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 snáší 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 snáší 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 dítě kontrolovat a dohlížet na něj. Na druhou stranu vídáme i tendence předčasně a zcela delegovat léčebný režim na adolescenta, který ještě k takovému úkolu není kompetentní. Dospívající mají tendenci zavrhovat názory rodičů a dospělých autorit – tedy i lékařů – a nekriticky přejímat názory vrstevníků a svého okolí. Pro udržení dobrého terapeutického 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 snáší vše, co ohrožuje jejich sebepojetí a tvořící 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 raného 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 uchovává 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 nesdělitelných 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 akceptovat 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 seu dětí projevuje často jako rozmrzelost, nespokojenost či podrážděnost.

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

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