dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 5
proLékaře.cz | 16.11.2025

 Čes.-slov. Derm. 82, 2007, No. 1, p. 5–10

Psychodermatologie a psychosomatický přístup Psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie

Pánková R.[1], Taraba P.[2]

[1]Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN
přednosta prof. MUDr. Jiří Štork, CSc.
[2]Psychiatrická léčebna v Opavě
ředitel prim. MUDr. Ivan Drábek

Souhrn

Psychodermatologie a psychosomatický přístup Psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie

Obor, který se zabývá vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním, imunitním a kožním systémem na straně jedné a behaviorálními výstupy na straně druhé, se nazývá psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie. Zkráceně psychodermatologie. Nervový, endokrinní a imunitní systém spolupracují na udržení integrity organismu zvláště při infekci, tkáňovém poškození a stresu. Křižovatkou i spojnicí systémů nervového, endokrinního a imunitního je hypotalamo-pituito-adrenální osa. Ústřední informačně regulační roli hrají cytokiny, jejichž receptory nacházíme ve všech systémech organismu. Aktivace cytokinů sehrává významnou roli v neurogenní modulaci kožního zánětu i vývoji psychosomatických poruch. Psychosomatické poruchy zasahují více regulačních rovin: psychických, neuronálně vegetativních, endokrinních i imunitních. Neřešené obtíže v oblasti mezilidských vztahů bývají zdrojem a spouštěčem psychosociální zátěže, která rovněž aktivuje stresovou osu a navozuje psychosomatické poruchy. Psychosomatiku lze chápat na základě psycho-neuro-endokrino-imunologických interakcí. Dotýká se všech somatických onemocnění. Vyžaduje mezioborovou spolupráci a komplexní léčbu. Psychodermatologie usiluje o zkvalitnění dermatovenerologické péče o nemocné včasnou diagnózou a léčbou psychosociálních a behaviorálních poruch. Zlepšit současnou nepříznivou situaci pro psychosomaticky zaměřené dermatovenerology, a tím i jejich pacienty, je jedním z cílů Psychodermatologické sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP, která byla ustavena v roce 2004.

Klíčová slova: **psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie – interakce – psychosomatické poruchy – antidepresiva – www.psychodermatologie.cz**

Summary

Psychodermatology and Psychosomatic Approach Psycho-neuro-endocrino-immuno-dermatology

The field dealing with the mutual interactions of nervous, immune, endocrine and skin systems on one hand, and behavioral outputs on other hand, is called psycho-neuro-endocrino-immuno-dermatology – psychodermatology, in an abbreviated form. The nervous, endocrine and immune systems cooperate to preserve the organism's integrity, especially in the cases of infection, tissue damage and stress. The nervous, endocrine and immune systems converge in the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. The key informational and regulation roles are played by cytokines, whose receptors are found in all systems of the organism. Cytokines' activation plays a significant role in the neurogenic modulation of the skin inflammation as well as in the development of psychosomatic disorders. Psychosomatic disorders extend to multiple regulation levels: psychological, neuronal vegetative, endocrine and immune. Unsolved problems in the area of interpersonal relationships often function as the source and trigger of psychosocial stress, which also activates the stress axis and causes psychosomatic disorders. Psychosomatics should be understood in terms of psycho-neuro-endocrino-immuno interactions. It is relevant for all somatic diseases, and requires interdisciplinary collaboration and comprehensive treatment. Psychosomatics strive for the improvement in the care for patients through a timely diagnosis and treatment of psychosocial and behavioral disorders. An improvement in the currently unfavorable situation of psychosomatically oriented dermatologists, and, consequently, their patients figures among the goals of the Section of Psychodermatology of the Czech Society of Dermatovenereology, which was founded in 2004.

Key words: **psycho-neuro-endocrino-immuno-dermatology – interaction – psychosomatic disorders – antidepressant drugs – www.psychodermatologie.cz**

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 6
proLékaře.cz | 16.11.2025

ÚVOD

Motto:

„Mentální stres zřejmě může rozhodovat o životě a smrti. Proč by se nemohl účastnit i v patogenezi vnitřních nemocí?“

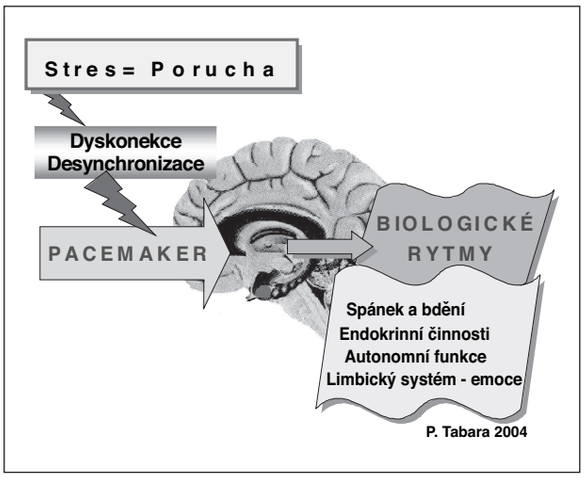
Josef Charvát, 1969

Obor, který se zabývá vzájemnými vztahy mezi nervovým, endokrinním, imunitním a kožním systémem na straně jedné a behaviorálními výstupy na straně druhé, se nazývá psycho-neuro-endokrino-imuno-dermatologie**,** zkráceně psychodermatologie (1, 2).

Nervový, endokrinní a imunitní systém spolupracují na udržení integrity organismu zvláště při infekci, tkáňovém poškození a stresu (3). Psychický stres a psychiatrické onemocnění mohou narušit imunitní funkce (4). Endokrinní systém přispívá k biologickým změnám charakteristickým pro afektivní poruchy (5). Experimentální i klinické studie potvrzují vliv chování na imunitní systém (6). Imunitní změny ovlivňují chování člověka (7).

STRESOVÁ OSA HYPOTALAMO-PITUITO-ADRENÁLNÍ

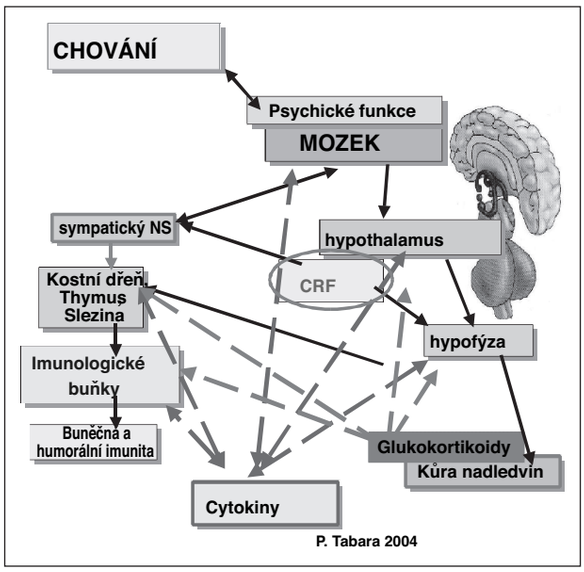
Křižovatkou i spojnicí systémů nervového, endokrinního a imunitního je hypotalamo-pituito-adrenální osa (HPA) (8, 9). Významná role při aktivaci stresové osy i při koordinaci endokrinních, vegetativních, behaviorálních a imunitních odpovědí na působení stresorů přísluší faktoru uvolňujícímu kortikotropin (CRF). Odpovědi jsou zprostředkovány aktivací dvou podtypů receptorů pro CRF (CRF R1 a CRF R2), které jsou odlišně exprimovány v různých oblastech CNS a periferie. CRF se významně podílí na zprostředkování**,** udržování i ukončování stresu.



Obr. 1. Dopad aktivované stresové osy HPA na neuronální síť. Objevují se poruchy neurogeneze, dyskonekce a desynchronizace funkcí.

Aktivace stresové osy má dopady i na vlastní neuronální síť. Objevují se poruchy neurogeneze**,** dyskonekce – rozpojení a narušení regulační roviny nervového systému-desynchronizace funkcí (obr. 1).

Ústřední informačně regulační úlohu mají cytokiny**,** jejichž receptory nacházíme ve všech systémech organismu (obr. 2). Cytokiny vznikají přímo v mozku, ale i periferně a mohou pronikat při horečce a infekci cestou cirkumventrikulárních orgánů porušenou hematoencefalickou bariérou.



Obr. 2. Ústřední informačně regulační role cytokinů, jejichž receptory nacházíme ve všech systémech organismu. Aktivace cytokinů sehrává významnou roli v neurogenní modulaci kožního zánětu i v rozvoji psychosomatických poruch.

Receptory prozánětlivých cytokinů – interleukinů IL-1, IL-6 a faktoru nekrotizujícího tumor (tumour necrosis factor) – TNF-α vykazují vysokou denzitu v oblasti hipokampu a hypotalamu.

Psychická rovina zpracovávání informací představuje účinnou regulační roli u kognitivních a afektivních funkcí – vnímání, myšlení, paměti, emocí, nálady. Dysfunkční kognitivní schémata mohou být spouštěči řady stresových reakcí (10).

AKTIVACE CYTOKINŮ A NEUROGENNÍ MODULACE KOŽNÍHO ZÁNĚTU

Brocq a Jacquet popsali v roce 1891 ekzém s výrazným podílem nervových vláken jako neurodermatitidu

proLékaře.cz | 16.11.2025

(11). Na znovuoživení zájmu dermatovenerologů o neurogenní modulace kožního zánětu se podílejí výzkumné nálezy na molekulární úrovni a rozvoj psycho-neuro-imunologie (12, 13).

Cytokiny představují heterogenní skupiny polypeptidů s funkcí imunomodulační, neuromodulační a neurotransmiterovou. Aktivace cytokinů sehrává významnou roli v neurogenní modulaci kožního zánětu i vývoji psychosomatických poruch.

Neuropeptidy, neurotransmitery, neurotrofiny a neurohormony se zúčastňují imunomodulačních reakcí akutní, chronické i regenerační fáze kožního zánětu (14).

Za fyziologických podmínek jsou kožní buňky schopny uvolňovat neuropeptidy. Vazebná místa pro neuromediátory mají keratinocyty, fibroblasty, buňky žírné, Merkelovy a Langerhansovy, endotelie drobných cév a leukocyty (15).

Interakce mezi periferními nervy a imunitním systémem je zajišťována různými typy kožních nervových vláken, uvolňujících neuromediátory a aktivujících specifické receptory na cílových buňkách v kůži. Tyto interakce ovlivňují různé funkce fyziologické, ale i patofyziologické, včetně vývoje buněk, růstu, diferenciace, imunity, cévní regulace, mobilizace leukocytů, pruritu, hojení ran a rozvoje některých dermatóz (16).

Nejznámější neuropeptidy v kůži jsou substance P (SP), neurokinin A (NKA), kalcitoninu genově příbuzný peptid (CGRP), vazoaktivní peptid (VIP), neurotenzin, polypeptid aktivující hypofyzární adenylátcyklázu (PACAP), peptid histidin-izoleucin a histidin-methionin (PHI/M), somatostatin (SOM), β-endorfin, enkefalin, galanin, atriální natriuretický peptid, hormon stimulující α-melanocyty (MSH), hormon uvolňující kortikotropin (CRH), pro-opiomelanokortinové peptidy (POMC). Z hlediska neurogenní modulace zánětu je významné, že kožní buňky uvolňováním lymfokinů a interleukinu 1 (IL-1) aktivují stresovou osu HPA (17). Zdrojem nepeptidových neurotransmiterů acetylcholinu, adrenalinu a noradrenalinu jsou kožní autonomní cholinergní a adrenergní nervy, keratinocyty, lymfocyty a melanocyty. Fyziologická kontrola buněčných reakcí na různé zánětlivé podněty vyžaduje regulaci na více úrovních. Dysregulace těchto procesů může vést k onemocnění nebo nekontrolovanému zánětu, zvýšené permeabilitě cév, hyperalgezii, analgezii nebo pruritu (18). Specifická neuronová dráha pro svědění je odlišná od dráhy pro zpracování bolesti.

Navazuje na vzájemné propojení volných nervových zakončení senzorických C-vláken v papilární dermis a v epidermis s dorzálními ganglii v míše a centrálním nervovým systémem v thalamu. Mezi oběma dráhami existuje složitá interakce (19).

PSYCHODERMATOLOGIE

Návaznost dermatovenerologie na ostatní lékařské obory vyplývá z široké vědecké i klinické mezioborové spolupráce. Rozvoj oboru vedl ke vzniku dermatologických subspecializací včetně psychodermatologie. Synonymem je psychocutaneous medicine (20, 21, 22). Základní tématické okruhy psychodermatologie představují poruchy psychofyziologické, primárně nebo sekundárně psychiatrické a kožní senzorické. Psychodermatologie sleduje i možnosti léčebného využití psychofarmak v nepsychiatrické indikaci (23). Primárně analgetické, imunomodulační a antihistaminové účinky vykazují například antidepresiva (24). V ambulantní praxi se setkáváme se skutečností, že ne u všech kožních pacientů se stejnou diagnózou bývá dermatologická léčba lege artis úspěšná.

Kde hledat příčinu?

Příčinou bývají primární nebo sekundární psychosociální souvislosti a poruchy chování pacienta, které zůstávají v pozadí somaticky zaměřeného přístupu lékaře k pacientovi a nejsou diagnostikovány ani léčeny (25, 32). Z tohoto hlediska je významná mezioborovvá spolupráce dermatologů s klinickými psychology a psychiatry konziliáři, která se stává účinnou na základě dlouhodobé aktivní komunikace, vytvořením společného odborného jazyka a kultivací vzájemných vztahů (26, 27, 28).

PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Psychosomatická orientace vyjadřuje jednak úsilí o začlenění psychosociálních kauzálních faktorů do etiologie a průběhu nemocí, ale i snahu o analýzu životních okolností a pacientova psychického stavu (29).

Psychosomatický přístup definoval Z. J. Lipowski jako vědeckou a klinickou disciplinu zabývající se:

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními a biologickými faktory v průběhu fyziologických a patofyziologických funkcí,
- studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, symptomy, průběhem a následky všech nemocí,
- prosazováním celostního biopsychosocálního přístupu v péči o nemocného,
- aplikací psychologických, psychiatrických a behaviorálních metod v prevenci somatických onemocnění (30).

Člověk je definován jako bytost v mnoha rovinách: v biologických, psychologických, sociálních a také i duchovních. Komunikačním prostorem v biologické rovině jsou synapse. Na nich dochází k intenzivní intercelulární výměně informací pomocí mediátorů a receptorů.

Mezilidské vztahy a jejich kvalita jsou zásadním komunikačním prostorem v psychosociální rovině. Člověk jako bytost sociální si vytváří propracovanou sociální síť: rodinné a přátelské vtahy, pracovní kolektivy, zájmové a umělecké činnosti, etická a morální pravidla. Za zdařilou lze označit metaforu rodiny jako sociální dělohy (31). Neřešené obtíže v oblasti mezilidských vzta-

proLékaře.cz | 16.11.2025

hů bývají zdrojem a spouštěčem psychosociální zátěže, která rovněž aktivuje stresovou osu a navozuje tak psychosomatické poruchy.

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY

Psychosomatické poruchy zasahují více regulačních rovin: psychických, neuronálně vegetativních, endokrinních i imunitních. Receptory lymfocytů přijímají signály z nervového a endokrinního systému a centrální nervový systém zachycuje signály vysílané systémem imunitním.

Každá porucha má svůj vývoj a je závažnou osobní i společenskou skutečností, která významně ovlivňuje nejen kvalitu života pacienta. Kůže bývá nazývána citlivým monitorem psychosociálních a neuropsychických dějů. Rook považuje všechna kožní onemocnění do jisté míry za psychosomatická nebo somatopsychická (33). Psychosomatiku lze chápat na základě interakcí psychoneuro-endokrino-imunologických. Dotýká se všech somatických onemocnění. Vyžaduje mezioborovou spolupráci a komplexní léčbu.

Rozhovor s nemocným je hlavním nástrojem psychosomatického přístupu. Musíme se proto rozhodnout, zda budeme hovořit se svými pacienty i o jiných než kožních obtížích.

Pacientovi je třeba pozorně naslouchat, získat rozšířenou psychosomatickou anamnézu, přesunout aktivní úlohu ve vzájemném rozhovoru na pacienta a po navázání vzájemné důvěry se pokusit o psychoterapeutický rozhovor (34). U více než třetiny kožních pacientů pozorujeme obtíže psychosociální, poruchy chování a nízkou kvalitu života. Psychosomatický přístup umožňuje současné léčebné ovlivnění psychosociálních i kožních obtíží (35, 36, 37, 38, 39). Pro rozvoj psychosomatického přístupu jsou nezbytné podmínky časové, bodové ohodnocení zdravotními pojišťovnami a postgraduální postupy, které se prozatím nejen v dermatovenerologii v České republice nedaří vytvořit.

JAK SE PROJEVUJÍ PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY U KOŽNÍCH PACIENTŮ?

Projevem psychosomatických poruch u pacientů s kožním onemocněním je váznoucí slovní kontakt, snížené sebehodnocení, pocity viny a zklamání; zvýšené sebepozorování a nadměrná péče o kůži – skin picking – obsedantně-kompulzivní chování; narušené vnímání vlastního těla – dysmorfobie; obavy ze stárnutí, poruchy sexuality, somatizace psychických obtíží – netypické zdravotní stesky bez závažného somatického nálezu; alexithymie – neschopnost rozpoznávat, sdělovat a usměrňovat emoce; hostilita – nevraživost vůči okolí; poruchy úzkostné, depresivní i obsedantně-kompulzivní. Mnozí kožní pacienti žijí v sociální izolaci, někteří i dlouhodobě „uprostřed rodiny“.

V důsledku kožního onemocnění bývají narušené mezilidské vztahy v rodině, ve škole, na pracovišti a snížená sociální aktivita pacienta se může podílet i na ztrátě zaměstnání.

Subjektivní prožívání nemocného nebývá přímo úměrné klinické závažnosti kožního onemocnění nebo sexuálně přenosné infekci. Rizikoví psychodermatologičtí pacienti trpí halucinacemi, bludy, dysmorfofobii, suicidálními myšlenkami.

Dysmorfofobií pravděpodobně bude u predisponovaných osob přibývat v souvislosti se společensky rostoucím požadavkem „tělesné krásy a rozvoje kultu trvalé mladosti“. Spolupodílí se vliv médií s nerealistickými vzory fyzického zevnějšku a upřednostňováním vzhledu před jinými lidskými vlastnostmi. Dysmorfická porucha vnímání vlastního těla je hypochondrickou tělesnou stížností bez organického nálezu. Jedná se o domnělý vzhledový deficit a řadí se mezi somatoformní poruchy obsedantně kompulzivního spektra. Častá bývá komorbidita s depresí, úzkostnou poruchou nebo poruchou příjmu potravy. Celková prevalence v běžné populaci není významná, představuje 1–2 % oproti více než 10% zastoupení mezi pacienty dermatologů a estetických chirurgů. Tito pacienti nejsou nikdy spokojeni s výkonem lékaře a žádají opravu. Další zákrok často vyvolá hlubší zoufalství a autoagresi nebo heteroagresi. Úvodní psychologický screening je v korektivní a estetické dermatologii nutností (40, 41). „Pacienti s tělesnou dysmorfickou poruchou jsou dobře léčitelní. Jejich rozpoznání uleví pacientovi a může uchránit lékaře před trápeními různého kalibru – od stížnosti na špatně provedený výkon až po olovo v těle.“ (40).

Léčba spočívá v aplikaci inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, což jsou antidepresiva skupiny SSRI (specific – selective – serotonin reuptake inhibitor). Dávky bývají však až trojnásobně vyšší než u depresivních poruch a léčebný výsledek se dostaví později.

ZÁVĚR

Psychodermatologie usiluje o zkvalitnění dermatovenerologické péče o nemocné, které spočívá v rozpoznání vlivu psychosociálních činitelů na vzniku, průběhu nebo exacerbaci dermatózy, ale i naopak v rozpoznání zpětného účinku kožního onemocnění v psychosociálních postojích a chování pacientů. Rozsáhlá oblast neuro-psychicko-sociálních dějů má zásadní význam v aktivaci stresové osy HPA a podílí se také na chronifikaci a petrifikaci psychosomatických poruch. Tyto poruchy zasahují více regulačních rovin: psychických, neuronálně vegetativních, endokrinních i imunitních. Ústřední informačně

proLékaře.cz | 16.11.2025

regulační úlohu mají cytokiny, jejichž receptory nacházíme ve všech systémech organismu (viz obr. 2). Cílem léčby je zvládnutí stresu a regulace stresové osy se zásahy v systémech imunitním, endokrinním, nervovém a ve zvýšení kvality života kožních pacientů.

Mezioborová spoluprace dermatovenerologů, klinických psychologů a konziliárních psychiatrů rozšiřuje léčebné možností o psychoterapii a cílenou psychofarmakoterapii. Léčebně významné jsou primárně analgetické, imunomodulační a antihistaminové účinky některých antidepresiv, které jsou v dermatovenerologii prospěšné.

Skutečnost, že včasná diagnóza psychosociálních a behaviorálních poruch u pacientů, kteří vyhledají primárně pomoc dermatovenerologa, podstatně snižuje nadbytečný počet laboratorních a diagnostických vyšetření, zůstává trvale nedoceněna.

Možnost vykazování sdílených kódů zdravotním pojišťovnám v psychosomatické ambulanci je prozatím nevyřešena nejen v oboru dermatovenerologie. Podmínky lékařů s psychosomatickým přístupem k nemocným nejsou v České republice příznivé (42).

Tato skutečnost je v rozporu s Mezinárodní klasifikací nemocí 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování (MKN 10) – viz například Kategorie F54 – „Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde“, která uvádí dermatitidy, ekzémy a urtikarie jako příklady nemocí do této kategorie zařazených (43). Nadměrně zatěžováni jsou i nadále nemocní, zdravotníci i zdravotní pojišťovny, bez ohledu na etické a ekonomické důsledky (44).

Zlepšit současnou situaci pro psychosomaticky zaměřené dermatovenerology, a tím i jejich pacienty, je jedním z cílů Psychodermatologické sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP, která byla ustavena v roce 2004 – www.psychodermatologie.cz.

LITERATURA

1. GARG, A., CHREN M.M., SANDS, LP. et al. Psychological stresss pertubs epidermal permeability barrier homeostasis. implications for the pathogenesis of stress associated skin disorders. *Arch Dermatol*, 2001, 137, p. 53–59.
2. ZANE, LT. Psychoneuroendocrinimmunodermatology – pathophysiological mechanisms of stress in cutaneous diseases. In: KOO, J., LEE, Ch.S. *Psychocutaneous Medicine*. New York, Marcel Deker, 2003, p. 65–95.
3. SALOMON GF, KEMENY ME, TEMESHOK LT. Psychoneuroimmunologic aspects of human immunodeficieny virus infection. In ADER R, FELTEM D, COHEN N, *Psychoneuroimmunology*. San Diego, Academic Press, 1991, p.1081–1114.
4. KIECOLT-GLASER, JK., MALARKEY, W., CACIOPPO JT., et al. Stressful personal retationships: Endocrine and immune function**.** In GLASER, R., KIECOLT-GLASER, JK. *Handbook of Human Stress and Imunity*. San Diego, Academic Press, 1997, p. 321–340.
5. VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. Stres, deprese a somatická onemocnění z pohledu psychoneuro-imunoendokrinologie. Psych@Som IV. Roč., 2006, 6, p. 142–144.
6. LAPERRIERE, AR., ANTONI, MH., SCHNEIDERMAN, N., et al. Exercise intervention attenuates emotional mistress and natural killer cell decrements following notification of positive serologic status for HIV-l. *Biofeedback Self Regul*. 1990, 15, p. 229–242.
7. ADER, R., COHEN, N., CELTEM, D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous and the immune system. *Lancet*, 1995, 345, p. 99–103.
8. CHARVÁT, J. *Život, adaptace a stres*. Praha, SZdN, 1969, 163 p.
9. HORÁČEK, J., HOESCHL, C. Psychoneuroendokrinologie. In HOESHL, C., LIBIGER, J. ŠVESTKA J.: *Psychiatrie*, Tigis. 2. vyd., Praha, 2002, p. 131–138.
10. TARABA P.: Pohled psychiatra na psychosomatiku. In *Abstrakta a přednášky, I. Moravskoslezské sympozium o atopické dermatitidě a psychodermatologii s mezinárodní účastí.* 2004, p. 35–36.
11. BROCQ, L., JACQUET, L. Notes pour servir à l'histoire des neurodermatitis. *Ann Dermatol Venerol* 1891, 97, p. 193–195.
12. NIEMEIR, V., KUPFER, J., AL ALBESIE, S. et al. Hauterkrangungen zwischen psychoneuroimmunologischer Forschung und psychosomatischer Therapie. *Z Dermatol*, 1999, 185, p. 62–66.
13. BARTÁK, P. Bariéra epidermální permeability a její funkce v imunitní reakci. *Čas Lék čes*, 2001, 140, p. 259–261.
14. LOTTI, T., HAUTMANN, G., PANCONESI, E. Neuropeptides in skin. *J Am Acad Dermatol,* 1995, 33, p. 482–496.
15. ARENBERGER, P., JÍROVÁ, M. *Mediátory v kůži*. Czechopress Agency. Praha, 2001, 86 p.
16. STEINHOFF, M., STAENDER, S., SEELIGER, S. et al. Modern aspects of cutanous neurogenic inflammation. *Arch Dermatol*, 2003, 139, p. 1479–1488.
17. BOSSE, KA., GIELER, U. *Seelische Faktoren bei Hautkrankenheiten*. Toronto, H.Huber, 1997, 88 p.
18. KIECOLT-GLASER JK., GLASER, E. Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Med* 1995, 57, p. 269–274.
19. IKOMA, A., RUKWIED, R., STANDER, N. et al. Neurophysiology of pruritus, interaction of itch and pain. *Arch Dermatol,* 2003, 139, p. 1475–1478.
20. VAN MOFFAERT, M. Psychosomatics for the practising dermatologist. *Dermatologica*, 1982, 165, p. 73–87.
21. KOBLENZER, CS. Psychosomatics concepts in dermatology. *Arch Dermatol*, 1983, 119, p. 501–512.
22. GUPTA, MA., GUPTA, AK.: Psychodermatology. An update. *J Am Acad Dermatol*, 1996, p. 1030–1046.
23. KOO, J., LEE, CH.S. General approach to evaluating in psychodermatological medicine. In: KOO, J., LEE, CH.S. (Eds.) *Psychocutaneous Medicine*. New York, Marcel Deker, 2003, p. 1–12.
24. HONZÁK, R. Behaviorální medicina, In: HOESCHL et al.: *Psychiatrie*, 2. vyd. Tigis, 2004, p. 606–608.
25. PÁNKOVÁ, R. Psychodermatologie a klinická praxe. *Česslov Derm,* 2005, 80, No. 6, p. 332–334.

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 10
proLékaře.cz | 16.11.2025

26. MIKŠÍK, O., BŘICHÁČEK, V., PÁNKOVÁ, R., VENDYŠOVÁ, E.: Psychické zátěže a osobnostní struktura nemocných lupénkou. *Čs Derm,* 1978, 53, p. 148–156.
27. PÁNKOVÁ, R., BALCAR, K. Psychosomatika v dermatologii. In : Novotný F.: *Obecná dermatologie.* Avicenum, Praha. 1988, p. 266–270.
28. HÁJEK, T., KOPEČEK, M., PREISS, M., CHARVÁT, F., PÁNKOVÁ, R., ARENBERGER, P., HERCOGOVÁ, J., BENEŠ, V., ALDA, M., HOESCHL, C. Prospektivní sledování objemu a funkce hipokampu u osob léčených glukokortikoidy. (IGA NF6489-3), *Psychiatrie*, 2003, 7, p. 251–257.
29. LANGMEIER, J. Psychologická diagnostika ve vnitřním lékařství. *Vnitř Lék*, 1985, 31, p. 332–336.
30. LIPOWSKI, ZJ. Psychosomatic Medicine: Past and Present. *Can J Psychiat*, 1986, 31, p. 2–21.
31. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA,V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál, Praha, 2004, 227 p.
32. PÁNKOVÁ, R. Psychosomatické přístupy v dermatovenerologii. Čas. Lék. čes. 2006, 145, 112–115.
33. ROOK, A., WILKINSON, DS. Psychocutaneous disorders. In: ROOK, A., WILKINSON, DS., EBLING, FJG. *Textbook of Dermatology*. 3.Ed. Oxford, Blacwell Sci Publ. 1979, p. 2023–2035.
34. KUKLOVÁ, I., PÁNKOVÁ, R.: Psychoterapie v dermatovenerologii. *Čs. Derm*, 1994, 69, p. 214–215.
35. CHVÁLA, V., MOOS, P. Naše zkušenosti s léčbou psychosomatických pacientů v létech 1997 – 2002. *9.Sympozium Prakt. Lék., p. 24–28*.
36. PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Triton, Praha, 1999, 207 p.
37. SEMRÁDOVÁ, V., BALAŠTÍK, D. Možnosti hodnocení kvality života nemocných psoriázou. *Čes-slov Derm*, 2003, 78, p. 228–231.
38. RAPP, S., FELDMANN, SR., EXCUM, ML. et al. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*, 1997, p. 401–7.
39. FAWSY, FL., FAWSY, NW., HUYN, 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.
40. CHROMÝ, K. Proč je užitečné rozpoznat dysmorfofobii. *Prakt. Lék*. 2005, 85, 9, p. 506–507.
41. WILSON, JB., AREY, CJ. Body dysmorphic disorder: suggestions for detection and treatment in surgical dermatology practice. *Dermatol Surg,* 2004, p. 1391–9.
42. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* Světová zdravotnická organizace, Ženeva, Psychiatrické Centrum Praha, 1992, p. 282.
43. CHVÁLA, V. Prostor pro emoce. Psycho@Som, IV. 2006, p. 120–121.
44. HONZÁK, R. Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. *Prakt. Lék*. 1989, 69, s. 95–97.

Došlo do redakce: 15. 10. 2006

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

Informace k získávání kreditů České lékařské komory za odpovědi na souborné články

Vážení kolegové,

ti z vás, kteří odesílají odpovědi na testy k souborným článkům, získají vždy po skončení celého ročníku kredity od České lékařské komory. Za správné odpovědi k jednomu článku obdržíte 6 kreditů, tj. maximálně 36 kreditů za rok.

Vzhledem k tomu, že podklady k získání kreditů dostane ČLK nyní, nemohly vám být zatím žádné kredity uděleny. To však neznamená, že vaše odpovědi byly zbytečné, právě naopak. Prosíme vás jen o trochu trpělivosti.

Vaši šéfredaktoři

dermatologie_1_07 13.2.2007 9:30 Str. 11
proLékaře.cz | 16.11.2025

DOŠKOLOVÁNÍ LÉKAŘŮ – KONTROLNÍ TEST

PSYCHODERMATOLOGIE A PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP

Kontrolní test (správných odpovědí může být i více)

1. **Vztahy imunity a chování**
   a) imunita ovlivňuje chování
   b) změny chování ovlivňují imunitní systém
   c) imunitní systém neovlivňuje chování
   d) imunitní systém a chování se vzájemně neovlivňují

2. **Cytokiny – funkce**
   a) neurotransmiterové
   b) imunomodulační
   c) informačně regulační
   d) neuromodulační

3. **Psychodermatologie je subspecializací**
   a) psychiatrie
   b) dermatologie
   c) klinické psychologie
   d) kognitivní psychoterapie

4. **Psychosomatické poruchy zasahují regulační rovinu**
   a) imunitní
   b) endokrinní
   c) psychickou
   d) vegetativní

5. **Aktivaci hypotalamo-pituito-adrenální osy vyvolávají**
   a) kožní buňky uvolňováním lymfokinů a IL-1
   b) emoční zátěž
   c) somatická onemocnění
   d) narušené mezilidské vztahy

6. **Psychosomatické poruchy u kožních pacientů**
   a) somatizace
   b) poruchy sexuality
   c) hostilita
   d) skin picking

7. **Dysmorfofobie se projevuje**
   a) poruchou body image
   b) negativním organickým nálezem
   c)10% výskytem v běžné populaci
   d) komorbiditou s depresí, úzkostí, poruchou příjmu potravy

8. **Antidepresiva mají primární účinky**
   a) konvulzivní
   b) imunomodulační
   c) antihistaminové
   d) analgetické

9. **Význam včasné diagnózy psychosomatických poruch**
   a) ekonomický
   b) léčebný
   c) etický
   d) preventivní

10. **Cíle psychodermatologické sekce ČDS**
    a) rozvíjení mezioborové spolupráce
    b) psychosomatické myšlení v dermatovenerologii
    c) sdílené kódy zdravotních pojišťoven
    d) zajištění časových podmínek pro psychosomatické ambulance

Pozn. Správným zodpovězením otázek kontrolního testu získáte** 6 kreditů **kontinuálního vzdělávání lékařů ČLK. Správné odpovědi na otázky kontrolního testu budou uveřejněny v příštím čísle časopisu. Ti z vás, kteří chtějí být zařazeni do slosování o ceny 82. ročníku časopisu roku 2007, nechť zašlou správné odpovědi na kontrolní test na adresu redakce (Dermatologická klinika 1. LF UK a VFN, U Nemocnice 2, 128 08, Praha 2) vždy nejpozději do jednoho měsíce od vydání daného čísla.

Správné odpovědi na otázky kontrolního testu k článku publikovaném v č. 6/2006:
Pock, L.: Kožní mucinózy

Správné odpovědi: 1c, 2d, 3b, 4c, 5b, 6c, 7c, 8c, 9d, 10b