najviše brine i iskreno poslušati njihove strahove. Važno je poštovati njihovo mišljenje i naglasiti kako odluka o liječenju uvijek ostaje njihova, ali istodobno ponuditi stručno, jasno i empatično objašnjenje koje može smanjiti zabrinutost i poboljšati adherenciju. Izgradnja povjerenja često ima veći učinak od pukog pružanja informacija.

Za učinkovito upravljanje kortikofobijom zdravstveni djelatnici mogu primijeniti strukturirani pristup u tri koraka:

- 1. Identifikacija straha** – korištenjem validiranih alata za probir, kao što je TOPICOP ljestvica, kako bi se prepoznali roditelji i pacijenti u većem riziku (27).
- 2. Ublažavanje straha** – prepoznavanjem i validiranjem briga roditelja uz empatijski pristup radi poticanja osjećaja sigurnosti i povjerenja.
- 3. Ciljana edukacija** – jasno objašnjenje koristi i rizika topikalnih kortikosteroida pri pravilnoj primjeni, pružanje preciznih uputa o količini i trajanju primjene, izravno ispravljanje zabluda te uvjeravanje u sigurnost suvremenih LK (35).

Korisna strategija može biti kraće vrijeme do prve kontrole, čime se povećava osjećaj sigurnosti i odgovornosti, a liječniku se daje prilika da roditeljima objasni kako se u uobičajenim uvjetima ne očekuju značajne nuspojave topikalnih kortikosteroida. Edukacija pacijenata i roditelja – uključujući „školu atopije“, jasne pisane upute o hidraciji kože te demonstraciju pravilne primjene LK – jedan je od najučinkovitijih načina za smanjenje kortikofobije. Pri tome je važno izbjegavati pre-

tjerano stručan jezik kako bi informacije bile lako razumljive i primjenjive.

U praksi se pokazalo kako pacijenti često bolje reagiraju na stvarne priče, kratke primjere i anegdote o uspješnom liječenju nego na statističke podatke. Iako takav pristup ne povećava nužno racionalnu spoznaju, može smanjiti strah i ojačati povjerenje. Kod pacijenata s izraženom tjeskobom dodatno mogu pomoći bihevioralno-kognitivne tehnike, vježbe opuštanja i elementi mindfulnessa.

Na kraju, treba imati na umu kako se odluke o prihvatanju terapije vrlo često donose na emocionalnoj razini. Upravo zato odnos povjerenja, jasno i empatično vođenje te dosljedno savjetovanje imaju presudnu ulogu u smanjenju kortikofobije i poboljšanju terapijskih ishoda.

ZAKLJUČAK

Kortikofobija je multikulturalni, multidimenzionalni i globalno prisutan fenomen. Njegova složenost predstavlja značajan izazov u razvoju učinkovitih edukacijskih i komunikacijskih strategija usmjerenih na smanjenje straha među pacijentima, roditeljima i zdravstvenim djelatnicima te na poboljšanje terapijskih ishoda.

Ključno je strah pretvoriti u znanje i povjerenje. Stoga je nužno razumjeti pojam kortikofobije, istražiti njezinu rasprostranjenost i složenost te poticati razvoj zdravstvene pismenosti. Potrebno je kontinuirano provoditi intervencije usmjerene na ublažavanje strahova pacijenata, roditelja i zdravstvenih djelatnika kako bi se omogućila učinkovita i optimalna primjena LK utemeljena na dokazima.

Poseban izazov predstavlja implementacija znanstvenih dokaza u svakodnevnu kliničku praksu. Sustavno osnaživanje komunikacijskih vještina, jasne preporuke i edukacijski programi, uz dosljednost zdravstvenih djelatnika svih profila, ključni su za smanjenje kortikofobije i postizanje boljih terapijskih ishoda kod bolesnika s AD.

Skraćenice:

AD	- atopijski dermatitis
EASI	- engl. <i>Eczema Area and Severity Index</i>
FTU	- engl. <i>adult fingertip unit</i> („jedinice vrška prsta“)

JAK-inhibitori	- inhibitori Janus kinaze
LK	- lokalni kortikosteroidi
PUVA	- psoralen i ultraljubičasto zračenje A
SCORAD	- engl. <i>SCORing Atopic Dermatitis</i>
TOPICOP	- engl. <i>Topical Corticosteroid Phobia questionnaire</i>
UVA1	- ultraljubičasto zračenje tipa A
UVB	- ultraljubičasto zračenje tipa B

LITERATURA

1. Becker DE. Basic and clinical pharmacology of glucocorticosteroids. *Anesth Prog.* 2013;60:25.
2. Langan SM, Irvine AD, Weidinger S. Atopic dermatitis. *Lancet.* 2020;396:345–60.
3. McKensie AW, Stoughton RB. Method for comparing cutaneous absorption of steroids. *Arch Dermatol.* 1962;86:608.
4. Miller JA, Munro DD. Topical corticosteroids: clinical pharmacology and therapeutic use. *Drugs.* 1980;19:119.
5. Ljubojević Hadžavdić S, Pustišek N, Lugović Mihić L, Ožanić Bulić S, Puizina-Ivić N, Peternel S, et al. Smjernice za liječenje atopijskog dermatitisa. *Liječ Vjesn.* 2022;144:279–94.
6. Williams HC. Established corticosteroid creams should be applied only once daily in patients with atopic eczema. *BMJ.* 2007;334:1272.
7. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh).* 1980;92:44–7.
8. Schram ME, Leeflang MMG, Den Ottolander JP, Spuls PI, Bos JD. Validation and refinement of the Millennium criteria for atopic dermatitis. *J Dermatol.* 2011;38(9):850–8.
9. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Barbarot S, et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: part I – systemic therapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36:1409–1431.
10. Eichenfield LH, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB. Consensus conference on pediatric atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:1088–95.
11. Ring J, Alomar A, Bieber T, Deleuran M, Fink-Wagner A, Gelmetti C, et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis). Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26:1045–60.
12. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: Part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32:657–82.
13. Wollenberg A, Christen-Zaech S, Taieb A, Paul C, Thyssen JP, de Bruin-Weller M, et al. ETFAD/EADV eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2020;34:2717–44.
14. Smith SD, Farrugia LL, Harris V, Lee A, Carter SR, Blaszczyński A. Evaluation of the influence of family and friends and the internet on patient perceptions of long-term topical corticosteroid use. *J Dermatolog Treat.* 2017;28:642–6.
15. El Hachem M, Gesualdo F, Ricci G, Diociaiuti A, Giraldi L, Ametrano O, et al. Topical corticosteroid phobia in parents of pediatric patients with atopic dermatitis: a multi-centre survey. *Ital J Pediatr.* 2017;43:22.
16. Li AW, Yin ES, Antaya RJ. Topical corticosteroid phobia in atopic dermatitis: a systematic review. *JAMA Dermatol.* 2017;153:1036–42.
17. Moret L, Anthoine E, Aubert-Wastiaux H, Le Rhun A, Leux C, Mazereeuw-Hautier J, et al. TOPICOP®: a new scale evaluating topical corticosteroid phobia among atopic dermatitis outpatients and their parents. *PLoS One.* 2013;8:e76493.
18. Promthes T, Techasatian L, Salee-Or S, Uppala R, Sitthikarnkha P, Saengnipanthkul S, et al. Topical corticosteroid phobia among caregivers: a study in atopic and nonatopic dermatitis children by using the TOPICOP score. *Skin Health Dis.* 2025;5:372–7.
19. Liew ELF, Mohamed Shah N, Chong WW, Selvarajah LR, Sulaiman US, Ponnuthurai N. Predictors of topical corticosteroid adherence among caregivers of children with atopic eczema. *Patient Prefer Adherence.* 2025;19:1593–601.
20. Bos B, Antonescu I, Osinga H, Veenje S, de Jong K, de Vries TW. Corticosteroid phobia (corticophobia) in parents of young children with atopic dermatitis and their health care providers. *Pediatr Dermatol.* 2019;36:100–4.
21. Hrin ML, Bray JK, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Assessing the relationship between topical corticosteroid phobia and susceptibility to misinformation in patients with atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36:e115–8.
22. O'Connor C, Murphy M. Scratching the surface: a review of online misinformation and conspiracy theories in atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46:1545–7.
23. Contento M, Cline A, Russo M. Steroid phobia: a review of prevalence, risk factors, and interventions. *Am J Clin Dermatol.* 2021;22:837–51.
24. Johnson Girard V, Hill A, Glaser E, Lussier MT. Optimizing communication about topical corticosteroids: a quality improvement study. *J Cutan Med Surg.* 2020;24:240–8.
25. Millard AN, Stratman EJ. Assessment of topical corticosteroid prescribing, counselling and communication among dermatologists and pharmacists. *JAMA Dermatol.* 2019;155:838–43.
26. Lee JY, Her Y, Kim CW, Kim SS. Topical corticosteroid phobia among parents of children with atopic eczema in Korea. *Ann Dermatol.* 2015;27:499–506.
27. Lambrechts L, Gilissen L, Morren MA. Topical corticosteroid phobia among healthcare professionals using the TOPICOP score. *Acta Derm Venereol.* 2019;99:1004–8.

28. Ragamin A, van Halewijn KF, Schappin R, Witkam WCAM, Arends NJT, Hoogeterp J, et al. Management strategies and corticophobia among healthcare professionals involved in the care for atopic dermatitis: a Dutch survey. *Dermatology*. 2025;241:101–12.
29. Le Roux E, Powell K, Banks JP, Ridd MJ. GPs' experiences of diagnosing and managing childhood eczema: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2018;68:e73–80.
30. van Halewijn KF, Warendorff T, Bohnen AM, Veen M, Pasmans SGMA, Bindels PJE, et al. General practitioners' explanation and advice on childhood eczema and factors influencing their treatment strategy: a qualitative study. *Skin Health Dis*. 2022;2:e147.
31. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abouboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999;282:1458–65.
32. Staab D, Diepgen TL, Fartasch M, Kupfer J, Lob-Corzilius T, Ring J, et al. Age-related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;332:933–8.
33. Koster ES, Philbert D, Wagelaar KR, Galle S, Bouvy ML. Optimizing pharmaceutical care for pediatric patients with dermatitis: perspectives of parents and pharmacy staff. *Int J Clin Pharm*. 2019;41:711–8.
34. Koster ES, Philbert D, Zheng X, Moradi N, de Vries TW, Bouvy ML. Reducing corticosteroid phobia in pharmacy staff and parents of children with atopic dermatitis. *Int J Clin Pharm*. 2021;43:1237–44.
35. Tangthanapalakul A, Chantawarangul K, Wanankul S, Tempark T, Chatproedprai S. Topical corticosteroid phobia in adolescents with eczema and caregivers of children and adolescents with eczema: a cross-sectional survey. *Pediatr Dermatol*. 2023;40:135–8.

Autor za dopisivanje

Doc. dr. sc. **Arnes Rešić**, spec. pedijatar
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Klaićeva 16, 10000 Zagreb
E-mail: aresic@unist.hr

SUMMARY

Corticophobia in pediatric practice – challenges and strategies in the use of topical corticosteroids

Corticophobia, defined as excessive fear, concern, or distrust of the use of corticosteroids, is common in pediatric practice, particularly in the treatment of atopic dermatitis. Although topical corticosteroids are the mainstay of anti-inflammatory treatment for atopic dermatitis and, when used correctly, are effective and safe, parental and patient fears often lead to underuse or misuse, resulting in poor disease control. The most common concerns include the possibility of skin thinning, immunosuppression, growth retardation, and the occurrence of “steroid addiction,” with significant influence from information from the Internet, social media, and advice from the community.

Corticophobia is also prevalent among healthcare professionals, particularly pharmacists and family physicians, which further contributes to inconsistent recommendations and parental uncertainty. The TOPICOP scale, a validated instrument for assessing corticophobia, allows for the identification of specific beliefs and concerns that affect adherence.

According to the literature, corticophobia is present in 21–77% of parents of children with atopic dermatitis and in 36–84% of adult patients. Key interventions for its reduction include structured education, demonstration of the correct application of topical preparations, clear and consistent recommendations from health professionals, and emotional support for parents. Building trust and personalized communication often have a greater impact than simply informing about the safety of medications.

Successful recognition and targeted reduction of corticophobia is crucial for achieving good adherence and optimal therapeutic outcomes in children with atopic dermatitis. Fear should be transformed into knowledge, and education should be an integral part of treatment to ensure the effective and safe use of topical corticosteroids.

Keywords: TREATMENT ADHERENCE AND COMPLIANCE; DERMATITIS, ATOPIC; CHILD; ADMINISTRATION, TOPICAL