Psychodermatológia v pediatrii a období dospievania

MUDr. Barbara Ivanková, MBA[1], doc. MUDr. Janette Baloghová, PhD.[1, 2]
[1]Klinika dermatovenerológie, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice
[2]Klinika dermatovenerológie, LF Univerzity P. J. Šafárika, Košice

Psychodermatológia je rýchlo sa rozvíjajúci obor, zahŕňa poruchy prevládajúce prevažne na pomedzí dermatológie, psychológie a psychiatrie. Svoje špecifiká prináša obdobie detského veku a dospievania, do veľmi úzkej spolupráce vstupuje aj rodič. Uvádza sa, že psychologický stres narúša homeostázu bariéry epidermálnej permeability a môže pôsobiť ako precipitant pre niektoré zápalové poruchy. Deti s ohľadom na svoj vek a emočnú zrelosť môžu zažívať stres v dôsledku zmien v škole, konfliktného rodinného prostredia, životných udalostí, alebo tlaku na splnenie očakávaní. Stresujúce môže byť aj chronické somatické ochorenie, kedy naakumulovaný vnútorný tlak a napätie môžu viesť až sebapoškodzovaniu pokožky a vlasov. Zvýšené povedomie o psychokutánnych poruchách a personalizovaný prístup v medziodborovej spolupráci viacerých špecialistov, vedú k lepším výsledkom, pochopeniu a podpore pacientov s problémami, kde koža a myseľ sú vo vzájomnej komunikácii.

Kľúčové slová: psychodermatológia, detský vek a dospievanie, koža, psychika, stres, psychosomatické aspekty v dermatológii.

Psychodermatology in paediatrics and adolescence

Psychodermatology is a rapidly developing discipline, encompassing disorders predominantly at the interface of dermatology, psychology and psychiatry. The period of childhood and adolescence brings its own specificities; the parent also enters into a very close cooperation. Psychological stress has been reported to disrupt the homeostasis of the epidermal permeability barrier and may act as a precipitant for some inflammatory disorders. Children, given their age and emotional maturity, may experience stress due to changes in school, conflicting family environments, life events, or pressure to meet expectations. Chronic somatic illness can also be stressful, where accumulated internal pressure and tension can lead to self-inflicted damage to skin and hair. Increased awareness of psychocutaneous disorders and a personalized approach in an interdisciplinary collaboration of multiple specialists, leads to better outcomes, understanding and support for patients with problems where skin and mind are in communication with each other.

Key words: psychodermatology, childhood and adolescence, skin, psyche, stress, psychosomatic aspects in dermatology.

Úvod

Psychodermatológia zahŕňa poruchy prevládajúce na pomedzí dermatológie, psychológie, psychiatrie, sociológie, neurovedy a estetiky. Prepojenie týchto disciplín predstavuje komplexnú súhru medzi neuroendokrinným a imunitným systémom. Táto oblasť medicíny nie je nová, je však často opomínaná. Podľa dostupných dát, však 30 – 40 % pacientov, ktorí vyhľadajú liečbu kožných problémov, má základný psychologický, alebo psychosomatický problém,

DECLARATIONS:

Declaration of originality:
The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:
The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:
None.

Funding/Support:
None.

Cit. zkr: **Pediatr. praxi. 2025;26(5):309-314**
https://**doi**.org/**10.36290/ped.2025.062**
Článek přijat redakcí: 26. 1. 2025
Článek přijat k tisku: 10. 2. 2025

MUDr. Barbara Ivanková, MBA
barbara.ivankova@unlp.sk

ktorý buď spôsobuje, alebo zhoršuje kožné ťažkosti (1, 2, 3).

Psychologický význam kože vyplýva z jeho funkčnej činnosti. Je to hraničný orgán, ale aj orgán kontaktu s prostredím. Koža reaguje na endogénne aj exogénne stimuly, vníma a interaguje enviromentálne podnety a prenáša vnútorné podmienky do vonkajšieho sveta (1, 2).

Psychosociálny dopad kožných ochorení závisí na viacerých faktoroch, vrátane charakteru ochorenia, osobnostných čŕt pacienta a jeho veku, životnej situácie, demografie, ako aj významu choroby v rodine a kultúre jednotlivca. Mnohé dermatózy majú chronický charakter, čo vedie k hlbokej psychickej záťaži a stigme, ktorá vedie ku sekundárnym psychickým poruchám, ako je úzkosť, depresia, psychóza či obsedantno-kompulzívna porucha. U detí a dospievajúcich môžu významne ovplyvniť životnú trajektóriu, sociálne vzťahy, voľnočasové aktivity, štúdium ako aj voľbu povolania (3, 4, 5).

Koža a stres

Uvádza sa, že psychologický stres narúša homeostázu bariéry epidermálnej permeability a môže pôsobiť ako precipitant pre niektoré zápalové poruchy. Podiel pacientov, ktorí uvádzajú emocionálne spúšťače, sa mení v závislosti od ochorenia, pohybuje sa od 50 % (akné, psoriáza) po viac ako 90 % (alopetia areata, rosacea, atopická dermatitída) a môže byť až 100 % u pacientov s hyperhydrózou. Proces vyrovnávania sa s externými aj internými stresovými podnetmi označujeme pojmom „zvládanie stresu“ (stress coping). Neuroendokrinná odpoveď na stres je ovplyvňovaná genetickou výbavou, osobnostnými črtami, prostredím, pohlavím, vekom, ako aj intenzitou a dĺžkou podnetu. V krátkodobom ponímaní má opakované aktivovanie neuroendokrinného systému protektívny účinok a je nevyhnutný pre život, avšak problematická je nadmerná aktivácia neurálnych, endokrinných a imunitných mediátorov. Tá môže mať v konečnom dôsledku opačný efekt na rôzne orgánové systémy a viesť k chorobe (5, 6, 7).

Deti s ohľadom na svoj vek a emočnú zrelosť môžu zažívať stres v dôsledku zmien doma, alebo škole, konfliktného rodinného prostredia, životných udalostí, alebo tlaku na splnenie očakávaní. Problémom môže byť aj chronické somatické ochorenie, nedorozumenia s kamarátmi v škole a socializáciou, zneužívanie či zanedbávanie, finančné problémy v rodine, smrť blízkej osoby, prípadne nebezpečné prostredie doma alebo v susedstve. Príznaky stresu u detí sa môžu prejaviť na somatickej úrovni (bolesti hlavy, závraty, poruchy trávenia, nevoľnosť, nechuť do jedla, prípadne prejedanie, prírastok hmotnosti a iné), alebo na úrovni emocionálnej (podráždenosť, apatia, regresia vo vývine, poruchy spánku, výbuchy hnevu, zanedbávanie povinností, nižšia efektivita pri plnení úloh, problémy so sústredením, smútok, úzkosť, plač) (5, 8).

Deti s vysokým stresom vykazovali vysokú hladinu kortizolu. V štúdiách na deťoch boli zvýšené hladiny vlasového kortizolu spojené s vystavením rodičovského stresu a materskou depresiou u dojčiat, nižším vzdelaním rodičov u 6-ročných, zvýšenými negatívnymi životnými udalosťami u 5 až 11-ročných, kumulatívnou negatívnou expozíciou u 10-ročných a nižším sociálno-ekonomickým statusom u 4 až 18-ročných. V štúdii stresu u detí pri vstupe do školy boli hladiny kortizolu významne vyššie 2 mesiace po vstupe, ako 2 mesiace pred vstupom do školy (8).

Systémový zápal spôsobený predĺženým uvoľňovaním glukokortikoidov a prozápalových cytokínov môže viesť k dysregulácii imunitného systému a zvýšenému riziku chronických ochorení. Glukokortikoidy tiež hrajú dôležitú úlohu pri regulácii vrodených imunitných reakcií na bakteriálne a vírusové infekcie a pri inhibícii produkcie prozápalových cytokínov. Interakcia týchto primárnych mediátorov teda môže v priebehu času viesť k množstvu sekundárnych dôsledkov súvisiacich so zápalom a imunitou (8).

Klasifikácia psychodermatologických porúch

Najakceptovanejšiu klasifikáciu psychodermatologických porúch prezentuje Jafferany (2022), ktorý rozdeľuje psychodermatologické poruchy do štyroch hlavných skupín podľa kategórie kožnej poruchy. Sú klasifikované ako psychofyziologické poruchy, primárne psychiatrické poruchy, sekundárne psychiatrické poruchy, kožné senzorické syndrómy (6).

Primárne psychiatrické poruchy sú tie, ktoré sa prejavujú kožnými ochoreniami alebo zmenami, akými sú napr. trichotillománia, onychofágia, dermatitis artefacta, bludná parazitóza, psychogénny pruritus a neurotické exkoriácie. Väčšina z týchto porúch sa vyskytuje v súvislosti so somatoformnou poruchou, úzkostnou poruchou, predstieranou poruchou, poruchou kontroly impulzov alebo príjmu potravy. Týmto stavom sa venuje pomerne malý dôraz, aj keď môžu byť spojené až so samovražednými pokusmi, či zbytočnými chirurgickými zákrokmi. Do tejto skupiny patria aj stavy, ktoré si pacient spôsobil sám a ktoré typicky popiera. Pacienti si môžu lézie vyvolať trením, škrabaním, rezaním, vyberaním, udieraním, cmúľaním, hryzením, alebo aplikáciou farbív, tepla alebo žieravín. Tieto stavy boli hlásené aj u inštitucionalizovaných detí a dospievajúcich s mentálnou retardáciou. V týchto prípadoch treba brať do úvahy aj fyzické a sexuálne zneužívanie, ako aj psychosociálne stresory (5, 6).

Ak sa u pacientov objavujú závažné psychické problémy v dôsledku toho, že trpia na kožné ochorenie (napr. psoriáza, hidradenitis suppurativa, akné, žihľavka, vitiligo, atopický ekzém a iné), hovoríme o **sekundárnych psychiatrických poruchách**. Tieto stavy sa zvyčajne nepovažujú za život ohrozujúce, ale majú významný vplyv na psychickú pohodu pacienta. Mnoho pacientov trpí pocitom menejcennosti, nezriedka sú aj v dôsledku svojho kožného ochorenia šikanovaní, alebo znevýhodnení pri voľbe povolania či v pracovných kolektívoch. Nezanedbateľné sú aj socioekonomické dopady chronických dermatóz na jednotlivca, ale aj jeho rodinu a spoločnosť ako takú. Pacienti trpia úzkosťou, depresiou, poruchami spánku, nezanedbateľné sú aj suicidálne myšlienky a pokusy o samovraždu (1, 6, 7, 10). Misery et al. ukázali, že 66,3 % pacientov so zápalovým kožným ochorením (akné, atopická dermatitída, hidradenitis suppurativa) samo uviedlo vysokú úroveň stresu. Len 15 % týchto pacientov bola ponúknutá psychologická podpora. Najvyšší vplyv na kvalitu života vykazovali pacienti s hidradenitis suppurativa a 74,1 % respondentov malo skóre indexu kvality života DLQI nad 10 (9).

Kožné senzorické syndrómy je heterogénna skupina stavov charakterizovaných nepríjemnými pocitmi na koži (tzv. dysestézie),

ako je pichanie, svrbenie, pálenie, štípanie, bez zjavnej organickej etiológie. Tieto stavy môžu zahŕňať glosodýniu, vulvodýniu, pálenie pokožky hlavy a nešpecifický pruritus. Títo pacienti môžu mať pridružené psychiatrické príznaky alebo nie (4, 6).

Na koži možno vidieť zmeny spôsobené emočným prežívaním jedinca. Napríklad v čase stresu, u niektorých možno pozorovať nadmerné potenie, alebo začervenanie v tvári, hovoríme o **psychofyziologických stavoch** v dermatológii (3).

Psychotrichológia

Oblasť dermatológie, ktorá sa zaoberá prepojením psychiky a ochorení vlasov sa označuje ako psychotrichológia. Patria tu autoindukčné stavy, ale aj sekundárne psychické obtiaže, úzkosť či depresia, ktoré sprevádzajú jazviace a nejazviace alopécie (napr. alopéciu areata, androgenetickú alopéciu, lichen planopilaris a iné).

Auto-indukčné ochorenia v trichológii:

- Trichotilománia – psychicky motivované chorobné nutkanie vytrhávať si vlasy.
- Trichotemnománia – psychicky motivované chorobné nutkanie strihať a holiť si vlasy.
- Trichoteirománia – obsedantno kompulzívne škriabanie si pokožky hlavy, ktoré vedie k arteficiálnej strate vlasov.
- Trichorhizophagia – psychicky motivované chorobné nutkanie pojedať vlasy.
- Trichobezoar – chumáč vlasov v tráviacom trakte.
- Skin-picking syndróm – syndróm „vyberania“ si pokožky.

V pediatrickej populácii sa stretávame s **trichotilomániou**, ktorá bola po prvý krát klasifikovaná ako samostatná diagnóza podľa APA (Americká psychiatrická asociácia) roku 1987. Patrí medzi psychicky motivované chorobné nutkanie vytrhávať si vlasy, môže byť kombinované napr. s trichofágiou, onychofágiou či bulímiou.

Prevalencia ochorenia v danej vekovej skupine je 31 % pacientov vo veku od 1 – 10 rokov, 27 % má 11 – 17 rokov, ženy trpia 6× častejšie ako muži. Rizikovou skupinou sú hlavne deti so sociálne slabšej skupiny, z nekompletnej rodiny, kde absentuje jeden z rodičov, konfliktné a stresujúce prostredie v rodine či škole.

Toto nutkavé konanie sa môže vyskytnúť v rôzne dlhý časový úsek v priebehu dňa, môže byť vedomé, ale aj automatické. Pred alebo počas epizód vytrhávania vlasov môže postihnutý prežívať rôzne intenzívne emócie, ako nudu, stres, úzkosť, ale aj potešenie a úľavu v momente vytrhnutia vlasov.

Klinicky sú prítomné ohraničené ložiská fronto-parietálne, prevažne v solitárnych ložiskách sa nachádzajú krátke vlasy vždy s rôznou dĺžkou (Obr. 1), prejavy môžu byť prítomné aj v oblasti mihalníc, obočia, či pubického ochlpenia a inde (5). Charakteristickým prejavom je, že sa dané vlasy často nenájdu a deti ich rôzne ukrývajú.

V trichoskopickom obraze sú prítomné krátke vlasové stvoly poškodené mechanickou traumou, môžu byť prítomné aj výkričníkovité vlasy a trichoptilosis. V okolí folikulu je erytematózny lem, typické drobné hemorágie a yellowdots s centrálnymi blackdots – popeprenie (10).

Trichorhizofágia (trichophytobezoar, Rapunzel´s syndróm) je obsedantno-kompulzívna porucha vytrhávanie a pojedanie vlasov, forma sebapoškodzovania, ktorou si jedinec uľavuje od stresu. Trpí ňou 5 – 20 % pacientov s trichotilomániou.

Môže ísť pri familiárnom výskyte aj o určitú behaviorálnu poruchu, kedy sa odovzdávajú patologické vzorce správania ako zvládať stres. Pri konzumácii vlasov, ktoré nedokáže telo stráviť, vzniká trichobezoár (Obr. 2), ten zasahuje zo žalúdku do kľučiek tenkého čreva, môže spôsobiť chronické bolesti brucha, zvracanie, nechutenstvo. Komplikáciou môže byť aj ulcerácia, malabsorpcia, pankreatitída, perforácia čreva, peritonitída prípadne až smrť (5, 10).

Poruchy príjmu potravy

Porucha stravovania obvykle predstavuje pokus o zvládanie hlbších emočných problémov. Manipulácia s hmotnosťou a stravovaním prináša pocit moci a kontroly, tie časom začnú nahrádzať všetky ostatné záujmy a stávajú sa hlavnou náplňou života.

Mentálna anorexia (Anorexia nervosa – AN) je významnou príčinou chorobnosti, ale aj úmrtnosti medzi dospievajúcimi a mladými ženami. AN je spojená so závažnými zdravotnými a psychologickými dôsledkami, vrátane osteoporózy, oneskorenia rastu a vývoja. Kožné príznaky sú takmer vždy viditeľné pri ťažkej AN a uvedomenie si ich môže pomôcť pri včasne diagnostike.

Kožné príznaky sú vyjadrením zdravotných následkov hladovania, zneužívania liekov, ako sú laxatíva a diuretiká a psychiatrickej chorobnosti. Zahŕňajú lanugo-podobné ochlpenie, vypadávanie vlasov, suchosť kože, akné, hyperpigmentácie, seboroickú dermatitídu, prejavy krvácania do kože a slizníc, zápal nechtového lôžka, získané strie distansae či chladné končatiny (Obr. 3).

Obr. 1. *Alopetické ložisko pri trichotilománii (zdroj: archív autorky)*



Obr. 2. *Trichobezoár (zdroj: pubmed)*



Obr. 3. *Pacientka s atopickou dermatitídou a poruchou príjmu potravy (zdroj: archív autorky)*



Pri mentálnej bulímii sa pacient nekontrolovateľne prejedá, ale následne sa snaží stravu úmyselne dostať zo seba von, najčastejšie úmyselne vyvolaným zvracaním. Pacient môže aj prehnane cvičiť a užívať preháňadlá. Najcharakteristickejším kožným príznakom nadmerného zvracania pri bulímii je Russellov príznak (mozole na dorze dominantnej ruky, ktoré sú spôsobené trením zubov o kožu).

Zvýšená prevalencia porúch príjmu potravy bola referovaná aj u pacientiek s atopickou dermatitídou. Identifikáciou a pochopením týchto stavov a kožných prejavov môžu zdravotníci vrátane dermatológov a pediatrov, odborníkov na výživu a na duševné zdravie spolupracovať na poskytnutí komplexnej starostlivosti, ktorá sa zaoberá nutričnými psychologickými aspektmi porúch príjmu potravy (11, 12).

Onychofágia

Ohrýzanie nechtov (Obr. 5), onychofágia, často vedie ku viditeľnému poškodeniu nechtov, kutikuly a okolitej kože. Môže sa vyskytovať sama o sebe, prípadne spolu s iným opakujúcim sa správaním (napr. trichotilománia), ktoré spadajú medzi obsedantno-kompulzívne poruchy. Hryzenie nechtov môže byť dočasné, relatívne nedeštruktívne správanie, ktoré je len kozmetickým problémom, môže sa však rozvinúť do vážnejšieho dlhodobého problému. Často ho sprevádzajú pocity nepokoja alebo napätia pred uhryznutím, s následným pocitom úľavy alebo dokonca potešenia po uhryznutí. Hryzenie nechtov môže byť aj prenesený zvyk z predošlého cmúľania palca, alebo prsta, niekedy sprevádza pocity osamelosti, nudy alebo dokonca hladu.

Môže sa prejaviť hlavne u detí, ktoré majú komplikované rodinné a sociálne vzťahy, je na nich kladený enormný tlak v škole, sú zosmiešňované alebo zahanbované. Hryzenie nechtov sa môže vyskytnúť bez vedomého upozornenia, môže ísť aj o sústredené správanie. Začína v rannom detstve, zintenzívňuje sa v období dospievania, v mnohých prípadoch sa úplne zastaví v neskorej adolescencii alebo skorej dospelosti. Podľa dostupných údajov si nechty hryzie takmer 40 % detí a polovica tínedžerov.

Samotné ohrýzanie nechtov je pomerne bežné a hranica medzi „normálnym“ a „patologickým“ ohrýzaním nie je vždy jasná.

Obr. 4. *Eczema herpeticatum v teréne atopickej dermatitídy (zdroj: archív autorky)*



Problém prináša predovšetkým vtedy, ak dochádza aj k poraneniam úst, problémom s chrupom a zhryzom, deformácii nechtovej platničky a infekciám či abscesom. Jedinci, ktorí prehĺtajú obhryzené nechty (onychorhyzofágia), môžu byť ohrození infekciami žalúdka či čriev.

Onychofágia môže byť spojená s poruchou pozornosti, poruchou opozičného vzdoru, separačnou úzkosťou, enurézou, tikovou poruchou a ďalšími poruchami duševného zdravia, ktoré treba mať na zreteli (5, 13).

Dermatitis artefacta (DA)

DA je stav, pri ktorom sú kožné lézie spôsobené výlučne vlastným konaním pacienta. Zvyčajne k tomu dochádza v dôsledku psychického problému. Je to určitá forma emocionálneho uvoľnenia v situáciách napätia, stresu či úzkosti, prípadne pocitu osamelosti alebo nudy. Môže byť aj prejavov snahy upútať pozornosť. V zriedkavých prípadoch môže byť prejavom snahy získania určitých výhod. Zvyčajne sú postihnuté dievčatá v tínedžerskom veku alebo rannej dospelosti, majú problémy v medziľudských vzťahoch, v škole, môžu byť emocionálne nezrelé.

Lézie majú často bizarný tvar s nepravidelnými obrysmi v lineárnom alebo geometrickom vzore, bývajú jasne ohraničené od okolitej zdravej pokožky. Vzhľad lézií je závislí aj od metód používaných na poranenie kože (nechtami, ostrými či tupými predmetmi, zapálenými cigaretami, žieravinami, chemikáliou, aplikáciou cudzorodých predmetov do kože…). Prítomné môžu byť červené škvrny, opuchy, pľuzgiere, otvorené rany, popáleniny, jazvy. Zvyčajne sa nachádzajú na miestach, ľahko dostupných pre ruky pacienta (tvár, ruky, nohy, ramená, na

Obr. 5. *Onychofágia (zdroj: archív autorky)*



Obr. 6. *Dermatitis artefacta s prejavmi na chrbte u 18-ročného pacienta s hidradenitis suppurativa a M. Crohn s výraznou úzkostno-depresívnou poruchou (zdroj: archív autorky)*



Obr. 7. *Lineárne exkoriácie na trupe a končatinách pri dermatitis artefacta (zdroj: archív autorky)*



chrbte obvykle kontralaterálne dominantnej ruky) (Obr. 6, 7).

DA môže byť súčasťou Münchhausenovho syndrómu, keď chorí uvádzajú veľmi komplexné ťažkosti, na základe ktorých preko-

návajú často aj rizikové vyšetrenia a výkony. Podstatou syndrómu je jednanie s cieľom získať rolu chorého a kontakt so zdravotníckym personálom. V detskej populácii sa častejšie môžeme stretnúť s Münchhausenovým syndrómom by proxy (v zastúpení), kedy najčastejšie matka, prípadne iná osoba, ktorá sa o dieťa stará, predstiera, dramatizuje alebo navodzuje obtiaže u dieťaťa, následne sa dožaduje lekárskej starostlivosti. Symptómy typicky miznú, keď je rodič neprítomný.

Pri podozrení na DA sa treba vyhnúť priamej konfrontácii. Namiesto toho je potrebné vytvoriť akceptujúce, empatické a neodsudzujúce prostredie. Pre pacientov s miernymi prejavmi spojenými s bežnými stresormi je prognóza dobrá. Chronická DA je spojená so zdravotnými komplikáciami, recidívami, môže viesť k vážnemu sebapoškodzovaniu až mutilujúceho charakteru, nezriedka aj pokusom o samovraždu či dokonanému suicídiu (2, 4, 5).

Acne exkoriata (AE)

AE je kožné ochorenie, ktoré si pacient spôsobí sám, je sprevádzané nutkaním vybrať a odstrániť skutočné, alebo domnelé aknózne lézie, čo vedie ešte k zhoršenie a šíreniu akné (Obr. 8, 9). Tento stav sa líši od väčšiny artefaktových lézií, pretože pacient zvyčajne spontánne pripúšťa povahu stavu, ktorú si sám spôsobil. Tieto stavy môžu viesť k trvalému zjazveniu, častejšie postihuje dievčatá a mladé ženy. Môže byť prejavom úzkosti či depresie, tento stav sa považuje za neurotický prejav pacienta, vyžaduje komplexnú psychosociálnu a dermatologickú intervenciu, ktorá spočíva v liečbe samotného akné, ale aj behaviorálnej terapii (5).

Sekundárne psychodermatózy

Ochorenia ako psoriáza, atopický ekzém, ťažké akné, ichtyosiformné dermatózy, hidradenitis suppurativa a ďalšie, môžu v dôsledku svojej somatickej záťaže, chronicity, nepríjemných symtómov ako je svrbenie či bolesť, spôsobovať úzkosť, depresiu, poruchy spánku, stratu sebadôvery, sociálnu izoláciu či sociálnu fóbiu.

Významne sa psychosomatické aspekty prejavujú pri jednej z najčastejších dermatóz detského veku atopickej dermatitíde (AD). Menšie deti s AD sú nepokojné, plačlivé, nevrlé a zle spia. Škriabanie vedie ku vzniku nových

Obr. 8. *Acne exkoriata komplikované flegmonóznym zápalom na líci po viacnásobnej penetrácii kože chirurgickou pinzetou samotnou 16-ročnou pacientkou (zdroj: archív autorky)*



Obr. 9. *Acne exkoriata u tej istej 16-ročnej pacientky s dokumentovaným abúzom psychotropných látok (zdroj: archív autorky)*



kožných exkoriácií, čím sa príznaky prehlbujú a cyklus opakuje. Aj keď rodičovské snahy o kontrolu škriabania sú do určitej miery nutné, mali by sa snažiť vyhýbať neustálemu upozorňovaniu („Neškrab sa“, „Ovládaj sa!“), ktoré ešte zvyšujú napätie dieťaťa, nakoľko nie je schopné príkaz splniť, následne pociťuje krivdu a pocit viny. Určite je absolútne nevhodné dieťa trestať alebo ho devalvovať posmešným komentárom.

U detí je častý aj smútok, ako reakcia na straty, ktoré dieťa v súvislosti s chorobou utrpelo, so zameraním na budúcnosť sa zas objavuje strach a úzkostné očakávania ďalších komplikácií. Pokiaľ závažné ochorenie trvá dlhú dobu, môže vyústiť až do psychického vyčerpania, prejavujúceho sa apatiou a celkovou rezignáciou. Výnimkou nie je ani pocit hnevu a agresivita, namierená voči svojmu okoliu, ale aj voči sebe samému.

Racionálne hodnotenie choroby v detskom veku závisí hlavne od aktuálnej vývojovej úrovne dieťaťa. V rámci dospievania prevláda odmietanie a kritický postoj ku chorobe, ktorá má značný negatívny dosah do väčšiny oblastí života. Telesný vzhľad je dôležitým atribútom v období puberty a adolescencie, významným zdrojom sociálneho statusu v kolektíve. Nezriedka sa stáva, že sa atopici ocitnú na periférii a hrozí zvýšené riziko socioaptologických javov, napr. šikany (5, 14, 15, 16).

Strom et al. (17) prezentujú analýzu, podľa ktorej sa preukázalo, že AD je spojená so zvýšeným rizikom porúch pozornosti (hyperaktivita, ADD/ADHD), pričom deti s ťažkou AD a iba 0 – 3 nocami dostatočného spánku týždenne mali oveľa vyššiu pravdepodobnosť rizika porúch pozornosti, ako deti s miernejšou formou AD a viac ako 0 – 3 nocami dostatočného spánku týždenne. U detí s AD bola anémia, bolesť hlavy a obezita spojená ešte s vyššou pravdepodobnosťou ADD/ADHD.

Terapia v psychodermatológii

Výber terapie je založený na povahe základnej psychopatológie. Počiatočným a najdôležitejším krokom v úspešnej liečbe týchto pacientov je nadviazanie vzťahu. Pacienti so sekundárnymi psychiatrickými dermatózami potrebujú v prvom rade zahájiť somatickú, tzn. dermatologickú liečbu, aj s podpornou psychotropnou. Pri primárnych psychiatrických dermatózach je hlavnou líniou psychotropná terapia, somatické modality sú podporné, základná liečba primárnych psychodermatóz, často sama vedie k zlepšeniu súvisiacich kožných porúch (4, 6, 9).

Manažment stavov v psychodermatológii zahŕňa štandardné psychofarmaká, sugesciu, kognitívno-behaviorálne metódy, biofeedback. U detí sa často využíva aj filiálna terapia, alebo tréning rodičovských zručností, ktorý pomáha posilňovať vzťah medzi rodičom a dieťaťom použitím hravej metodiky. Hra je pre deti tým najprirodzenejším spôsobom komunikácie. Dospelí o svojich zážitkoch, my-

šlienkach a pocitoch hovoria, deti využívajú objavovanie svojich zážitkov hrou (2, 18).

Záver

Psychodermatológia je zaujímavou doménou dermatológie, ktorá si zaslúži našu pozornosť. Pediater v spolupráci s dermatológom by mal byť schopný vnímať a včas rozpoznať psychodermatologické procesy a začať základnú farmakoterapiu. Lepšie poznanie klinických prejavov, ako aj možných psychosociálnych súvislostí je kľúčové pre duševné zdravie, ktoré nie je len abscensiou duševnej choroby. Je to stav celkovej pohody, harmónie a vnútornej istoty, je súčasťou našej identity a tvorí základný predpoklad na budovanie zdravých asertívnych medziľudských vzťahov. A kvalita našich vzťahov, ovplyvňuje aj kvalitu našej pokožky.

LITERATÚRA

1. Fritzsche K, McDaniel S, Wirsching M. Psychosomatic Medicine. An International Guide for the Primary Care Setting. Springer, 2020: 364s.
2. Gerd R, Henningson P. Psychotherapeutic medicine and psychosomatics. Vydavateľstvo F, Pro mente sana, Bratislava, 2018.
3. Harth W, Gieler U, Kusnir D, et al. Clinical Management in Psychodermatology. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2009.
4. Ferreira BR, Cardoso JC. Herpes and Stress. In: França K, Jafferany M. Stres and Skin Disorders. Springer International Publishing Switzerland, 2017.
5. Jafferany M. Handbook of Psychodermatology Introduction to Psychocutaneous Disorders, In: Clinical Management in Psychodermatology. Springer, Berlin, Heidelberg, 2022.
6. Nguyen CM, Danesh M, Beroukhim K, et al. Psychodermatology: A Review. Practical dermatology. May 2015; 49-54.
7. Suárez AL, Feramisco JD. Psychoneuroimmunology if psychological stress and atopic dermatitis: Pathophysiologic and therapeutic updates. Acta Derm Venereol. 2012;92:7-15.
8. Condon EM. Chronic Stress in Children and Adolescents: A Review of Biomarkers for Use in Pedaitric Research. Biol Res Nurs. 2018;20(5):473-496.
9. Misery L, Chesnais M, Merhand S, et al. Perceived stress in four inflamatory skin diseases: an analysis of data taken from 7273 adult subjects with acne, atopic dermatitis, psoriasis and hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36:e623-e626.
10. Ivanková B, Baloghová J. Psychosomatické aspekty v trichológii. Dermatol. prax. 2023;17(1):32-35.
11. Stmu-O´Brein C, Shivakumar S, Messas T, et al. Through the looking glass: Skin signs that help diagnose eating disorders. Clinics in Dermatology. 2023;41(1):67-74.
12. Linnet J, Jemec GB. Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis Patients. Int J Dermatol. 2001;40(10):632-636.
13. Baghchechi M, Palletier JL, Jacob SH. Art of Prevention: The importance of tackling the nail biting habit. Int J Womens Dermatol. 2020;7(3):309-313.
14. Ondriová I, Hudáková A. Psychosociálne aspekty atopického ekzému u detí. Dermatol.prax. 2011;5(1):42-45.
15. Jefferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneus Disorders. J Clin Psychiatry. 2007;9(3):203-213.
16. Tareen RS. Atopic dermatitis: a psychocutaneous review. In: Tareen RS, Greydanus DE, Jefferany M, et al. Pediatric Psychodermatology, A Clinical Manual of Child and Adolescent Psychocutaneous Disorders. Berlin: De Gruyter, 2013.
17. Strom MA, Fishbein AB, Paller AS, et al. Association between atopic dermatitis and attention deficit hyperactivity disorder in US children and adults. Br J Dermatol. 2016;175(5):920-929.
18. Reichelová E. Na chvíľu Freudom – Filiálna terapia. Integrity Solutions, 2010..