

DEPRESIVITA A ÚZKOST U VYBRANÝCH KOŽNÍCH ONEMOCNĚNÍ – VLIV NA KVALITU ŽIVOTA A LÉČBU

Michaela Hůlková¹, doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.², doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.³, Ing. Josef Bukač⁴

¹LF UK Hradec Králové

²Psychiatrická klinika, LF UK a FN Hradec Králové

³Klinika nemocí kožních a pohlavních, LF UK a FN Hradec Králové

⁴Oddělení výpočetní techniky, Ústav lékařské biofyziky, LF UK Hradec Králové

Studie se zaměřuje na souvislost mezi stupněm postižení kůže vybrané skupiny dermatologických pacientů a mírou úzkosti či deprese u těchto osob. Klade si za cíl rozlišit, zda je současná přítomnost psychických obtíží u dermatologických pacientů pouhou komorbiditou, či zda je mezi psychickými a kožními obtížemi korelace. Na základě výsledků pak autoři teoreticky vyvozují vhodné terapeutické postupy pro určitou skupinu dermatologických pacientů, které by měly být součástí komplexní léčby.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(1): 35–37

Úvod

O psychice kožních pacientů bylo zatím publikováno nemnoho přesvědčivých studií s dostatečně velkým souborem pacientů (7). V učebnici Dermatovenerologie pro studenty lékařských fakult se uvádí: „Hojně ordinovaná jsou v dermatologii psychofarmaka. Kožní choroby totiž postihují lidi buď již primárně neurotické, nebo naopak kožní choroba svým vzhledem a svěděním působí neurotizaci nemocného“ (13). Máme za to, že tento názor koresponduje s obecným míněním dermatologů ohledně specifík v psychice jejich pacientů.

Psychofarmaka předepisují dermatologové nejčastěji u pacientů, kteří mají dermatologické onemocnění a zároveň trpí dle jejich mínění určitými psychickými problémy. Ordinována jsou především některá tricyklická antidepresiva, SSRI nebo například hydroxyzin (14). Studie skutečně prokázaly, že pacienti v ordinacích dermatologů trpí častěji psychickými problémy než běžná populace. Například ve výzkumu prováděném v roce 1995 v Indii na 1073 dermatologických hospitalizovaných pacientech bylo zjištěno, že výskyt psychiatrických diagnóz u nich činí 9% (15). Podle Guptové a Koblenzerové je přítomna psychiatrická komorbidita u více než třiceti dermatologických diagnóz (8). Russo a kol. (16) referují o vyšším výskytu sexuálních dysfunkcí, úzkosti, deprese, suicidálních tendencí a malého sebevědomí u psoriatických. Je proto nanejvýš vhodné zjistit, zda se úzkost a deprese jako jedny z nejčastějších příznaků duševní poruchy vyskytují u dermatologických nemocných v našich podmínkách a teoreticky vyvodit, zda léčebný zásah dermatologem v této oblasti je oprávněný.

O tom, jak je téma psychiky u kožních pacientů a její zohlednění v jejich léčbě aktuální, svědčí i to, že v roce 2004 vznikla při České dermatovenero-

logické společnosti (ČDS) Psychodermatologická sekce. Ve svých úkolech a cílech má stanovený bod programu „Doplnění dermatovenerologické léčby o psychoterapii i psychofarmaka v nepsychiatrické indikaci“.

Cíl šetření

Cílem šetření bylo ozřejmit kvalitu života u osob trpících atopickým ekzémem a psoriázou, zjistit míru vědomé úzkosti a depresivity nemocných a dát do souvislosti s tíží jejich onemocnění.

Soubor a metodika

Cílovou skupinou byli pacienti starší 18 let trpící psoriázou nebo atopickou dermatitidou, neboť tato onemocnění patří mezi nejčastější kožní choroby, a byly pro ně vyvinuty standardizované metody hodnocení objektivního nálezu (6, 10). Hodnocení subjektů probíhalo v období říjen 2006 až březen 2007 v ambulancích Kožní kliniky FN HK (Fakultní nemocnice Hradec Králové) a na lůžkovém oddělení tamtéž. Ve stanovenou dobu byli požádáni o spolupráci všichni nemocní, kteří se v tu chvíli nacházeli

Příloha 1. Dotazník SCORAD – Scoring Atopic Dermatitis

Atopický ekzém – SCORAD

Do následující tabulky vyplňte, jak moc Vás trápilo svědění a nespavost za poslední 3 dny. Hodnoťte číslem 0–10, kde 10 je maximum obtíží:

	Dnes	Včera	Před včereš	Součet
svědění				
nespavost				

Dále vyplní lékař:

A: Subjektivní příznaky (svědění + nespavost):

B: Postižená plocha (%):

C: Intenzita objektivních příznaků:

Kritéria	Intenzita	Hodnocení
erytém		0 – nepřítomnost
edém		1 – slabá
krusty		2 – střední
exkoriace		3 – silná
lichenifikace		
suchost na nepostižených místech		
součet		

SCORAD = A/5 + B/2 + C

Příloha 2. Dotazník PASI – Psoriasis Area and Severity Index

Plocha (A)	0	0 %	Škála	0	bez příznaků
	1	0–10 %		1	ojedinělé
	2	10–30 %		2	mírné
	3	30–50 %		3	výrazné
	4	50–70 %		4	velmi výrazné
	5	70–90 %			
	6	90–100 %			

	Hlava h	Trup t	HKu	DKI
plocha A				
erytém E				
indurace I				
deskvamace S				
PASI				

Výpočet PASI	0,1 (Eh + Ih + Sh) Ah + 0,2 (Eu + Iu + Su) Au + 0,3 (Et + It + St) At + 0,4 (EI + II + SI) AI
--------------	--

Tabulka 1. Korelace mezi sledovanými hodnotami vyjádřená pomocí hodnoty p a koeficientu determinace u MUŽŮ

	DLQI	HAD úzkost	HAD deprese	PASI	SCORAD
DLQI	x	p = 0,02; k = 20 %	p = 0,02; k = 19 %	p = 0,07	x
HAD úzkost	p = 0,02; k = 20 %	x	x	p = 0,60	X
HAD deprese	p = 0,02; k = 19 %	x	x	p = 0,60	x
PASI	p = 0,07	p = 0,60	p = 0,60	x	x
SCORAD	x	x	x	x	x

Pozn.: Koeficient determinace („k“) vyjadřující sílu závislosti uvádíme jen v případě, že existuje závislost, tj. $p < 0,05$. Aby bylo zjištění použitelné pro predikci, musí koeficient determinace dosáhnout hodnoty alespoň 60 %.

Tabulka 2. Korelace mezi sledovanými hodnotami vyjádřená pomocí hodnoty p a koeficientu determinace u ŽEN

	DLQI	HAD úzkost	HAD deprese	PASI	SCORAD
DLQI	x	p = 0,01; k = 15 %	p = 0,02; k = 13 %	p = 0,05	p = 0,002; k = 67 %
HAD úzkost	p = 0,01; k = 15 %	x	x	p = 0,50	p = 0,36
HAD deprese	p = 0,02; k = 13 %	x	x	p = 0,02; k = 33 %	p = 0,01; k = 36 %
PASI	p = 0,05	p = 0,50	p = 0,02; k = 33 %	x	x
SCORAD	p = 0,002; k = 67 %	p = 0,36	p = 0,01; k = 36 %	x	x

Pozn.: Koeficient determinace („k“) vyjadřující sílu závislosti uvádíme jen v případě, že existuje závislost, tj. $p < 0,05$. Aby bylo zjištění použitelné pro predikci, musí koeficient determinace dosáhnout hodnoty alespoň 60 %.

v ambulancích a na lůžkovém oddělení Kožní kliniky FN HK a měli diagnózu psoriáza L 40.0 nebo atopický ekzém L 20.9 (21).

Nemocným byl rozdán dotazník skládající se ze dvou částí. V první části vyplnil pacient otázky dotazníku DLQI (Dermatology Life Quality Index) (5). Jde o dotazník zjišťující kvalitu života nemocného, vyjadřuje jeho subjektivní hodnocení nemoci. Obsahuje deset otázek a nabývá celkových hodnot 0–30, kde třicet odpovídá nejhorší kvalitě života.

Ve druhé části potom následovalo vyplnění dotazníku HAD (Hospital Anxiety Depression) (22). HAD monitoruje míru uvědomované depresivity nebo úzkosti pacienta. Neobsahuje skryté kontrolní otázky pro případ, že si pacient nechce své problé-

my připustit. HAD se skládá ze 14 otázek – 7 se týká úzkosti a 7 deprese, přičemž vyhodnocení úzkosti a deprese probíhá zvlášť.

Zároveň byl zhodnocen klinický nález pomocí škál SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) (4, 10) a PASI (Psoriasis Area and Severity Index) (4, 6). SCORAD index je skórovací systém, který ve svém výpočtu zahrnuje velikost postižené plochy, intenzitu erytému, edému, krust, exkoriací atp. a udávanou nespavost a svědění pacienta za poslední tři dny (příloha 1). Výpočet skóru PASI v sobě zahrnuje posouzení postižené části těla (celkem je tělo rozděleno na čtyři části) co se týče velikosti postižené plochy, erytému, indurace a deskvamace – zvlášť na každé ze čtyř částí těla. Výsledek se spočítá matematickým vzorcem (příloha 2).

Při následném statistickém hodnocení byl soubor rozdělen dle pohlaví kvůli předpokládaným odlišnostem v psychice mezi muži a ženami, například vyšší prevalenci úzkosti u žen (19). Výsledky byly statisticky zpracovány v Oddělení výpočetní techniky při Ústavu lékařské biofyziky LF UK HK za použití Fisherova testu, jednoduché lineární regrese a Spearmanova testu.

Výsledky

Celkem bylo vyšetřeno 68 subjektů, z toho 44 s diagnózou psoriáza (20 žen, 24 mužů) a 24 s diagnózou atopický ekzém (20 žen, 4 muži). Skupinu tvořilo 17 hospitalizovaných nemocných a 51 ambulantních pacientů, věkové rozmezí se pohybovalo od 18 do 79 let, věkový průměr celého souboru byl $42 \pm 14,8$ let. Medián zjištěných hodnot činil u DLQI 8, u PASI 9,6, u SCORAD 39,2, pro HAD depresi 4 a pro HAD úzkost 3. Protože se v souboru atopiků vyskytovali jen čtyři muži, nebyli později do výpočtu korelací zahrnuti.

Dospěli jsme k následujícím zjištěním:

Nebyla zjištěna závislost, nebo byla zjištěna slabá závislost nepoužitelná pro predikci, mezi kožním postižením a úzkostí či depresí subjektů. Stejně tak tomu bylo při zjišťování vztahu mezi kvalitou života nemocných a jejich úzkostí či depresí.

Pacienti trpící psoriázou se neshodovali v hodnocení tíže vlastní nemoci s objektivním hodnocením, zatímco u pacientů s atopickým ekzémem, respektive u žen s atopickým ekzémem, byla tato shoda významná. Podrobné údaje jsou uvedeny v tabulkách 1 (muži) a 2 (ženy).

V souboru pacientů s atopickým ekzémem trpělo 42 % pacientů úzkostí, 21 % depresí. V souboru nemocných lupénkou bylo 22 % úzkostných a 39 % nemocných s depresí. Celá řada nemocných trpěla depresí i úzkostí současně. Úzkostí nebo depresí trpělo 46 % subjektů z celého souboru. Pro srovnání: Prevalence úzkosti v běžné populaci se pohybuje okolo 25 % (12), prevalence deprese je 17 % (2).

Diskuze

V našem vzorku nemocných se vyskytovaly velmi často symptomy psychiatrických onemocnění, avšak míra postižení kůže nekorelovala se stupněm psychických potíží. Je všeobecně známo, že somatizací reagují na své problémy jen někteří jedinci. Stangier a Gieler uvádějí, že somatoformní pruritus je přítomen pouze u 6,5 % dermatologických pacientů (20). Ve většině případů se totiž dle našich výsledků vyskytuje úzkost či deprese subjektů jako prostá komorbidita, nikoliv jako příčina či důsledek dermatologického onemocnění. A proto se autoři nedominují, že by případné plošné podávání psychofarmak s cílem zlepšit psychiku dermatologických

nemocných mělo signifikantní odezvu co se týče zlepšení kožního nálezu.

Psoriáza je v dermatologických učebnicích uváděna jako genetické onemocnění. Existují dva typy lupénky. První typ vzniká v dětství a pubertě, genetická vazba je u něj velmi silná. Druhý typ vzniká kolem padesátého roku života. U tohoto typu je genetická vazba slabá, ne-li diskutabilní (1). U našich subjektů se však většinou psoriáza projevovala jako typické psychosomatické onemocnění. Bylo narušené vnímání vlastních tělesných obtíží (DLQI nekorelovalo s objektivním nálezem, na rozdíl od žen s atopickým ekzémem, tabulky 1 a 2). Ačkoliv se dá předpokládat, že pacienti s psoriázou žijí v důsledku své nemoci ve větším stresu než běžná populace, nebyl výskyt vědomé úzkosti v jejich souboru vyšší, ale o 10 % nižší, než je prevalence úzkosti v běžné populaci. Otázky týkající se depresivního ladění pacienta jsou více maskované. Lze se domnívat, že nevzbuzovaly v subjektech takový strach z odhalení vlastní slabosti, a proto byl zjištěný výskyt deprese u těchto lidí tak vysoký. Nejvíce a nejčastěji zvedala skóre depresivity psoriatickým položku „pohlížím s očekáváním do budoucna“. Za tuto položku získali 3 body nejčastěji, tzn. odpovídali „skoro vůbec ne“. Naproti tomu na tvrzení nejvíce připomínající lidskou slabost „přepadají mě náhlé záchvaty paniky“ či „cítím se vyčerpáný a mám podivný pocit v břiše“ reagovali v převážné většině případů „vůbec ne“. Z toho můžeme usuzovat na potlačování vlastních emocí u těchto nemocných.

Souvislost lupénky s aktuálním stresem byla prokázána už před mnoha lety (18). V našem souboru se zdá být stres nejen spouštěčem, ale jako chronický potlačovaný stres přímo původcem nebo

spolupůvodcem choroby. V souladu s naším tvrzením jsou i výsledky práce Semrádové a kol. (17). Studie psoriázy, kde byli pacienti léčeni skupinovou terapií, ale ne cílenou psychosomatickou terapií, nevykázala přesvědčivé výsledky co se týče zlepšení kožního nálezu pozorovaných osob.

Akutní stres jako spouštěč psoriázy lze odstranit nácvikem zvládání stresu. Somatizované nevyřešené problémy je lépe řešit psychosomatickou terapií než jakoukoliv krátkodobou terapií včetně krátkodobého podávání psychofarmak. Možný psychosomatický původ onemocnění si může dermatolog v praxi ověřit poměrně jednoduše. Na takovém pacientovi bývá patrná tenze nebo podrážděnost. Zpravidla se stačí pacienta vyptat na časovou souvislost mezi jeho obtížemi a stresem. Pokud bude například pacient uvádět: „Stres zvládám vždy dobře, jen se mi vždycky zhorší ta lupénka...“, měl by být odeslán k odborníkovi zabývajícimu se psychosomatickou terapií.

Ve skupině pacientů s atopickým ekzémem se náhodně vyskytla převaha žen, které jak známo trpí úzkostí častěji než muži (19). (Druhým omezením naší studie je skutečnost, že nebylo možné organizačně zajistit nerušené podmínky pro vyplňování dotazníků pro ambulantní a hospitalizované pacienty na samostatném pokoji.) Přesto je v této skupině výskyt úzkosti velmi nápadný – o 66 % vyšší než v běžné populaci. Výsledek zřejmě souvisí s tím, co již uvedli Hashizume a Takigawa (9): pacienti trpící atopickým ekzémem jsou obecně více citliví na své okolí, a to jak po stránce fyzické, ve smyslu vnímavosti k alergenům, tak po stránce psychické, tzn. citlivěji prožívají stresové situace a reagují na ně typicky úzkostně.

Tito pacienti si svoji úzkost uvědomují, a proto se pro ně jeví být nevhodnější kognitivně behaviorální terapie (KBT), stejně tak jako pro všechny ostatní úzkostné osoby. To ostatně dokazuje i výzkum Ehlerse a kol. (3). Randomizovaná prospektivní studie srovnávala pět druhů léčby atopického ekzému, a to edukační program, autogenní trénink, KBT, kombinaci edukačního programu s KBT a standardní dermatologickou léčbu. KBT zahrnovala nácvik relaxace, sebekontroly nad škrábáním a nácvik zvládání stresu. Všechny skupiny léčené psychologickými metodami dostávaly dle potřeby i standardní dermatologickou péči. Po jednom roce se ukázalo, že skupiny postupující autogenní trénink, KBT a KBT s edukací byly prokazatelně více zlepšeny co se týče kožního nálezu než skupina léčená standardními dermatologickými postupy. Zlepšení bylo doprovázeno i významnou redukcí spotřeby kortikoidů.

Závěr

Cílená psychosomatická terapie u psoriázy a kognitivně behaviorální terapie u atopického ekzému se jeví být pro „atypické“ pacienty na kožních odděleních nejvhodnější pro jejich specifické působení. Doporučení psychoterapie by kromě benefitu pro pacienta také upevňovalo mezioborovou spolupráci dermatologů s psychiatry a psychology.

Michaela Hůlková

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
e-mail: michaela.hulkova@tiscali.cz

Literatura

1. Bonifati C, Carducci M, Mussi A, D'Auria L, Ameglio F. Recognition and treatment of psoriasis. Special considerations in elderly patients. *Druha Aging* 1998; 12: 177–190.
2. Češková E. Afektivní poruchy. In: Raboch J. (ed.) *Psychiatrie*. Galén 2001: 253–272.
3. Ehlers A, Stangier U, Gielier U. Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 624–635.
4. Ettler K. Indexy v klinickém hodnocení psoriázy a atopického ekzému. *Čs Derm* 1995; 70: 45–47.
5. Finlay AY, Khan GK. Dermatology life quality index (DLQI) – a sample practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994; 19: 210–216.
6. Frederiksson T, Pettersson U. Severe psoriasis – oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978; 157: 238–244.
7. Gielier U. Pruritus and other somatoform disorders. http://www.psychodermatologie.cz/symposium/download/abstract_2004.PDF.
8. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatol Clin* 2005; 23: 591–599.
9. Hashizume H, Takigawa M. Anxiety in allergy and atopic dermatitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006; 6: 335–339.
10. Kunz BA, Oranje AP, Labreze L, Stalder JF, Ring J, Taieb A. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. *Dermatology* 1997; 195: 10–19.
11. Lévy A. Neurodermitida – vulkán v miniatuře? In: Danzer G. (ed.) *Psychosomatika*. Portál 2001: 112–118.
12. Ninan PT. Recent perspectives on the diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. *Am J Manag Care* 2001; Suppl 7/11: 367–376.
13. Nožicková M a kol. Vybrané kapitoly z dermatovenerologie, Praha, nakladatelství Karolinum 2003, 34 s.
14. Pánková R, Taraba P. Psychodermatologie a psychosomatický přístup: Psycho-neuro-endo-krino-imuno-dermatologie. *Čs. Derm* 2007; 82: 5–10.
15. Pulimood S, Rajagopalan B, Rajagopalan M, Jacob M, John JK. Psychiatric morbidity among dermatology inpatients. *Natl Med J India* 1996; 9: 208–210.
16. Russo PA, Ilchef R, Cooper AJ. Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australas J Dermatol* 2004; 45: 155–159.
17. Semrádová V a kol. Skupinová terapie u pacientů s psoriázou. <http://www.psychodermatologie.cz/sborniky.html>.
18. Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol* 1977; 97: 297–302.
19. Shelton CI. Diagnosis and management of anxiety disorders. *J Am Osteopath Assoc* 2004; 104 (Suppl 1): 2–5.
20. Stangier U, Heidenreich T, Gielier U. Stages of motivation for psychotherapy in the psychosomatic care of dermatological patients. *H+G Zeitschrift für Hautkrankheiten* 1997; 72: 341–348.
21. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize. Abecední seznam. Grada Publishing 1999; 752 s.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370.