

PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP Z POHLEDU DERMATOVENEROLOGA

doc. MUDr. Růžena Pánková, MUDr. Ivana Kuklová

Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN

Psychosomatický přístup je součástí psychodermatologie. Zahrnuje celostní přístup k člověku ve zdraví a nemoci a biopsychosociální jednotu člověka. 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. Psychodermatologická sekce České dermatologické společnosti ČLS JEP, která byla ustavena v roce 2004, si klade za cíl zlepšit dermatovenerologickou péči a kvalitu života kožních pacientů.

Klíčová slova: psychosomatický přístup, mezioborová spolupráce, psychosomatická ambulance, Psychodermatologická sekce ČDS ČLS JEP.

PSYCHOSOMATIC APPROACH IN DERMATOVENEROLOGY

Psychosomatic approach is a component of psychodermatology which accentuates a holistic principle and psychosocial unity of man. Research data concerning the neurogenic modulation of skin inflammations, together the prevalence of psychosocial influences in dermatological patients, motivate an increased interest of dermatovenerologists in psychodermatology and in the interdisciplinary cooperation with clinical psychologists, psychiatrists and other pertinent specialists. The Section of the Psychodermatology of the Czech Dermatovenerological Society was established in 2004, in order to improve dermatovenerological care and the quality of life in dermatological patients.

Key words: psychosomatic approach in dermatovenerology, interdisciplinary cooperation, origin of the Section of Psychodermatology of the Czech Dermatovenerological Society.

Pediatr. pro Praxi, 2008; 9(1): 32–34

Motto:

Kůže je zrcadlem naší emoční pohody...

Často se však rozhodneme nevšímat si psychologicko-etiotologického pozadí a léčíme pouze kožní změny.

Divíme se pak, proč je naše léčba neúčinná?

Gerhard Lazarus, 1986

Úvod

Psychosomatická dermatovenerologie je součástí psychodermatologie – psychocutaneous medicine (8). Psychosomatiku lze chápat na základě psycho- neuro- endokrino- imunologických interakcí. Dotýká se všech somatických onemocnění a vyžaduje mezioborovou spolupráci, která se rozvíjí na základě komunikace podmíněné společným odborným jazykem a kultivací vzájemných vztahů. Psychosomatická orientace v medicíně vyjadřuje nejen úsilí o začlenění psychosociálních kauzálních faktorů do etiologie a průběhu nemocí, ale i snahu o analýzu životních okolností a pacientova psychického stavu. Základními předpoklady psychosomatického přístupu jsou celostní přístup k člověku ve zdraví i nemoci a biopsychosociální jednotu člověka. O psychosomatické vědě lékaři více než před 2000 lety (6). Rozhovor s nemocným je hlavním nástrojem psychosomatické diagnostiky (10).

Psychosomatické poruchy zasahují více regulačních rovin: psychických, neuronálně vegetativních, endokrinních i imunitních. Každá porucha má svůj vývoj a je závažnou osobní i společenskou

skutečností, která významně ovlivňuje nejen kvalitu života nemocného.

Receptory lymfocytů přijímají signály z nervového a endokrinního systému a centrální nervový systém zachycuje signály vysílané systémem imunitním. Nervový, endokrinní a imunitní systém spolupracují na udržení integrity organismu zvláště při infekci, tkáňovém poškození a stresu. Komunikačním prostorem v biologické rovině jsou synapse.

Klížovatkou i spojnicí systémů nervového, endokrinního a imunitního je hypotalamo-pituito-adrenální osa (HPA). Zde dochází k intenzivní intercelulární výměně informací pomocí mediátorů a receptorů. Mezilidské vztahy a jejich kvalita jsou zásadním komunikačním prostorem v psychosociální rovině. Neřešené obtíže v oblasti mezilidských vztahů bývají zdrojem a spouštěčem psychosociální zátěže, která rovněž aktivuje stresovou osu a navozuje psychosomatické poruchy (5, 17).

Experimentální i klinické studie potvrzují vliv chování na imunitu a změny imunity ovlivňují chování člověka (1). Psychologický stres a psychické poruchy mohou narušit imunitní funkce a endokrinní systém přispívá k biologickým změnám charakteristickým pro afektivní poruchy (20).

Zájem o současnou psychosomatickou dermatovenerologii vyvolávají:

- klinické zkušenosti se selháváním somatických léčebných postupů
- snahy o zkvalitnění dermatovenerologické péče o nemocné

- rozvoj mezioborové spolupráce
- vědecké poznatky o ultrastruktuře kůže, neurogenních modulacích zánětu a psychoneuroimunologii.

Kožní nemoci mají často multifaktoriální etiologii. Mnohá kožní onemocnění vznikají v důsledku genetických a systémových funkčních poruch organismu, jiná jsou etiologicky podmíněna vlivy zevního prostředí nebo celkovou léčbou nedermatologických, ale i dermatologických chorob (4).

Psychosomatická ambulance

V klinické praxi se setkáváme opakovaně se skutečností, že lege artis zvolená dermatologická léčba není vždy úspěšná. Příčinou bývají primární nebo sekundární psychosociální souvislosti a poruchy chování nemocného, které zůstávají v pozadí somaticky zaměřeného přístupu lékaře a nejsou diagnostikovány ani léčeny. Závěry klinických studií vykazují u 30–60 % kožních pacientů obtíže psychosociální, poruchy chování a nízkou kvalitu života. Musíme se proto rozhodnout, zdali budeme hovořit se svými pacienty o jiných než kožních problémech, například v rámci psychosomatické ambulance.

Kůže je orgánem projekce emocí, erotogenní zónou, sídlem fyziologických projevů úzkosti a orgánem vnímání dotyku, chladu, bolesti, tepla, vibrací v každém věku. Zdravá kůže a její adnexa vlasy a nehty jsou symbolem krásy, čistoty považované za psychosociální monitor. Kožní stimulace v průběhu ontogeneze jsou pravděpodobně nezbytné pro fyziologický

rozvoj lidského organismu. Psychologický význam kůže jako hraničního smyslového a komunikativního orgánu je podmíněn její fyziologickou činností. Společenský význam kůže souvisí s viditelností kožních projevů, estetickým hlediskem a představami, které se předávají z pokolení na pokolení. V průběhu kožního onemocnění bývají časté neopodstatněné obavy z nákazy, pocitu viny, hanby a studu (13).

Rozhovor s nemocným je hlavním nástrojem psychosomatické diagnostiky. Citlivě vedenou psychosomatickou anamnézou začínáme vytvářet osobní vztah, který by měl vyústit v léčebné spojení lékaře s nemocným a u dětských pacientů i se členy rodiny (18).

V rámci psychosomatické ambulance usilujeme o rozpoznání a léčebné ovlivnění psychosociálních faktorů a poruch chování u pacientů. Hledáme odpovědi na řadu otázek zacílených na povahovou a prožitkovou stránku onemocnění. Důsledným psychosomatickým přístupem k nemocnému a mezioborovou spoluprací s klinickými psychology, psychiatry konzultanty, alergology, pediatry, imunology i praktickými lékaři usilujeme o komplexní léčbu dermatóz. Psychosomatická ambulance byla zřízena v rámci dermatovenerologické kliniky v roce 1985.

Emoce a nemoc

Sledováním psychických vlivů na vztahy kůže a lidské psychiky se zabývali mnozí dermatologové. Emoční a sociální zátěže výrazně ovlivňují klinický průběh i chování pacientů s atopickou dermatitidou, psoriázou, urtikárií, seboroickou dermatitidou, rosaceou, acné vulgaris, periorální dermatitidou, areatní alopecii, telogením deffluviem, recidivující infekcí virem herpes simplex 1, 2, pemfigem, dermatitis herpetiformis, vitiligem, lichen planus, ano-genitální a generalizovaným pruritem, hyperhidrózou (9).

V kontrolovaných studiích u dětí s atopickou dermatitidou vedl nácvik relaxace, úprava návyků chování a nácvik zvládání stresu k významnému zlepšení klinického nálezu a snížení úzkosti i deprese. Atopická dermatitida ve svých důsledcích postihuje nejen nemocného, ale celou jeho rodinu. Z léčebného hlediska má značný význam náležitá edukace nemocného dítěte i jeho rodičů (2).

U genodermatóz, chronických dermatóz a u pacientů s acné vulgaris bývá někdy výrazné narušení vývoje osobnosti mladistvých pacientů a riziko

rozvoje následných psychických poruch. Viditelné kožní projevy ovlivňují představy o vlastním těle, sebehodnocení, mezilidské vztahy i chování mladých lidí. Subjektivní prožívání nebývá přímo úměrné závažnosti kožních změn. Pacient s acné vulgaris může překvapivě prožívat minimální kožní projevy jako velmi závažné. Součástí edukace je vysvětlení, že cílem léčby není jenom přijatelný kosmetický výsledek, ale také prevence vzniku nových projevů. Dle klinické studie mají pacienti s acné vulgaris, nezávisle na stupni závažnosti onemocnění, vyšší riziko vzniku úzkosti, deprese a sníženou kvalitu života ve srovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. K odhalení rizikového pacienta se autorům studie osvědčil screeningový, vysoce citlivý, sebeposuzovací 20položkový dotazník The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale vyvinutý v Bethesda (19).

Psoriáza i psoriatická artritida jsou pokládány za autoimunitní zánětlivá onemocnění, podmíněná přetrvávající chronickou aktivací T-lymfocytů v kůži a v synoviální membráně kloubů. Závěry četných klinických studií věnovaných kvalitě života nemocných lupénkou, jejíž výskyt je v České republice srovnatelný s výskytem cukrovky, jsou obdobné s onkologickými pacienty, nemocnými kloubními záněty, hypertenzí, kardiologickými obtížemi typu anginy pectoris, diabetem a depresivní poruchou (14, 15).

Neurogenní modulační kožního zánětu

Renesanci odborného zájmu dermatologů se těší neurogenní modulační kožního zánětu. Ekzém s výrazným podílem nervových vláken popsal Brocq a Jacquet v roce 1891 jako neurodermatitis.

Na akutní, chronické i regenerační fázi imunomodulačních reakcí kožního zánětu se podílejí neuropeptidy, neurotransmitery, neurotrofiny a neurohormony (12). Vazebná místa pro neuromediátory mají keratinocyty, fibroblasty, žírné, Merkelovy a Langerhansovy buňky, endotelie drobných cév a leukocyty. 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. Důsledkem interakcí jsou změny různých fyziologických i patofyziologických funkcí včetně vývoje buněk zahrnující růst, diferenciaci, imunitní reakce,

cévní regulace, mobilizace leukocytů, pruritu, hojení ran a pravděpodobně i vzniku dermatóz (3, 16).

V kůži se vyskytují: neuropeptid substance P (SP), neurokinin A (NKA), kalcitoninu genově příbuzný peptid (CGRP), vazomotorní peptid (VIP), neurotensin, polypeptid aktivující hypofyzární adenylylcyklázu (PACAP), peptid histidin-izoleucin a histidin-methionin (PHI/M), somatostatin (SOM), beta-endorfin, enkefalin, galanin, atrialní natriuretický peptid, alfa-melanocyty stimulující hormon (MSH), hormon uvolňující kortikotropin (CRH), pro-opiomelanokortinové peptidy (POMC). 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, hyperalgezi, analgezi nebo pruritu. Svědění je ovlivňováno i centrálně. 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 epidermis s dorzálními ganglii v míše a centrálním nervovým systémem v thalamu. Mezi oběma dráhami probíhá složitá interakce (7).

Závěr

Skutečnost, že včasná diagnóza a léčebné ovlivnění psychosociálních a behaviorálních poruch u kožních pacientů podstatně snižuje počet nadbytečných laboratorních a diagnostických vyšetření a současně zlepšuje úroveň péče o nemocné, zůstává nedoceněna. Zatěžování jsou i nadále nemocní, zdravotníci i zdravotní pojišťovny, bez ohledu na etické a ekonomické důsledky.

Zlepšení současné situace pro psychosomaticky zaměřené dermatovenerology a tým i jejich pacienty je jedním z cílů Psychodermatologické sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP ustavené v roce 2004, www.psychodermatologie.cz.

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

Literatura

1. Ader R, Cohen N, Cielie D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous and the immune system. *Lancet* 1995; 345: 99–103.
2. Beattie PE, Lewis-Jones MS. An audit of the impact of a consultation with a paediatric dermatology team on quality of life in infants with atopic eczema and their families. *Br J Dermatol*. 2006; 6: 1249–1255.
3. Bosse K, Gielier U. Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Toronto, H Huber, 1997. 88 s.
4. Hájek T, Kopeček M, Preiss M, Charvát F, Pánková R, Arenberger P, Hercogová J, Beneš V, Alda M, Höschl C. Prospektivní sledování objemu a funkce hipokampu u osob léčených glukokortikoidy. (IGA NF6489-3), *Psychiatrie* 2003; 7: 251–257.
5. Horáček J, Höschl C. Psychoneuroendokrinologie. In: Höschl C, Libiger R, Švestka J. *Psychiatrie*, Tílis. 2. vyd., Praha 2002: 131–138.
6. Charvát J. Život, adaptace a stres. Praha, SZdN 1969: 163 s.
7. Ikoma A, Rukwied R, Stander et al. Neurophysiology of pruritus. Interaction of Itch and Pain. *Arch. Dermatol* 2003; 139: 1475–1478.
8. Koo J, Lee, ChS. General Approach to Evaluating in Psychodermatological Medicine. In: Koo J, Lee ChS. (Eds.): *Psychocutaneous Medicine*. New York Marcel Dekker 2003: 1–12.
9. Kuklová I, Pánková R. Psychoterapie v dermatovenerologii. *Čs Derm* 1994; 69: 214–215.
10. Langmeier J. Psychologická diagnostika ve vnitřním lékařství. *Vnitř. Lék* 1985; 31: 332–336.

11. Lipowski ZJ. Psychosomatic medicine in the Seventies. *Am J Psychiatr* 1977; 134: 233–242.
12. Lotti T, Hautmann G, Panconesi E.: Neuropeptides in skin. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 482–496.
13. Pánková R, Balcar K. Psychosomatická dermatologie. In: Novotný et al. *Obecná dermatologie*. 1. vyd. Avicenum Praha 1989: 266–270.
14. Rapp S, Feldmann SR, Excum ML et al: Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol Am Acad Dermatol* 1999; 87: 16–21.
15. Semrádová V, Balašík D. Možnosti hodnocení kvality života nemocných psoriázou. *Čes-slov. Derm* 2003; 78: 228–231.
16. Steinhoff M, Staender S, Seeliger S. et al: Modern Aspects of Cutaneous Neurogenic Inflammation. *Arch Dermatol* 2003; 139: 1479–1488.
17. Taraba P. Pohled psychiatra na psychosomatiku. In *Abstrakta a přednášky I. Moravsko-slezské sympozium o atopické dermatitidě a psychodermatologii s mezinárodní účastí*. 2004; 35–36.
18. Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál 2004. 227 s.
19. Yazici K, Baz K Yazici AE et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *JEADV* 2004; 18: 435–439.
20. Večeřová Procházková A. Stres, deprese a somatická onemocnění z pohledu psychoneuro-imuno-endokrinologie. *Psych@Som IV*. 2006; 6: 142–144.