

Psychologické aspekty deprese u pacientů s lupénkou

Yveta Šustková



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Yveta Šuštková
Osobní číslo:	H22174
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Psychologické aspekty deprese u pacientů s lupénkou

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti souvislostí výskytu depresí u pacientů s lupénkou.
Příprava metodiky přehledové studie.
Formulace kritérií pro výběr dokumentů v přehledové studii.
Realizace rešerše dokumentů k cíli přehledové studie.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků přehledové studie, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DOUBEK, Pavel; HERMAN, Erik; PRAŠKO, Ján a HOVORKA, Jiří. *Deprese a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-432-6.

DUŠEK, Karel a VEČEROVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přep. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

MAREŠ, Jiří. Přehledová studie. Online. *MUNI*. 2021. Dostupné z: <https://kisk.phil.muni.cz/media/3412053/kisk.phil.muni.cz/kpi/aktualne/aktuality/prehledova-studie.html>. [cit. 2024-10-26].

PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

TACCHI, Mary a SCOTT, Jan. *Depression: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2017. ISBN 978-0-18-955865-0.

TENENBAUM, Sylvie. *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1301-7.

VÁSKŮ, Vladimír. *Psoridza*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-638-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marcela Dolejšová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá psychologickými aspekty deprese u pacientů s psoriázou. Je zpracována formou přehledové studie, jejímž cílem je analyzovat dostupné vědecké poznatky o faktorech přispívajících k rozvoji deprese u zmíněné skupiny pacientů. Teoretická část popisuje obecně depresi jako samotnou problematiku, definuje lupénku, její možnosti léčby a zabývá se základními riziky vzniku deprese u této skupiny pacientů. Praktická část se zaměřuje na analýzu dat z odborných databází (EBSCO, PubMed, ScienceDirect a Scopus, kde jsou zjišťovány, porovnávány a interpretovány vybrané faktory ovlivňující vznik depresivních symptomů u pacientů s diagnózou psoriasis vulgaris.

Klíčová slova: psoriáza, deprese, psychologické aspekty, stigma, úzkost, kvalita života, psychosomatika, duševní zdraví

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on the psychological aspects of depression in patients with psoriasis. It is designed as a review study with the aim of analyzing available scientific knowledge on the factors contributing to the development of depression in this patient group. The theoretical part provides a general description of depression as a phenomenon, defines psoriasis, its treatment options, and addresses the fundamental risks of depression in this population. The practical part concentrates on the analysis of data from scholarly databases (EBSCO, PubMed, ScienceDirect, and Scopus), where selected factors influencing the onset of depressive symptoms in patients diagnosed with psoriasis vulgaris are identified, compared, and interpreted.

Keywords: psoriasis, depression, psychological aspects, stigma, anxiety, quality of life, psychosomatics, mental health

Poděkovat bych chtěla Mgr. et Mgr. Bc. Marcelle Dolejšové za trpělivost a cenné rady, které mi poskytla při psaní práce.

*„Dávno před tím, než povrch zjeví stopy, už pod ním tečou skryté proudy
– a jejich ozvuk se vine tam, kde zrak nepronikne.“*

*„Tíha odsuzujících pohledů je břemenem, které ramena sama neunesou
– volají po rukou, jež by je přijaly a břímě sdílely.“*

- vlastní zdroj

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TEORETICKÝ ZÁKLAD PRO PŘEHLEDOVOU STUDII K DEPRESE.....	14
1.1 DEFINICE	14
1.2 KLASIFIKACE.....	15
1.3 EPIDEMIOLOGIE DEPRESE	17
1.4 ETIOLOGIE, PATOFYZIOLOGIE A BIOLOGICKÉ MECHANISMY VZNIKU DEPRESE	18
1.5 ZMĚNY NA STRUKTURÁCH MOZKU VLIVEM DEPRESE.....	20
1.6 KLINICKÝ OBRAZ A DIAGNOSTIKA DEPRESE	21
1.6.1 Příznaky.....	21
1.6.2 Diagnostika	22
1.7 MOŽNOSTI LÉČBY	22
2 TEORETICKÝ ZÁKLAD PRO PŘEHLEDOVOU STUDII K LUPÉNCE	24
2.1 DEFINICE A KLASIFIKACE	24
2.1.1 Klasifikace psoriázy	24
2.2 EPIDEMIOLOGIE.....	25
2.3 ETIOLOGIE A PATOGENEZE	26
2.4 PŘÍZNAKY	27
2.5 DIAGNOSTIKA	28
2.6 LÉČBA	28
2.6.1 Topická léčba	28
2.6.2 Fototerapie.....	29
2.6.3 Systémová léčba.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
3 CÍLE PRÁCE	33
3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
4 METODIKA	35
4.1 STRATEGIE VYHLEDÁVÁNÍ	35
4.2 KLÍČOVÁ SLOVA.....	36
4.3 VYHLEDÁVÁNÍ RELEVANTNÍCH ZDROJŮ VE VYBRANÝCH DATABÁZÍCH.....	37
4.3.1 PubMed	37
4.3.2 EBSCO	38
4.3.3 Scopus	38
4.3.4 ScienceDirect	38
4.4 POPIS SEKUNDÁRNÍHO VÝBĚRU RELEVANTNÍCH STUDIÍ.....	39

4.4.1	Vybrané studie.....	39
4.4.2	Souhrnný popis vybraných studií	40
5	PŘEHLEDOVÁ STUDIE	50
6	DISKUZE	56
7	DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI	59
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Psoriáza, známá také jako lupénka, je chronické autoimunitní onemocnění, které postihuje především kůži, ale může mít i systémový charakter. Jedná se o nemoc s významným dopadem na kvalitu života pacienta, jelikož se projevuje nejen fyzickými symptomy, jako jsou šupinatá, zarudlá a svědivá ložiska na kůži, ale také řadou psychologických a sociálních problémů. Právě psychologické důsledky psoriázy, především jejich souvislost s depresí, jsou hlavním tématem této bakalářské práce.

Výzkumy ukazují, že pacienti s psoriázou mají zvýšené riziko rozvoje duševních onemocnění, zejména deprese a úzkostných poruch. Deprese u pacientů s psoriázou může být důsledkem několika faktorů, mezi které patří nejen biologické mechanismy spojené s chronickým zánětem, ale také psychosociální faktory, jako jsou stigmatizace, sociální izolace, nízké sebevědomí, narušení vlastní identity a dlouhodobý stres. Tyto faktory mohou vzájemně interagovat a přispívat k prohloubení depresivních symptomů, což vede k dalšímu zhoršení kvality života pacienta.

Cílem této bakalářské práce je analyzovat psychologické aspekty deprese u pacientů s psoriázou na základě dostupných vědeckých studií a odborné literatury. Jedním z dílčích cílů je vymezení deprese jako samostatného problému, na který poté navazují cíle věnující se depresivním příznakům v souvislosti s psoriázou. Práce se snaží zmapovat aktuální vědecké poznatky o souvislostech mezi psoriázou a depresí a identifikovat zásadní důvody, především psychologické faktory, které ovlivňují vznik depresivních symptomů u těchto pacientů. Dále se práce zaměřuje na analýzu dopadu psoriázy na psychický stav pacientů s využitím existujících studií a odborných článků. Neméně důležité je i zhodnocení významu psychoterapie, farmakologické léčby a multidisciplinárního přístupu při zvládání deprese u pacientů s tímto onemocněním. Na základě získaných poznatků budou formulována konkrétní doporučení pro klinickou praxi, která mohou přispět ke zkvalitnění péče o pacienty s psoriázou, zlepšení jejich duševního zdraví a tím potencionálně zlepšení celkové kvality života.

Práce má charakter přehledové studie, přičemž v teoretické části se zabývá i problémem samotné deprese, včetně biologických a psychosociálních faktorů, které přispívají k jejímu rozvoji, její léčbě a dalšími souvislostmi tohoto onemocnění. Zvláště pak popisuje patofyziologii lupénky, poskytuje informace o jejích projevech a dostupné terapii.

V praktické části jsou zkoumány existující studie dostupné v odborných databázích EBSCO, PubMed, ScienceDirect a Scopus s cílem identifikovat nejvýznamnější faktory ovlivňující psychické zdraví pacientů s psoriázou.

Důležitým úkolem této práce je rovněž diskuse o možnostech terapeutické intervence, které mohou pomoci pacientům s psoriázou lépe zvládat psychické obtíže. Ukazuje se, že kromě dermatologické léčby hrají důležitou roli i psychoterapeutické metody, farmakologická léčba depresivních symptomů a celkový multidisciplinární přístup zahrnující spolupráci dermatologů, psychologů a psychiatrů. Cílem těchto přístupů je nejen zmírnit projevy deprese, ale také přispět k celkovému zlepšení kvality života pacientů s psoriázou.

Význam této problematiky je podtržen faktem, že deprese u pacientů s psoriázou není pouze sekundárním důsledkem fyzického onemocnění, ale může se stát samostatným a závažným problémem, který negativně ovlivňuje průběh nemoci, její léčbu a pacientovu spolupráci při léčbě. Proto je nezbytné věnovat tomuto tématu dostatečnou pozornost především v klinické praxi, ale také i v budoucím výzkumu, s cílem lépe pochopit vzájemné souvislosti mezi psychikou a somatickým onemocněním a přispět tak k účinnější a komplexnější péči o pacienty s touto diagnózou. A tím pomoci zlepšit kvalitu jejich života.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÝ ZÁKLAD PRO PŘEHLEDOVOU STUDII K DEPRESI

Následující část práce se zabývá teoretickými východisky deprese jako samostatného onemocnění. Popisuje základní body onemocnění a zaměřuje se zejména na složitost vymezení pojmu deprese jako onemocnění a patofyziologii, která k tomuto stavu vede.

1.1 Definice

Deprese je psychiatrické onemocnění, které můžeme zařadit do skupiny onemocnění u kterých nemáme jednoznačnou definici. Diagnostika a hranice mezi fyziologií a patofyziologií je zde velmi úzká, a ne vždy jasná. Proto je také mnoho depresivních poruch nedignostikováno nebo naopak je diagnóza deprese přiřazena i k relativně fyziologickým průběhům.

Aby bylo vůbec možné tuto diagnózu stanovit je zapotřebí použití klasifikačních systémů, u kterých se nelze vyhnout určitému zjednodušení pozadí této velmi komplexní problematiky.

Existuje několik definic deprese, každá zvažující trochu jiná kritéria:

„Základním znakem DEPRESE – DEPRESIVNÍ FÁZE – DEPRESIVNÍ EPIZODY (F32) je depresivní nálada charakterizovaná smutkem, ztrátou zájmů, potěšení a spontánní motivace (aktivit) po dobu alespoň dvou týdnů. Nejvyšší intenzity dosahuje depresivní nálada zpravidla ráno – hovoříme o ranních pesimech.“ (Orel, 2020, str. 219)

“Depresivní epizoda je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Podle intenzity a množství příznaků se deprese označuje jako mírná, střední nebo těžká. Může být se somatickým syndromem nebo bez somatického syndromu. Těžkou formu lze dále dělit podle přítomnosti psychotických příznaků, které odpovídají nebo neodpovídají náladě. Depresivní epizoda by měla trvat nejméně dva týdny.” (Tomáš a Marková, 2016, str. 946)

Mezi hlavní příznaky depresivní epizody patří výrazné změny nálady, kdy postižený člověk dlouhodobě prožívá smutek, zoufalství a celkový pesimismus. Radost, která mu dříve přinášela potěšení, nyní postrádá jakýkoli význam, což vede ke ztrátě zájmu o běžné činnosti a koníčky. Únava se projevuje nejen fyzicky, ale i psychicky – člověk se cítí neustále vyčerpaný, bez energie a jakákoli aktivita mu připadá nadměrně namáhavá. Myšlení se zpomaluje, objevují se problémy se soustředěním, nerozhodnost a pocity méněcennosti. Často dochází i k narušení spánkového režimu – někteří lidé trpí nespavostí, jiní zase

nadměrnou spavostí. Dalším častým doprovodným jevem jsou změny v chuti k jídlu, kdy dochází buď ke snížené konzumaci potravy, nebo naopak k přejídání. V těžších případech může deprese vyvolat i psychotické příznaky, jako jsou bludy nebo halucinace. Kromě těchto potíží se objevuje i zvýšené riziko sebevražedných myšlenek, což činí depresivní epizody obzvlášť nebezpečnými. (Tomáš a Marková, 2016)

Podle národního zdravotnického informačního portálu deprese představuje závažné duševní onemocnění, které se kromě přetrvávajícího smutku a beznaděje vyznačuje i celkovým poklesem emocionální a fyzické aktivity. Osoby postižené depresí často ztrácejí zájem o každodenní činnosti a mohou se izolovat od společnosti. Tento stav bývá doprovázen nejen psychickými potížemi, ale i somatickými symptomy, jako jsou poruchy spánku, změny v chuti k jídlu či dlouhodobá únava. Deprese ovlivňuje kognitivní funkce, snižuje schopnost soustředění a narušuje rozhodovací procesy, což negativně zasahuje jak do pracovního, tak osobního života jedince. (Národní zdravotnický informační portál, 2023)

Průběh deprese může být klasifikován podle intenzity příznaků jako mírný, střední nebo těžký. Typicky se jedná o pokles nálady, snížení energie a celkové aktivity. Osoba přestává mít radost ze zálib a ztrácí schopnost se soustředit. Často pociťuje únavu už při malé námaze, zhoršený spánek, sníženou chuť k jídlu, a může dojít i ke ztrátě libida. Deprese mívá stabilní charakter bez ohledu na vnější okolnosti, přičemž její projevy bývají nejvýraznější v ranních hodinách. U nemocného může být patrná psychomotorická zpomalenost nebo naopak neklid. Časté jsou i pocity viny, nízké sebevědomí a beznaděj, které se mohou vyskytovat i u lehčích forem onemocnění. (WHO, 2025)

Deprese není jen přechodná špatná nálada, ale vážná porucha, která vyžaduje odbornou pomoc. Moderní výzkumy ukazují, že její příčiny jsou multifaktoriální – zahrnují genetické predispozice, biologické faktory (např. nerovnováhu neurotransmiterů), psychologické aspekty (trauma, stres) a z velké míry i sociální vlivy. Vzhledem k rostoucímu počtu případů je zapotřebí zvyšovat povědomí o depresi a podporovat prevenci i včasnou intervenci pro její léčbu a zabránění negativních dopadů pro jednotlivce a jejich blízké, a také pro společnost. (Tacchi a Scott, 2017)

1.2 Klasifikace

Depresi lze klasifikovat podle mezinárodních diagnostických systémů k tomu určených. Příkladem je mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), který je popsán níže, anebo

pomocí DSM-5, který lze do češtiny přeložit jako diagnostický a statistický manuál duševních chorob, vydaný americkou psychiatrickou asociací.

Klasifikace deprese podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 spadá do kategorie F32 – Depresivní epizoda a F33 – Periodická depresivní porucha.

Podle MKN-10 do této kategorie patří depresivní reakce, psychogenní deprese, reaktivní deprese, a naopak nezahrnuje poruchy z přizpůsobení, periodickou depresivní poruchu a depresivní fáze sdružené s poruchami chování.

Deprese je rozdělena do několika podkategorií, které se liší závažností a přítomností psychotických příznaků. Níže jsou jednotlivé kategorie popsány dle MKN-10.

Mírná depresivní epizoda (F32.0) zahrnuje alespoň dva základní depresivní příznaky, jako je pokleslá nálada, ztráta zájmu a radosti, a zvýšená únava. K tomu se přidávají i další symptomy, ale jedinec je stále schopen vykonávat běžné činnosti.

Středně těžká depresivní epizoda (F32.1) je charakterizována intenzivnějšími příznaky, které negativně ovlivňují fungování v práci a sociálních vztazích.

Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků (F32.2) zahrnuje téměř všechny typické depresivní symptomy, jako je hluboký smutek, beznaděj, sebevražedné myšlenky, výrazná úzkost a poruchy spánku. V této fázi však nejsou přítomny psychotické příznaky.

V případě těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky (F32.3) se kromě závažné deprese objevují i psychotické symptomy, jako jsou bludy, halucinace nebo těžká psychomotorická retardace.

Jiné depresivní epizody (F32.8) zahrnují atypické formy deprese, které nesplňují přesná kritéria pro výše uvedené kategorie, ať už jde o symptomy, trvání nebo intenzitu.

Depresivní epizoda nespecifikovaná (F32.9) je použita, když nejsou k dispozici dostatečné informace pro přesnější diagnózu.

Kategorii rekurentní depresivní poruchy (F33) tvoří opakující se depresivní epizody, které se střídají s obdobími remise. Struktura diagnózy je podobná jako u F32, přičemž depresivní epizody se objevují opakovaně v průběhu života.

Podle této klasifikace je možná přesnější diagnostika a následná léčba na základě specifčnosti symptomů a časovém průběhu.

Další možnosti, podle kterých lze depresi klasifikovat, nebo pro větší přesnost spíše rozdělit, je zaměřena na její vlastnosti, příčinu, délku trvání, případně cykličnost. Tyto faktory umožňují podrobnější určení typu deprese a přizpůsobení léčby individuálním potřebám pacientů. Příčina deprese může být různá a rozlišujeme několik typů. Endogenní deprese je způsobena vnitřními biologickými nebo genetickými faktory, jako jsou chemické nerovnováhy v mozku nebo genetická predispozice, to znamená, že lidé mohou trpět depresí bez zjevných vnějších spouštěčů. Exogenní deprese vzniká v reakci na vnější stresové faktory, jako jsou životní ztráty, rozpad vztahů nebo pracovní problémy. Smíšená deprese kombinuje vnitřní predispozice a vnější stresory, přičemž obě složky přispívají k rozvoji deprese. Psychogenní deprese je způsobena psychologickými faktory, jako jsou nevyřešené vnitřní konflikty, trauma nebo dlouhodobý psychický stres. (Tacchi a Scott, 2017)

Další dělení deprese je možné podle jejího trvání. Krátkodobá deprese má příznaky trvající několik týdnů, obvykle spojené s konkrétními stresujícími situacemi, které mohou po vyřešení dané události odeznít. Chronická deprese, známá také jako dysthymie, je dlouhodobější a příznaky přetrvávají po několik let, což výrazně ovlivňuje kvalitu života, i když mohou být méně intenzivní než u akutní depresivní epizody. Dalším typem je rekurentní deprese, kdy dochází k opakovaným depresivním epizodám, které se střídají s obdobími remisí, kdy pacienti mohou vykazovat normální úroveň fungování. Kromě toho je zde cyklický výskyt, kdy se deprese projevuje v pravidelných intervalech, například v případě sezónní afektivní poruchy, která je spojena s podzimními a zimními měsíci, kdy je méně přirozeného světla. Na jaře a v létě dochází k remisi nebo alespoň k značnému zmírnění příznaků. (Tacchi a Scott, 2017)

1.3 Epidemiologie deprese

Deprese představuje významný epidemiologický problém, jelikož její prevalence v populaci dlouhodobě roste. Odhady ukazují, že postihuje miliony lidí po celém světě a výrazně přispívá k celkové zátěži nemocí. Podle epidemiologických studií se deprese vyskytuje napříč věkovými kategoriemi, přičemž určité skupiny, jako jsou ženy, starší dospělí či jedinci s chronickými onemocněními, vykazují vyšší riziko rozvoje této poruchy. Dlouhodobé sledování trendů naznačuje, že deprese se stále častěji objevuje již v mladším věku, a odborníci varují před jejím dalším šířením v souvislosti se změnami životního stylu a společenskými faktory. (Dušek a Večeřová Procházková, 2015)

Současné výzkumy ukazují, že prevalence deprese během 20. století vzrostla, což se částečně připisuje sociálním, kulturním a ekonomickým změnám, které formovaly životní podmínky a pracovní prostředí ve vyspělých zemích. Zároveň se rozšířil přístup k diagnostice a zlepšila se informovanost o duševních poruchách, což vedlo k častější identifikaci deprese.

Nicméně historie deprese sahá v dochovaných poznatcích až do starověku, kdy byla popisována v různých kulturách, ale její chápání a diagnostika se výrazně změnily až v moderní době. Kupříkladu v antice byla deprese často spojována s konceptem "melancholie", což byl termín používaný k popisu temného a zádušného stavu mysli. Aristoteles a Hippokrates ve svých spisech zmiňovali melancholii, spolu s dalšími typy temperamentu, jako součást lidské povahy. V průběhu středověku a renesance byla deprese často považována za projev duchovní slabosti nebo trestu za hříchy. Až v 19. století se začaly formovat moderní psychiatrické teorie a deprese byla začleněna do oficiálních psychiatrických diagnóz. (Kendler, 2020)

„Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2023) dnes trpí depresí 280 milionů lidí (tedy cca 5 % světové populace). V České republice Národní ústav duševního zdraví uvádí přibližně 4 %. Je nutné zdůraznit, že se jedná o těžkou depresivní poruchu – tzv. major depression.“ (Plíčková, 2024, str.13-14)

Některé studie (IDEA a studie Národního ústavu duševního zdraví) počítaly do svých šetření i lehkou depresi. Pravděpodobnost, že se u člověka objeví deprese alespoň jednou v životě je 25 %. Na základě měřítka míry zátěže způsobené nemocí v lidské populaci (DALY – z anglického Disability Adjusted Life Year) jde o jednu z deseti nejzávažnějších chorob, a zatímco ostatní nemoci (například infekční průjmy, kardiovaskulární choroby atp.) se daří postupně snižovat, deprese šplhá na žebříčku akutních celosvětových problémů na první příčky. Na druhou stranu nutno zdůraznit, že například Světová zdravotnická organizace depresi spolu s jinými duševními obtížemi ve svém žebříčku top 10 DALY neuvádí. V médiích se pravidelně objevují články o „epidemii deprese“ nebo o „nárůstu deprese“. Jiná šetření ale spíše ukazují stabilní „základnu“ případů než závratný nárůst. (Plíčková, 2024)

1.4 Etiologie, patofyziologie a biologické mechanismy vzniku deprese

Podobně jako mnoho dalších psychických poruch je i deprese považována za multifaktoriální onemocnění, což znamená, že její vznik a průběh ovlivňuje kombinace

různých biologických, genetických a environmentálních faktorů. Odhaduje se, že přibližně třetinu rizika vzniku deprese lze přičíst genetické predispozici, zatímco zbývající dvě třetiny jsou ovlivněny vnějšími faktory, jako jsou stresové životní události, sociální prostředí nebo osobní zkušenosti. (Kamarádová Končelíková, 2020)

V průběhu let vzniklo několik teorií, které se snaží vysvětlit patofyziologii deprese. Mezi nejčastěji diskutované patří:

Teorie alterace neurotransmiterových systémů – deprese je často spojována s nerovnováhou v serotonergním, noradrenergním a dopaminergním systému. Nedostatek serotoninu bývá spojován se zhoršenou náladou a úzkostí, snížená hladina noradrenalinu s pocitem vyčerpání a nedostatkem energie a porucha dopaminergního systému s poklesem motivace a anhedonií (neschopností prožívat radost). (Kamarádová Končelíková, 2020)

Teorie zánětu – v posledních letech se stále více ukazuje, že chronický zánět může hrát významnou roli ve vzniku deprese. Zvýšené hladiny prozánětlivých cytokinů, jako jsou interleukin-6 (IL-6) nebo tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), se podílejí na regulaci řady signálních drah a mohou tak ovlivňovat průběh tělesných funkcí, negativně ovlivňovat činnost mozku, přispívat k neurodegeneraci a snižovat dostupnost neurotransmiterů. K této teorii přispívá také samotný účinek zánětu na náladu/chování jedince z hlediska evolučního, kdy má při zánětlivém procesu dojít k poklesu nálady, izolaci a vyhledávání klidu pro lepší rekonvalescenci. (Kotolová a Hammer, 2019)

K přiblížení těchto tvrzení to mohlo vypadat tak, že člověk byl napaden infekcí, instinktivně se stahoval do ústraní, vyhýbal se sociálním kontaktům a šetřil energii. Projevovala se u něj apatie, únava a zvýšená potřeba spánku, což mu pomáhalo zvládnout nemoc a podpořit proces hojení. Na druhou stranu úzkostné poruchy, které často doprovázejí depresi, jsou spojeny s určitou formou hyperbdělosti. Tento stav mohl v dávné minulosti poskytovat evoluční výhodu – pomáhal předcházet napadení predátory nebo dalším infekčním hrozbám. V prostředí našich předků bylo propojení mezi stresem, úzkostí a imunitní reakcí natolik pevné, že evoluce upřednostňovala organismy, které v reakci na různé vnější hrozby aktivovaly zánětlivé mechanismy. Sice se někdy ukázalo, že šlo o planý poplach, ale taková strategie mohla zvyšovat šance na přežití v nepředvídatelném a nebezpečném světě. (Kotolová a Hammer, 2019)

Dysfunkce neuroendokrinního systému – hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osa (HPA osa) je klíčová pro regulaci stresové odpovědi. U mnoha pacientů s depresí byla

pozorována hyperaktivita této osy, což vede k nadměrné produkci kortizolu (stresového hormonu), který může poškozovat mozkové struktury, jako je hipokampus, a zhoršovat náladu i kognitivní funkce. (Kamarádová Končelíková, 2020)

Genetická predispozice a vliv prostředí – genetika hraje významnou roli v náchylnosti k depresi, přičemž riziko je vyšší u jedinců s rodinnou anamnézou tohoto onemocnění. Nicméně genetické predispozice často interagují s faktory prostředí, jako jsou dlouhodobý stres, nepříznivé sociální podmínky či traumatické události, které mohou spustit nebo prohloubit depresivní epizody. (Tenenbaum, 2018)

Vliv raných traumat – negativní zážitky z dětství, jako jsou zanedbávání, zneužívání nebo dlouhodobý stres v rodině, mohou mít zásadní dopad na vývoj mozku a fungování stresové odpovědi. Lidé, kteří v dětství prošli traumatem, mají vyšší riziko deprese v dospělosti, což je spojováno s přetrvávajícími změnami v mozkových strukturách a hormonálních drahách. (Novák a Lásková, 2016)

Deprese je velmi komplexní onemocnění a objektivně neexistuje jediná univerzální příčina, ale spíše kombinace několika faktorů, které se u jednotlivých pacientů liší. Tyto příčiny/faktory se mohou u pacienta protínat a někdy vytvářet i určitou řetězovou reakci, kdy jedna příčina spouští příčinu jinou a komplexní souhra se pak může projevovat i prohloubením příznaků. (Ayers, 2015)

1.5 Změny na strukturách mozku vlivem deprese

Při depresi dochází k narušení fungování komplexní neuronální sítě, která propojuje korové a limbické oblasti mozku. Studie naznačují, že u lidí s opakujícími se depresivními epizodami lze pozorovat změny v objemu šedé hmoty i ve funkční aktivitě určitých mozkových oblastí. Mezi struktury ovlivněné depresí patří mediální prefrontální kůra, orbitofrontální kůra, amygdala, hipokampus a bazální ganglia. (Koukolík, 2016)

Mediální prefrontální kůra hraje zásadní roli v regulaci emocí a je součástí tzv. defaultního systému mozku, který se aktivuje během introspektivního myšlení a zpracování emocí. Její propojení s limbickými oblastmi umožňuje modulaci odpovědi na stres a ovlivňuje činnost hypotalamu a mozkového kmene, které jsou zodpovědné za autonomní nervovou regulaci a neuroendokrinní reakce. Tyto procesy jsou u depresivních pacientů často narušeny, což přispívá k rozvoji dalších somatických projevů deprese. (Koukolík, 2016)

1.6 Klinický obraz a diagnostika deprese

Depresivní stav mnohdy přináší hluboké utrpení. Každá, i ta nejmenší činnost, vyžaduje obrovské úsilí. To, co dříve přinášelo radost, najednou ztrácí svůj význam – vše se zdá prázdné, bezbarvé a bezcílné. Lidé trpící depresí často popisují svůj stav jako pocit vyčerpání, „vypnutí ze života“ nebo jako by na ně doléhala tíha neviditelného břemene. (Václavík, 2023)

Svět se v takovém rozpoložení jeví jako pochmurné a beznadějně místo, kde není prostor pro naději. Člověk se cítí bezcenný, osamělý a bezmocný. I ty nejzákladnější úkony, jako je vstát z postele či věnovat se běžným povinnostem, se stávají téměř nepřekonatelnou překážkou. Pokud takový stav přetrvává delší dobu, myšlenky na únik mohou postupně směřovat k hledání jediné možné „úlevy“ – ukončení vlastního života. (Václavík, 2023)

1.6.1 Příznaky

Je velké množství příznaků deprese a jejich intenzita se u jednotlivých pacientů odlišuje. Deprese v základním rozdělení zahrnuje příznaky somatické a psychické.

Negativní myšlení – deprese je často provázena přetrvávajícími pesimistickými myšlenkami. Člověk vnímá svět negativně, ať už z materiálního, sociálního nebo osobního hlediska. Objevují se pocity beznaděje, nízké sebeúcty, nedostatečnosti a viny. Postižený má tendenci soustředit se na své neúspěchy a často se obává budoucnosti, kterou vidí v černých barvách. (Doubek, 2014)

Emoční příznaky – depresivní člověk zažívá dlouhodobý smutek, skleslost a ztrátu radosti ze života. Nic ho nebaví, často cítí vnitřní prázdnotu a pocit, že jeho život nemá smysl. Může být precitlivělý, snadno se rozruší nebo naopak vnímá otupělost a neschopnost prožívat emoce. Úzkost a podrážděnost jsou také častými projevy, přičemž postižený může mít pocit neustálého napětí a vnitřního neklidu. (Huub, 2021)

Behaviorální příznaky – lidé s depresí se často stahují do ústraní, vyhýbají se kontaktu s ostatními a omezují svou aktivitu. Jejich vyhýbáním může dojít k vytváření potíží v domácím a rodinném životě. Mohou být nerozhodní, apatičtí a pasivní, což vede k dalším problémům i v práci, ve škole nebo v osobním životě. Často ztrácejí motivaci k běžným činnostem, jako je péče o sebe nebo plnění denních povinností. V těžších případech se objevují sebevražedné myšlenky, někdy i konkrétní plány na jejich uskutečnění. (Akhtar, 2015)

Kognitivní příznaky – deprese negativně ovlivňuje myšlení a schopnost soustředění. Člověk může mít problémy s pamětí, obtížně se rozhoduje a vnímá zpomalené myšlenkové procesy. Někdy dochází k tzv. kognitivnímu zamlžení, kdy postižený cítí, že nedokáže jasně přemýšlet ani si vybavit důležité informace. (Huub, 2021)

Fyzické příznaky – tělo také reaguje na depresivní stav, což se projevuje zvýšenou únavou a poklesem energie, i když člověk nic náročného neudělá. Deprese často narušuje spánkový režim – někteří lidé trpí nespavostí a časným probouzením, jiní mají naopak nadměrnou potřebu spánku. Dalším běžným projevem jsou změny chuti k jídlu, které vedou buď ke ztrátě hmotnosti, nebo naopak k přejídání a přibývání na váze. Deprese může být spojena i s fyzickými bolestmi, jako jsou bolesti hlavy, svalů, trávicí obtíže nebo celková zvýšená citlivost na bolest, přestože lékařská vyšetření často neodhalí žádnou konkrétní fyzickou příčinu. (Huub, 2021)

1.6.2 Diagnostika

Diagnostika deprese se opírá o klinický rozhovor, během kterého lékař zjišťuje přítomnost a závažnost příznaků podle diagnostických kritérií (MKN-10, DSM-5). K posouzení se využívají psychologické dotazníky, jako je Beckova škála deprese nebo Hamiltonova škála. Důležité je také vyloučení jiných příčin, například hormonálních nebo neurologických onemocnění. Lékař musí rozlišit depresi od jiných poruch, jako je bipolární porucha nebo úzkostné poruchy, aby zvolil vhodnou léčbu, která obvykle zahrnuje psychoterapii, farmakoterapii nebo jejich kombinaci. (Petr a Marková, 2014)

1.7 Možnosti léčby

Léčba deprese bývá zpravidla komplexní a individuálně přizpůsobená potřebám pacienta. V praxi se často kombinuje více terapeutických přístupů – například farmakoterapie, psychoterapie a změny životního stylu. V některých případech může léčba začínat jednou metodou a podle vývoje stavu pacienta se postupně přechází na jinou nebo se přidávají další formy podpory. Důležitým bodem při volbě léčebného postupu je nejen intenzita a typ depresivních příznaků, ale i jejich pravděpodobná příčina – například zda jde o reakci na životní situaci, chronické onemocnění, nebo neurobiologické faktory. Úspěšnost léčby často závisí i na včasnosti zahájení, pravidelnosti péče a vlastním přístupu pacienta k léčbě. (Kučerová a Haškovcová, 2020)

Farmakologická léčba – nejčastěji se používají antidepresiva, která pomáhají upravit chemickou nerovnováhu v mozku. Patří sem selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI), inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu (NDRI) a další. Výběr léku závisí na individuální reakci pacienta a přítomnosti dalších zdravotních problémů. (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2025)

Psychoterapie – mezi nejúčinnější formy patří kognitivně-behaviorální terapie, která pomáhá měnit negativní myšlenkové vzorce a zlepšovat zvládání stresu. Další metodou je interpersonální terapie, zaměřená na zlepšení mezilidských vztahů. U některých pacientů se využívá také psychodynamická terapie nebo mindfulness-based terapie. (Tacchi a Scott, 2017)

Další metody – elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická stimulace, ketaminová terapie, hluboká mozková stimulace, světelná terapie, pravidelná fyzická aktivita, úprava stravy, podpora spánkového režimu, z alternativních léčebných metod např. tradiční čínská medicína a mnoho dalších metod, které se většinou kombinují nebo se používají jako podpůrná terapie k základním metodám ve formě léčby farmakologické a psychoterapie. (Kučerová a Haškovcová, 2020)

2 TEORETICKÝ ZÁKLAD PRO PŘEHLEDOVOU STUDII K LUPENCE

Následující kapitola se věnuje popisu teoretického podkladu psoriázy. Zabývá se celkovým pohledem na onemocnění a zejména popisuje více detailně její patogenezi a možnosti léčby.

2.1 Definice a klasifikace

Onemocnění psoriázou není definováno jednotně, ale nejčastěji se popisuje jako chronické zánětlivé kožní onemocnění charakterizované hyperproliferací epidermálních buněk. Klinicky se projevuje tvorbou zánětlivých ložisek pokrytých stříbřitými šupinami. Psoriáza postihuje přibližně 2–3 % světové populace. (Vašků, 2020)

Z jiného pohledu lze psoriázu považovat za primárně zánětlivou dermatózu s genetickým základem, což ji činí multifaktoriálním a komplexním onemocněním. Její vznik je ovlivněn kombinací genetické predispozice a různých environmentálních faktorů. (Vašků, 2020)

Pro psoriázu je charakteristická hyperproliferace epidermis, která vede k typickému vzhledu postižené kůže. Z tohoto důvodu je onemocnění v popisné klasifikaci zařazováno mezi erytematoskvamózní choroby. Projevy psoriázy a rozsah postižení se liší v závislosti na řadě faktorů, jejichž kombinace ovlivňuje průběh nemoci. (RÖCKEN et al., 2018)

Přibližně 60 % případů je asymptomatických, přičemž 20 % z těchto případů probíhá subklinicky a 40 % se projevuje klinickými symptomy. Průběh psoriázy bývá většinou chronický s obdobím stabilizace, ale mohou se vyskytovat i akutní exacerbace s exantematickými projevy. (Vašků, 2020)

2.1.1 Klasifikace psoriázy

Psoriáza může být rozdělena do několika podtypů, které odrážejí její rozmanitost. Následující klasifikace podle Vladimíra Vašků z roku 2020, představuje různé formy tohoto onemocnění, které se liší v klinickém obraze i průběhu:

- psoriasis vulgaris chronica, ložisková psoriáza, non pustulózní psoriáza, psoriáza chronicko-stacionární
- psoriasis palmoplantaris, psoriáza dlaňoplosková
- psoriasis inversa, psoriáza intertriginózní
- psoriasis guttata, punctata, akutní výsevová psoriáza

- erythrodermia psoriatica
- psoriasis pustulosa localisata (barber)
- psoriasis pustulosa generalisata (von zumbusch)
- psoriasis unguium
- psoriasis arthropathica, psoriatická artritida
- jiné – fotosenzitivní psoriáza, anulární ložisková psoriáza, anulární verukózní psoriáza, rupoidní psoriáza s excesivní tvorbou šupin...

2.2 Epidemiologie

Psoriáza, jak již bylo zmíněno, postihuje přibližně 2 % světové populace. I když je její incidence poměrně nízká, přibližně 60 případů na 100 tisíc obyvatel, prevalence onemocnění je výrazně vyšší. V USA trpí psoriázou zhruba 7 milionů lidí, což představuje 2,5–2,6 % celé populace. U lidí s černou pletí je výskyt nižší, přičemž údaje se liší, ale obvykle jsou udávány hodnoty přibližně poloviční. Psoriáza se prakticky nevyskytuje u jihoamerických Indiánů, a u populací v Asii je výskyt rovněž nízký – u Číňanů postihuje pouze 0,3 % a u Indů 0,8 %. Nejvyšší prevalence byla zaznamenána na Faerských ostrovech, kde se onemocnění vyskytuje přibližně u 7 % obyvatel. (Vašků, 2020)

Zajímavé je, že výskyt psoriázy se liší i mezi pohlavími. V mladších věkových skupinách je onemocnění častější u chlapců než u dívek, ale v dospělosti již výskyt mezi oběma pohlavími nepozorujeme. Pokud jde o nástup psoriázy, dělíme ji do dvou základních typů:

Typ I: Objevuje se před 40. rokem života, bývá spojena se streptokokovými infekcemi a má silnou asociaci s HLA Cw6, který je součástí systému HLA (lidského leukocytového antigenu). Tento gen se vyskytuje častěji u pacientů s psoriázou, a jeho přítomnost zvyšuje riziko rozvoje onemocnění. (Röcken et al., 2018)

Typ II: Vyskytuje se po 40. roce života, s méně výraznými genetickými asociacemi než typ I. (Röcken et al., 2018)

Obecně se první projevy psoriázy nejčastěji objevují mezi 20. a 30. rokem života. (Vašků, 2020)

2.3 Etiologie a patogeneze

Patogeneze psoriázy je složitý proces, který není snadno vysvětlitelný vzhledem k mnoha genetickým a environmentálním faktorům, které se vzájemně ovlivňují. Psoriáza vzniká jako komplexní jev, který vychází z těchto interakcí, což znamená, že nelze očekávat jednoduché objasnění. I přesto, že existují rozsáhlé poznatky o této nemoci a její léčbě, často se následují praktické metody a empirické postupy. Některé léčebné přístupy, založené na zkušenostech, byly následně potvrzeny novými vědeckými zjištěními. (Röcken et al., 2018)

Co se týče dědičnosti, psoriáza je komplexní polygenní multifaktoriální onemocnění, na jehož vzniku se podílejí různé geny. Existují geny, které zvyšují vnímavost k této nemoci (geny citlivosti specifické pro psoriázu), a také geny, které ovlivňují závažnost choroby. Tyto geny řídí procesy, které se týkají regulace zánětlivé a imunitní odpovědi. Šíře projevů psoriázy, jak genetických, tak klinických, je určena kombinacemi těchto genů v různých rodinách. V tomto případě nelze pozorovat jednoduché vzory dědičnosti, jako je dominantní nebo recesivní dědičnost. (Vašků, 2020)

V rámci patogeneze lupénky hrají hlavní roli T-lymfocyty, především pomocné a cytotoxické, se specifickým cytokinem profilu Th1, Tc1, ale i Th17 a Tc17. T-lymfocyty jsou aktivovány antigeny, které jsou v epidermis, zejména fragmenty DNA keratinocytů, a také některými mikrobiálními superantigeny. V případě akutní výsekové psoriázy je důležitá účast streptokokových pyrogenních exotoxinů, které hrají roli při aktivaci imunitního systému. U chronické psoriázy jsou stafylokokové superantigeny jedním z více faktorů, které mohou ovlivnit vývoj nemoci. Další mechanismy zahrnují aktivaci buněk pod vlivem cytokinů, proteinů teplotního šoku a podobně. (Vašků, 2020)

Nezanedbatelný je také neuroimunologický aspekt patogeneze psoriázy. Objev lymfocytů Th17 a Tc17, které syntetizují interleukiny IL-17 a IL-22, přinesl zásadní změnu v představách o imunitních mechanismech této choroby. Zmíněné buňky se formují pod vlivem IL-23, produkovaného dendritickými buňkami, které vytvářejí cytokiny ovlivňující celkový imunitní profil. Zatímco IL-12 podporuje Th1 odpověď, IL-23 je klíčové pro rozvoj profilu Th17. Společně tyto cytokiny způsobují nadprodukcí keratinocytů, novou tvorbu cév v dermis, dilataci cév a infiltraci neutrofilů a T-lymfocytů, což vede k rozvoji psoriatických ložisek. Tato složitá síť imunologických a biologických procesů formuje charakteristické projevy lupénky. (Vašků, 2020)

Také faktory prostředí hrají v rozvoji psoriázy klíčovou roli a jsou stejně významné jako genetické predispozice. K těmto faktorům nepatří pouze vnější vlivy, ale také strava, její zpracování v těle a mikroflóra, která ovlivňuje imunitní odpověď. Důležitými faktory jsou také kožní mikrobiom, stres, různé infekce, fyzické trauma, užívání léků, alkohol a také kouření. (Röcken et al., 2018)

I když neexistuje přímá souvislost mezi psoriázou a konkrétním povoláním, škodlivý stres může zhoršovat její průběh, přičemž silná stresová zátěž v práci může přispět k vzniku výsevů. Vznik nebo udržování chronických projevů lupénky může také podporovat řada faktorů, které dráždí pokožku, jako je tření, chemická dráždiva nebo prach, což závisí na typu pracovního prostředí. (Vašků, 2020)

Ačkoli letální průběh psoriázy je velmi vzácný, život ohrožující může být psoriatická erythrodermie nebo generalizovaná pustulózní psoriáza. Sama o sobě psoriáza délku života obvykle neovlivní, ale v případě, že nemoc není účinně léčena a zánětlivý proces přetrvává dlouhodobě, je riziko vyvinutí komorbidit, které mohou mít negativní vliv na délku života pacientů. (Vašků, 2020)

2.4 Příznaky

Objektivní příznaky psoriázy u typu psoriasis vulgaris chronica, která je nejčastější, se obvykle projevují dobře ohraničenými ložisky, která mají výraznou barvu, často cihlově červenou. Na těchto ložiscích se často nacházejí stříbřité voskovité šupiny, které mohou vytvářet silnější nánosy a dají se snadno mechanicky odloupnout. Okraje lézí bývají většinou ostré, přičemž v porovnání s okolní kůží mohou být mírně vyvýšené. (Vašků, 2020)

Typické lokalizace těchto projevů zahrnují oblast nad lokty, nad koleny a lumbosakrální oblast. Kůže v oblasti kštiny může být také součástí predisponovaných míst. Tato ložiska vznikají zejména na místech kožního krytu, která jsou trvale zatěžována nebo drážděna. (Vašků, 2020)

U tohoto typu psoriázy dochází k sezonním zhoršením, kdy se objevují exacerbace a remisní fáze, což znamená, že intenzita projevů může kolísat v závislosti na ročním období a dalších vnějších faktorech. (Hercogová, 2022)

2.5 Diagnostika

Diagnostika psoriázy je založena především na klinickém vyšetření, protože neexistuje žádný specifický laboratorní test, který by tuto diagnózu jednoznačně potvrdil. V případě pochybností může být doporučeno provedení probatorní excize s následným dermatohistopatologickým vyšetřením. Histopatologické nálezy se však mohou lišit v závislosti na typu psoriázy a délce jejího trvání, což někdy činí toto vyšetření také nejednoznačným. Z tohoto důvodu by diagnózu psoriázy měl stanovit odborný dermatolog. (Hercogová, 2022)

Po stanovení diagnózy je důležité před zahájením léčby vyhodnotit závažnost onemocnění. K tomu se používají různé hodnotící škály, jako je například BSA (Body Surface Area – procentuální podíl postižené plochy těla), skóre PASI (Psoriasis Area and Severity Index), PGA (Patient's Global Assessment) a DLQI (Dermatology Life Quality Index). (Hercogová, 2022)

Psoriáza může být, z hlediska následující léčby, rozdělena do několika stupňů závažnosti. U mírné formy lze dosáhnout remise pomocí topické léčby. U středně těžké a těžké psoriázy je nutná léčba fototerapií a systémovými terapiemi. (Vašků, 2020)

2.6 Léčba

Léčba lupénky je jako u každého onemocnění komplexní. Odvíjí se od aktuálního stavu onemocnění, minulého průběhu a také podle pacientem přijatelných možností.

V první řadě je důležitá vhodná úprava životosprávy podle pacienta, protože se jedná o chronický stav ovlivněný mnoha podněty. Pacient by měl zvážit svou stravu, stresory, expozice prostředí, aby našel určitou stabilitu a zbytečně nepodporoval vznik obtíží.

Z lékařského hlediska se při léčbě psoriázy uplatňuje topická léčba, fototerapie a léčba systémová.

2.6.1 Topická léčba

Topická léčba psoriázy (spočívá v lokální aplikaci účinných látek v podobě mastí aj.) se využívá jako monoterapie u mírných forem onemocnění, ale také jako součást kombinované terapie u středně těžkých a těžkých forem. Její hlavní výhodou je cílené působení přímo na postiženou kůži s menším rizikem systémových nežádoucích účinků. (Čelakovská, 2020)

Základem místní léčby je fixní kombinace vitamínu D3 a kortikosteroidu, kterou pacient aplikuje jednou denně večer pouze na postižené oblasti kůže. Maximální denní dávka by neměla přesáhnout 15 g. Doporučená doba léčby je jeden měsíc, poté se pokračuje v udržovací fázi aplikací dvakrát týdně. (Hercogová, 2022)

Aplikace samostatných topických kortikosteroidů je méně preferovaná, protože dlouhodobé užívání silných kortikoidů může vést k ztenčení kůže (atrofii), vzniku strií či rebound fenoménu (náhlé zhoršení onemocnění po rychlém vysazení). Deriváty dehtu, které se dříve používaly pro svůj protizánětlivý efekt, jsou dnes méně časté kvůli nepříjemnému zápachu, špinění oblečení a možné fototoxicitě. (Hercogová, 2022)

Kromě základní léčby se v topické terapii využívají také keratolytika (např. salicylová kyselina), která pomáhají odstranit šupiny a usnadňují průnik účinných látek. Dále také inhibitory kalcineurinu (takrolimus, pimekrolimus), které jsou vhodné pro citlivé oblasti, jako je obličej nebo genitálie, jedná se o imunosupresivní látky a nesmí být užívány s některými preparáty systémové léčby (cyklosporin). (Vašků, 2020)

U pacientů s chronickou formou psoriázy je důležitá i každodenní péče o kůži, zejména hydratace a používání emoliencií, které pomáhají udržovat kožní bariéru a snižují suchost a podráždění. (Vašků, 2020)

2.6.2 Fototerapie

Pokud je psoriázou postižena rozsáhlejší plocha těla, k topické léčbě se často přidává fototerapie. Tato metoda využívá ultrafialové záření, které pomáhá zpomalit nadměrné dělení kožních buněk a zmírnit zánět. Zánět zmírňuje pomocí snížení mobility Langerhansových buněk, inhibicí aktivace T lymfocytů a indukci apoptózy aktivovaných T-buněk. (Čelakovská, 2020)

Nejběžněji se používá úzkopásmové UVB záření (311 nm), které lze aplikovat celotělově (v kabině nebo pomocí paravánů) či lokálně (například na ruce, nohy nebo pomocí speciálního hřebenu na vlasovou pokožku). Další možností je excimerové záření (308 nm), které umožňuje cílenou fototerapii pouze na postižená místa kůže, což je vhodné zejména pro lokalizované formy psoriázy, jako je palmoplantární psoriáza (postižení dlaní a plosek nohou). (Hercogová, 2022)

Fototerapie se obvykle aplikuje třikrát týdně po dobu šesti týdnů. Mezi její nežádoucí účinky patří akutní podráždění a spálení kůže, zatímco při dlouhodobém používání může

docházet k předčasnému stárnutí kůže a zvýšenému riziku vzniku kožních nádorů. Přestože fototerapie patří mezi účinné metody léčby, její využití je limitováno horší dostupností, zejména mimo velká města. (Hercogová, 2022)

2.6.3 Systémová léčba

Systémová léčba je indikována u středně těžkých a těžkých forem psoriázy, kdy topická léčba ani fototerapie nejsou dostatečně účinné. Používá se také u pacientů s psoriatickou artritidou nebo pokud psoriáza významně snižuje kvalitu života. Systémová léčba vyžaduje pečlivé monitorování pacienta kvůli možným vedlejším účinkům a musí být vždy indikována dermatologem. (Vašků, 2020)

Léky první volby

- Acitretin – perorální retinoid (derivát vitamínu A), který reguluje růst a zrání kožních buněk. Je vhodný zejména pro pustulózní a erythrodermickou psoriázu. Má ale teratogenní účinky, takže se nesmí užívat v těhotenství a ženy musí dodržovat antikoncepci až tři roky po ukončení léčby. (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2025)
- Metotrexát – cytostatikum s imunosupresivním účinkem, které potlačuje zánět a zpomaluje nadměrné dělení kožních buněk. Používá se u chronické plakovité psoriázy a psoriatické artritidy. Je účinný, ale vyžaduje pravidelné monitorování jaterních funkcí kvůli riziku hepatotoxicity. (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2025)
- Cyklosporin – silný imunosupresivní lék, který rychle potlačuje zánětlivou reakci. Je vhodný pro závažné a akutní exacerbace psoriázy, ale není určen k dlouhodobé terapii kvůli riziku poškození ledvin a hypertenze. (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2025)

Léky druhé volby

Pokud pacient nereaguje na léky první volby nebo je nemůže užívat, lze zvážit další možnosti:

- Apremilast – perorální inhibitor PDE4 s protizánětlivým účinkem, nasazuje se až po jednom konvenčním léčivu či fototerapii. (Hercogová, 2022)

- Biologická léčba – cílené monoklonální protilátky proti TNF- α , IL-17 nebo IL-23, vhodné pro těžké a rezistentní případy (např. infliximab, etanercept, certolizumab a další.). (Hercogová, 2022)

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je provést přehledovou studii zaměřenou na psychologické aspekty deprese u pacientů s psoriázou. Práce se soustředí na analýzu aktuálních vědeckých studií a odborné literatury, které se zabývají vlivem deprese na pacienty trpící psoriázou, a to zejména z hlediska psychologických faktorů, jako jsou sociální stigma, míra závažnosti onemocnění a vliv biologické léčby. Cílem je zhodnotit, jak tyto faktory ovlivňují psychickou pohodu pacientů a navrhnout doporučení pro klinickou praxi zaměřenou na prevenci a zvládání psychických důsledků deprese v této specifické patientské skupině.

Cíl 1: Vyhledat a analyzovat odborné studie a články o psychologických aspektech deprese u pacientů s psoriázou.

Cíl 2: Předložit aktuální publikované poznatky z odborné literatury o souvislosti mezi depresí a psoriázou, včetně vlivu závažnosti onemocnění, biologické léčby a sociálního stigmatu.

Cíl 3: Vytvořit návrh doporučení pro klinickou praxi zaměřený na prevenci a zvládání psychologických dopadů deprese u pacientů s psoriázou.

3.1 Výzkumné otázky

V souladu s cíli bakalářské práce byly výzkumné otázky formulovány podle rámce PICO(S) tak, aby odpovídaly zaměření a strukturovanému přístupu k výzkumu. Písmenko S, zahrnující prostor, je z výzkumu vynecháno, protože pro formulované výzkumné otázky není prostor jako faktor relevantní.

Výzkumná otázka 1: *"Jak se závažnost lupénky (včetně klinických skóre a markerů zánětu) vztahuje k míře deprese u pacientů?"*

P (Population): pacienti s psoriázou

I (Intervention/Exposure): závažnost psoriázy (dle klinických skóre – PASI), vliv zánětlivých parametrů

C (Comparison): pacienti s mírnou psoriázou vs. pacienti s těžkou psoriázou

O (Outcome): míra deprese

Výzkumná otázka 2: *"Jak biologická/systémová léčba ovlivňuje depresi u pacientů s lupénkou?"*

P (Population): pacienti s psoriázou

I (Intervention/Exposure): biologická/systémová léčba

C (Comparison): pacienti léčení konvenční terapií (např. topická léčba, fototerapie)
vs biologickou/systémovou léčbou

O (Outcome): výskyt nebo zhoršení/zlepšení deprese

Výzkumná otázka 3:" Jak sociální stigma ovlivňuje míru deprese a kvalitu života u pacientů s psoriázou?"

P (Population): pacienti s psoriázou

I (Intervention/Exposure): sociální stigma

C (Comparison): pacienti s nižší mírou stigmatizace vs. pacienti s vyšší mírou stigmatizace

O (Outcome): deprese, kvalita života

4 METODIKA

Bakalářská práce je zpracována formou tradiční (narativní) přehledové studie, jejímž cílem je komplexně zmapovat a shrnout dosavadní poznatky z odborné literatury týkající se psychologických aspektů deprese u pacientů s psoriázou. Tento typ přehledu je vhodný zejména v případech, kdy je třeba uchopit širší problematiku, která zahrnuje různé související faktory, a nabídnout tak obecnější a zároveň ucelenější pohled na dané téma. (Mareš, 2021)

Tradiční přehledová studie nevyužívá přesně definovanou systematickou metodologii jako systematické přehledy, ale opírá se o odbornou erudici autora, který provádí interpretaci, srovnání a syntézu informací z různých zdrojů. V rámci analýzy jsou identifikovány klíčové poznatky, případné rozpory mezi autory či výsledky jednotlivých studií a rovněž mezery ve výzkumu. Důležitou součástí je i vyvození obecnějších závěrů a formulace doporučení, která by v případě této bakalářské práce mohla přispět ke zlepšení péče o pacienty s psoriázou z hlediska duševního zdraví. (Mareš, 2021)

Kvalita takto zpracovaného přehledu závisí nejen na správném výběru pramenů, ale i na schopnosti autora kriticky pracovat s informacemi, srovnávat různé přístupy a formulovat smysluplné závěry v kontextu klinické praxe.

4.1 Strategie vyhledávání

V rámci přehledové studie byly definovány konkrétní výzkumné otázky, které sloužily jako východisko pro cílené vyhledávání odborné literatury. Výběr zdrojů nebyl proveden náhodně – byl realizován systematicky s důrazem na odbornou kvalitu, aktuálnost, vědeckou relevanci a přímý vztah k problematice psychologických aspektů deprese u pacientů s psoriázou.

Publikace byly vyhledávány v elektronických databázích, a to konkrétně PubMed, ScienceDirect, Scopus a EBSCO. Tyto databáze poskytují přístup k širokému spektru recenzovaných článků a odborných studií a jsou dostupné studentům Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně prostřednictvím univerzitní knihovny, a to nejen v rámci kampusu, ale i formou vzdáleného přístupu přes univerzitní přihlašovací údaje.

Při výběru literatury byl kladen důraz především na články publikované v posledních deseti letech, tedy v období od roku 2014 do 2024/2025, aby byly zajištěny aktuální

poznatky reflektující současný stav výzkumu. Starší zdroje zařazeny nebyly. Proces průběhu vyhledávání a výběru studií je podrobně znázorněn ve flow chart diagramu (viz Příloha P I).

Tabulka 1 vstupní a vylučující kritéria vyhledávání pro přehledovou studii

Vstupní kritéria	Vylučující kritéria
Publikace z let 2014–2024	Studie publikované před rokem 2014 (s výjimkou klíčových prací)
Recenzované odborné články dostupné v plném znění	Duplicitní studie
Studie zaměřené na pacienty s psoriázou	Studie zaměřené na jiné dermatologické diagnózy než psoriázu
Zaměření na depresi a psychologické aspekty onemocnění	Studie bez vazby na duševní zdraví nebo depresi
Texty publikované v českém nebo anglickém jazyce	Publikace v jazyce jiném než čeština nebo angličtina
Výzkumy provedené na dospělé populaci (18 let a více)	Výzkumy zaměřené výhradně na děti či geriatrické pacienty
Studie zkoumající vliv závažnosti psoriázy, systémové léčby, stigma	Studie bez dostupného plného textu
	Publikace mimo kontext psychologických dopadů psoriázy

(Zdroj: vlastní, 2025)

4.2 Klíčová slova

Při vyhledávání relevantní literatury byla použita klíčová slova v anglickém jazyce, která odpovídají zvolenému tématu. Mezi hlavní klíčová slova patřila například: psoriáza, deprese, psychologické aspekty, duševní zdraví, biologická/systémová léčba, stigma. Tato slova byla uvedena v jejich anglických ekvivalentech: psoriasis, depression, psychological aspects, mental health, biological/systemic treatment, stigma.

Při vyhledávání v databázích byly klíčové výrazy kombinovány pomocí Booleovských operátorů (AND, OR, NOT) pro zúžení nebo rozšíření výsledků. Tyto operátory byly využity podle následného zobrazení počtů relevantních studií v jednotlivých databázích. Případně byli z vyhledávání vynecháni pro nezobrazení žádných výsledků.

4.3 Vyhledávání relevantních zdrojů ve vybraných databázích

Pro identifikaci relevantní literatury byla provedena komplexní prohlídka ve čtyřech klíčových vědeckých databázích: PubMed, EBSCO, ScienceDirect a Scopus. Hlavním cílem bylo naleznout studie zaměřené na psychologické aspekty deprese u pacientů s psoriázou, s důrazem na závažnost onemocnění, vliv zánětu, biologickou/systémovou léčbu a sociální stigma. Klíčová slova a vyhledávací fráze byly při vyhledávání upravovány dle výsledků, které přinášely. Filtry byly nastaveny na publikace z let 2014 až 2025, v anglickém jazyce a s dostupným plným textem k zajištění aktuálnosti a přístupnosti zdrojů. Počáteční vyhledávání v každé databázi našlo velké množství studií, které byly následně podrobeny pečlivému screeningu. První krok zahrnoval posouzení titulů a abstraktů na základě jejich relevance k výzkumným otázkám. V druhém kroku byly prozkoumány plné texty vybraných studií, aby se potvrdila jejich aplikovatelnost a kvalita. Studie, které se nezaobíraly přímo psychologickými aspekty deprese u pacientů s psoriázou nebo které se zabývaly odlišnými tématy, byly vyloučeny.

Sběr dat ve vědeckých databázích pro přehledovou studii byl realizován v rozsahu necelých čtyř měsíců. První provedené vyhledávání započalo 3.1.2025 a poslední bylo provedeno 13.4.2025.

4.3.1 PubMed

Při vyhledávání v elektronické databázi PubMed bylo využito několik kombinací klíčových slov. Některé kombinace nevedly k nálezům relevantních výsledků, proto byla použita konečná kombinace, která vedla k výsledkům nejvíce blízkým k záměru práce. Konečná kombinace klíčových slov a kritéria byla stanovena následovně: (depression psoriasis) AND (biological treatment) AND (chronic illness), s filtry na publikace z let 2014–2025 dostupné v plném znění v českém nebo anglickém jazyce. Toto vyhledávání zobrazilo 42 studií. Následně byly tyto studie podrobeny detailnímu posouzení s ohledem na jejich relevance k výzkumným otázkám. Byly vyloučeny studie zabývající se primárně jinými komorbiditami spojenými s psoriázou než depresí, například studie zaměřené na jiné

dermatologické diagnózy nebo absence specifických dat týkajících se deprese u pacientů s psoriázou. Výsledkem tohoto procesu bylo vybráno 7 studií, které splňovaly kritéria relevance a kvality pro další analýzu.

4.3.2 EBSCO

V databázi EBSCO bylo provedeno počáteční vyhledávání pomocí klíčových slov „depression“ a „psoriasis“, to zobrazilo 214 studií. Aby bylo možné získat specifitější a relevantnější zdroje, bylo vyhledávání dále zúženo na dvě kombinace klíčových slov: „depression psoriasis AND social stigma“, která zobrazila 11 výsledků, a „depression psoriasis AND systemic treatment“, která zobrazila 8 výsledků.

Tato strategie dvojího vyhledávání vedla k celkovému počtu 19 studií. Po posouzení relevance jednotlivých studií k výzkumným otázkám bylo z těchto 19 studií vybráno 7 pro sekundární analýzu, zbylé studie byly vyřazeny pro odchýlení od tématu, duplicitu a nerelevanci pro cíle práce.

4.3.3 Scopus

Vyhledávání v databázi Scopus bylo provedeno s použitím klíčových slov „depression, psoriasis, stigma, systemic treatment“. Byly aplikovány filtry na publikace z let 2014 až 2025, v anglickém jazyce a s dostupným plným textem, což zobrazilo celkem 242 studií. Vzhledem k velkému počtu výsledků bylo mnoho studií zaměřeno na odlišná témata, jako například jiné dermatologické diagnózy nebo komorbidity nesouvisející přímo s depresí u pacientů s psoriázou. Po pečlivém screeningu, který zohledňoval relevance k výzkumným otázkám týkajícím se psychologických aspektů deprese, sociálního stigmatu a systémové léčby, bylo vybráno 24 studií pro sekundární analýzu. Studie byly vyloučeny z důvodů podobných jako u předchozích databází, tj. nedostatečná relevance k specifickým výzkumným otázkám nebo zaměření na jiná témata.

4.3.4 ScienceDirect

V databázi ScienceDirect bylo provedeno vyhledávání s využitím klíčových slov „depression, psoriasis, systemic treatment, stigma“. Byly aplikovány filtry na publikace z let 2014 až do současnosti (2025), v anglickém jazyce a s dostupným plným textem. Toto vyhledávání zobrazilo celkem 198 studií. Po pečlivém posouzení relevance jednotlivých studií k výzkumným otázkám zaměřeným na psychologické aspekty deprese u pacientů s psoriázou, s důrazem na systémovou léčbu a sociální stigma, bylo vybráno 19 studií

pro sekundární analýzu. Ostatní studie byly vyloučeny především z důvodu nedostatečné relevance k specifickým výzkumným otázkám, odklonu od tématu nebo protože se zabývaly širšími komorbiditami spojenými s psoriázou bez přímého zaměření na depresi v kontextu systémové léčby, zánětu, závažnosti či sociálního stigmatu.

4.4 Popis sekundárního výběru relevantních studií

Z prvotního třídění studií bylo vytríděno 57 studií, které prošli k sekundární analýze. V dalších krocích byli z těchto padesáti sedmi studií vybrány ty, které se nejvíce vztahovaly k stanoveným výzkumným otázkám práce. Celkem bylo zvoleno 6 studií k podrobnému popisu a analýze.

4.4.1 Vybrané studie

Zde jsou vypsané studie zvolené v sekundární analýze k důkladnému prozkoumání pro zpracování praktické části bakalářské práce:

2 Přehled sekundárně vybraných studií

Názvy vybraných studií	Databáze nalezání
Depression and Anxiety among Psoriasis Patients	EBSCO
Autoři: Hojat Eftekhari, Robabeh Soleimani, Saba Mostafavi, Fatemeh Eslamdoust-Siahestalkhi, Sara Yeganeh	
Proinflammatory cytokines and neuropeptides in psoriasis, depression, and anxiety	SCOPUS Duplicita v EBSCO
Autoři: Emily L. Keenan, Richard D. Granstein	
Biologic Therapies Decrease Disease Severity and Improve Depression and Anxiety Symptoms in Psoriasis Patients	PubMed
Autoři: Teodora-Larisa Timis, Lehel Beni, Teodora Mocan, Ioan-Alexandru Florian, Remus-Ioan Orasan	
How does stigma affect people with psoriasis?	EBSCO
Autoři: Patryk Łakuta, Kamil Marcinkiewicz, Beata Bergler-Czop, Ligia Brzezińska-Wcisło	

Depressive symptoms, depression, and the effect of biologic therapy among patients in Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR)	ScienceDirect
Autoři: Bruce Strober, Melinda Gooderham, Elke M. G. J. de Jong, Alexa B. Kimball, Richard G. Langley, Nikita Lakdawala, Kavitha Goyal, Fabio Lawson, Wayne Langholff, Lori Hopkins, Steve Fakharzadeh, Bhaskar Srivastava, Alan Menter	
Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: A cross-sectional study in a tertiary referral setting	PubMed
Autoři: Rebecca C. Lamb, Freya Matcham, Sophia Turner, Emma Seccombe, Andrew Pink, Philip Hampton, Anthony Bewley, Lynda Grine, Paul McCrone, Jemima Mellerio, Fiona Cowdell, Catherine H. Smith	

(Zdroj: vlastní, 2025)

4.4.2 Souhrnný popis vybraných studií

Název studie: Depression and Anxiety among Psoriasis Patients

Autoři: Hojat Eftekhari, Robabeh Soleimani, Saba Mostafavi, Fatemeh Eslamdoust-Siahestalkhi, Sara Yeganeh

Typ studie: Průřezová deskriptivní studie

Rok publikace: 2024

Publikováno v: Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny, ročník 111, str. 191–197

Cíl studie: Cílem studie bylo zjistit prevalenci deprese a úzkosti u pacientů s psoriázou a popsat jejich výskyt v závislosti na demografických a klinických charakteristikách, jako jsou věk, pohlaví, komorbidita, závažnost psoriázy a typ léčby. Studie se zaměřila na pacienty navštěvující dermatologickou kliniku v Íránu v roce 2021, s důrazem na dopad psoriázy na psychické zdraví.

Metoda: Studie byla provedena jako průřezová na vzorku 149 pacientů s psoriázou, kteří byli vybráni na dermatologické klinice v roce 2021. Kritéria pro zařazení zahrnovala diagnózu psoriázy, věk nad 18 let, absenci psychiatrických poruch před onemocněním psoriázou a nepoužívání psychotropních léků. Účastníci vyplnili čtyři dotazníky:

1. **Demografický dotazník** – zahrnoval věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, anamnézu komorbidit (např. hypertenze, diabetes) a typ léčby psoriázy (orální, injekční, fototerapie).
2. **Psoriasis Area and Severity Index (PASI)** – sloužil k hodnocení závažnosti psoriázy, přičemž skóre >12 označovalo těžkou, 7–12 střední a <7 mírnou psoriázu.
3. **Beck Depression Inventory-II (BDI-II)** – 21 položkový dotazník pro měření závažnosti deprese (skóre 0–63; 0–13 bez deprese, 14–19 mírná, 20–28 střední, ≥29 těžká).
4. **Beck Anxiety Inventory (BAI)** – 21 položkový dotazník pro měření úzkosti (skóre 0–63; 0–7 bez úzkosti, 8–15 mírná, 16–25 střední, ≥26 těžká). Data byla analyzována pomocí statistického softwaru IBM SPSS Statistics verze 28. Použity byly deskriptivní statistiky (průměr, směrodatná odchylka, frekvence), chí-kvadrát test, ordinální regrese a Spearmanova korelace. Hladina významnosti byla stanovena na $p < 0,05$.

Výsledky: Průměrný věk účastníků byl $40,30 \pm 10,38$ let, přičemž 59,7 % tvořily ženy. Závažnost psoriázy byla rozdělena následovně: 25,5 % mírná, 47 % střední a 27,5 % těžká. Deprese byla zjištěna u 23,5 % pacientů (12,7 % mírná, 10,1 % střední, 0,7 % těžká), zatímco úzkost postihovala 36 % pacientů (25,5 % mírná, 6 % střední, 2 % těžká). Významně vyšší výskyt deprese byl pozorován u pacientů s komorbiditami. Závažnost deprese a úzkosti vykazovala významnou korelaci. Nebyla však zjištěna statisticky významná souvislost mezi závažností psoriázy, typem léčby nebo demografickými faktory (věk, pohlaví) a výskytem deprese či úzkosti. Pacienti s těžkou psoriázou vykazovali vyšší míru deprese a úzkosti než ti s mírnou formou, ale rozdíl nebyl statisticky významný.

Závěr: Studie ukázala, že úzkost je u pacientů s psoriázou častější než deprese, přičemž většina pacientů trpěla mírnou úzkostí. Významný vztah byl nalezen mezi přítomností komorbidit a vyšší prevalencí deprese, stejně jako mezi závažností deprese a úzkosti. Naopak nebyla prokázána souvislost mezi závažností psoriázy či typem léčby a psychickými obtížemi. Autoři zdůraznili potřebu klinických intervencí, jako je screening psychických poruch a psychoterapie, u pacientů s psoriázou. Doporučili další výzkum s větším vzorkem a longitudinálním designem ve více dermatologických zařízeních, aby byly výsledky přesnější, a navrhli zkoumat další faktory, jako je kvalita života.

Přínos pro práci: Studie přímo zkoumá prevalenci deprese a úzkosti u pacientů s psoriázou, což koresponduje s hlavním tématem práce zaměřeným na psychologické aspekty deprese u těchto pacientů. Konkrétně se studie dotýká první výzkumné otázky, která zkoumá vztah mezi závažností psoriázy (měřenou pomocí skóre PASI) a mírou deprese, ačkoli nezjistila statisticky významnou souvislost.

Název studie: Proinflammatory cytokines and neuropeptides in psoriasis, depression, and anxiety

Autoři: Emily L. Keenan, Richard D. Granstein

Typ studie: Přehledová studie

Rok publikace: 2025

Publikováno v: Acta Physiologica, ročník 241, číslo e70019

Cíl studie: Cílem studie bylo zhodnotit současné teorie a důkazy o roli prozánětlivých cytokinů (např. IFN- γ , IL-1, IL-2, IL-6, IL-12, TNF- α , IL-17, IL-22) a neuropeptidů (např. CGRP, substance P, VIP) při propojování systémového zánětu, psychického stresu a psoriázy, s důrazem na jejich vliv na psychiatrické komorbidity, jako jsou deprese a úzkost. Studie se zaměřila na analýzu literatury zkoumající biologické mechanismy, které spojují psoriázu s psychickým zdravím.

Metoda: Studie je přehledovou analýzou existující literatury, bez vlastního empirického výzkumu. Autoři provedli syntézu studií zkoumajících vztah mezi psoriázou, psychiatrickými poruchami a biologickými mediátory, včetně prozánětlivých cytokinů, neuropeptidů a osy HPA (hypotalamo-hypofyzární-adrenální). Zahrnuty byly výzkumy o patogenezi psoriázy, neurozánětu, imunologických odpovědích a psychosociálních faktorech. Data pocházela z klinických studií, experimentálních modelů (např. IMQ myší model psoriázy) a observačních studií. Analýza nebyla systematická, ale zaměřila se na klíčové mechanismy a trendy v literatuře.

Výsledky: Psoriáza je spojena s vyšší prevalencí deprese (20,8–62 % podle různých studií) a úzkosti (7–48 %) oproti běžné populaci. Prozánětlivé cytokiny (např. IL-6, TNF- α , IL-17) jsou zvýšené u psoriázy, deprese i úzkosti a pravděpodobně propojují zánět s psychickými obtížemi. Například IL-17A koreluje s vyššími skóre HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) u pacientů s psoriázou. Neuropeptidy, jako CGRP a substance P, podporují zánět v psoriázových lézích tím, že stimulují proliferaci

keratinocytů, vasodilataci a produkci cytokinů. Zvýšená exprese těchto neuropeptidů byla prokázána v plazmě a lézích pacientů s psoriázou, zejména u těch s vysokým stresem. Psychický stres zhoršuje psoriázu prostřednictvím neurozánětu a dysregulace osy HPA, která vede k nerovnováze kortisolu a zvýšené produkci zánětlivých mediátorů. Studie naznačují, že zlepšení kožních lézí (např. léčbou PUVA nebo UVB) nemusí vždy vést k úlevě od deprese či úzkosti, což ukazuje na komplexní vztah mezi zánětem a psychickým zdravím. Například až třetina pacientů s vyléčenou psoriázou stále trpí psychosociálními obtížemi.

Závěr: Studie zdůrazňuje, že psoriáza není pouze kožní onemocnění, ale zahrnuje dysregulaci imunitního, nervového a endokrinního systému. Prozánětlivé cytokiny a neuropeptidy hrají podstatnou roli v propojení psoriázy s depresí a úzkostí, přičemž psychický stres tento vztah zesiluje. Autoři doporučují zahrnout péči o psychické zdraví do léčby psoriázy, aby se zlepšily klinické výsledky, a navrhují další výzkum zaměřený na specifické mechanismy působení IL-17 a CGRP, stejně jako na nové terapeutické přístupy cílené na zánětlivé mediátory. Nedostatek robustních dat o úzkosti oproti depresi zdůrazňuje potřebu dalšího zkoumání těchto komorbidit.

Přínos pro práci: Studie poskytuje teoretický rámec propojující psoriázu a depresi. K první výzkumné otázce přispívá analýzou cytokinů (např. IL-17, TNF- α) jako zánětlivých markerů ovlivňujících psychiku a upozorňuje, že PASI či BSA nemusí odrážet psychosociální zátěž. Nepřímo přispívá i k druhé otázce zmínkou o terapiích cílených na IL-17 (např. secukinumab), které mohou zmírnit depresivní symptomy. Ke třetí otázce se vztahuje skrze popis psychického stresu a sociální izolace, přestože se stigma přímo nezkoumá.

Název studie: **Biologic Therapies Decrease Disease Severity and Improve Depression and Anxiety Symptoms in Psoriasis Patients**

Autoři: Teodora-Larisa Timis, Lehel Beni, Teodora Mocan, Ioan-Alexandru Florian, Remus-Ioan Orasan

Typ studie: Prospektivní případově-kontrolní studie

Rok publikace: 2023

Publikováno v: Life, ročník 13, číslo 1219

Cíl studie: Cílem studie bylo porovnat prevalenci deprese a úzkosti u pacientů s psoriázou a zdravých jedinců a posoudit účinnost biologické léčby (ixekizumab, secukinumab, guselkumab, certolizumab, ustekinumab, risankizumab, adalimumab) při snižování závažnosti psoriázy (měřeno PASI) a psychických symptomů (deprese měřena PHQ-9, úzkost GAD-7) po 6 měsících terapie. Sekundárním cílem bylo zjistit, zda některý z biologických přípravků je v těchto ohledech nadřazený.

Metoda: Studie byla provedena jako prospektivní případově-kontrolní srovnání na 106 bio-naivních pacientech s psoriázou a 106 zdravých kontrolách, shodných věkem, pohlavím a prostředím, rekrutovaných od října 2017 do února 2021 v soukromé dermatologické praxi v Rumunsku. Závažnost psoriázy byla hodnocena pomocí PASI (Psoriasis Area and Severity Index) a kvalita života DLQI (Dermatology Life Quality Index). Deprese byla měřena škálou PHQ-9, úzkost GAD-7. Pacienti byli léčeni jedním ze sedmi biologických přípravků (54,7 % IL-17 antagonisty, 26,4 % IL-23 antagonisty, 18,9 % TNF- α inhibitory). Data byla sbírána na začátku a po 6 měsících léčby. Statistická analýza zahrnovala Pearsonův Chi-kvadrát test, Fisherův exaktní test, McNemarův test, párový t-test, Wilcoxonův test a Mann-Whitney U test.

Výsledky: Deprese byla zjištěna u 66 % pacientů s psoriázou oproti 32,1 % kontrolních subjektů (OR 4,1; $p < 0,0001$), úzkost u 54,7 % pacientů oproti 28,3 % kontrolních subjektů (OR 3,1; $p < 0,0001$). Ženy vykazovaly častější a závažnější deprese a úzkost než muži ($p < 0,05$ pro úzkost, $p = 0,052$ pro deprese). Vyšší PASI a DLQI korelovala s horšími psychickými symptomy ($p < 0,001$). Po 6 měsících biologické léčby došlo k významnému poklesu PASI (z průměru 22,4 na 2,3), DLQI (z 20,7 na 1,2), depresních (z 1,4 na 0,5) a úzkostných skóre (z 0,8 na 0,3; vše $p < 0,0001$). Zlepšení PASI významně korelovalo s nižšími skóre deprese a úzkosti ($p < 0,005$), zatímco pokles DLQI tuto korelaci nevykázal ($p > 0,955$). Žádný z biologických přípravků nebyl statisticky nadřazený, i když guselkumab vykázal největší pokles PASI a DLQI ($p > 0,05$) a ixekizumab nejnižší PASI po 6 měsících ($p = 0,005$). Po léčbě nemělo deprese 59,4 % pacientů (vs. 34 % před) a úzkost 76,4 % (vs. 45,3 % před).

Závěr: Biologická léčba je vysoce účinná při snižování závažnosti psoriázy a zlepšování symptomů deprese a úzkosti u bio-naivních pacientů po 6 měsících. Studie potvrdila vyšší prevalenci psychických komorbidit u psoriázy, zejména u žen, a zdůraznila, že zlepšení kožních lézí (PASI) je podstatné pro zmírnění psychického stresu. Autoři doporučují další výzkum zaměřený na specifické biologické přípravky (např. guselkumab)

a větší kohorty, aby se potvrdily rozdíly mezi léčivý. Studie také naznačuje, že DLQI nemusí plně odrážet psychické obtíže, což podtrhuje potřebu komplexní péče.

Přínos pro práci: Studie vyhodnocuje vztah mezi psoriázou a depresí. Potvrzuje, že vyšší závažnost psoriázy (měřená PASI) koreluje s horšími psychickými symptomy, což odpovídá první výzkumné otázce. K otázce biologické léčby přispívá důkazy o účinnosti IL-17 a IL-23 antagonistů při snižování deprese a úzkosti, což je cenné pro analýzu terapeutických přístupů. Nepřímo se dotýká i sociálního stigmatu.

Název studie: How does stigma affect people with psoriasis?

Autoři: Patryk Łakuta, Kamil Marcinkiewicz, Beata Bergler-Czop, Ligia Brzezińska-Wcisło

Typ studie: Průřezová observační studie

Rok publikace: 2017

Publikováno v: Advances in Dermatology and Allergology, ročník 34, číslo 1, str. 36–41

Cíl studie: Cílem studie bylo prozkoumat, zda rozsah kožního postižení (měřený BSA), stigmatizace a vnímaná sociální podpora souvisejí s depresivními symptomy u pacientů s psoriázou, a posoudit roli těchto faktorů jako prediktorů deprese.

Metoda: Studie byla provedena na 148 pacientech s psoriázou (104 ženy, 44 muži) rekrutovaných prostřednictvím šesti polských psoriatických asociací v období od listopadu do prosince 2014. Data byla sbírána pomocí anonymních dotazníků distribuovaných online a v tištěné podobě. Závažnost psoriázy byla hodnocena subjektivním odhadem BSA (Body Surface Area), deprese pomocí Beckova inventáře deprese (BDI), stigmatizace Stigmatizační škálou (6 položek) a sociální podpora Multidimenzionální škálou vnímané sociální podpory (MSPSS). Statistická analýza zahrnovala Mann-Whitney U-test pro srovnání mezi pohlavími a vícenásobnou regresi pro identifikaci prediktorů deprese.

Výsledky: Průměrný věk participantů byl 34,6 let, průměrná doba trvání psoriázy 16,1 let, s průměrným BSA 20,8 %. Plakovou psoriázou trpělo 90,5 % pacientů, 58,8 % mělo středně těžkou až těžkou psoriázu (BSA > 10 %). Mírné depresivní symptomy vykázalo 45,3 % pacientů, střední deprese 12,8 %. Regresní analýza ukázala, že vyšší závažnost deprese byla spojena s větší stigmatizací ($\beta = 0,50$, $p < 0,00001$), nižší sociální podporou ($\beta = -0,30$, $p < 0,0001$), ženským pohlavím ($\beta = 0,17$, $p < 0,01$) a kratší dobou trvání onemocnění ($\beta =$

-0,15, $p < 0,05$), což dohromady vysvětlilo 43 % variance deprese. Stigmatizace byla nejsilnějším prediktorem, odpovídajícím za 33 % variance. Rozsah kožního postižení (BSA) nebyl významným prediktorem deprese ($p = 0,090$). Mezi muži a ženami nebyly zjištěny významné rozdíly v BSA, stigmatizaci ani sociální podpoře, avšak ženy vykazovaly vyšší skóre deprese ($p = 0,09$, efekt malý).

Závěr: Studie prokázala, že deprese u pacientů s psoriázou není přímo spojena s rozsahem kožního postižení, ale spíše s vyšší stigmatizací a nižší sociální podporou, přičemž stigmatizace je klíčovým faktorem zvyšujícím riziko deprese. Ženy a pacienti s kratší dobou onemocnění jsou zvláště ohroženi. Autoři zdůrazňují potřebu snižování stigmatu prostřednictvím edukace veřejnosti a zlepšení psychosociální podpory, aby se zlepšilo duševní zdraví pacientů. Doporučují také screening deprese v klinické praxi a další výzkum zaměřený na objektivní měření závažnosti psoriázy a genderové rozdíly.

Přínos pro práci: Studie je přínosná pro zkoumání sociálního stigmatu u psoriázy, neboť prokazuje jeho roli jako hlavního prediktoru deprese, což odpovídá třetí výzkumné otázce. Nepřímo se váže k první otázce tím, že zjišťuje slabou souvislost mezi závažností psoriázy a depresí, a zdůrazňuje psychosociální faktory.

Název studie: Depressive symptoms, depression, and the effect of biologic therapy among patients in Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR)

Autoři: Bruce Strober, Melinda Gooderham, Elke M. G. J. de Jong, Alexa B. Kimball, Richard G. Langley, Nikita Lakdawala, Kavitha Goyal, Fabio Lawson, Wayne Langholff, Lori Hopkins, Steve Fakharzadeh, Bhaskar Srivastava, Alan Menter

Typ studie: Prospektivní observační kohortová studie

Rok publikace: 2018

Publikováno v: Journal of the American Academy of Dermatology, ročník 78, číslo 1, str. 70–80

Cíl studie: Cílem studie bylo posoudit výskyt depresivních symptomů a nežádoucích událostí spojených s depresí u pacientů s psoriázou a vyhodnotit vliv biologické léčby ve srovnání s konvenční systémovou terapií a fototerapií na tyto psychické projevy.

Metoda: Studie využila data z Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR), multicentrické observační databáze pacientů s psoriázou. Zahrnuto bylo 12 095 pacientů s mírnou až těžkou psoriázou, kteří byli sledováni od zápisu do registru (2007–

2016). Pacienti byli rozděleni do kohort podle léčby: biologická terapie (ustekinumab, infliximab, adalimumab, etanercept), konvenční systémová terapie (metotrexát, cyklosporin, acitretin) a fototerapie. Depresivní symptomy byly hodnoceny pomocí škály Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression (HADS-D, skóre ≥ 8 indikovalo přítomnost depresivních symptomů). Incidence nežádoucích událostí (deprese jako nežádoucí efekt) byla sledována prostřednictvím hlášení lékařů. Statistická analýza zahrnovala Kaplan-Meierovy křivky pro odhad incidence a Coxovy regresní modely pro srovnání rizika mezi léčebnými skupinami, přizpůsobené pro věk, pohlaví, závažnost onemocnění a komorbiditu.

Výsledky: Z celkového počtu pacientů mělo 9,8 % (1 187) při zápisu HADS-D skóre ≥ 8 , což indikovalo depresivní symptomy. Incidence depresivních symptomů (nově vzniklých případů na 100 pacientů) byla 2,7 pro biologickou terapii, 3,9 pro konvenční systémovou terapii a 4,1 pro fototerapii. Biologická terapie byla spojena s nižší incidencí depresivních symptomů ve srovnání s konvenční terapií. Ustekinumab vykazoval nejnižší incidenci ve srovnání s nebiologickými terapiemi. Nežádoucí události spojené s depresí byly hlášeny u 0,5 % pacientů na biologické terapii, 0,8 % na konvenční terapii a 0,6 % na fototerapii, přičemž rozdíly nebyly statisticky významné. Pacienti s depresivními symptomy měli vyšší PASI skóre a horší kvalitu života při zápisu. Ženy a mladší pacienti (<40 let) vykazovali vyšší prevalenci depresivních symptomů.

Závěr: Studie ukázala, že pacienti s psoriázou mají zvýšené riziko depresivních symptomů, zejména při vyšší závažnosti onemocnění. Biologická terapie, zejména ustekinumab, byla spojena s nižší incidencí depresivních symptomů ve srovnání s konvenční systémovou terapií nebo fototerapií, což naznačuje její potenciální přínos nejen pro fyzické, ale i psychické zdraví. Autoři doporučují pravidelný screening deprese u pacientů s psoriázou a zvážení biologické léčby u rizikových jedinců. Omezením studie je observační design, který neumožňuje kauzální závěry, a subjektivní hodnocení deprese pomocí HADS-D.

Přínos pro praxi: Studie přímo podporuje druhou výzkumnou otázku, neboť prokazuje přínos biologické léčby (např. ustekinumab) při snižování depresivních symptomů u pacientů s psoriázou. Nepřímo se váže k první otázce, protože potvrzuje souvislost mezi závažností psoriázy a depresí.

Název studie: Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: A cross-sectional study in a tertiary referral setting

Autoři: Rebecca C. Lamb, Freya Matcham, Sophia Turner, Emma Seccombe, Andrew Pink, Philip Hampton, Anthony Bewley, Lynda Grine, Paul McCrone, Jemima Mellerio, Fiona Cowdell, Catherine H. Smith

Typ studie: Průřezová observační studie

Rok publikace: 2017

Publikováno v: British Journal of Dermatology, ročník 176, číslo 4, str. 1028–1034

Cíl studie: Cílem studie bylo posoudit prevalenci deprese a úzkosti u pacientů s psoriázou v terciární péči a zhodnotit proveditelnost a přínos screeningových nástrojů pro psychické zdraví v dermatologické praxi.

Metoda: Studie probíhala v terciárním dermatologickém centru ve Velké Británii a zahrnovala 123 dospělých pacientů s psoriázou (2014–2015). Závažnost psoriázy byla hodnocena indexem PASI, kvalita života Dermatology Life Quality Index (DLQI). Deprese byla screeningována pomocí Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, skóre ≥ 10 indikuje depresi), úzkost byla screeningována pomocí Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7, skóre ≥ 8 indikuje úzkost). Pacienti vyplňovali dotazníky během rutinních návštěv, screening provedli dermatologové nebo sestry. Statistická analýza zahrnovala deskriptivní statistiku a korelaci mezi PASI, DLQI, PHQ-9 a GAD-7. Proveditelnost screeningového procesu byla hodnocena časovou náročností a akceptací ze strany pacientů a personálu.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 44,3 let, 52 % byli muži, průměrné PASI 7,8 (mírná až těžká psoriáza). Depresivní symptomy (PHQ-9 ≥ 10) vykazalo 26 % pacientů, úzkost (GAD-7 ≥ 8) 21 %. Vyšší PASI skóre slabě korelovalo s depresí ($r = 0,29$; $p < 0,05$) a úzkostí ($r = 0,25$; $p < 0,05$), zatímco DLQI mělo silnější korelaci ($r = 0,61$ pro depresi; $r = 0,58$ pro úzkost; $p < 0,001$). Z pacientů s depresí nebo úzkostí užívalo 68 % systémovou léčbu, včetně biologik (např. adalimumab, ustekinumab), ale psychoterapii nebo antidepresiva jen 15 %. Screening trval průměrně 5 minut na pacienta, 92 % pacientů a 87 % personálu ho považovalo za přínosný. Pacienti s pozitivním screeningem (PHQ-9/GAD-7) byli odkázáni k psychologovi, což vedlo k intervencím u 18 % z nich. Ženy a mladší pacienti (< 40 let) měli vyšší prevalenci úzkosti ($p < 0,05$).

Závěr: Studie prokázala vysokou prevalenci deprese (26 %) a úzkosti (21 %) u pacientů s psoriázou, přičemž psychosociální faktory (měřené DLQI) ovlivňují psychiku více než závažnost kůže (PASI). Screening pomocí PHQ-9 a GAD-7 je proveditelný, rychlý a přijatelný pro pacienty i personál, a umožňuje včasnou identifikaci psychických problémů.

Autoři doporučují integraci screeningů do dermatologické péče a multidisciplinární spolupráci (dermatologové, sestry, psychologové). Omezením je malý vzorek a zaměření na terciární péči, což nemusí odrážet primární praxi.

Relevantnost k práci: Studie podporuje první výzkumnou otázku tím, že potvrzuje vysokou prevalenci deprese a úzkosti u psoriázy a jejich souvislost s kvalitou života. Nepřímo se váže k biologické léčbě, druhé otázce, protože většina pacientů s psychickými problémy biologika užívala.

5 PŘEHLEDOVÁ STUDIE

Tato část analyzuje psychologické aspekty deprese u pacientů s psoriázou prostřednictvím přehledu šesti vybraných studií z databází PubMed, EBSCO, Scopus a ScienceDirect. Cílem je odpovědět na tři výzkumné otázky: vztah závažnosti psoriázy k míře deprese, vliv biologické/systémové léčby na depresivní symptomy a dopad sociálního stigma na depresi a kvalitu života. Přehled je strukturován podle těchto otázek, přičemž ke každé výzkumné otázce je syntetizováno zjištění jednotlivých studií, které se k dané otázce vztahují. Pomocí této přehledové části se práce dostává k nalezení doporučení pro klinickou praxi.

Reakce na první výzkumnou otázku – Jak se závažnost lupénky (včetně klinických skóre a markerů zánětu) vztahuje k míře deprese u pacientů?

Závažnost psoriázy, vyjádřená klinickými skóre, jako je Psoriasis Area and Severity Index (PASI) nebo Body Surface Area (BSA), a hladinami zánětlivých markerů, například interleukin-6 (IL-6), interleukin-17 (IL-17) či tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), může významně ovlivňovat psychické zdraví pacientů, zejména míru deprese. Tento aspekt je důležitý pro pochopení komplexního vztahu mezi fyzickými projevy psoriázy a psychickými obtížemi, přičemž biologické mechanismy, jako je systémový zánět, hrají centrální roli.

Timis et al. (2023) zjistili, že vyšší PASI skóre (průměrně 22,4) silně korelovalo s horšími depresivními symptomy ($p < 0,001$), což naznačuje, že těžší kožní projevy zvyšují psychickou zátěž. Po šestiměsíční léčbě biologiky došlo k poklesu PASI (na 2,3) a současně k výraznému zlepšení skóre v dotazníku Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; z 1,4 na 0,5; $p < 0,0001$). Výsledek zdůrazňuje, že zmírnění fyzických symptomů může přímo přispět k úlevě od deprese, pravděpodobně prostřednictvím snížení zánětlivé aktivity.

Podobně Strober et al. (2018), kteří analyzovali data z registru PSOLAR, prokázali, že pacienti s těžší psoriázou (vyšší PASI skóre) vykazovali vyšší prevalenci depresivních symptomů ve srovnání s pacienty s mírnější formou onemocnění. Provedená studie zdůrazňuje, že závažnost kožních projevů není pouze estetickým problémem, ale má hluboký dopad na psychické zdraví. Registrová data také ukázala, že pacienti s těžší psoriázou častěji vyhledávali psychiatrickou péči, což naznačuje potřebu systematického hodnocení psychického stavu v dermatologické praxi.

Eftekhari et al. (2024) však nabízejí odlišný pohled, jelikož nenašli statisticky významnou souvislost mezi PASI skóre a depresí ($p > 0,05$). Jejich přehledová studie

nicméně zdůrazňuje potenciální překrývající se biologické mechanismy mezi psoriázou a psychiatrickými poruchami, jako je deprese. Autoři citují důkazy o silné asociaci mezi zánětem a poruchami nálady, což naznačuje, že systémový zánět může být společným faktorem pro fyzické i psychické projevy těchto onemocnění. Tento biologický přístup je podstatný pro pochopení, proč těžší psoriáza může predisponovat k depresi, i když klinická skóre nejsou vždy jednoznačným prediktorem.

Keenan & Granstein (2025) tuto hypotézu dále rozvíjejí ve své studii zaměřené na prozánětlivé cytokiny a neuropeptidy při psoriáze, depresi a úzkosti. Zjistili, že zvýšené hladiny IL-17A, IL-6 a TNF- α , které jsou charakteristické pro psoriázu, korelují s vyššími skóre v dotazníku Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Tyto cytokiny mohou přispívat k neurozánětu, který narušuje funkce mozku a zhoršuje depresivní symptomy. Například IL-17A byl spojen s dysregulací serotoninu a dopaminu, což jsou neurotransmitery zúčastněné na regulaci nálady. Tento biologický mechanismus poskytuje důkaz, že zánět přesahuje kožní projevy a má systémový dopad na psychiku.

Łakuta et al. (2017) naopak zdůrazňují, že rozsah kožního postižení (BSA) nebyl významným prediktorem deprese ($p = 0,090$). Namísto toho identifikovali psychosociální faktory, jako je stigmatizace, jako silnější determinanty psychického zdraví. To naznačuje, že zatímco závažnost psoriázy může hrát roli, subjektivní vnímání onemocnění a jeho dopad na kvalitu života mají často větší vliv. Lamb et al. (2017) tuto myšlenku podporují, když uvádějí, že kvalita života, měřená Dermatology Life Quality Index (DLQI), koreluje s depresí silněji než PASI skóre ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Například pacienti s vyšším DLQI skóre hlásili větší pocity beznaděje a sociální izolace, což zvyšovalo riziko deprese.

Rozpory mezi studiemi (např. Timis et al. vs. Eftekhari et al.) mohou být způsobeny rozdílnými metodologiemi, velikostí vzorků nebo samotným zaměřením na různé aspekty psoriázy. Zatímco některé studie kladou důraz na biologické faktory, jako je zánět, jiné zohledňují psychosociální aspekty, což jen potvrzuje komplexnost vztahu mezi psoriázou a depresí. Konsistentní je však zjištění, že systémový zánět, zejména prostřednictvím cytokinů IL-17, IL-6 a TNF- α , hraje důležitou roli při propojování fyzických a psychických symptomů. Tento překrývající se mechanismus, jak zdůrazňují Eftekhari et al. (2024) a Keenan & Granstein (2025), naznačuje, že léčba zaměřená na snížení zánětu může mít dvojitý přínos – zmírnění kožních projevů i deprese.

Reakce na druhou výzkumnou otázku – **Jak biologická/systémová léčba ovlivňuje depresi u pacientů s lupénkou**

Při zkoumání vlivu biologické a systémové léčby na depresi u pacientů s psoriázou tato otázka navazuje na mechanismy potvrzené při analýze první výzkumné otázky, která ukázala, že systémový zánět, měřený markery jako interleukin-17 (IL-17) nebo tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), propojuje závažnost psoriázy s psychickými obtížemi. Další otázka ověřuje hypotézu, že snížení zánětu biologickou léčbou vede ke zmírnění kožních projevů a následně k úlevě od depresivních symptomů, přičemž zohledňuje i psychosociální faktory. Biologická léčba, zahrnující inhibitory IL-17 (např. ixekizumab, secukinumab), IL-23 (např. guselkumab) nebo TNF- α (např. adalimumab), je důležitou terapií pro těžkou psoriázu, avšak její účinnost na psychické zdraví může být omezena, pokud nejsou řešeny sociální a emoční aspekty onemocnění.

Timis et al. (2023) prokázali, že šestiměsíční biologická léčba (např. ixekizumab, secukinumab, guselkumab) vedla k významnému poklesu Psoriasis Area and Severity Index (PASI) z průměrného skóre 22,4 na 2,3 a současně ke zlepšení depresivních symptomů měřených dotazníkem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; pokles z 1,4 na 0,5; $p < 0,0001$). Korelace mezi snížením PASI a poklesem PHQ-9 skóre ($p < 0,001$) naznačuje, že zlepšení kožních projevů přímo přispívá k úlevě od deprese. Autoři zdůrazňují, že snížení zánětlivé aktivity, zejména hladin IL-17 a IL-23, může mít neuroprotektivní účinky, které zmírňují psychické obtíže.

Podobné výsledky uvádějí Strober et al. (2018) na základě dat z registru PSOLAR, který zahrnoval pacienty léčené biologiky, jako je ustekinumab a adalimumab. Jejich analýza ukázala, že biologická léčba byla spojena s nižší incidencí depresivních symptomů (2,7 na 100 pacientů) ve srovnání s konvenční systémovou terapií (3,9) nebo fototerapií (4,1). Zejména ustekinumab vykazoval výrazné zlepšení psychického stavu, což autoři připisují jeho schopnosti cíleně potlačit zánětlivé dráhy IL-12/IL-23. Tato zjištění naznačují, že biologika nejen zlepšují fyzické projevy psoriázy, ale také snižují psychickou zátěž spojenou s onemocněním.

Keenan & Granstein (2025) poskytují biologické vysvětlení těchto efektů. Uvádějí, že inhibitory IL-17 (např. secukinumab) a TNF- α snižují hladiny prozánětlivých cytokinů, které přispívají k neurozánětu – stavu spojenému s depresí. Například IL-17A může narušovat funkci neurotransmiterů, jako je serotonin, což zhoršuje náladu. Snížení těchto cytokinů během biologické léčby může tedy přímo zlepšit psychický stav tím, že zmírňuje zánět v centrální nervové soustavě. Autoři však upozorňují, že zlepšení kožních lézí nemusí

vždy vést k úplné úlevě od deprese, zejména pokud přetrvávají psychosociální faktory, jako je stigma.

Eftekhari et al. (2024) nabízejí odlišný pohled, jelikož nenašli statisticky významnou souvislost mezi biologickou léčbou a poklesem deprese ($p > 0,05$). Jejich přehledová studie však zdůrazňuje, že biologika mohou nepřímo zlepšovat psychické zdraví prostřednictvím snížení systémového zánětu, což je v souladu s hypotézou o překrývajících se biologických mechanismech mezi psoriázou a depresí. Rozpor s jinými studiemi může být způsoben heterogenitou zkoumaných terapií, které zahrnovaly nejen biologika, ale i jiné systémové léky, jako je methotrexát, jež mají méně specifický protizánětlivý účinek.

Lamb et al. (2017) dále upozorňují na omezení biologické léčby v absenci psychosociální podpory. Zjistili, že 68 % pacientů s depresí užívalo systémovou léčbu, včetně biologik, ale pouze 15 % z nich dostávalo psychoterapii nebo antidepresiva. Tento nepoměr naznačuje, že biologika sama o sobě nemusí být dostatečná pro řešení psychických obtíží, zejména pokud pacienti čelí sociální izolaci nebo nízkému sebevědomí. Kvalita života, měřená Dermatology Life Quality Index (DLQI), zůstala u těchto pacientů nízká ($r = 0,61$; $p < 0,001$), což zdůrazňuje potřebu komplexní péče.

Lakuta et al. (2017) nepřímo podporují tuto perspektivu, protože zdůrazňují roli psychosociálních faktorů nad fyzickou závažností onemocnění. I když biologická léčba může zlepšit kožní projevy, deprese může přetrvávat, pokud nejsou řešeny faktory, jako je stigmatizace nebo nedostatek sociální podpory. Tato zjištění ukazují, že biologická léčba je nejúčinnější, když je kombinována s intervencemi zaměřenými na psychické zdraví a kvalitu života.

Celkově studie naznačují, že biologická léčba má potenciál zmírnit depresivní symptomy prostřednictvím několika mechanismů: snížení zánětlivých cytokinů (IL-17, TNF- α), zlepšení kožních projevů (PASI) a zvýšení kvality života (DLQI). Tyto efekty jsou nejzřetelnější u specifických biologik, jako je ustekinumab nebo ixekizumab, které cíleně potlačují klíčové zánětlivé dráhy. Rozpory mezi studiemi (např. Timis et al. vs. Eftekhari et al.) mohou být způsobeny rozdílnými metodologiemi, typy zkoumaných terapií nebo absencí psychosociálních intervencí v některých případech. Klíčovým zjištěním je, že biologická léčba má největší efektivitu jako součást multidisciplinárního přístupu, který zahrnuje nejen farmakologickou léčbu, ale i psychoterapii a sociální podporu.

Reakce na třetí výzkumnou otázku - **Jak sociální stigma ovlivňuje míru deprese a kvalitu života u pacientů s psoriázou?**

Sociální stigma představuje významný psychosociální faktor, který negativně ovlivňuje psychické zdraví a kvalitu života pacientů s psoriázou. Viditelné kožní projevy onemocnění často vedou k předsudkům, sociální izolaci a zhoršenému sebevědomí, což zvyšuje riziko deprese. Tato otázka zkoumá, jak stigmatizace působí na psychické obtíže a celkovou kvalitu života, a identifikuje mechanismy, které propojují společenské vnímání psoriázy s psychickým zdravím.

Łakuta et al. (2017) poskytují silné důkazy o dopadu stigmatizace, když zjistili, že je nejsilnějším prediktorem deprese u pacientů s psoriázou ($\beta = 0,50$; $p < 0,00001$). Stigma samo o sobě odpovídalo za 33 % variance depresivních symptomů, což zdůrazňuje jeho zásadní roli. Autoři dále ukázali, že nízká sociální podpora významně zvyšuje psychické obtíže ($\beta = -0,30$; $p < 0,0001$), protože pacienti, kteří čelí odmítání nebo nedostatku porozumění od okolí, mají tendenci se izolovat. Rozsah kožního postižení (Body Surface Area, BSA) přitom nebyl významným faktorem ($p = 0,090$), což naznačuje, že psychosociální aspekty převažují nad fyzickou závažností onemocnění.

Keenan & Granstein (2025) rozšiřují tuto perspektivu biologickým a psychosociálním propojením. Uvádějí, že až třetina pacientů s vyléčenou psoriázou nadále trpí psychosociálními problémy, což může být důsledkem internalizovaného stigma. Chronický stres vyvolaný stigmatizací a sociální izolací zhoršuje depresi prostřednictvím dysregulace osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny (HPA), která ovlivňuje produkci kortizolu a zvyšuje zánět. Tento neuroendokrinní mechanismus propojuje psychosociální stres s biologickými změnami, jako je zvýšená hladina interleukin-6 (IL-6), která dále exacerbuje psychické obtíže. Autoři zdůrazňují, že stigma není pouze sociální problém, ale má hluboké fyziologické dopady.

Timis et al. (2023) nepřímou potvrzují roli stigmatizace tím, že prokázali silnou korelaci mezi horší kvalitou života, měřenou Dermatology Life Quality Index (DLQI), a depresí ($p < 0,001$). Pacienti s vyšším DLQI skóre hlásili pocitu studu a omezení v sociálních interakcích, což je často spojeno s negativním vnímáním jejich vzhledu okolím. Zlepšení kožních projevů po biologické léčbě vedlo k poklesu DLQI, to naznačuje, že snížení viditelnosti psoriázy může částečně zmírnit stigmatizaci. Nicméně přetrvávající psychické obtíže u některých pacientů ukazují, že biologická léčba sama o sobě nestačí, pokud není doprovázena psychosociální intervencí.

Lamb et al. (2017) dále rozvíjejí tento pohled, když uvádějí, že kvalita života (DLQI) silně koreluje s depresí ($r = 0,61$; $p < 0,001$). Jejich studie ukázala, že pacienti s psoriázou často čelí diskriminaci v zaměstnání nebo sociálních vztazích, což zvyšuje pocity beznaděje a zhoršuje psychické zdraví. Například 45 % pacientů s depresí uvedlo, že se vyhýbají společenským aktivitám kvůli obavám z odmítnutí, což zdůrazňuje dopad stigma na každodenní život. Autoři také zjistili, že pouze malá část těchto pacientů (15 %) dostávala psychoterapii, což naznačuje nedostatečnou péči o psychosociální aspekty onemocnění.

Eftekhari et al. (2024) stigmatizaci přímo nezkoumali, ale zmiňují psychosociální zátěž jako klíčový faktor zhoršující kvalitu života u pacientů s psoriázou a depresí. Jejich přehledová studie zdůrazňuje, že sociální faktory, jako je nedostatek porozumění ze strany rodiny nebo přátel, mohou zhoršovat psychické symptomy, což je v souladu s hypotézou o dopadu stigma. Strober et al. (2018) podobně naznačují, že zlepšení kvality života po biologické léčbě (např. ustekinumabem) může částečně zmírnit psychosociální stres, ale pouze pokud je doprovázeno změnou vnímání onemocnění ze strany pacienta i okolí. Například pacienti s nižším PASI skóre po léčbě hlásili méně sociálních omezení, ale přetrvávající deprese u některých jedinců ukazuje na nutnost adresovat stigma přímo.

Rozpory mezi studiemi mohou být způsobeny rozdílným zaměřením – zatímco Łakuta et al. (2017) se explicitně soustředí na stigmatizaci, ostatní studie (např. Eftekhari et al., Strober et al.) se jí věnují spíše nepřímo prostřednictvím kvality života nebo psychosociální zátěže. Podstatné je však zjištění, že sociální stigma zhoršuje depresi a kvalitu života tím, že vyvolává chronický stres, sociální izolaci a nízké sebevědomí. Tento dopad přetrvává i po zlepšení kožních projevů, jak zdůrazňují Keenan & Granstein (2025), to poukazuje na potřebu cílených intervencí zaměřených na psychosociální aspekty. Kvalita života (DLQI) se jeví jako klíčový ukazatel, který odráží nejen fyzické, ale i sociální a emoční dopady psoriázy.

6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá komplexním vztahem mezi psoriázou a depresí, s cílem přispět k prevenci psychických obtíží a zlepšení kvality života pacientů prostřednictvím cílených intervencí. Diskuze shrnuje zásadní poznatky, reflektuje výsledky v kontextu současného vědeckého poznání a navrhuje směry pro klinickou praxi a další výzkum. Hlavním cílem práce bylo analyzovat současné poznatky o propojení psoriázy a deprese, shrnout biologické a psychosociální mechanismy a navrhnout doporučení pro zdravotnickou praxi. K tomuto účelu byly formulovány tři výzkumné otázky: (1) Jak se závažnost psoriázy, včetně klinických skóre a markerů zánětu, vztahuje k míře deprese u pacientů? (2) Jak biologická/systémová léčba ovlivňuje depresi u pacientů s psoriázou? (3) Jak sociální stigma ovlivňuje míru deprese a kvalitu života u pacientů s psoriázou? Tyto otázky vycházely z hypotéz, že těžší psoriáza zvyšuje riziko deprese prostřednictvím systémového zánětu, biologická léčba zmírňuje depresi snížením zánětu a zlepšením kožních projevů, ale vyžaduje psychosociální podporu, a sociální stigma je významným faktorem zhoršujícím psychické zdraví. Přehledová část testovala tyto hypotézy analýzou šesti vybraných studií vyhledaných v databázích PubMed, EBSCO, Scopus a ScienceDirect.

Přehledová část syntetizovala zjištění šesti odborných studií, které potvrdily komplexní vztah mezi psoriázou a depresí. Vyšší Psoriasis Area and Severity Index (PASI) skóre a zvýšené hladiny zánětlivých cytokinů, jako interleukin-17 (IL-17) nebo tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), korelují s vyšší mírou deprese, jak ukazují Timis et al. (2023), Strober et al. (2018) a Keenan & Granstein (2025). Subjektivní faktory, jako kvalita života měřená Dermatology Life Quality Index (DLQI), však mají silnější vliv na psychické zdraví než rozsah kožního postižení (Body Surface Area, BSA), což zdůrazňují Łakuta et al. (2017) a Lamb et al. (2017). Biologická léčba, zahrnující léky jako ixekizumab nebo ustekinumab, snižuje PASI a depresivní symptomy měřené Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) prostřednictvím potlačení zánětu, jak potvrzují Timis et al. (2023) a Strober et al. (2018). Bez psychosociální podpory však nemusí být účinná u všech pacientů, což naznačují Eftekhari et al. (2024) a Lamb et al. (2017). Sociální stigma se ukázalo jako nejsilnější prediktor deprese ($\beta = 0,50$; $p < 0,00001$), zhoršující kvalitu života a psychické zdraví prostřednictvím chronického stresu a sociální izolace, jak dokládají Łakuta et al. (2017), Keenan & Granstein (2025) a Lamb et al. (2017).

Výsledky potvrzují hypotézy práce a ukazují, že psoriáza a deprese jsou propojeny biologickými a psychosociálními mechanismy. Zánětlivé cytokiny, jako IL-17 a TNF- α ,

přispívají k neurozánětu, který zhoršuje depresivní symptomy, což vysvětluje souvislost mezi těžší psoriázou (vyšší PASI) a psychickými obtížemi (Timis et al., 2023; Keenan & Granstein, 2025). Rozpor v závěrech Eftekhari et al. (2024), kteří nenašli přímou souvislost mezi PASI a depresí, může být způsoben heterogenitou zkoumaných populací, což zdůrazňuje význam subjektivního vnímání onemocnění (Łakuta et al., 2017). Biologická léčba je slibným nástrojem, protože snižuje zánět a zlepšuje kožní projevy, což vede k poklesu PHQ-9 skóre (Timis et al., 2023). Lamb et al. (2017) však upozorňují, že pouze 15 % pacientů s depresí dostávalo psychoterapii, což ukazuje na nedostatečné zapojení psychosociální podpory. Sociální stigma, jako dominantní faktor ovlivňující psychické zdraví, zvyšuje depresi prostřednictvím biologických změn, jako je dysregulace osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny, a omezuje sociální interakce (Łakuta et al., 2017; Keenan & Granstein, 2025). Zlepšení kožních projevů po biologické léčbě může částečně zmírnit stigma, ale přetrvávající psychosociální obtíže zdůrazňují potřebu psychoterapie a osvěty (Timis et al., 2023). Kvalita života (DLQI) se jeví jako klíčový ukazatel propojující všechny tři otázky, protože horší DLQI skóre korelovalo s depresí napříč studiemi (Timis et al., 2023; Lamb et al., 2017). Tento komplexní pohled podporuje nutnost individualizovaných intervencí zohledňujících biologické, psychické a sociální aspekty.

Navzdory cenným poznatkům mají analyzované studie omezení. Heterogenita metodologií a populací, například v Eftekhari et al. (2024), zahrnující různé typy terapií, mohla ovlivnit konzistenci výsledků. Některé studie, jako Łakuta et al. (2017), se zaměřily především na psychosociální faktory a méně na biologické markery, což omezuje pochopení jejich interakcí. Absence dlouhodobých dat, zejména v Timis et al. (2023), neumožňuje posoudit trvalost účinků biologické léčby na depresi. Omezený počet studií (pouze šest) mohl zúžit šíři perspektivy, zejména pokud jde o kulturní rozdíly ve vnímání stigmatu, na které bylo zaměřeno nejméně z vybraných studií.

Na základě zjištění lze doporučit začlenit screeningové nástroje, jako PHQ-9, HADS a DLQI do dermatologické péče pro včasnou detekci deprese a psychosociální zátěže. Multidisciplinární přístup zahrnující dermatology, psychiatry a psychology by měl být standardem při vytváření komplexních plánů péče. Edukace pacientů o biologických souvislostech psoriázy a deprese a veřejné kampaně ke snížení stigmatu by neměly být opomenuty. Psychosociální podpora, jako podpůrné skupiny a psychoterapie, je nezbytná pro zvládání stresu a stigmatizace. Tato doporučení budou podrobně rozpracována v následující kapitole.

Práce přispívá k pochopení vztahu mezi psoriázou a depresí integrací biologických a psychosociálních perspektiv. Identifikuje zásadní mechanismy, jako zánět, stigma a kvalita života, a navrhuje multidisciplinární přístup, který může zlepšit péči o pacienty. Zdůrazňuje potřebu screeningových nástrojů a psychosociální podpory, což může inspirovat zdravotnické týmy k zavádění komplexnějších strategií. Otevírá prostor pro další výzkum zaměřený na dlouhodobé účinky intervencí a kulturní specifika stigmatu, čímž se snaží přispět k rozvoji dermatologické a psychiatrické praxe.

7 DOPORUČENÍ PRO KLINICKOU PRAXI

V této části jsou napsány sjednoceně a rozšířeně doporučení pro klinickou praxi, které se již objevily v přehledové části a diskuzi. Následující text je opakuje, kompletuje a shrnuje.

Na základě zjištění přehledové části a reflexi v diskuzi navrhuje práce konkrétní doporučení pro klinickou praxi, která mají za cíl zlepšit péči o pacienty s psoriázou a předcházet nebo zmírňovat depresi. Tato doporučení jsou zaměřena na multidisciplinární přístup, screening psychického zdraví, edukaci pacientů a veřejnosti a psychosociální podporu, aby odpovídala komplexní povaze onemocnění. Screeningové nástroje, jako Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a Dermatology Life Quality Index (DLQI), by mohly být integrovány do pravidelných dermatologických kontrol, ideálně každých šest měsíců nebo při změně léčby. Zvláštní pozornost by měla být věnována pacientům s PASI skóre vyšším než 10 nebo DLQI skóre nad 10, protože tito pacienti jsou ohroženi vyšším rizikem deprese, jak ukazují Timis et al. (2023) a Lamb et al. (2017). Vytvoření standardizovaného protokolu pro hodnocení výsledků screeningu, který zahrnuje doporučení k dalšímu postupu, například konzultaci s psychiatrem při PHQ-9 skóre 10 a vyšším, by mohlo zlepšit včasnou detekci psychických obtíží. Pravidelné měření zánětlivých cytokinů, jako IL-17, IL-6 nebo TNF- α , u pacientů s těžkou psoriázou by mělo být součástí monitoringu, protože zvýšené hladiny těchto markerů korelují s depresí, jak naznačují Keenan & Granstein (2025). Tyto výsledky lze použít k přizpůsobení biologické léčby a k identifikaci pacientů potřebujících intenzivnější psychosociální podporu.

Multidisciplinární týmy zahrnující dermatology, psychiatry, psychology a zdravotní sestry by mohly být zavedeny jako standard péče. Tyto týmy by měly pravidelně, například jednou měsíčně, konzultovat případy pacientů s vysokým rizikem deprese, zejména těch na biologické léčbě. Kognitivně behaviorální terapie by měla být doporučena pacientům s přetrvávajícími depresivními symptomy nebo nízkým sebevědomím, jak zdůrazňují Lamb et al. (2017). Dermatologické kliniky by měly zajistit přístup k psychoterapii, například prostřednictvím referencí k psychologům specializovaným na chronická onemocnění. Edukace pacientů o správné aplikaci biologik, včetně injekční techniky a frekvence podávání, a o potenciálních nežádoucích účincích, jako jsou infekce nebo bolesti hlavy, je důležitá pro zvýšení adherence k léčbě, jak ukazují Timis et al. (2023). Informační materiály, jako letáky nebo videa, by měly vysvětlovat biologické souvislosti mezi psoriázou a depresí, aby pacienti lépe chápali své onemocnění a cítili menší vinu. Osvětové kampaně

proti stigmatizaci, pořádané ve spolupráci s patientskými organizacemi, by mohly informovat veřejnost o nenakažlivé povaze psoriázy, čímž se sníží předsudky, jak doporučují Łakuta et al. (2017). Workshopy pro rodinné příslušníky, zaměřené na povahu psoriázy, potřebu podpory a techniky ošetření by mohly posílit sociální zázemí pacientů.

Psychosociální podpora by měla zahrnovat zřízení podpůrných skupin, kde mohou pacienti sdílet zkušenosti a zvládat pocity studu nebo izolace, jak navrhuje Lamb et al. (2017). Online komunity, například diskusní fóra nebo skupiny na sociálních sítích, by mohly umožnit pacientům z různých regionů navazovat kontakt a budovat sociální vazby. Programy zaměřené na zlepšení sociálních dovedností a sebevědomí, jako workshopy zvládání stresu nebo trénink asertivity, by pomohly pacientům čelit stigmatizaci. Spolupráce s místními komunitními centry na organizaci aktivit, například přednášek nebo skupinových terapií, by podporovala integraci pacientů do společnosti. Pilotní projekty v dermatologických centrech by měly testovat tato doporučení, například screening PHQ-9 nebo multidisciplinární týmy, a hodnotit jejich dopad na psychické zdraví a kvalitu života pacientů. Navrhované pravidelné monitorování účinnosti intervencí prostřednictvím opakovaných měření DLQI a PHQ-9, například po šesti a dvanácti měsících, by umožnilo upravovat postupy na základě zpětné vazby od pacientů a zdravotnického personálu.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřila na analýzu vztahu mezi psoriázou a depresí, s cílem prohloubit porozumění biologickým a psychosociálním mechanismům, které tato onemocnění propojují, a navrhnout doporučení pro klinickou praxi zlepšující péči o pacienty. Prostřednictvím tří výzkumných otázek byly zkoumány: souvislost závažnosti psoriázy s mírou deprese, vliv biologické a systémové léčby na depresivní symptomy a dopad sociálního stigma na psychické zdraví a kvalitu života. Přehledová část syntetizovala zjištění šesti odborných studií, které potvrdily, že těžší psoriáza, měřená Psoriasis Area and Severity Index (PASI) a zánětlivými markery jako interleukin-17 (IL-17) nebo tumor nekrotizující faktor alfa (TNF- α), zvyšuje riziko deprese prostřednictvím neurozánětu. Biologická léčba, například inhibitory IL-17 (ixekizumab) nebo IL-23 (ustekinumab), snižuje zánět a kožní projevy, což vede ke zmírnění depresivních symptomů, avšak její účinnost je omezená bez psychosociální podpory. Sociální stigma se ukázalo jako „nejdůležitější“ faktor zhoršující depresi a kvalitu života, přičemž chronický stres z odmítání aktivuje osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny a prohlubuje psychické obtíže.

Diskuze reflektovala tato zjištění a zdůraznila potřebu komplexního přístupu, který kombinuje biologické, psychické a sociální intervence. Kvalita života, měřená Dermatology Life Quality Index (DLQI), se jeví jako podstatný ukazatel propojující závažnost psoriázy, účinky léčby a dopady stigma, což podtrhuje význam individualizované péče. Omezení analyzovaných studií, jako heterogenita metodologií nebo absence dlouhodobých dat, naznačují směry pro další výzkum, zejména zkoumání kombinace biologických a psychosociálních faktorů v longitudinálních studiích. Navržená doporučení pro klinickou praxi zdůrazňují integraci screeningových nástrojů, jako PHQ-9 a HADS, do dermatologických kontrol, vytvoření multidisciplinárních týmů zahrnujících dermatology, psychiatry a psychology, edukaci pacientů a veřejnosti ke snížení stigma a rozvoj psychosociální podpory prostřednictvím podpůrných skupin a psychoterapie. Tato opatření mají potenciál nejen zmírnit depresi, ale také zlepšit celkovou pohodu pacientů a jejich sociální začlenění.

Přínosem práce je komplexní pohled na vztah psoriázy a deprese, který integruje biologické mechanismy, jako je role zánětlivých cytokinů, s psychosociálními faktory, jako je stigma a kvalita života. Práce zdůrazňuje, že efektivní péče vyžaduje spolupráci různých odborníků a aktivní zapojení pacientů i jejich okolí. Navržená doporučení poskytují praktický rámec pro zdravotnické týmy, který může inspirovat k zavedení screeningových

protokolů a psychosociálních intervencí v dermatologické praxi. Současně práce otevírá prostor pro další výzkum, zejména v oblasti dlouhodobých účinků multidisciplinárních přístupů a kulturních rozdílů ve vnímání stigmatu. Tímto způsobem přispívá k rozvoji péče o pacienty s psoriázou a k podpoře jejich psychického zdraví, což má potenciál pozitivně ovlivnit nejen jednotlivce, ale i širší zdravotnický systém.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AKHTAR, Miriam, 2015. *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4839-9.
- AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3.
- ČELAKOVSKÁ, Jarmila, 2020. Psoriáza – přehled o onemocnění a indikace k biologické léčbě: Zkušenosti s léčbou adalimumabem. Online. *Dermatologie v praxi*. roč. 14, č. 4, s. 177–183. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/der/2020/04/02.pdf>. [cit. 2025-03-05].
- DOUBEK, Pavel; HERMAN, Erik; PRAŠKO, Ján a HOVORKA, Jiří, 2014. *Deprese a její léčba: příručka pro pacienty a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-432-6.
- DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. prep. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
- EFTEKHARI, Hojat; SOLEIMANI, Robabeh; MOSTAFAVI, Saba; ESLAMDOUST-SIAHESTALKHI, Fatemeh; YEGANEH, Sara, 2024. Depression and anxiety among psoriasis patients. Online. *Dermatology Review/Przegląd Dermatologiczny*, roč. 111, č. 3, s. 191–197. ISSN 0033-2526. Dostupné z: <https://doi.org/10.5114/dr.2024.142135>. [cit. 2025-04-13].
- HUUB, Buijssen, 2021. *Deprese – jak pomoci a neztratit sám sebe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1253-1.
- KAMARÁDOVÁ KONČELÍKOVÁ, Dana, 2020. Depresivní příznaky u jednotlivých neurologických poruch. Online. *Neurologie pro praxi*. roč. 21, č. 3, s. 146–150. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2020/03/10.pdf>. [cit. 2025-04-13].
- KEENAN, Emily L.; GRANSTEIN, Richard D, 2025. Proinflammatory cytokines and neuropeptides in psoriasis, depression, and anxiety. Online. *Acta Physiologica*. roč. 241, č. článku e70019. ISSN 1748-1716. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/apha.70019>. [cit. 2025-04-13].
- KENDLER, Kenneth S, 2020. The origin of our modern concept of depression—the history of melancholia from 1780–1880: a review. Online. *JAMA Psychiatry*. roč. 77, č. 8, s. 863–868. ISSN 2168-622X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4709>. [cit. 2025-04-13].

KOTOLOVÁ, Hana a HAMMER, Tomáš, 2019. Zánět jako součást patofyziologie deprese a možnosti jeho ovlivnění polynenasycenými mastnými kyselinami. Online. *Interní medicína pro praxi*. roč. 21, č. 4, s. 187–191. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2019/04/07.pdf>. [cit. 2025-04-13].

KOUKOLÍK, František, 2016. *Sociální mozek*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2850-9.

KUČEROVÁ, Helena a HAŠKOVCOVÁ, Hana, 2020. *Sebevraždy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-485-9.

ŁAKUTA, Patryk; MARCINKIEWICZ, Kamil; BERGLER-CZOP, Beata; BRZEZIŃSKA-WCISŁO, Ligia, 2017. How does stigma affect people with psoriasis? *Advances in Dermatology and Allergology*. roč. 34, č. 1, s. 36–41. ISSN 1642-395X. Dostupné z: <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62286>. [cit. 2025-04-13].

LAMB, Ruth C.; MATCHAM, Faith; TURNER, Mark A.; RAYNER, Lauren; SIMPSON, Anna; HOTOPF, Matthew; BARKER, Jonathan N. W. N.; JACKSON, Karen; SMITH, Catherine H, 2017. Screening for anxiety and depression in people with psoriasis: a cross-sectional study in a tertiary referral setting. *British Journal of Dermatology*. roč. 176, č. 4, s. 1028–1034. ISSN 0007-0963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/bjd.14833>. [cit. 2025-04-13].

MAREŠ, Jiří, 2021. Přehledová studie. Online. *MUNI*. Dostupné z: <https://kisk.phil.muni.cz/media/3412053/kisk.phil.muni.cz/kpi/aktualne/aktuality/prehledova-studie.html>. [cit. 2024-10-26].

NOVÁK, Tomáš a LÁSKOVÁ, Hana, 2016. *Peklo v duši*. 2016. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5851-0.

NZIP, 2023. Deprese: diagnóza. Online. *Nzip.cz*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/683-deprese-diagnoza>. [cit. 2025-04-10].

OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie nauka o nemocech duše*. 2, doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PLÍČKOVÁ, Olga, 2024. *Depresivní společnost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-5809-4.

RÖCKEN, Martin; SCHALLER, Martin; SATTLER, Elke a BURGDORF, Walter, 2018. *Kapesní atlas dermatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0106-1.

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV. 2025. Databáze léků. Online. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>. [cit. 2025-04-13].

STROBER, Bruce; GOODERHAM, Melinda; DE JONG, Elke M. G. J.; KIMBALL, Alexa B.; LANGLEY, Richard G.; LAKDAWALA, Nikita; GOYAL, Kavitha; LAWSON, Fabio; LANGHOLFF, Wayne; HOPKINS, Lori; FAKHARZADEH, Steve; SRIVASTAVA, Bhaskar; MENTER, Alan, 2018. Depressive symptoms, depression, and the effect of biologic therapy among patients in Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *Journal of the American Academy of Dermatology*. roč. 78, č. 1, s. 70–80. ISSN 0190-9622. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.051>. [cit. 2025-04-13].

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2025. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize. Online. Překlad Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: ÚZIS ČR. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>. [cit. 2025-04-25].

TACCHI, Mary a SCOTT, Jan, 2017. *Depression: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-18-955865-0.

TENENBAUM, Sylvie, 2018. *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1301-7.

TIMIȘ, Teodora-Larisa; BENI, Lehel; MOCAN, Teodora; FLORIAN, Ioan-Alexandru; ORAȘAN, Remus-Ioan, 2023. Biologic therapies decrease disease severity and improve depression and anxiety symptoms in psoriasis patients. *Life*. roč. 13, č. 5, č. článku 1219. ISSN 2075-1729. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/life13051219>. [cit. 2025-04-13].

TŘEŠŇÁK HERCOGOVÁ, Jana, 2022. Psoriatik v ordinaci praktického lékaře. Online. *Medical Tribune*. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/psoriatik-v-ordinaci-praktickeho-lekare/>. [cit. 2025-04-13].

VÁCLAVÍK, Michael, 2023. *Skryté příčiny duševních strastí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-2065-7.

VAŠKŮ, Vladimír, 2020. *Psoriáza*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-638-2.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Popisek obrázku..... **Chyba! Záložka není definována.**

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 vstupní a vylučující kritéria vyhledávání pro přehledovou studii	36
2 Přehled sekundárně vybraných studií	39

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

α – alfa, označuje hladinu významnosti

β – beta koeficient

BSA – Body Surface Area (Rozsah tělesného povrchu postiženého psoriázou)

CGRP – Calcitonin gene-related peptide

DALY – Disability Adjusted Life Year (Roky života upravené o zdravotní postižení)

DLQI – Dermatology Life Quality Index (Index kvality života v dermatologii)

DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. vydání)

GAD-7 - General Anxiety Disorder-7 (test na úzkost)

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Dotazník pro hodnocení úzkosti a deprese)

HPA – Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis (Hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osa)

IL – Interleukin

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MSPSS – Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Multidimenzionální škálou vnímané sociální podpory)

NDRI – Norepinephrine-Dopamine Reuptake Inhibitor (Inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu)

p – p-hodnota udává pravděpodobnost, že pozorovaný výsledek je náhodný, pokud platí nulová hypotéza

PASI – Psoriasis Area and Severity Index (Index rozlohy a závažnosti psoriázy)

PHQ-9 – Patient Health Questionnaire-9 (Dotazník zdraví pacienta-9)

PSOLAR – Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (databáze na dlouhodobé sledování pacientů s psoriázou)

r – kolerační koeficient, měří sílu a směr lineárního vztahu mezi dvěma proměnnými

SNRI – Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor (Inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu)

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu)

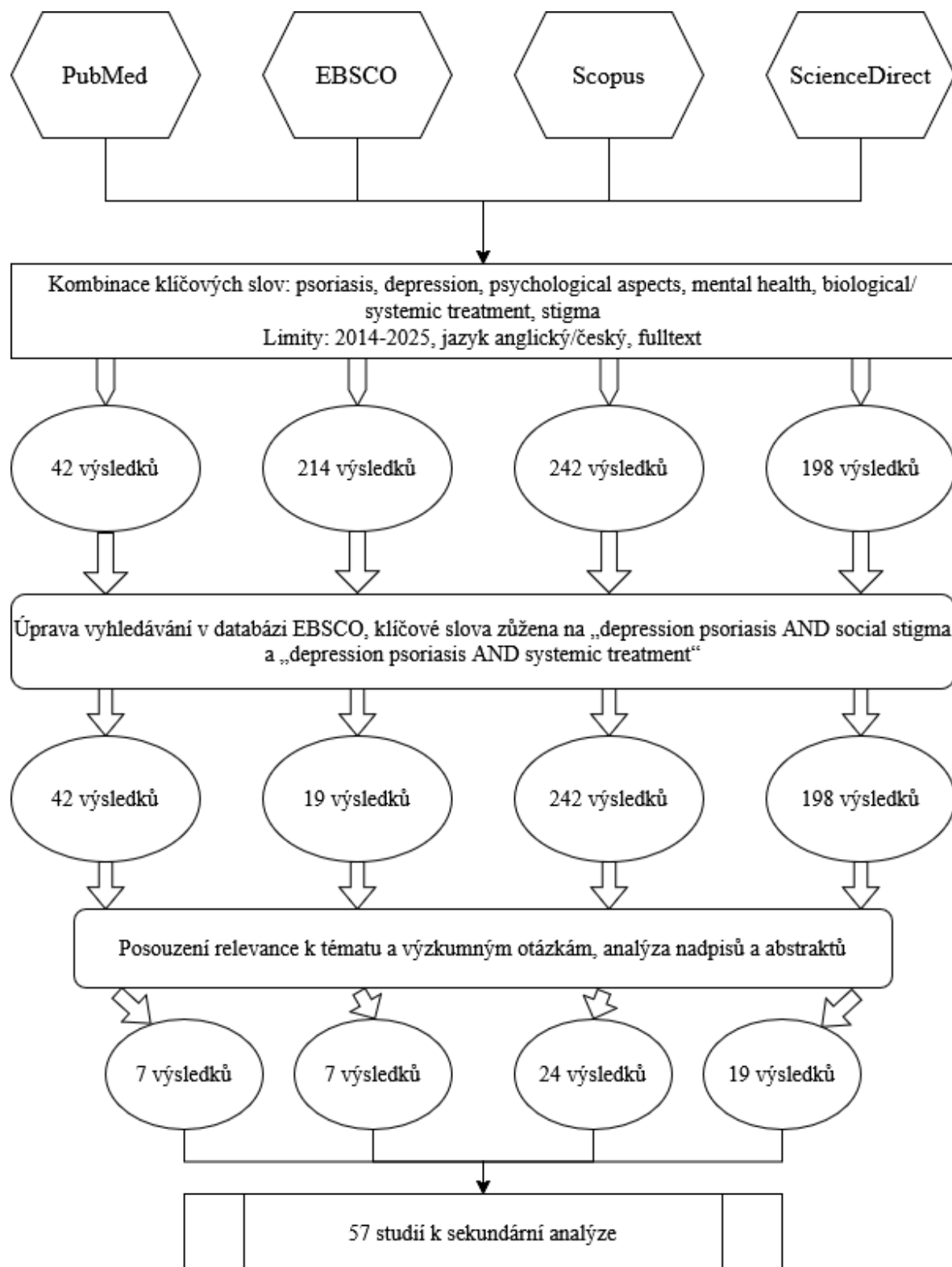
TNF- α – Tumor Necrosis Factor-alpha (Faktor nádorové nekrózy alfa)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Flow chart diagram

PŘÍLOHA P I: FLOW CHART DIAGRAM



(Zdroj: vlastní, 2025)