

# Psychoterapeutický přístup u pacienta s psoriázou

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.<sup>1</sup>, PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddělení klinické psychologie FN KV Praha

<sup>2</sup>Oddělení klinické psychologie FNM a 2. LF UK Praha

Článek se zaměřuje na užití psychoterapeutického přístupu v rámci multidisciplinární léčby psoriázy. Vychází z biopsychosociálního modelu dermatóz. Popisuje kazuistiku, která demonstruje vliv psychosociálních faktorů při vzniku, průběhu i exacerbaci onemocnění a důsledky psoriázy na kvalitu života. U pacientů, kteří maladaptivně zvládají kožní nemoc, má dermatolog následující možnosti: pacient specifikuje problém sám, nebo se podaří problémy pacienta spojené s kůží najít společně s týmem. Součástí dermatologického týmu může být klinický psycholog, který užívá psychologické vyšetření a škálu psychologických přístupů ke zlepšení kvality života, efektivní využití sociální opory, zvládání stresu i jednotlivých projevů kožních onemocnění. Psychoterapeutický přístup v diagnostice a léčbě psoriázy si zaslouží více pozornosti dermatologů. Pozitivem by mohlo být širší zavedení psychoterapeutických modelů a pojmů v každodenní dermatologické léčbě, které by se zaměřily na komplexní a vzájemný vliv psychologických faktorů a kůže.

**Klíčová slova:** psychoterapie, biopsychosociální léčba, psoriáza.

## Psychotherapy approach in patient with psoriasis

The article focuses on using psychotherapy in terms of multidisciplinary treatment of psoriasis. Rises from biopsychosocial model of dermatosis. Describes case-study, which demonstrates effect of psychosocial factors in formation, course and exacerbation of disorder and consequences of psoriasis to quality of life. In patients, which cope with dermatology illness maladaptively, the dermatologist has following possibilities: the patient specifies problem her/himself, or manage the problems of patient connected to skin to find out together with team. Part of the team can be clinical psychologist, which use psychological assessment and spectrum of psychological approaches to improve of quality of life, effective utilisation of social support, stress management and single manifestation of dermatology illnesses. Psychotherapeutical approach in treatment of psoriasis deserves more attention of clinicians dermatologists. Positive would be the wider introduction of psychotherapeutical models and constructs into everyday dermatology practice which recognize the complex interplay between psychology and the skin.

**Key words:** psychotherapy, biopsychosocial treatment, psoriasis.

Dermatol. praxi 2013; 7(2): 77–78

## Úvod

Psoriáza (psoriasis vulgaris) je chronické neinfekční zánětlivé onemocnění kůže. Její výskyt je všeobecně odhadován u 0,6–4,8 % populace, v Evropě u 2–3 % populace (1). Psychologické faktory se ukazují jako důležité při výskytu a exacerbaci psoriázy u 40–80 % případů (2, 3). Stav kůže chronicky nemocného psoriatika může kolísat na základě aktuálního duševního stavu a pocitu životní spokojenosti. Stresové podněty a závažné situace se projevují na kůži a na druhé straně mohou změny na kůži zpětně velmi intenzivně působit na emoční prožívání nemocného a negativně ovlivnit jeho sociální fungování. Pacienti s psoriázou mají větší náchylnost reagovat agresivně, mají vyšší úroveň úzkosti a deprese, jsou více závislí na alkoholu, mají vyšší počet sexuálních potíží, sníženou schopnost řešit krizové situace, bývají více obsedantní, vztahovační a paranoidní (4). Psoriáza tak má významný dopad na kvalitu života, kterou ovlivňuje závažnost postižení kůže, tíže emočních potíží a jedincovy představy o těle (1, 5). Aplikace psychoterapie a specifických psychoterapeutických přístupů a technik v dermatologii se usu-

tečňuje psychiatry a klinickými psychology, kteří jsou součástí dermatologického týmu a mají zkušenosti s léčbou chronicky dermatologicky nemocných. Vycházejí z biopsychosociálního modelu zdraví a dermatologické nemoci (6). V dermatovenerologii se nejčastěji používají podpůrná psychoterapie, behaviorální terapie (např. relaxační metody; hypnóza se sugescemi chladu, anestezie u svědivých dermatóz, pálení a bolestí kůže, všeobecně posilující a relaxační sugesce; strategie k redukci stresu a biofeedback) a kognitivní terapie (7, 8). Může být prováděna ve formě individuální, skupinové, rodinné i párové. Psychoterapie směřuje k překlenutí pocitů úzkosti, deprese a suicidiálních myšlenek, méněcennosti, opovržení, společenské izolace, k adaptaci na změněné pojetí těla, efektivní využití opory, zvládání stresu i jednotlivých projevů kožních onemocnění (9) a ke zlepšení kvality života (10).

## Kazuistika

Kazuistika ilustruje užití psychoterapie v rámci biopsychosociální léčby psoriázy. Neumožňuje přímou identifikaci pacienta. Na žádost derma-

tologa byl k psychologickému vyšetření doporučen 38letý pacient C.D. ve stavu akutní exacerbace psoriasis vulgaris. Prodělal běžné dětské nemoci, ve třinácti letech byl hospitalizován pro náhlé srdeční selhání. Vyrůstal jako jedináček v rodině s agresivním otcem, dětství z tohoto důvodu nehodnotil pozitivně. Matka zemřela ve dvaceti letech pacienta po dokonaném suicidii za ne zcela vyjasněných okolností, případ vyšetřovala několik let policie. Pacient se vyučil elektromechanikem, v době prvního vyšetření byl téměř rok v pracovní neschopnosti. Byl deset let ženatý, měl tři dcery, nejstarší z nich se léčila s atopickým ekzémem. S psoriázou se v rodině nikdo jiný neléčil. Postižená kůže byla na 100 % těla zarudlá, se šupíci místy a s edémem. První výsev se objevil před čtyřmi lety, a to jen ve kstici dva týdny po značném fyzickém vypětí (cestoval sám se stanem několik měsíců po Evropě). Remise onemocnění se dostavila spontánně po dvou měsících, proto lékaře nevyhledal. Druhá exacerbace vznikla před rokem, po fyzickém vyčerpání při stavbě domu. Výsev byl znovu jen ve kstici, ale po streptokokové angíně se objevila psoriáza folikulárního typu. Po celou

dobu nebyla psoriáza diagnostikována, chodil na různá vyšetření, užíval různé léky. Kamarádce, která pracovala v laboratoři v nemocnici, připomínala jeho kůži stav u pacientů HIV pozitivních. Na její naléhání si nechal udělat test, obvinil manželku z nevěry a uvažoval o suicidii, kdyby se test prokázal jako pozitivní. S ženou si po výše uvedené události přestali důvěřovat, toto období v životě hodnotil jako nejhorší. Z laboratoře dostal negativní výsledek na HIV a doporučení na kožní oddělení, kde mu byla diagnostikována psoriáza. Od té doby byl v pracovní neschopnosti. Stav kůže se podle pacienta zlepšoval díky komplexní terapii v kožním sanatoriu, zhoršoval ji emoční stres (když se rozčílil na děti, nebo se hádal s ženou, měli nedorozumění v sexu, výchovné problémy s dětmi, finanční problémy, prožívali bytovou tíseň nebo akutní exacerbaci), dále alkohol a kouření. Poslední exacerbace psoriázy se objevila v souvislosti se stykem s chemikáliemi (uklízel bez rukavic). V době prvního i druhého výsevu psoriázy udával nápadné fyzické vyčerpání (při cestování, po stavbě domu). Psoriáza omezovala pacienta nejvíce v manželství, žena se s jeho vzhledem nevyrovnala. Když se na něho slevčeného podívala, opakovala „proč zrovna ty?“, odmítala s ním sexuálně žít, štitila se ho. Nesměl ji brát ani za ruku, vyčítala mu šupící se kůži v posteli a umazané ložní prádlo od mastí. Často mu dávala za vinu, že ona musí kvůli jeho pracovní neschopnosti pracovat dlouho přes čas, aby kompenzovala finanční krizi rodiny. Psoriáza pacienta omezovala i v jiných vztazích, přátelé měli strach, že je nemoc nakažlivá. Přestal kvůli tomu navštěvovat i holiče. V létě byl plavčíkem vykázan z koupaliště „aby ostatní nenakazil“. Ve společnosti kamarádů cítil, že mají strach se zeptat, co to je za nemoc, kterou má. Na veřejnosti se snažil o zakrytí postižené kůže dlouhými rukávy a dlouhými kalhotami. Když se měl s někým seznámit, uvědomil si, že schovává ruce za zády. Popisoval se jako emočně stabilní, se sklonem k introverzi a flegmatickému typu temperamentu. Nebyl depresivní, ale měl pocit, že „rozhodně vypadám hnusně až odpudivě“ a že „už mi stejně nic ne-

pomůže“. Životní nespokojenost hodnotil jako mírnou až silnou: „jsem spíše nespokojený než spokojený“, životní spokojenost manželky jako „rozhodně převažuje nespokojenost“. K nespokojenosti přispívala mírně nemožnost uplatnění schopností, pracovní podmínky a manželství. Silně potom zdravotní stav, finanční problémy a velmi silně tělesný vzhled a zdraví dětí (strach, že prognóza dcery je totožná s jeho „i jí už nikdo nepomůže“). Aktuální psychický stav pacienta byl výsledkem akutní reakce na stres v době nevyjasněné diagnózy. Okolí reagovalo na nápadné onemocnění kůže strachem z nákazy AIDS. Psoriáza zároveň působila jako sekundární stresor v interpersonálních vztazích v průběhu nemoci v rodině. Kvalita života pacienta byla omezená v manželství (chyběla emoční podpora manželky, sex) v zaměstnání a ve finančním zabezpečení rodiny. Vzhledem k dlouhodobé pracovní neschopnosti byl podán návrh na částečný invalidní důchod. Pacient byl systematicky léčen na kožní klinice včetně individuální psychoterapie. Trvala jeden rok a obsahovala edukaci o vlivu psychosociálních faktorů, nácvik zvládacích dovedností a autogenního tréninku a Jacobsonovy progresivní relaxace. Pestrý obraz pacientova života nabídl témata: práce s vlastní agresí, význam záhadné smrti matky, vzorce naučeného chování, význam osamělého cestování (během kterého se symptomy objevily) a vzájemná opora s manželkou v roli rodiče i partnera. V průběhu psychoterapie byla patrná změna v náhledu na body image, pacient začal v létě nosit krátké kalhoty a trička. Postoj manželky k tělu manžela postiženému psoriázou se nezměnil, psychoterapie pokračovala v jiném klinickém zařízení jako párová.

### Závěr

Na kazuistickém příkladu jsme popsali, jak se psychologické faktory mohou spolupodílet na vzniku a průběhu psoriázy. Na druhou stranu psychický stres a psychiatrická onemocnění mohou být komplikací nebo důsledkem původního kožního onemocnění jako reakce na zohavení, sociální stigma nebo nežádoucí změny životní-

ho stylu. Psychosociální problémy si z tohoto důvodu zaslouží více pozornosti v každodenní dermatologické péči. Komplexní týmová léčba dermatologů s psychoterapeuty a dalšími odborníky na duševní zdraví může příznivě ovlivnit průběh a další exacerbace kožního onemocnění a úspěšnost dermatologické léčby.

„Podpořeno projektem  
(Ministerstva zdravotnictví ČR) koncepčního rozvoje  
výzkumné organizace 00064203 (FN Motol).“

### Literatura

1. Picardi A, Pasquini P. Toward a Biopsychosocial Approach to Skin Diseases. In: Porcelli P, Sonino N. (Eds) Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM – V. Basel Karger 2007: 109–126.
2. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Markham T, Rogers S, Main CJ, Griffiths CE. Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. Arch Dermatol 2003; 139: 752–756.
3. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psoriasis and psychiatry: An update. General Hospital Psychiatry 1987; 9(3): 157–166.
4. Březáková A. Psychosomatické souvislosti dermatóz. Praktický lékař 1999; 79(11): 652–656.
5. Gupta MA, Gupta AK. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. Int J Dermatol 1995; 34(10): 700–703.
6. Raudenská J, Javůrková A. Psychosociální aspekty smíšených dermatóz. Dermatologie pro praxi 2011; 5(4): 210–212.
7. Kratochvíl S. Klinická hypnóza. Praha Grada: 2009.
8. Kuklová I, Pánková R. Psychoterapie v dermatovenerologii. Československá dermatologie 1994; 69(4): 214–215.
9. Březáková A, Březáková J. Tělo, bolest a nemoc. Československá psychologie 1996; 40(6): 522–528.
10. Balašík D, Semrádová V. Distribuce některých proměnných ve výběru psoriatiků a jejich modifikace skupinovou psychoterapií. Československá psychologie 2007; 51(2): 183–197.

Článek přijat redakcí: 7. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 5. 6. 2013

**PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.**  
Oddělení klinické psychologie FNKV,  
Šrobárova 50, Praha 10  
javurko@fnkv.cz

