

Psychodermatologie v dětském věku

MUDr. Hana Obluková

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky FN Brno

Psychodermatologie je mezioborový přístup, zabývající se vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním, imunitním a kožním systémem na jedné straně a behaviorálními výstupy na straně druhé. Kožní onemocnění jsou viditelná pro pacienta i jeho okolí, jsou většinou chronická s epizodickým charakterem exacerbací a remisí. Mají vliv na vnímání sebe sama, vzbuzují u nemocných pocity viny, jsou spojena s předsudky o nakažlivosti a špatné hygieně. Pro hodnocení vlivu onemocnění na dětskou psychiku je zapotřebí znát základy vývojové neurologie a psychologie. U malých dětí je zásadní vztah s primárním pečovatelem – matkou. Mezi nejčastější dermatózy s výrazným psychosociálním vlivem u dětí patří atopická dermatitida. Mezi kožní onemocnění s primární psychopatií se řadí arteficiální dermatózy či projevy obsedantně kompulsivního jednání.

Klíčová slova: psychodermatologie, dětský věk, atopická dermatitida, vývojová psychologie, dermatózy s primární psychopatií.

Psychodermatology in childhood

Psychodermatology is an interdisciplinary approach dealing with the mutual interactions between the nervous, endocrine, immune and skin systems on the one hand and behavioral outcomes on the other. Skin diseases are visible to the patient and his/her surroundings and are usually chronic with episodic character of exacerbations and remissions. They affect self-schema, arouse feelings of guilt, and are associated with myths surrounding lack of hygiene and contagiousness. Knowledge of the basics of developmental neurology and psychology is needed to assess the impact of the disease on the child's psyche. In young children, the relationship with the primary caregiver – the mother – is crucial. The most common dermatoses with a significant psychosocial impact in children include atopic dermatitis. Skin diseases with primary psychopathology include arteficial dermatoses or manifestations of obsessive-compulsive behaviour.

Key words: psychodermatology, children, atopic dermatitis, developmental psychology, skin diseases with primary psychopathology.

Úvod

Nemoci mají kromě patologickoanatomického podkladu i podklad psychosociální. Nemoc každého jedince probíhá rozdílně, na jejím vzniku a průběhu se podílí nejen celkový somatický stav pacienta, ale i psychické zvláštnosti a prostředí. Psychodermatologie se zabývá vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním, imunitním a kožním systémem na jedné straně a behaviorálními výstupy na straně druhé (1). Je to mezioborový přístup spojující dermatology, psychiatry, psychology, neurovědy a sociology. S pacienty s psychodermatologickými obtížemi se setkávají i praktičtí lékaři, internisté, gynekologové, urologové, infekcionista a odborníci na estetickou medicínu. Pracovní skupina Britské

asociace pro dermatologii zveřejnila v r. 2016 výsledky výzkumu, kde bylo zjištěno, že 3 % dermatologických pacientů mělo primární psychiatrické onemocnění, 8 % pacientů mělo sekundární psychopatií kvůli probíhajícímu kožnímu onemocnění, 14 % pacientů mělo psychické obtíže podílející se na exacerbaci onemocnění, 17 % pacientů potřebovalo psychologickou intervenci v souvislosti se svým kožním onemocněním a 85 % pacientů označilo psychologické aspekty za hlavní potíže svého onemocnění (2).

Aplikací psychodermatologie do naší praxe dosáhneme zkvalitnění léčebného procesu, upevníme vztah pacient – lékař, podpoříme zvládání léčebných a diagnostických procedur či dodržování režimových opatření.

Psychosociální aspekty kožních chorob

Kůže je největším orgánem lidského těla, je hranicí mezi vnitřním světem a okolím. Způsob jakým kůže reaguje na podněty fyziologické (zarudnutí při kontaktu s vnějším dráždivým činidlem) a psychologické (červenáme se studem) ukazuje komplexnost spojení kůže s faktory vnějšími i vnitřními. Kůže je místem prvního kontaktu, je tím prvním co vnímáme, setkáme-li se s cizím člověkem. Na rozdíl od vnitřních chorob jsou choroby kůže viditelné – pro pacienta, jeho blízké okolí i pro cizí osoby. Dermatologičtí pacienti jsou proto více ovlivněni sociálními a emočními vlivy.

Mnoho kožních chorob je provázáno bolestí, svěděním, nespavostí či jinými obtížemi. Mísí se

MUDr. Hana Obluková

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky FN Brno

oblukovah@gmail.com

Cit. zkr: Dermatol. praxi. 2023;17(1):29-32

Článek přijat redakcí: 11. 1. 2023

Článek přijat k publikaci: 8. 3. 2023

zde vlivy psychosociální a tělesné a je těžké je oddělit při posuzování kvality života pacienta. U dětí je pak propojení emočního a tělesného prožívání ještě těsnější. Je navíc ovlivněno i prožíváním nemoci rodinou, hlavně pak matkou.

Kožní choroby jsou často spojeny se změnami vzhledu nemocného. Pacienti s kožními chorobami mohou sledovat projevy v „přímém přenosu“, mají je doslova „na očích“ a jsou tak více ovlivněni jejich průběhem, než pacienti s jinými nemocemi. Změny na kůži přitahují pozornost okolí a mohou u nemocného vést k pocitu ztráty kontroly nad svým životem. Pacient není schopen ovlivnit jak a kdy se ostatní dozvědí o jeho nemoci. Jeho zdravotní stav se stává „veřejnou věcí“. Strach z negativních reakcí okolí může vést postupně k sociální izolaci.

Pacienti s chronickými kožními nemocemi a jejich rodiny mohou pociťovat vinu nebo stud. Kladou si otázku, proč zrovna oni jsou nemocní, jak si svoji nemoc „zasloužili“, čím se „provinili“, chápou svoji nemoc (či nemoc dítěte) jako trest. S pocity viny jsme konfrontováni často u matek malých dětí.

Pocity vyvolané vzhledem kůže přechází do pocitů vnímání sebe sama: „Projevy na mé kůži jsou ošklivé, proto i já jsem ošklivý“. Rozpor mezi „ideální“ představou o sobě samém a skutečným vzhledem vede k sebekritičnosti a nízkému sebevědomí. Sebeobviňující a sebeponižující myšlenky a očekávání negativních reakcí okolí často vedou k obrannému jednání, k hostilitě, autoagresi, k nutkavým rituálům a k potřebě opakovaného sebeujištění.

Spojení kožních chorob s předsudky o jejich nakažlivosti, špatné hygieně nebo nedostatečné péči přispívá ke stigmatizaci pacientů.

Epizodický charakter kožních nemocí bývá spojen s neustálými úvahami o příčinách vzplanutí choroby. Obecná představa je, že každý kožní projev má své objektivní vysvětlení, zjiitelné vyšetřením kůže či laboratorním vyšetřením. Toto může vést k postupnému vyhýbání se „rizikovým“ potravinám, pohybovým i zájmovým aktivitám, a pobytu v určitém prostředí. Tato omezení mohou, ale i nemusí mít vliv na exacerbaci onemocnění, většinou ale výrazně zhoršují vnímání individuální kvality života.

Roste vnímavost odborníků k výskytu psychických obtíží u kožních onemocnění. Psychické obtíže zahrnují poruchy nálad, poruchy pozornosti, negativní vnímání vlastního

těla, snížené sebevědomí, problémy ve vztazích, vyhýbání se různým situacím a dochází k poklesu kvality života. Míra zdravotního postižení dle většiny studií koreluje s mírou psychických obtíží, dle jiných studií ale korelovat nemusí (3, 5).

Psychoneuroendokrinoimunologie

Psychoneuroendokrinoimunologie je obor zkoumající mechanismus psychologického stresu, zapojující poznatky neurověd, endokrinologie a imunologie k hlubšímu porozumění lidskému chování a souvislostem s morbiditou a mortalitou. Akutní i chronický stres má dopad na lidské zdraví. Dlouhodobý stres může vést k chronické imunitní dysfunkci.

Odpověď se děje na ose hypothalamus – hypofýza – nadledviny, bez ohledu na rozpoznání stresor, Současně je aktivován autonomní nervový systém. Ústřední regulační roli hrají cytokiny (1). Do možných patofyziologických mechanismů je zapojena i glukokortikoidní resistance a oxidativní stres (4).

Diskutuje se i o vlivu stravy na psychiku (gut-skin-brain theory) – strava s vysokým obsahem tuků či rafinovaných cukrů je dávana do souvislosti s depresí a úzkostmi. Z hlediska psychodermatologie je asociována s vyšší závažností odpovědi po stresové zátěži například u psoriázy či akné. Zkoumá se vliv střevního mikrobiomu, o prebioticech se mluví jako o psychobioticech. Prebiotika snižují hladinu glukokortikoidů a prozánětlivých mediátorů a zvyšují produkci protizánětlivých cytokinů (5).

S imunitní odpovědí na stres souvisí i osobní charakteristiky a individuální strategie zvládnutí stresu (copingové strategie). Negativní emoce přímo ovlivňují imunitní systém stimulací nebo útlumem produkce prozánětlivých cytokinů. To se projeví při okamžité reakci organismu na zátěž nebo infekci, je ovlivněn i mechanismus zánětlivých chorob (3).

Specifika psychodermatologie dětského věku.

Kožní choroby jsou v dětském věku velmi časté.

Vliv kožního onemocnění na dětskou psychiku výrazně závisí na věku, vývojovém období a míře nezávislosti dítěte na rodičích. Malé děti jsou zcela závislé na rodičích a jejich vnímání nemoci tak bude zásadně ovlivněno vnímáním rodičů. Onemocnění malého dítěte

nejvýrazněji ovlivňuje vztah s primárním pečovatelem, tedy nejčastěji s matkou.

Znalosti z oblasti vývojové fyziologie, vývojové neurologie a vývojové psychologie a psychopatologie jsou nutnými předpoklady pro každého, kdo pracuje s dětskými pacienty.

Umožní nám to s dětmi lépe komunikovat, naplňovat jejich specifické potřeby a motivovat je ke spoluúčasti na léčebném režimu.

Projevy atopické dermatitidy (AD) se objeví u více než pětiny malých dětí a většina dospívajících má projevy akné. Přesto je překvapivě málo výzkumů na téma vlivu kožních nemocí na dětskou psychiku (3). Je mnoho studií potvrzujících vliv vážného somatického onemocnění v dětství na zvýšení výskytu psychických obtíží u dětí (3, 6). Studie prokázaly výrazný vliv AD na výskyt poruch chování, vliv AD na kvalitu života u dětí i jejich rodin (3, 7, 8). Psychologické a sociální problémy byly častější u adolescentů a mladých dospělých s akné (3). Největší vliv na kvalitu života má onemocnění dystrofickou formou Epidermolysis bullosa (3, 9).

Psychodermatologie a vývoj dítěte

Pro novorozence je kůže důležitým orgánem komunikace. Jemná komunikace k níž dochází kožním kontaktem, zahrnuje proměnlivé doteky při manipulaci s dítětem, při kojení, při mazlení. Tato interakce je důležitá pro úspěšnou socializaci – začlenění dítěte do lidského společenství (10). Má důležitou roli v napojení matky a dítěte – v attachmentu. Nemoci kůže, které vedou k úbytku taktilní stimulace, mohou vést k poruše vztahu matka-dítě a bývají asociovány s častějším rozvojem depresí v dospělém věku.

V kojeneckém a batolecím věku je pro dítě zásadní vztah s matkou. V tomto období vidíme náznaky osamostatňování, pokud se dítě cítí bezpečně, i prudké separační reakce při odebrání dítěte matce cizí osobou. Malé děti tak vyšetřujeme vždy za blízké přítomnosti matky, při zachování co nejužšího kontaktu s matkou a současně při zachování možnosti aktivního pohybu dítěte. Udržíme s dětmi oční kontakt, zrcadlíme výraz jejich tváře, vyvarujeme se prudkých pohybů a hlasitých projevů. V tomto věku mohou přicházet zhoršení stávajících kožních onemocnění s příchodem mladších sourozenců (zářlivost) či při prvních

partnerských krizích rodičů. Mezi 2. a 3. rokem věku si dítě začíná uvědomovat samo sebe jako autonomního jedince, toto období bývá označováno jako fáze vzdoru či fáze negativismu. Přináší to s sebou občas obtíže v již zavedeném režimu lokální terapie. Dítě odmítá nové masti, trvá na stále stejném obalu známého krému, hůře toleruje obvazové krytí.

V předškolním věku se dítě učí vnímat, hodnotit a ovládat svoje emoce. Začíná chápat a předvídat emoce ostatních. Objevují se první počátky sebekontroly, začíná řídit své chování podle instrukcí. Rozvíjí se pocity vztažené k vlastnímu sebehodnocení. Dítě předškolního věku je stále závislé na svých rodičích, přesto nelze podceňovat vliv kontaktu s jinými dětmi, učí se způsobům chování, které budou později důležité (10). Jde o období bohaté fantazie a her, porozumění nemoci či léčebným procedurám tak může mít pro dítě až mýtické či magické ladění. Děti v tomto věku nejhůře snášejí omezení své autonomie a omezení pohybových aktivit (11).

Vstupem do školy se snižuje závislost dětí na rodičích, nastupuje nutnost podřízení se autoritě. Dítě si buduje své místo v dětské skupině, posiluje vazby s kamarády, začíná si uvědomovat svou roli sociální, diferencuje se mužská a ženská role. Nastává rozvoj logického myšlení. Dítě se učí ovládat svoje afekty a impulsy, učí se sebeovládání a sebeřízení, včetně například zvládání pruritu. Školák se učí systematicky pracovat, učit se, plnit dlouhodobé cíle (10). V tomto věku děti nejhůře snášejí omezení kontaktu s kamarády a snížení fyzické zdatnosti (11).

Pro období dospívání je typický kritický postoj k sobě i k ostatním. Emoční nestabilita, nepředvídatelnost emocí, impulsivita a časté negativní rozlady mohou korelovat s nestabilním průběhem dermatóz. Velkým tématem tohoto období je emancipace od původní rodiny. U dětí s chronickými dermatózami je často osamostatnění zpomaleno zvýšenou péčí rodičů o zdraví dítěte, potřebou více dítěte kontrolovat a dohlížet na něj. Na druhou stranu vidáme i tendence předčasně a zcela delegovat léčebný režim na adolescenta, který ještě k takovému úkolu není kompetentní. Dospívající mají tendenci zavrhnout názory rodičů a dospělých autorit – tedy i lékařů – a nekriticky přejímat názory vrstevníků a svého okolí. Pro udržení dobrého terapeutické-

ho vztahu je nutné poskytovat při kontaktu s dospívajícím pacientem a jeho rodiči stejný prostor pacientovi i jeho rodičům, vnímat a zohledňovat názory a postoje všech zúčastněných. Mladiství špatně snášejí vše, co ohrožuje jejich sebezpečí a tvoříci se identitu – tedy i dermatózy ovlivňující jejich vzhled.

Znalost jednotlivých fází vývoje dítěte je důležitá i pro pochopení fenoménu regrese. Dá se říci, že nemocné děti se stávají ještě menšími dětmi. Umožňuje jim to načerpat síly, potřebné k uzdravování. Oddechový čas spolu se zvýšenou péčí okolí umožní vyřešit i psychické konflikty, které mohou stát za vzplanutím dermatóz. Návrat do fáze ranného dětství nemusí zmizet spolu s nemocí, může přetrvávat i nějakou dobu po uzdravení. Úkolem rodičů i ostatních pečujících je dopřát dítěti oddechový čas, ale s nastavením přesných hranic, umožnit dítěti vyhnout se konfliktům, které jsou nyní nad jeho síly, ale zároveň podpořit dítě, aby uneslo realitu, pomoci mu vyrovnat se s jeho strachy vyslovením důvěry v jeho schopnosti, mírnit strach z neúspěchu. Příliš tvrdý přístup zvyšuje úzkost dítěte, příliš pečující přístup bere dítěti důvěru v jeho schopnosti, brzdí jeho vývoj.

Dětský pacient a jeho rodina

V centru naší pozornosti je dítě, pracujeme však s celou rodinou. Jsme konfrontováni s prožitky, motivacemi, představami a očekáváním rodičů i dítěte. Ty mohou být velmi rozdílné a vyžadují velkou loajalitu k oběma stranám.

Tělesná porucha bývá „zabudována“ v životě pacienta a jeho blízkém okolí, zvláště jeho rodiny, jako účinná součást „bludného kruhu“ onemocnění. V jeho rámci se nemoc uchová a podporuje tím, že její projevy pacientovi v jeho osobní či společenské situaci přinášejí nějaké bezprostřední psychologické zisky, ač v průběhu jejího postupného vývoje mu to přináší stále větší škodu. Tělesné příznaky vedle svých škodlivých, život ztěžujících a jeho kvalitu zhoršujících účinků v něm také zpravidla získávají a přinášejí i účinky prospěšné: slouží pacientovi a jeho rodině jako působivý prostředek komunikace jinak nesdílitelných emocí a potřeb a pomáhají jim překonávat různé zátěžové a konfliktní situace (11). Pochopení nemoci jako psychosomatické brzdí často na straně rodičů pocity viny za emoční strádání dítěte. Je tak pro ně mnohdy jednodušší akcep-

tovat tělesnou nemoc a podávat medikaci než se snažit porozumět emočnímu stavu dítěte a podílet se na řešení konfliktní situace.

Prožívání nemoci dítětem

Subjektivní hodnocení určitého zdravotního postižení dítětem má v různém věku své zvláštnosti. Dítě subjektivně trpí především aktuální bolestí a silnou úzkostí. Jako zdroj svého utrpení přitom vnímá nikoli svůj příznak nebo svůj stav, nýbrž omezující zásahy okolí, těžce nese nepříznivé reakce okolí na zjevné (viditelné) projevy, bez ohledu na jejich objektivní význam pro životní funkce. Starší děti – prepubertální a pubertální začínají vnímat své příznaky jako příčinu svých těžkostí a důvod k obavám či smutku (11).

Depresivní porucha se u dětí projevuje často jako rozmrzelost, nespokojenost či podrážděnost.

Oblast zájmu psychodermatologie lze definovat jako onemocnění s výrazným psychosociálním vlivem a nemoci s primární psychopatií.

Nejčastější dermatózy s výrazným psychosociálním vlivem

Atopická dermatitida – je nejčastější kožní onemocnění na světě, s 20% prevalencí v dětské populaci. U dětí s AD je vyšší prevalence ADHD, mají pravděpodobně stejné rizikové faktory vzniku. Některé studie popisují vyšší prevalenci poruch autistického spektra či poruch chování. Riziko deprese stoupá s mírou závažnosti AD, s vyšší mírou pruritu, s postižením viditelných partií a se současnými poruchami spánku (3, 5). Je přítomna zvýšená suicidální aktivita (suicidální myšlenky či konání) (4, 12). Riziko úzkostných stavů je diskutováno, mnohé studie uvádí vyšší výskyt úzkostí u dětí s AD, více ohroženy úzkostmi jsou i matky dětí s AD.

Psoriáza – má nejvyšší prevalenci deprese ze všech kožních onemocnění, ohroženy jsou nejvíce mladé ženy. Výskyt deprese je u dospělých vyšší v případě komorbidit jako jsou obezita, arteriální hypertenze, diabetes mellitus či kardiovaskulární onemocnění. Studie ukazují i častější suicidální aktivitu. Psoriáza má negativní dopad na rodinný, partnerský i sexuální život až u 81 % pacientů (13).

■ Acne vulgaris – je asociováno s vyšší mírou depresí než AD

- Alopecia areata – udává se mírně vyšší riziko depresí, zde je ale studií málo
- Urticaria – je asociována s větším výskytem úzkosti a nespavosti (14)

Dermatózy s primární psychopatologií

Bludy, nejčastější je blud parazitární, je pevné přesvědčení o napadení parazity bez objektivních projevů. Bludná představa se může týkat i napadení hmyzem, červy, bakteriemi či houbami. Vyskytuje se nejčastěji u dospělých žen. U dětí se můžeme setkat s bludem u rodiče, který zahrnuje i dítě, bez ohledu na to, zda bludu dítě věří nebo ne. Nebezpečí tohoto stavu tkví v užití nejrůznějších obskurních léčebných prostředků a v možnosti poškození kůže touto „terapií“.

Morgellon's syndrom (Morgellony) je onemocnění, které je řazeno některými autory k parazitárním bludům, jiní jej dávají do souvislosti s infekcí *Borrelia burgdorferi*. Pacienti si stěžují na kožní dyzestazie, které vedou k manipulaci s kůží ve snaze odstranit cizí organismy, „vlákna“ či jiné cizorodé materiály.

Psychogenní ekzoriace – jsou charakterizovány nutkavým škrábáním, jsou často spojeny s poruchami nálad, abusem drog, s obsedantně kompulsivní poruchou. Spouštěčem je skutečný fyziologický stimul – pruritus, kožní eflorescence či kožní nerovnost (papuly u akné). Pacienti s neurotickými ekzoriacemi o svém chování ví, nedovedou je ale kontrolovat.

V terapii se zaměřujeme na zvládnutí základního kožního onemocnění, psychologická intervence je mnohdy nezbytná.

Trichotilomanie, onychofagie – patří k dalším projevům obsedantně kompulsivního jednání. Mohou se vyskytovat spolu s depresí či úzkostmi. Do této skupiny patří i lip-licker dermatitis (dermatitida z olizování rtů), rhinotillexomania

(nutkavé škrábání nosu), habit-tic deformity (mechanické poškození nehtových plotének).

Dysmorphofobie je definována jako přílišné zabývání se domnělým kožním defektem či vzhledem obecně. Jde o nutkavou činnost, spadající opět do spektra obsedantně kompulsivních poruch. Může se jednat o pocit neatraktivnosti obecně, či o nadměrnou pozornost věnovanou určitému kožnímu problému – konkrétním kožním eflorescencím, projevům stárnutí kůže (vrásky, šedivění...), hirsutismu, mastné pleti, kožnímu pachu, velikosti či tvaru nosu, velikosti genitálií. Asi nepřekvapí, že tyto obtíže jsou nejčastější v adolescenci. U malých dětí se můžeme setkat s postižením rodičů, kdy objektem nutkavého pozorování je dítě.

Arteficiální dermatózy jsou způsobeny vědomým či nevědomým chováním na základě psychické zátěže. Mohou být způsobovány úmyslně za účelem dosažení nějakého cíle, smysl nebo účel tohoto chování může ale zůstat skrytý. Někdy může být důvodem způsobování si fyzické bolesti potlačení bolesti emoční. Častější je u dívek a u mladých žen, udávaný poměr k chlapcům je 3:1 až 20:1, vyskyt je nejčastěji v pubertě. Příčinou mohou být problémy ve škole, šikana, vztahové problémy, komplikovaná rodinná situace.

Psychogenní purpura (Gardner – Diamond syndrom) bývá řazena k arteficiálním dermatózám. Přesná patofyziologie není zcela jasná, zvažují se emoční vlivy, imunitní dysregulace, poruchy krevní srážlivosti. Vyskytuje se častěji u mladých dospělých žen, léze vznikají po traumatu či emočním stresu. Až v 54% se současně vyskytuje psychiatrická diagnóza.

Léčba těchto onemocnění je velkou výzvou a bývá často frustrující, základem je kvalitní terapeutický vztah založený na důvěře a partnerském přístupu. Terapie je obtížná, v součinnosti s psychiatrickou medikací (15).

Kožní onemocnění způsobená pečující osobou

Munchausenův (Münchhausenův) syndrom by proxy – falšování nebo indukce choroby vedoucí k chybné či poškozující léčbě, kožní projevy nacházíme u 3–9% případů. V dermatologii bývá označován i jako arteficiální dermatóza by proxy. Bývá provázen dramatickou prezentací, udáváním lživých údajů, četnými návštěvami lékařů mnoha specializací. Aktérem je nejčastěji matka, může se jednat ale i o otce či jiného blízkého příbuzného.

U neobvyklých kožních eflorescencí a poranění vždy zvažujeme možnost projevů týraní dítěte.

Závěr

Propojení somatického stavu a duševního prožívání je v dermatologii zřejmě a dobře viditelné. U dětí je sepětí duševního a tělesného dění ještě těsnější. Vliv onemocnění na psychiku dítěte zásadně závisí na jeho věku, vývojovém období a na prožívání nemoci jeho rodinou, hlavně pak matkou.

Kvalitní odborná dermatologická péče, včasné stanovení diagnózy a zahájení optimální léčby jde ruku v ruce s primární prevencí psychických komorbidit. Ukazuje se, že pečlivá edukace pacienta a jeho rodiny od prvopočátku terapie, navázání kvalitního vztahu lékař – pacient, hraje významnou roli v léčbě onemocnění, zvyšuje adherenci pacienta k terapii, pomáhá v prevenci exacerbací (3, 5). Pacienta s podezřením na psychické obtíže je vhodné co nejdříve poslat k odborníkovi (psychologovi nebo psychiatrovi). Ke sdílení zkušeností mohou pomoci patientské organizace, nutná je edukace společnosti v rámci prevence stigmatizace.

Cílená podpora duševního zdraví minimalizuje negativní dopady onemocnění na každodenní život pacientů a jejich rodin.

LITERATURA

1. Pánková R, Taraba P. Psychodermatologie a psychosomatický přístup Psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie. Čes-slov Derm, 82, 2007;1:5-10.
2. Marshall C, Taylor R, Bewlwy A. Psychodermatology in clinical practise: main principles. Acta derm Venereol. 2016;96(217):30-34.
3. Walker C, Papadopoulos L. Psychodermatology, Cambridge University Press, 2005.
4. Anders M, Galkapiotis S, Rob F, et al. Atopická dermatitida a psychické komorbidita. Čes-slov Derm. 2022;97(5):185-228.
5. Jafferany M, Roque Ferreira B, Patel A. The Essentials of Psychodermatology, Springer:2020, e-book.
6. Benešová P, Siková L. Porovnání zátěže a stresu u rodičů dětí

- s handicapem a rodičů dětí bez handicapu s ohledem na kvalitu života. Praktický lékař. 2021; 101, suplementum č. 1, díl 2, p7-11.
7. Jiráková A, Slavíková Š, Vojáčková N, et al. Vliv atopického ekzému dítěte na členy jeho rodiny – česká validace dotazníku. Čes-slov Derm, 2010; 85(6):318-324.
8. Březinová E, Nečas M, Jedličková H, Vašků V. Dermatologický index kvality života rodiny – validace české verze dotazníku. Čes-slov Derm, 2014;89(6):253-300.
9. Kýrová J, Bučková H. Kvalita života pacientů s Epidermoly-sis bullosa. Čes-slov Derm, 2013;88(2):57-103.
10. Langmeier J, Krejčířová D. Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání, Grada, 2006, e-book.
11. Langmeier J, Balcar K, Špitz J. Dětská psychoterapie.

Praha: Portál; 2010.

12. Kage P, Zarnowski J, Simon J-CH, Treudler R. Atopic dermatitis and psychosocial comorbidities – What's new? Allergologie select. 2020;4:86-96.
13. Inside Psoriatic Disease: Mental Health. IFPA; 2022. Available from: <http://ifpa-pso.com/resources-tools/inside-psoriatic-disease-mental-health>.
14. Hye Jin Ahn, Min-Kyung Shin, Jong Kil Seo, et al. Cross-sectional study of psychiatric comorbidities in patients with atopic dermatitis and nonatopic eczema, urticaria and psoriasis. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2019;15:1469-1478.
15. Paller AS, Mancini AJ. Paller and Mancini – Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology, 2022, Elsevier.