

Psychosociální aspekty smíšených dermatóz

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.

Oddělení klinické psychologie FN v Motole a 2. LF UK Praha

Oddělení klinické psychologie FN KV Praha

Článek popisuje biopsychosociální model smíšených dermatóz, který uvádí do jiných souvislostí diagnostické a léčebné postupy v dermatologii a psychosociální úroveň dermatózy. Zaměřuje se především na psychosociální mechanismy, které mohou přispívat ke vzniku, formování a udržování dermatologických symptomů. Popisuje některé psychologické faktory, dává obecný přehled o psychosociálních důsledcích kožních nemocí, vlivu stresu na kůži, významu sociální opory a komorbiditě s psychiatrickými onemocněními. Biopsychosociální model dermatóz tak za prvé integruje psychologický přístup do lékařské péče (diagnostiky i léčby) a za druhé zdůrazňuje mezioborovou spolupráci s odborníky na duševní zdraví (klinický psycholog, psychiatr). Tím se nabízí zavedení psychologických přístupů v léčbě dermatóz k její celkově větší úspěšnosti.

Klíčová slova: psychosociální faktory, stres, sociální opora, komorbidita.

Psychosocial aspects of miscellaneous dermatosis

This article summarizes the biopsychosocial model of miscellaneous dermatosis, which states in other connections diagnostic and therapeutic procedures in dermatology and psychosocial level of dermatosis. Focuses first of all on psychosocial mechanisms, which can contribute to the formation, expression and maintenance of dermatological symptoms. Describes some psychological factors, also reviews the psychosocial impact of skin diseases generally, the impact of stress on skin, importance of social support and comorbidity with psychiatric diseases. Biopsychosocial model of dermatosis that way first integrates psychological approach into medical treatment (diagnostics and cure) and second, emphasizes interfield cooperation with mental health specialists (clinical psychologist, psychiatrist). This is to offer the introduction of psychological approaches in treatment of dermatosis for its better fruitfulness.

Key words: psychosocial factors, stress, social support, comorbidity.

Dermatol. praxi 2011; 5(4): 210–212

Úvod

Kůže je velký a viditelný orgán, který plní množství funkcí: je součástí termoregulace, smyslovým orgánem, má ochrannou funkci, důležitou společenskou a sexuální úlohu. Má tedy i velmi důležitý psychologický význam. Kůže je také vnímavá k různým emočním a sociálním podnětům. Poškození kůže je často chronické, může být různě viditelné a individuálně prožívané: ovlivňuje jedincovu představu o těle, jeho sebeúctu a sebehodnocení a může mít závažné psychosociální důsledky.

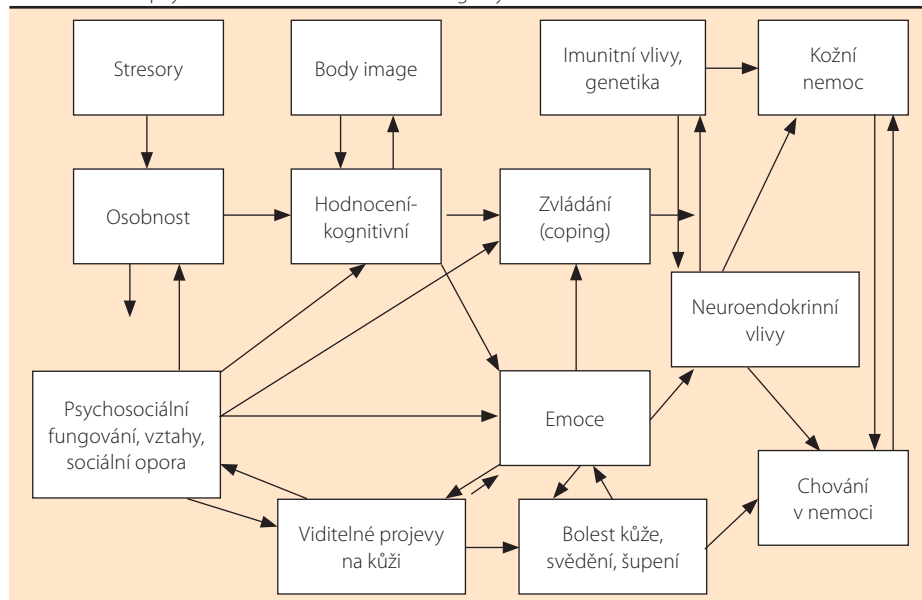
Biopsychosociální model

Biopsychosociální model nabízí komplexní a systémový pohled na vztahy, které ovlivňují dermatózu vně i uvnitř jedince. Dermatóza tak může být způsobena více faktory a subjektivní pocit zdraví je udržován balancí mezi nimi. Mezi **multifaktorové** základy mnohých kožních onemocnění se řadí 1. organizmus: heredita, překonaná a přítomná onemocnění, věk, pohlaví, psychofyziologická reaktivita, 2. prostředí: biologické (fyzikální, chemické a jiné vlivy) i psychosociální, 3. vztah mezi organizmem a prostředím: způsob života, přiměřenost výživy, abúzus psychoaktivních látek, pohybová aktivita, životní režim. Lékař proto při diagnostice i léčbě

dermatózy zvažuje všechny úrovně jedincova fungování: biologickou, psychologickou, sociální a spirituální. Současný biopsychosociální model kožního onemocnění je založen na teorii stresu a jeho zvládání (1). Psychosociální stresory ovlivňují stav kůže nepřímo přes psychosociální reakce. Kognitivní hodnocení ovlivňuje psychosociální a somatické výsledky léčby. Emoční projevy u pacientů s dermatózami jsou ovlivněny

jednak sensorickou složkou (kůže může píchat, pálit, bolet, svědět, štípat, hořet atd.), tak i například viditelnými změnami na kůži (od lehkých po těžké), které ovlivňují představu o vlastním těle. Procesy nejsou lineární s jednoduchou kauzalitou, ale zahrnují oběh v cyklu a zpětnou vazbu s opakovacím procesem v čase (obrázek 1). Dermatologické chronické onemocnění je tedy subjektivní zkušenost, která jako důsledek multi-

Schéma 1. Biopsychosociální model dermatologických onemocnění



faktoriální interakce biopsychosociálních vlivů má i více postupů v léčbě. Jeho průběh (remise, exacerbace) se mění podle vlivu biopsychosociálních faktorů. Biopsychosociální model tedy předpokládá podíl psychosociálních faktorů při vzniku a průběhu kožních onemocnění, v léčbě a celkové prognóze stavu kůže.

Vliv psychosociálních faktorů na onemocnění kůže

Psychologické faktory mohou kůži ovlivňovat třemi následujícími způsoby:

1. Emoční potíže pacienta vedou k dermatologickému ošetření. Nejedná se ale o somatickou nemoc, nebo jinou patologii kůže. Tento stav můžeme označit jako „bez kožní nemoci“. Může zahrnovat potíže fobické, jako je například dysmorfofobie, dále kožní automutilace, nutkavé zvyky, neurotické exkoriace, trichotillománii, taktilní halucinózu, obsesivní myšlenky a parazitofobii.
2. Psychosociální vlivy ovlivňují přítomné kožní onemocnění u atopické dermatitidy, psoriázy, seboroické dermatitidy, ze skupin svědivých dermatóz pak hlavně lichen planus a pruritus sine materia a urtiky a dále areátní alopecii, akné a rosaceu, vitiligo, recidivující herpes simplex a další.
3. Psychosociální obtíže nebo psychiatrická onemocnění mohou být důsledkem primárních kožních nemocí, nebo již u pacienta byly jako premorbidní potíže (2). Někdy není snadné odlišit, zda psychosociální faktory působí na propuknutí, průběh, recidivu, nebo jsou důsledkem samotné dermatózy. Nemůžeme proto popsat typické psychologické faktory pro jednotlivá dermatologická onemocnění. Psychosociální faktory se musí posuzovat individuálně v rámci osobní historie a příběhu konkrétního pacienta. Nejčastější psychosociální faktory ovlivňující **exacerbaci** dermatózy u pacientů se smíšenými dermatózami (psoriasis vulgaris, eczema atopicum, dermatitis seborrhoica) jsou: zneužívání alkoholu, exhausce, stres, depresivní rozlady a nedodržování diety. **Remisi** nejčastěji ovlivňují následující psychosociální a behaviorální faktory: dostatečný a nerušený spánek, dobrá nálada, duševní pohoda, úspěch, odpoutání pozornosti od nemocné kůže, pobyt v jiném prostředí (3).

Důsledky onemocnění kůže

Lidé ale mohou reagovat na stejný stav kůže velice individuálně a rozmanitě. **Důsledky** kožních nemocí tak mohou být pro každého

nemocného jedinečné. Stav kůže u jedince bude záviset na způsobu, kterým je schopen zvládat potíže vyplývající z kožního onemocnění a rozsahu stresu. Kožní potíže mají společné zdravotní a psychosociální důsledky (finanční, emoční, vztahové). Poškození kůže může vést k individuálnímu snížení pohyblivosti, k pracovní neschopnosti, invaliditě, zhoršení finanční i emoční situace a snížení sociálních kontaktů. Někteří pacienti, například s jen mírným akné, se tak mohou cítit velmi silně sociálně poškozeni, zatímco jiní, s chronickou psoriázou a s postižením až 90 % kůže, fungují dobře ve všech oblastech života. Zvládání důsledků chronických kožních onemocnění ovlivňuje i minimalizace rozdílu mezi subjektivním očekáváním a realitou (např. mít vždy 100 % čistou kůži, nemít nikdy problémy v práci, nemít nikdy problémy v partnerském vztahu).

Stres a kůže

Model stresu u dermatologických onemocnění předpokládá **zvýšenou vulnerabilitu** jedince. Pacient se dostává do situace, ve které se mu nedostávají prostředky k řešení, nebo má potíže se sebehodnocením, či hodnocením vlastní sociální role. Kožní reaktivita jedince závisí i na **osobnostních rysech, schopnosti zvládat stres, kognitivních faktorech a sociálním zázemím** (4). Vnější stresující události a situace neovlivní významně jedince emočně stenického (5). Stresující nebo závažná událost tedy není přímý stimul stresové reakce, ale jsou to emoce, myšlenky a chování každého jedince, které individuálně ovlivňují počátek a trvání stresu a formování stresových situací. Jako zátěž ovlivňující vznik a průběh dermatózy a kvalitu kůže uváděli pacienti se smíšenými dermatózami následující situace: konflikty v domácím prostředí, rozvod rodičů, rozvod dětí, odchod dětí z domova, maturita, státní zkouška, smrt v rodině, konflikty v rodině a operace (3, 6). Pokud je poškození kůže dobře viditelné a ireverzibilní, stává se významným stresorem. Kumulující stres může vyústit k nejčastěji pozorovatelným emočním potížím: zvýšená úzkost, frustrace, deprese nebo vztek. Dermatóza samotná se tak stává zdrojem stresu a naopak stres zhoršuje kožní projevy nemoci. Dalším stresem mohou být somatické symptomy kožního onemocnění (bolest kůže, píchání, pruritus). Prožívání porušeného tělesného pojetí je také chápáno jako závažný stresor u více jak poloviny pacientů se smíšenými dermatózami. Dalším stresem jsou obtíže v komunikaci s druhými kvůli nápadně postižené kůži: ostatní lidé jejich kůži pozorují. Pacienti mají zábrany navázat

partnerský i sexuální vztah ze strachu z odmítnutí, obávají se haptického kontaktu partnera. Sexuální partneři jim často problémy s kůží vyčítají. Nemocní se proto oblékají tak, aby oděv zakrýval postižená místa, nechodí na plovárnu, stydí se svléknout před partnerem, při akutní exacerbaci nevycházejí (3). Nespokojenost v sexu byla zjištěna až u jedné třetiny pacientů s chronickým kožním onemocněním. Nesouvisí ale přímo se samotným onemocněním kůže, například kolem genitálií, ale s vysokou mírou dalších emočních problémů, zejména s pocitem méněcennosti a nízkým sebevědomím (7).

Sociální opora

Negativní vliv na vnímavost a vznik kožních onemocnění má i nízká sociální opora a nejisté a úzkostné mezilidské vztahy (8). **Vztahy spojené s vysokou mírou vyhýbání** jsou spojovány u všech druhů kožních onemocnění s horším vyrovnáváním se stresem a vyhledáváním sociální podpory. Nejisté vztahy představují riziko vývoje areátní alopecie, exacerbace psoriázy a vitiliga. Nejistý vztah spojený s vyhýbáním zvyšuje vulnerabilitu ke kožním onemocněním a může vyústit v některých případech ve zvýšené užívání alkoholu, nebo kouření. Tento vztah zvyšuje zažívání stres, ovlivňuje intenzitu nebo dobu trvání fyziologické stresové reakce, ale ovlivňuje i vliv sociální opory při vyrovnávání se se stresem a snižuje hledání opory u partnera. U pacientů často vede k hledání neefektivních zdrojů opory. Vztahy spojené s úzkostí představují riziko zvýšení exacerbace vitiliga. Snížená míra sociální opory rovněž ovlivňuje exacerbaci psoriázy, vitiliga a výskyt areátní alopecie. Existuje vztah mezi **nedostatečnou sociální oporou** a zvýšeným výskytem kožních nemocí. Například u pacientů s atopickým ekzémem a psoriázou je stres spojený více se špatnou sociální podporou, než s klinickým stavem a výskytem symptomů (jako je například píchání, svědění a bolest kůže) (9). Proto se studie u dermatologických pacientů v poslední době začínají orientovat spíše na druhy vztahů, sociální oporu a subjektivní kvalitu života, než pouze na stresující události při exacerbaci onemocnění. Dobré sociální a mezilidské vztahy a opora jsou spojeny se zdravím jako faktory protektivní (10). Pacient vnímá při návštěvách a léčbě na dermatologickém pracovišti i vztahy mezi personálem a vzájemnou komunikaci týmu (11). Vztah mezi dermatologem, týmem a pacientem je ve všech fázích onemocnění faktorem, který může ovlivnit důsledky onemocnění kůže, reakce pacienta, efekt léčby, spolupráci i komorbiditu.

Komorbidita s psychiatrickými onemocněními

Viditelnost poškození kůže zvyšuje riziko psychiatrické komorbidity. Vztah mezi dermatologickým a psychiatrickým onemocněním je oboustranný: ovlivňují se navzájem. Snížená kvalita života u pacientů souvisí s důsledky kožního onemocnění a nemusí se týkat premorbidní psychologické ani sociální oblasti. Výskyt psychiatrických onemocnění je také spojen s větším počtem symptomů kožního onemocnění a jejich závažností, např. intenzitou svědění či bolesti a s horším dodržováním všech druhů dermatologické léčby (12, 13, 14). Až u 25–38 % všech dermatologických pacientů se předpokládá prevalence emočních, úzkostných poruch a poruchy adaptace (15). U 65 % pacientů s atopickým ekzémem, psoriázou, seboroickou dermatitidou a alergodermiemi byl zjištěn výskyt úzkostných a fobických poruch, u 23 % těchto pacientů reaktivně depresivní stavy, dále vyšší výskyt psychotických poruch, poruch osobnosti a nižší sociální podpora. Více jak u poloviny pacientů se smíšenými dermatózami (psoriasis vulgaris, eczema atopicum, dermatitis seborrhoica) byla deprese zjištěna, ale jen minimální (3). U 4–9 % depresivních pacientů s kožními onemocněními se vyskytují suicidální představy, u 10 % z těchto suicidálních pacientů dochází k pokusu o suicidium (16). Suicidální potíže se vyskytují méně u pacientů s drobnými kožními potížemi, frekventovaněji u pacientů se závažnými stavy akné, psoriázy a kožními nádory, nebo po léčbě, která nesplnila subjektivní očekávání. Například, pacienti s jizvami po akné mohou být suicidální až po dermoabrazii. Deprese i úzkost jsou nižší, pokud jsou nemocní spokojeni s kvalitou života, jejich životní aktivity jsou méně omezené, méně

se obávají selhání v sociálních situacích, vztazích a negativní prognózy onemocnění.

Závěr

Biopsychosociální pojetí nemoci v dermatologii znamená komplexní a mezioborový přístup k nemocnému v diagnóze, léčbě i prevenci. Lékař se při léčbě smíšených dermatóz orientačně zaměřuje na psychosociální aspekty: závažné okolnosti při vzniku, recidivě nebo zhoršení dermatózy; subjektivní prožívání kožních obtíží; hodnocení zážitků z dětství a vztahů k členům rodiny; povahové rysy a zvládání kožních potíží a jejich důsledků. Navrhuje psychotherapeutické intervence, které potom provádí psychoterapeut. Intervence jsou zaměřené na prevenci emočního utrpení, zlepšení kvality života, zvládnutí stresu, snížení rizika sebepoškození a léčbu bolesti. Léčba zaměřená na psychosociální potíže může příznivě ovlivnit průběh a další exacerbace kožního onemocnění.

Literatura

1. Monat A, Lazarus R. Introduction: Stress and coping. In: Monat A, Lazarus R. (Eds) Stress and coping, an anthology. NY: Columbia University Press 1991: 1–15.
2. Ōlvedyová J. Psychosomatické aspekty dermatóz. Bratislavské lékařské listy 1994; 95: 6: 232–233.
3. Březáková A. Psychosomatické souvislosti dermatóz. Praktický lékař 1999; 79: 11: 652–656.
4. Arnetz BB, et al. Endocrine and dermatological concomitants of mental stress. Acta derm venerol 1991; Suppl. 156: 9–12.
5. Zacharie R, Zacharie H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, Sigurgeirsson B. Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18: 27–36.
6. Picardi A, Mazzoti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, Biondi M, Pasquini P. Stress, social support, emotional regulation and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. Psychosomatics 2005; 46: 556–564.
7. Dorssen IE, et al. Experience of sexuality in patients with psoriasis and constitutional eczema. Acta dermatol 1992; 31(136): 1042.
8. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. Psychom Med 2001; 63: 556–567.
9. Evers AW, Lu Y, Duller P, van der Valk PG, Kraaimaat FW, Van de Kerkhof PC. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. Br J Dermatol 2005; 152: 1275–1281.
10. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. In: Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. (Eds) Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. New York: Oxford University Press 2000: 155–180.
11. Jirkovský D. Rozvíjení komunikačních a manažerských dovedností zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče. In: Jirkovský D. (Ed) Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference. Praha: Fakultní nemocnice v Motole 2010: 112–115.
12. Kozák J. Nové názory na dlouhodobou léčbu opioidy. Neurologie pro praxi 2008; 9: 1: 42–46.
13. Raudenská J. Osobní etická dilemata pacienta s chronickou bolestí. Bolest 2011; 13: 4: 14–20.
14. Staubach P, Eckardt-Henn A, Dechne M, Metz M, Magerl M, Breuer P, Maurer M. Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. Br J Dermatol 2006; 154: 294–298.
15. 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.
16. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998; 139: 846–850.

Článek přijat redakcí: 31. 8. 2011

Článek přijat k publikaci: 16. 9. 2011

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.
Oddělení klinické psychologie FN
v Motole a 2. LF UK
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

