

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 pocítovat 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 stresoru. Současně je aktivován autonomní nervový systém. Ústřední regulační roli hrají cytokiny (1). Do možných patofyziologických mechanismů je zapojena i glukokortikoidní rezistence 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 zánětlivou odpovědí 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 pečovatелеm, 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. Udržujeme 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