

Kvalita života při některých dermatologických onemocněních

PhDr. Drahomír Balašík

Oddělení klinické psychologie FN u sv. Anny v Brně

Kvalita života pacientů se stává jedním z cílů dermatologické léčby a současně i kritériem její efektivity. Jde o pojem mnohovýrovný, dynamický a hlavně subjektivní, zahrnující kvalitu života obecnou (QoL) a spojenou se zdravím (HRQoL). Ta je ukazatelem vlivu choroby a její léčby na úroveň životní spokojenosti v různých oblastech života. Protože její zhoršení může zpětně zhoršit psychický stav pacienta i jeho kožní poruchy, bývá vhodná mezioborová spolupráce dermatologa s klinickým psychologem či psychiatrem. Nebylo prokázáno, že by jednotlivé dermatózy vytvářely specifické struktury osobnostní či psychopatologické, a tedy ani specifickou úroveň či typ narušení kvality života. Úroveň HRQoL pravděpodobně nezávisí na typu kožní choroby, ale na její závažnosti, formách léčby, následcích psychických a sociálních, obranných mechanismech a frustrační toleranci pacienta. Ke zjišťování úrovně HRQoL u jednotlivých kožních poruch jsou k dispozici speciální standardizované dotazníky. Jsou nezbytné ve výzkumu, v klinické praxi je vhodné jejich výsledky ověřit klinickým rozhovorem, se kterým si někdy zcela vystačíme.

Klíčová slova: kvalita života, QoL, HRQoL, psychodermatologie.

Quality of life in some dermatological diseases

Quality of life in patients is becoming one of the aims of dermatological treatment and at the same time serves as a criterion of a treatment's efficiency. Quality of life is a multi-layer, dynamic – and most importantly – a subjective concept, including both general quality of life (QoL) and health related quality of life (HRQoL). HRQoL indicates how a disease and its treatment influence the level of satisfaction in various areas of a patient's life. Since deteriorating HRQoL can retrospectively aggravate the patient's mental state and his/her skin disorders, interdisciplinary cooperation between a dermatologist and a clinical psychologist or psychiatrist is often desirable. The creation of specific personality or psychopathological structures by individual dermatoses has not been proved and thus no specific level or type of the quality of life has been detected. The level of HRQoL does not in all probability depend on the type of skin disease, but rather on its seriousness, forms of treatment, psychological and social consequences, ego defensiveness mechanisms and on the patient's frustration tolerance. To determine the level of HRQoL in individual skin diseases, standardized special questionnaires can be used. They are essential in research, but in clinical practice their results should be verified by a clinical interview, which may in itself be sufficient in many cases.

Key words: quality of life, QoL, HRQoL, psychodermatology.

Med. praxi 2014; 11(3): 114–119

Kvalita života jako obecná a medicínská hodnota

Již více let je kvalita života jedním z významných sociálních i medicínských pojmů. Jednak jako **obecná kvalita života**, Quality of Life (QoL), při níž jsou zdravotní aspekty pouze jedním z více posuzovaných hodnot, a jednak jako **kvalita života z hlediska zdraví**, Health-Related Quality of Life (HRQoL). Ta je určena primárně zdravím a zdravotní péčí a s tím spojenými tělesnými, psychickými a sociálními funkcemi jedince. Dle WHO je to „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne tedy jen absence nemoci či poruchy“ (1). Dle toho by měl tedy lékař usilovat nejen o prodloužení, ale i o kvalitu pacientova života, která se tak stává cílem i významným kritériem úspěšnosti léčby. Podle literatury patří k subjektivním indikátorům kvality života především **osobní pohoda**, Subjective Well-Being (SWB), zahrnující psychickou pohodu, sebeúctu, sebeuplatnění

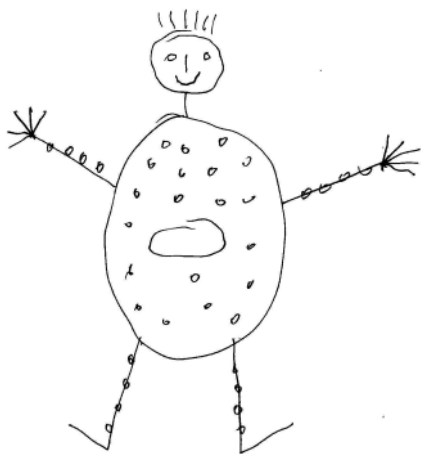
a osobní kompetenci (2). Je založena, dle Dienera (in 3 aj.), na 2 složkách, a to *kognitivní* (vědomé hodnocení vlastního života, tj. celkové životní spokojenosti, spokojenosti ve významných oblastech života a sebehodnocení) a *emoční* (souhrn nálad, emocí, afektů, příjemných i nepříjemných). Za klíčový pojem se pak považuje zmíněná **životní spokojenost, resp. spokojenost se životem**, Life Satisfaction (LS), zahrnující déleodobé kognitivní i prožitkové hodnocení života celkově i v jednotlivých významných oblastech (4). Vedle toho pojem **štěstí** (Happiness) se chápe mj. jako stav naladění, s převahou pozitivních emocí nad negativními (5 aj.).

Kvalita života ale není jen mnohovýrovný, ale i *dynamický* pojem, a proto se rozlišují *SWB aktuální*, tj. momentální prožívání osobní pohody závisící více na aktuálních faktorech a *habituální*, daný trvalejšími emočními zkušenostmi a citovým laděním (3). Je to ale hlavně *subjektivní*

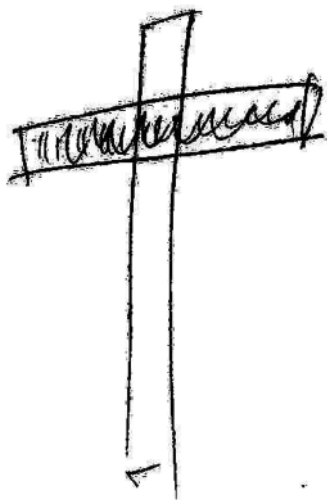
ukazatel a řada definic zdůrazňuje: **lidé jsou spokojení a šťastní, pokud se tak cítí, nebo pokud o sobě říkají, že se tak cítí** (5). Nelze nikoho přesvědčovat, že má podle objektivních kritérií kvalitní život, pokud to sám tak subjektivně neprožívá a samozřejmě, taky naopak. Lze dokonce říct, že objektivní a subjektivní hodnocení kvality života mohou být i rozporná: objektivně velmi kvalitní lidé mají často ke kvalitě svého života výhrady, kdežto mnoho životně spokojených lidí by při objektivním hodnocení neobstálo.

Kvalita života je tedy pojem mnohovýrovný, dynamický a subjektivní. Je to, obecně řečeno, ukazatel subjektivního hodnocení úrovně vlastní úspěšnosti a užitečnosti v důležitých psychických a sociálních oblastech, na **životní cestě** (Life Span) za životní spokojenosti a štěstím. Jeho úroveň ovlivňují objektivní podmínky, ale i subjektivní hodnoty, které musí být přítomny uspokojení. **HRQoL** je pak ukazatelem vlivu choroby

Obrázek 1. Pacienty symbolicky ztvárněna psoriáza



Obrázek 2. Pacienty symbolicky ztvárněna psoriáza



a její léčby na úroveň LS v různých oblastech života. Závisí rovněž na *objektivní závažnosti* choroby a léčby, na jejich *subjektivním zpracování* a na *uspokojování hodnot* (nemocí či léčbou narušovaných) nutných pro kvalitní život, a to dle *vlastního hodnocení* pacienta. Za nejvhodnější formu **zjišťování HRQoL** se proto považuje standardizovaný dotazník vyplňovaný pacientem. V současnosti je takových dotazníků známo několik set a jsou orientovány buď na širokou škálu nemocí, nebo jen na určitou nemoc.

Kvalita života v dermatologii

Každá **kožní porucha** informuje nejen o nepříznivých vnitřních, či vnějších procesech, ale sama se může stát patogenem s negativními psychickými důsledky pro vývoj ega, sexuality, komunikace atd. (patogenně ale mohou působit i některé **specifičnosti zdravé kůže**). Ovlivnění kožních funkcí psychikou se děje hlavně

prostřednictvím **emocí, resp. afektů**. Blednutí, červenání, svědění, parestezie aj. bývají často bezprostředními průvodci, např. pocitů viny, strachu, podrážděnosti. Při jejich zvýšené intenzitě, dostatečné délce působení a subjektivních předpokladech (potlačené afekty, alexitimie, komplexy aj.), se může rozvinout **stres**, který pak může navodit mj. i dermatózy, resp. **psychodermatózy** (6 aj.). Těm se zabývá mj. **psychodermatologie**, disciplína hraniční (v dermatologii) i specifická (v psychosomatice). K psychodermatózám se řadí např. neorganické poruchy kožního cití (svědění, pálení, mravenčení aj.), artifiální dermatitidy, latentní, geneticky dané kožní choroby aktivované stresem, nebo existující kožní nemoci stresem modifikované (srov. typy psychodermatóz u 7, 8, 9 aj.). Dle rozsáhlého Griesemerova výzkumu (9) byly emoční spouštěče zjištěny např. u atopické dermatitidy v 70 % případů (z toho svědění se objevovalo již po několika sekundách stresu), u kopřivky v 68 % případů (a již po několika minutách stresu), v 62 % případů u psoriázy (a během několika dnů po stresu), u acné vulgaris v 55 % (během 2 dní po stresu) atd.

Kožní choroby se ale mohou stát rovněž stresorem a *ovlivňovat psychiku*. Jednak svojí závažností (svědění, bolest, krvácení, hnis aj.) a léčbou (vedlejší účinky některých léků, zápachy extern, nutnost měnit životosprávu a životní styl), ale i nepřímo. Např. sociální tlaky (zvláště odmítání), nebo důsledky zhoršeného sebehodnocení dle zdravotních a estetických měřítek jedince. Následkem je často **labilizace sebevědomí**, vnitřní nejistota a tenze, stigmatizace až komplex méněcennosti. To aktivuje sice psychické *obrané mechanismy* (potlačování – včetně etylického, kompenzaci aj.), ale sebevědomí takto udržované je křehké a snadno narušitelné (např. i negativním zážitkem). Nízká **frustrační tolerance** pak umožňuje rozvoj latentních či nástavbových **psychických poruch** (hlavně neurotické úzkosti či deprese).

To vše může zpětně zhoršit stav původní kožní poruchy a taky **úroveň kvality života**.

HRQoL i QoL jsou ale subjektivní ukazatele, které neodráží vždy objektivní závažnost a důsledky choroby (viz dále). Nicméně je chronická kožní choroba objektivně handicapem na životní cestě jedince za životní spokojenosti a štěstím, jejichž absence se může stát rovněž patogenním stresorem (pro psychiku i kůži), a měla by tedy být dermatologicky sledována. V *klinické praxi* lze k tomu používat standardizované dotazníky, např. krátký (obsahuje jen 10 otázek) a dermatologicky obecně zaměřený

DLQI, Dermatology Life Quality Index. Na kvalitě života se ale můžeme pacienta přímo zeptat (viz dále).

Kvalita života u nejčastějších kožních poruch v praxi (10)

Lupénka, psoriáza (psoriasis)

Chronická, zánětlivá dermatóza probíhající ve formě remisí a exacerbací, která je multifaktoriálně, tedy i psychicky determinovaná, s významnou rolí **stresu**. Jiné psychologické hypotézy si všímají zřetelné poruchy keratinizace kůže psoriatiků, která jakoby měla symbolicky chránit citlivé, zranitelné ego (11). Psychoterapie se proto mj. zaměřuje na jeho posilování (obrana ega i zvládání frustrací), aby tuto funkci nemusela plnit kůže.

U pacientů s lupénkou jsou zjišťovány některé **psychopatologické rysy** (úzkost, deprese, nervozita, obsedantně kompulzivní poruchy, vztahovačnost aj.), **pocity stigmatizace** a **snížená úroveň kvality života**. Rapp (12) zjistil, že tato choroba bývá pacienty často kladena na roveň těžkým somatickým nemocem (např. onkologickým, ischemickým chorobám srdečním, diabetu atd.). Stačí se ostatně podívat na obrázky 1 a 2, na nichž naši pacienti svoji psoriázu symbolicky ztvárnili. Nepřekvapí proto zjištění (13), že pocit stigmatizace (a tedy i zhoršení HRQoL) determinují hlavně faktory psychické, a to více než závažnost, rozsah, lokalizace a chronicita samotné kožní poruchy. Osobní pohoda (SWB) nemocných je tedy ovlivnitelná nejen závažností choroby a léčbou, ale podobný efekt může přinést i úspěšná psychická adaptace na traumatizující důsledky nemoci. Při **léčbě lupénky** je proto zdůrazňován multidisciplinární přístup, zvláště pak spolupráce dermatologů s klinickými psychology a psychiatry (8 aj.); tedy vedle somatické léčby i psychoterapie, zvláště skupinová (14). **K měření HRQoL u lupénky** se užívá např. Finleyův PDI, Psoriatic Disability Index.

V letech 2003–2005 jsme na I. Dermatovenerologické klinice FN u sv. Anny v Brně provedli **výzkum psoriatiků**, zčásti i psychologický (15). Objektivní závažnost choroby byla dle PASI středně těžká a psychopatologické postižení pacientů vysoké (např. 96 % osob vykazovalo alespoň 1 psychickou poruchu!). Přesto vnímali postižení kvality života psoriázou, **HRQoL** (dle dotazníku PDI), jako méně významné, ale v závislosti na ročním období a délce choroby (v průměru 19 l.). Úroveň HRQoL se zhoršovala do 5 l. téměř na úroveň výrazného postižení (snad kvůli opakovaně zklamané naději na vyléčení), poté se ale,

patrně v důsledku adaptace, snížila na předchozí nízkou úroveň, na níž pak zůstala i po 10 a více letech. Naproti tomu obecná kvalita života, QoL (dotazník DŽS) byla po celou délku choroby slabě průměrná; snad proto, že tlak choroby nutí pacienty již od počátku kompenzovat její důsledky dobrými výsledky v jiných oblastech života. Tato zjištění sice nekorelovala s objektivní závažností choroby, ani s výsledky některých výzkumů, ale odpovídala zmíněné psychické adaptabilitě. **Skupinová psychoterapie** vybraných zkoumaných osob vedla (spolu se souběžnou dermatologickou léčbou) ke zlepšení úrovně HRQoL, ale jen u skupiny působící na jaře, kdy se v důsledku více odhalovaného těla zhoršila aktuální SWB. Ve skupině „zimní“, se „zahaleným tělem“, vnímali pacienti postižení kvality života jako malé, což psychoterapie již více vylepšit nemohla. Podobně nešlo zlepšit ani průměrnou obecnou kvalitu života, QoL. A ještě jeden poznatek: spokojenost pacientů se skupinovou terapií byla vysoká (6,75 bodů ze 7 možných); viz obrázek 3.

Atopický ekzém, AE (eczema atopicum, dermatitis atopica)

Kožní, geneticky podmíněná, zánětlivá choroba, dlouhodobého průběhu, u níž se rovněž předpokládá multifaktoriální kauzalita, a tedy i vlivy psychosociální, zvláště pak stres. Ostatně již v r. 1950 ji průkopník psychosomatiky Franz Alexander řadil mezi **klasické psychosomatické poruchy** a ekzém je od té doby jednou z často citovaných kožních chorob.

Které psychogenní faktory a jak navozují AE je předmětem více hypotéz (srov. 16). Např. **psychoanalýza** ho vysvětluje na úrovni pudové jako výsledek exhibicionismu a sadomasochizmu, tedy potřeby předvádět se a získávat pocity slasti sebetržněním. Dle *egopsychologie* je to regres od psychické, k původní fyzické symbióze s mateřským objektem a současně alergií na něj. **Analytická psychologie** vidí v AE důsledek nevyřešeného konfliktu archetypu s vědomým životem, který se projevuje ve snech a imaginacích pacientů mytologickými symboly. Nejčastěji to bývá *oheň*, symbolizující vnitřní žár emocí u AE potlačovaných, a *had* jako symbol nebezpečí citového ovinutí tzv. „hroznou matkou“, která „duší“ dítě hostilní láskou; ale současně i jako obraz nižších center cerebrospinnálního systému ovládajících vegetativní nervstvo (17). Viz k tomu kresby našich pacientů (obrázek 4 – sopky a 5 – had), kteří symboly nevědomí určitě neznali. Jazyk hlubinné psychologie se od jazyka přírodovědní medicíny sice liší, jejich vzájemné

poznání může ale přinést pozoruhodné výsledky. **Behaviorální psychoterapie** se naproti tomu orientuje na symptomy choroby, především na svědění a na zvládání stresových podnětů. Nutno dodat, že úspěšně, zvláště ve spojení se skupinovou psychoterapií (18). Existuje ale i řada poznatků o úspěšném ovlivňování AE **hypnózou**, a to jak z literatury (19), tak z naší vlastní praxe.

Pacientka, 46 l., rozvedená, vychovatelka, ekzém od raného věku. Z různých psychoterapeutických technik se ukázala hypnóza jako nejefektivnější. Zpočátku jen při samotné seanci a několik hodin po ní, postupně se ale stav pohody (tj. bez svědění a pocitů horké, suché a zarudlé kůže) prodlužoval. V letošním roce již zažívá, dle ní, „nenormální stav“: svědění málokdy a nepříliš intenzivní, pomáhá si při něm i sama různými naučenými sugestivními manévry i autohypnózou; kontroly u nás jen 1x měsíčně.

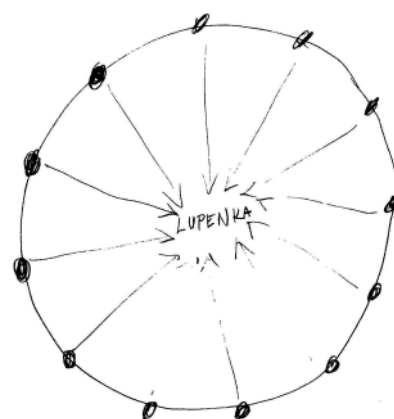
I chronický AE znamená velkou zátěž na životní cestě hledání optimální úrovně **kvality života**. Přináší úzkostné, depresivní aj. **psychické potíže**, ale i mnohá omezení ve většině životních oblastí, hlavně v zaměstnání; jen málokteré může ekzematik bez rizika vykonávat. S pacientem, zvláště dětským, je navíc postižena i jeho rodina. Přesto, že je životní cesta pacientů s AE hodně komplikovaná i zde umožňují adaptační mechanismy dosáhnout životní spokojenosti i když labilní a těžko udržované. **K měření** postižení kvality života ekzémem se užívají dotazníky QoLIAD (QoL Index for Atopic Dermatitis) a IDQoL (Infants' Dermatitis QoL), v praxi ale vystačíme i s rozhovorem.

Urtikarie, kopřivka (urticaria)

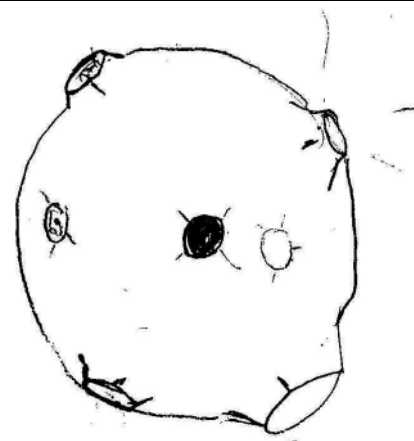
Vzhledem k zaměření naší práce si všimneme hlavně chronické idiopatické urtikarie, která je tč. označována (20) jako **chronická spontánní urtikarie (CSU)**, pro její spontánní, na vnějších podnětech nezávislý vývoj. Významnou roli v její etiologii hrají opět **psychické faktory** (zvláště stres), které mohou její vzplanutí navodit, urychlit či zhoršit. Jiné psychologické vysvětlení (11) si všímá podobnosti pomfů a otoků s těmi, které vznikají dotekem kopřivy a svědí či pálí. Kůže tak jakoby symbolicky vyjadřovala „palčivé“ psychické problémy, které nejsou uvědomovány, a tedy ani řešeny. Nebo může jít o přehnaný strach z kontaktu se susp. agresivním okolím atd.

Pacientka 21 l., studentka VŠ. Kopřivkou onemocněla při započetí VŠ studia a přestěhování do Brna. Šlo o spontánně se objevující a svědící pomfy a otoky. Lék (Zyrtec) tyto příznaky potlačoval, nicméně nezabránil vzniku projevů na různých

Obrázek 3. Znázorněno vyjádření spokojenosti pacientů se skupinovou terapií



Obrázek 4. Dle analytické psychologie ztvárňují pacienti atopický ekzém jako oheň – sopku. Symbol vnitřního žáru emocí



Obrázek 5. Atopický ekzém pacienti ztvárňují i jako hada – symbol nebezpečí citového ovinutí



ných místech těla i při lehčím tlakovém dotyku kýmkoliv a čímkoliv, které mizely asi po 45 min. Šlo o introvertní a nejistou dívku, bez bližších přátel, u níž jsme zjistili alexitymii (porucha verbálního či symbolického vyjadřování emocí). Její neprojevované obavy (z neznámých lidí, z neúspěchu, posměchu, samoty aj.) vyjadřovala tak kůže. Při psychoterapii došlo k takovému zlepšení, že bylo možno lék vysadit.

Kromě klasických symptomů CSU vnímají pacienti jako nejhorší: nepředvídatelnost výsevů, pocity bolesti, slabosti, poruchy spánku, vedlejší účinky léčby, podrážděnost, ale i pocit ztráty kontroly nad životem (20). Negativně

působí i různá omezení ve stravování, oblékání, problémy v sociálních vztazích aj. Nepřekvapí proto **psychické potíže** pacientů (hlavně anxieta, deprese a somatoformní poruchy), které zhoršují **HRQoL**. Potvrzuje to řada výzkumů, nejnověji u německé populace (21). Výzkum O'Donnella (22) dokonce prokazuje, že i kopřivka zhoršuje HRQoL pacientů stejně jako koronární choroby, implantace bypassu apod. **K měření** HRQoL kopřivky byl vyvinut specifický dotazník CU-Q₂OL (Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire).

Akné, trudovina (Acne vulgaris)

Multifaktoriálně podmíněné zánětlivé onemocnění mazových žláz a vlasových folikulů v seboroické lokalizaci. Zahrnuje seborou (důsledek hormonálních změn), uzávěr vývodu mazového folikulu a vznik komedonu, zvýšenou bakteriální činnost a zánět. Postihuje většinu populace mladistvých. *Podíl psychiky* na jejím vývoji je znám; např. je prokázáno, že stres ovlivňuje hormonální procesy, a tím posiluje zánět kůže (23). Psychoanalýza vidí v této poruše průlom pubertální, potlačované sexuality na kůži. Jako „žhavé téma“ pak „zapaluje“ kůži (viz rčení o „zapalování lýtek“), tedy hranici mezi ním a okolím, studem (11). Vnitřní tenze se pak uvolňuje bolestí, tedy vymačkáváním komedonů, které může přinášet náhradní slast, kterou by ale měly přinášet citové vztahy. Kůže jako orgán s emocemi těsně spojený je může vyjadřovat jen náhradně a neřeší je; hlavní problém je tak vytěšňován a akné se zhoršuje. *Léčba* by proto měla zahrnovat i „léčbu lásky“, tedy schopnosti se otevřít, projevit, se současným zlepšováním vztahu ke 2. pohlaví; to umožní otevřít i kožní póry (11, 23).

Akné má, vzhledem ke své lokalizaci (hlavně obličeji), negativní vliv na **psychický stav** zvláště v dospívání. Dle výzkumů jde hlavně o snížené sebevědomí, úzkost, depresi (i se suicidálními myšlenkami a pokusy) a **zhoršenou kvalitu života** (24). Léčba akné může tyto potíže zlepšit, a naopak, jejich zlepšení může ovlivnit stav akné. **K měření HRQoL** se užívá např. AQoLS, Acne Quality of Life Scale.

Arteficiální dermatitidy, AD (Dermatitis artefacta)

Mezi tyto poruchy zařazujeme **neurotické exkoriace** zdravé i nemocné kůže, např. u obsedantně-kompulzivní poruchy, deprese, generalizované úzkosti a dysmorfofobie (25). K nim se řadí i vlastní **arteficiální dermatitidy**, předpokládající záměrné, mnohdy promyšlené

jednání zhoršující či vytvářející kožní postižení. Vedle účelovosti se zde často setkáváme s typickou ambivalencí přání a chování: pacient si zhoršuje kožní nález a zároveň jej chce léčit. Tato umělá kožní postižení se objevují u všech již zmíněných poruch, dále u monosymptomatické hypochondrické psychózy (s bludy i halucinacemi typu kancerofobie, parazitózy, bromhidrózy apod.) a Münchhausenova syndromu. K artifičnímu poškozování kůže ale dochází i u psychicky zdravých pacientů, a to nezáměrně, např. při nesnesitelném svědění a někdy dokonce i nevědomě, při soustředění na nějakou důležitou činnost, nebo ve spánku. U **kožních automutilací** jde o destruktivní aktivity bez suicidálního úmyslu, např. o řezání kůže (žiletkou, nožem), propíchávání jehlami, pálení cigaretou apod. Mimo účelové motivace v extrémních podmínkách (např. výkonu trestu) a sexuální deviace, bývají často spojeny s poruchou osobnosti (zvláště hraničního typu).

Jedna naše 18letá pacientka se řízla žiletkou do ruky vždy, když byla ve větší psychické tenzi (po konfliktu, neúspěchu, při potlačení agrese apod.). Tvrdila, že ji to uklidňuje a že to nemůže ovládnout.

Kvalita života těchto pacientů může být sice umělými kožními poruchami zhoršena, nicméně významnější je vyvolávající psychopatologie; změny musí proto vycházet od ní. Zlepšení kvality života u AD psychicky nepostižených pacientů pak závisí na úspěšnosti léčby kožní choroby, nebo adaptace na ni.

Závěr

Kvalita života je, obecně řečeno, název pro úroveň subjektivně hodnocené úspěšnosti a užitečnosti na životní cestě za životní spokojenosti a štěstím. Jde o pojem mnohovrstevný (zahrnuje osobní pohodu, spokojenost se životem a štěstím), dynamický (tj. aktuální a habituální) a subjektivní (daný individuálními kritérii kvality života). Zahrnuje kvalitu života obecnou (QoL) a spojenou se zdravím (HRQoL), která je ukazatelem vlivu choroby a její léčby na úroveň životní spokojenosti v různých oblastech života. Její zhoršení může zpětně zhoršit psychický stav pacienta i stav jeho kožního onemocnění.

Pokud jde o sledované kožní nemoci, nebylo prokázáno, že by vytvářely specifické struktury osobnostní či psychopatologické, a tedy ani specifickou úroveň či typ narušení kvality života. Úroveň HRQoL nezávisí na typu kožní choroby, ale na její závažnosti, léčbě, následcích psychických a sociálních, obranných mechanismech a frustrační toleranci pacienta.

Ke zjišťování úrovně HRQoL u jednotlivých dermatóz jsou k dispozici specifické standardizované dotazníky. Jsou nezbytné ve výzkumu, v klinické praxi je vhodné výsledky dotazníků ověřit klinickým rozhovorem (viz subjektivita HRQoL), se kterým si někdy vystačíme. Jedna otázka (po míře štěstí a životní spokojenosti při kožní chorobě), je ale málo a je lepší klást otázek více. Zjistíme tak, které oblasti a hodnoty jsou nemocí či její léčbou narušovány (spokojenost v zaměstnání, v rodině, zájmech, společenském životě atd., ale i pohoda psychická, sebeúcta, sebeuplatnění aj.). Při zhoršení pacientova hodnocení LS by pak měl dermatolog zvážit spolupráci s klinickým psychologem či psychiatrem; může rozšířit etiopatogenetické souvislosti nemoci o nové dimenze a zvýšit komplexnost a kvalitu péče.

Sledování a zlepšování kvality života, zvláště chronických pacientů, by proto mělo být součástí dermatologické diagnostiky i léčby. Domníváme se, že směrnice prestižních evropských organizací (EAACI aj.) pro léčbu kopřivky, dle níž to není věcí volby, ale nutností (22), by měla být zohledněna a platit v dermatologii obecně.

Literatura

1. Libigerová E, Millerová H. Posuzování kvality života v medicíně. Čes a Slov psychiat 2001; 97(4): 183–186.
2. Kebza V, Šolcová J. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: Blatný M, et al. Sociální procesy a osobnost. Psychologický ústav AV ČR, Brno 2005: 11–35.
3. Blatný M. Osobnostní předpoklady sebehodnocení a životní spokojenosti: shody a rozdíly. In: Blatný M, et al. Sociální procesy a osobnost. Psychologický ústav AV ČR, Brno 2005: 83–107.
4. Baštecká B, Domkářová P. Kvalita života, životní styl a vstevníci v obci. Konference „Pro změnu“ OS Quip; Praha: 1.–2. 10. 2009.
5. Hamplová D. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. Sociologický časopis 2006; 42(1): 35–55.
6. Kimyai-Asadi A, Usman A. The Role of Psychological Stress in Skin Disease. J Cut Med Surg 2001; 5(2): 40–45.
7. Van Moffaert M. Psychodermatology: An Overview. Psychother Psychosom 1992; 58: 125–136.
8. Pánková R. Psychosomatické poruchy v dermatologii. In: Baštecká J, et al. Psychosomatická medicína. Grada Avicenum; Praha 1993: 279–288.
9. Koo JYM, Lee CS. General approach to evaluation psychodermatological disorders. In: Koo JYM, Lee CS, et al. Psychocutaneous medicine. M. Dekker, Inc.; New York 2003: 1–12.
10. Schiller Ch. Pokožka jako hraniční orgán a vztahové pole. In: Tres W, Krusse J, Ott J. Základní psychosomatická péče. Portál; Praha 2008: 165–171.
11. Dahlke R. Nemoc jako řeč duše. Výklad chorobných příznaků. Praha: Pragma 2000: 459.
12. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis cause as much disability as other major medical diseases. J. Am. Acad. Dermatol. 1999; 41: 401–407.
13. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CE, Main CJ. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. J Psychosom Res 2001; 50: 11–15.

14. Jobling R. Psoriasis and its Treatment in Psycho-Social Perspective. *Rev Contemp Pharmacotherap* 1992; 3: 339–345.
15. Balaščík D, Semrádová V, Vašků V, Slonková V. Některé charakteristiky výběru psoriaticů a význam skupinové psychotherapie v jejich léčbě. *Čs psychol* 2008; LII(4): 397–410.
16. Lévy A. Neurodermitida-vulkán v miniatuře? In: Danzer G, et al. *Psychosomatika. Portál*; Praha 2001: 112–118.
17. Jung CG. Analytická psychologie – Její teorie a praxe. Praha: Academia 1993: 208.
18. Ehlers A, Stangier U, Gieler U. Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Konsult Clin Psychol* 1995; 4: 624–635.
19. Kratochvíl S. *Klinická hypnóza*. Praha: Grada Publishing 2001: 328.
20. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, Giménez-Arnau A, et al. Unmet Clinical Needs in Chronic Spontaneous Urticaria. A GA²LEN Task Force Report. *Allergy* 2011; 66(3): 317–330.
21. Zuberbier T, Balke M, Worm M, Edenharter G, Maurer M. Epidemiology of Urticaria: A Representative Cross-Sectional Population Survey. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35(8): 869–873.
22. Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, Grattan CEH, et al. EAACI/GA²LEN/EDF Guideline for the Management of Urticaria. *Čes-slov Derm* 2007; 82(Suppl 1): 7–16.
23. Lévy A. Je Akné vulgaris skutečně vulgární? In: Danzer G et al. *Psychosomatika. Portál*; Praha 2001: 106–111.
24. Dunn LK, O'Neill JL, Feldman SR. Acne in Adolescents: Quality of Life, self-esteem, mood, and psychological disorders. *Dermatology Online Journal* 2011; 17(1): 1–9.
25. Van Moffaert M. The Spektrum of Dermatological Self-Mutilation and Self-Destruction Including Dermatitis Artefacta and Neurotic Excoriation. In: Koo JYM, Lee CS, et al. *Psychocutaneous medicine*. M. Dekker, Inc.; New York 2003: 169–189.

Převzato

z Dermatol. praxi 2011; 5(4): 206–209.

Článek přijat redakcí: 31. 8. 2011

Článek přijat k publikaci: 14. 9. 2011

PhDr. Drahomír Balaščík

*Oddělení klinické psychologie FN u sv. Anny v Brně
Pekařská 53, 656 91 Brno
drahomir.balastik@fnusa.cz*
