proLékaře.cz | 21.8.2025

Čes.-slov. Derm. 80, 2005, No. 6, p. 332–334

Psychodermatologie a klinická praxe

Pánková R.

Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha
přednosta prof. MUDr. Jiří Štork, CSc.

Souhrn

Psychodermatologie rozšiřuje hraniční pásmo mezi dermatologií a psychiatrií. Základní okruhy jsou: psychofyziologické, primárně psychiatrické a sekundárně psychiatrické poruchy, narušené pocity vnímané kůží a využití psychofarmak v dermatologii z hlediska nepsychiatrické indikace. Zahrnuje celostní přístup k člověku ve zdraví a nemoci a biopsychosociální jednotu člověka. Mezinárodní mezioborová spolupráce dermatologů, klinických psychologů a psychiatrů je základem pro uplatnění vědeckých poznatků o ultrastruktuře kůže, psychoneuro-endokrino-imunologii, psychofarmakologii a psychoterapii v dermatologické praxi.

Cílem je zlepšení péče o dermatologické pacienty v rámci komplexní léčby, která zahrnuje psychofarmaka, psychoterapii, relaxační postupy a podpůrné skupiny pacientů.

Klíčová slova: **psychodermatologie – mezioborová spolupráce – komplexní léčba v dermatologii**

Summary

Psychodermatology and Clinical Praxis

Psychodermatology involves many different types of conditions that lie between fields of psychiatry and dermatology. Most psychodermatological conditions can be classified into different categories: psychophysiological disorders, primary psychiatric disorders, secondary psychiatric disorders, and the use of psychotropic agents for purely dermatological indications. Psychosomatic aspects are part of psychodermatology based on the biopsychosocial model. International and interdisciplinary cooperation of dermatologists, psychiatrists and clinical psychologists interested in psychodermatology have developed a consensus on the care and management of psychodermatological disorders. It provides a background for using research in the field of ultrastructure of the skin, psychoneuro-endocrino-immulogy, psychopharmacology and psychotherapy and develops more comprehensive and humanistic approach to dermatology patients.

Key words: **psychodermatology – interdisciplinary cooperation – comprehensive dermatology therapy**

Motto
„Abychom mohli léčit lidské tělo, musíme mít povšechnu znalost o celku.“
Hippokrates

Psychosomatická orientace, která je součástí psychodermatologie, bývá mylně chápána jako pouhé začlenění psychogenního kauzálního faktoru do etiologie dermatóz nebo psychologické pojetí oboru.

Psychodermatologie však zahrnuje celostní přístup k člověku ve zdraví i nemoci a biopsychosociální jednotu člověka. Dělení nemocí na psychosomatické a somatické nahrazuje biopsychosociálním modelem onemocnění (8).

V klinické praxi se setkáváme se skutečností, že ne u všech kožních pacientů se stejnou diagnózou bývá dermatologická léčba *lege artis* úspěšná. Důvodem bývají primární nebo sekundární psychosociální problémy a poruchy chování pacientů, které zůstávají v pozadí somaticky zaměřených přístupů a nejsou v průběhu léčby řešeny.

Z odborné literatury jsou známy výroky psychosomaticky orientovaných dermatologů: Šamberger nazval kůži „vzorným cvičištěm psychogenních dějů“; Witkower a Russel přirovnávali kůži k „malířskému plátnu, na kterém se zobrazuje psyché“; Rook považoval „všechna kožní onemocnění do jisté míry za psychosomatická nebo somatopsychická“. Lazarus nazval kůži „zrcadlem naší emoční pohody“. Podle Borelliho se „psychické a somatické vlivy promítají a kumulují v kůži“.

proLékaře.cz | 21.8.2025

Psychodermatologie usiluje o zkvalitnění péče o kožní pacienty hledáním a řešením psychologických, behaviorálních a psychosociálních vlivů na exacerbaci a klinický průběh dermatóz. Nové poznatky jsou výsledkem mezinárodní a mezioborové spolupráce v oblasti výzkumné, klinické, léčebné a preventivní.

Psychodermatologie rozšiřuje hraniční pásmo mezi dermatologií a psychiatrií. Zabývá se několika základními okruhy:

- psychofyziologickými poruchami
- primárně psychiatrickými poruchami
- sekundárně psychiatrickými poruchami
- narušenými pocity vnímanými kůží
- využitím psychofarmak v dermatologii z hlediska nepsychiatrické indikace.

Cílem psychodermatologie je nejen zpřesnění diagnostiky a účinnější řešení hraničních stavů dermatologie a psychiatrie, ale především zlepšení péče o všechny dermatologické pacienty (7). U 30–60 % kožních nemocných pozorujeme obtíže psychosociální, poruchy chování a nízkou kvalitu života (1, 2, 3, 4, 6, 10, 13). Psychosomatický přístup umísťuje subjektivní obtíže a kožní změny do pacientova každodenního života.

V průběhu rozšířené psychosomatické anamnézy hledáme odpovědi na řadu otázek: které psychosociální faktory působí na propuknutí, průběh a recidivu dermatózy; které rysy osobnosti ovlivňují spolupráci pacienta s dermatologem v průběhu léčení; jakým způsobem nemocný onemocnění zvládá; jaké si vytvořil obranné mechanismy; jak onemocnění prožívá; odpovídají obavy pacienta závažnosti dermatózy; jak dalece a jakými důsledky zasahují kožní změny do způsobu života pacienta, jeho rodiny, či jiných blízkých lidí; nakolik je změněno pacientovo sebehodnocení; je pacient úzkostný, depresivní, agravuje nebo disimuluje subjektivní obtíže; jaká bude pacientova reakce na názor lékaře, že pravděpodobně jde o nevědomé či dokonce úmyslné sebepoškozování nebo prodlužování dermatózy; trpí pacient v souvislosti se svým onemocněním halucinacemi či bludy?

Získat platné odpovědi na takové otázky je zpravidla náročné na čas, trpělivost a spolupráci dermatologa s pacientem. Znalost odpovědí je důležitá k doplnění obrazu objektivních kožních symptomů o prožitkovou stránku onemocnění (11).

Citlivě vedenou anamnézou začínáme vytvářet osobní vztah k pacientovi, který by měl vyústit v léčebné spojenectví. Dermatolog by měl ukázat ochotu pomoci, empatii, schopnost naslouchat obtížím, povzbudit pacienta, ocenit aktivní spolupráci a uvědomovat si i vlastní pocity vůči nemocnému.

Psychodermatologie zahrnuje obecné a speciální pojmy:

- obecné: somatizace psychologického problému – atypické somatické obtíže bez objektivního nálezu
  alexithymie – neschopnost rozpoznávat, sdělovat a usměrňovat emoce
  hostilita – nevraživost vůči okolí
  změna klasické rozhovorové techniky v rozšířenou psychosomatickou anamnézu
  přesun aktivní úlohy ve vzájemném vztahu pacient lékař
  diagnostickou zásadu multifaktoriální etiologie dermatóz;
- speciální: význam mimoslovní komunikace
  viditelnost kožních změn a reakcí vyvolaných emocemi
  zdravá kůže symbol osobní přitažlivosti
  hmatové vnímání kůží
  kůže a sexualita
  patologický vývoj od běžné péče o kůži k přehnaným činnostem, které ji poškozují
  narušené vnímání fyziologických kožních změn navozených stárnutím
  psychologický účinek hospitalizace a lokální léčby na dermatologickém oddělení.

V psychodermatologii usilujeme o kombinaci somatopsychického přístupu s psychosomatickým, aniž bychom opomíjeli systémové pojetí dermatovenerologie (14). Z hlediska psychopatologie jsou nejčastěji zastoupeny úzkost, depresivní a obsesivně-kompulzivní poruchy a bludné představy spojené s kůží (12).

Pro upřesnění diferenciální diagnostiky psychických poruch a zajištění komplexní dermatologické léčby je nezbytná mezioborová spolupráce dermatologů s klinickými psychology a liaison psychiatry – konzultanty.

Psychosomatika a problematika psychických vlivů v dermatologii nejsou novými pojmy. O psychosomatice věděli lékaři před více než 2000 lety (5).

Klasifikaci psychodermatóz publikovali: Stern (1922), Sack (1933), Stokes (1940), Šamberger (1944), Becker a Obermyaer (1947), Sulzberger (1948), Gay Prieto (1951), Duverne a Gaté (1952), Torr (1952), Wittkower (1948), Alexander (1951), Pillsbury (1953), Borreli (1969), Rook a Wilkinson (1972), Koblenzerová (1983) a jiní.

Klasifikace psychodermatóz představuje četná úskalí a neustále se vyvíjí na základě nových vědeckých poznatků o ultrastuktuře kůže a psycho-neuro-endokrino-imunologii. Významné jsou poznatky:

- o vzájemném propojení volných nervových senzorických C-vláken v papilární dermis a epidermis s dorzálními ganglii v míše a centrálním nervovým systémem v thalamu, o kterém svědčí i specifická neuronová dráha pro svědění
- nervová zakončení v kůži a neuropeptidy modulují kožní zánět v aktivní vaskulární, chronické i regenerační fázi
- interakce mezi periferními nervy a imunitním systémem zprostředkují různé typy kožních nervových vláken, neuromediátory a aktivované specifické receptory na cílových buňkách v kůži
- vazebná místa pro neuromediátory a schopnost uvolňovat neuropeptidy mají keratinocyty, fibroblasty,

proLékaře.cz | 21.8.2025

Merkelovy, žírné a Langerhansovy buňky, endotelie drobných cév a leukocyty
- v kůži uvolňovaný interleukin IL-1 převádí lokální zánětlivou reakci na systémovou reakci organismu (9).

Psychodermatózy je vhodné rozdělit na stavy:
- výhradně psychického původu – dermatitis artefacta; bludné představy související s kůží; dysmorfofobie; obsesivně-kompulzivní poruchy – neurotické exkoriace, acne excoriée, trichotilomanie, onychofagie, glosodynie a glosopyrózu; psychogenní erytémový syndrom
- s uplatněním emočních vlivů – chronická urtikarie; generalizovaný pruritus, pruritus anogenitální, alopecie areátní, hyperhidróza
- závislé na vrozených faktorech nebo na vlivu prostředí, jejichž průběh ovlivňuje psychosociální stres – atopický ekzém, psoriáza, dyshidrotický ekzém, acne vulgaris, acne excoriata, seboroická dermatitida, rozacea, periorální dermatitida, vitiligo, recidivující infekce herpes simplex 1,2, pemphigus vulgaris, telogenní defluvium, lichen planus.

Léčebný postup v psychodermatologii je multidisciplinární a dermatologickou léčbu doplňuje o další léčebné možnosti:
- psychofarmaka s účinky antidepresivními, anxiolytickými, antipsychotickými; antidepresiva působí primárně i analgeticky a antipruriginózně (14)
- psychoterapii, která cíleně ovlivňuje duševní i tělesný stav pacienta psychologickými prostředky
- relaxační postupy, které snižují emoční stres
- vytvoření podpůrných skupin pacientů, které pomáhají nemocným překonávat kožní obtíže

Mezioborová spolupráce dermatologů, klinických psychologů a psychiatrů konzultantů se rozvíjí na základě vzájemné komunikace, která je podmíněna společným odborným jazykem a kultivací vzájemných vztahů (16). Snaha o výraznější navazování mezioborových kontaktů je aktuálním úkolem v zájmu rozvoje oboru dermatovenerologie.

Skutečnost, že včasná diagnóza psychosociálních a behaviorálních poruch u pacientů, kteří vyhledají primárně dermatologa, podstatně snižuje nadbytečný počet laboratorních a diagnostických vyšetření, zůstává stále nedoceněna. Zatěžováni jsou i nadále nemocní, zdravotníci i zdravotní pojišťovny, bez ohledu na etické a ekonomické důsledky.

Možnost vykazování kódů zdravotním pojišťovnám zůstává v psychodermatologii neřešena a podmínky dermatologů pro rozvoj psychodermatologie nejsou vytvářeny.

Zlepšit současnou nevyhovující situaci ve prospěch kožních lékařů a tím i jejich pacientů je jedním z programových cílů Psychodermatologické sekce České dermatovenerologické společnosti JEP, která byla ustavena na I. Moravskoslezském sympoziu o atopické dermatitidě a psychodermatologii s mezinárodní účastí v Novém Jičíně dne 3. září 2004.

LITERATURA

1. BOSSE, KA., GIELER, U. *Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten.* Toronto: H. Huber, 1997, 88 S.
2. FAWSY, FL., FAWSY, NW., HYUN, CS. et al. Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiat*, 1993, 50, p. 681–689.
3. GIELER, U., KUPFER, J., NIMEIER, V. et al. Atopic eczema prevention programs: a new Therapeutical concept for secondary prevention. *Dermatol Psychosom*, 2000, 1, p. 138–146.
4. GUPTA, MA., GUPTA, AK. Psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol*, 2001, 19, p. 360–363.
5. CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stres.* Praha: SZdN, 1969, 163 s.
6. KOBLENZER, CS. Psychologic aspects of aging and the skin. *Clin Dermatol*, 1996, 14 (2), p. 171–177.
7. KOO JYM, CHAI SUE LEE. General approach to evaluating in psychodermatological medicine. In KOO JYM., CHAI SUE LEE. (Eds), *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker, 2003, p. 1–12.
8. LIPOWSKI, ZJ. Psychosomatic medicine in the seventies. *Am J Psychiat*, 1977, 134, p. 233–242.
9. LOTTI, T., HAUTMANN, G., PANCONESI, E. Neuropeptides in skin. *J Am Acad Dermatol*, 1995, 33, p. 482–496.
10. PANCONESI, E., HAUTMANN, G. Stress, stigmatization and psychogenic purpura. *Int Angiol,* 1995, 14, p. 130–137.
11. PÁNKOVÁ, R. *Psychické faktory v patogenezi a průběhu dermatóz*. Kandidátská disertační práce, 1985, Praha, 94 s.
12. RASMUSSEN, SA., EISEN, JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Clin Psychiat (suppl)*, 1990, p. 10–13.
13. SEMRÁDOVÁ, V., BALAŠTÍK, D. Možnosti hodnocení kvality života nemocných s psoriázou. *Čes-slov Derm*, 2003, 78 (6), s. 228–231.
14. VAN MOFFAERT, M. Psychosomatics for the practising dermatologist. *Dermatologica*, 1982, 165, p. 73–87.
15. HONZÁK, R. *Deprese. Depresivní pacient v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999.
16. VENDYŠOVÁ, E., PÁNKOVÁ, R. Úzkostné reakce u psoriatiků. *Čs Psychol*, 1982, 26, s. 62–67.

Došlo do redakce: 30. 11. 2004

Doc. MUDr. Růžena Pánková, CSc.
Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN
U Nemocnice 2
128 08 Praha 2
E-mail: ruzena.pankova@lf1.cuni.cz