

# BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE



100. ÉVFOLYAM • 2024. 1. SZÁM



5. a, b ábra

Személyiségzavarral kezelt beteg tetoválásai:

a: arci tetoválása a racionális és az impulzívabb, érzelmi alapú döntéshozatal küzdelmére utal, b: az intenzív színezés, tetováláshalmozás és az erőszakosabb motívumok használata személyiségzavar irányában figyelemfelkeltő

FERENCZ ZSUZSA, TAKÁCS HILDA DR., BANCÓK TAMÁS DR.,  
TIZEDES CECÍLIA, GYULAI ROLLAND DR., LENGYEL ZSUZSANNA DR.,  
OSVÁTH PÉTER DR., SZLÁVICZ ESZTER DR.

## A tetoválások pszichés háttere

# FÓKUSZBAN A PSZICHODERMATOLÓGIA

# BÖRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE HUNGARIAN JOURNAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOROLOGY

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT HIVATALOS KÖZLEMÉNYE  
OFFICIAL JOURNAL OF THE HUNGARIAN DERMATOLOGICAL SOCIETY

## Szerkesztőbizottság elnöke / President of editorial board

Kemény Lajos

## Főszerkesztő / Editor – in – chief

Temesvári Erzsébet

## Főszerkesztő helyettes / Deputy editor – in – chief

Marschalkó Márta

## Szerkesztő / Editor

Pónyai Györgyi

## A szerkesztőbizottság tagjai / Editorial board

Baltás Eszter  
Bata-Csörgő Zsuzsanna  
Csoma Zsanett  
Daróczy Judit  
Emri Gabriella  
Friedman Cserhalmi Péter  
Gaál Magdolna  
Gáspár Krisztián  
Gyulai Rolland  
Hanyecz Anita  
Hidvégi Bernadett  
Holló Péter  
Hunyadi János  
Kárpáti Sarolta  
Kinyó Ágnes  
Lengyel Zsuzsanna  
Liszkay Gabriella  
Medvecz Márta

Nagy Gabriella  
Németh István  
Oláh Judit  
Papp Ildikó  
Remenyik Éva  
Szabó Éva  
Szakonyi József  
Szalai Zsuzsanna  
Szegedi Andrea  
Széll Márta  
Szlávicz Eszter  
Szolnoky Győző  
Tisza Tímea  
Tóth Béla  
Töröcsik Dániel  
Varga Erika  
Varjú Gábor  
Vasas Lívía  
Wikonkál Norbert

## Korábbi elnök (Past President)

Dobozy Attila

## Alapító főszerkesztők / Founding Editors

Egyed Dávid és Lehner Imre

## Tiszteletbeli főszerkesztők (Honorary Editors)

1923–1948 Lehner Imre és Egyed Dávid  
1948–1950 Rajka Ödön  
1951–1965 Venkei Tibor  
1966–1967 Nékám Lajos  
1967–1979 Fülöp Éva  
1980–1989 Török Ibolya és Korossy Sándor  
1989–1993 Várkonyi Viktória

## Impresszum

A Magyar Dermatológiai Társulat hivatalos közleménye

Szerkesztőség címe: 1085 Budapest, Mária u. 41.

Internet: [www.derma.hu](http://www.derma.hu)

E-mail: [huderm.bor@med.semmelweis-univ.hu](mailto:huderm.bor@med.semmelweis-univ.hu)

Szerkesztőségi munkatárs: Beja Katalin

Szerkesztőségi tanácsadó: Bilicsi Erika

Tördelés, nyomdai előkészítés és nyomtatás:

WellCom Grafikai Stúdió • [www.wellcom.hu](http://www.wellcom.hu)

ISSN 0006–7768 (print) • HU ISSN 2064–261X (online)

A Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle fenntartja magának a jogot a hirdetések és szponzorált közlemények elfogadására, de ezek tartalmáért semmilyen körülmények között nem vállal felelősséget.

**TARTALOM**  
**100. évf. 2024. 1. szám**

<i>Szlávicz Eszter dr., Kiss Norbert dr.:</i> Ajánlás .....	5
<i>Major Jutta, Szlávicz Eszter dr., Lengyel Zsuzsanna dr.:</i> Pszichodermatológiai ellátás története, szerkezete, nemzetközi gyakorlata .....	6
<i>Szabó Csanád dr., Irsai-Mehrwert Zsuzsanna, Kemény Lajos dr.:</i> Atópiás dermatitiszes és pszoriázisos betegek alapvető pszichológiai szükségleteinek jellemzői ambuláns páciensek vizsgálata alapján .....	12
<i>Czurkó Natália dr., Bozsányi Szabolcs dr., Meznerics Fanni dr., Szlávicz Eszter dr., Becske Melinda, Boostani Mehdi dr., Farkas Klára dr., Kasek Roland, Fejes Emese, Bánvölgyi András dr., Lőrincz Kende dr., Takács Szabolcs dr., Holló Péter dr., Wikonkál Norbert dr., Lázár Imre dr., Kiss Norbert dr.:</i> Pszichodermatológiai faktorok szerepe a psoriasis hátterében .....	21
<i>Kovács Péter dr.:</i> Onkodermato-pszichológiai szempontok a klinikai gyakorlatban .....	29
<i>Ferencz Zsuzsa, Takács Hilda dr., Bancsók Tamás dr., Tizedes Cecília, Gyulai Rolland dr., Lengyel Zsuzsanna dr., Osváth Péter dr., Szlávicz Eszter dr.:</i> A tetoválások pszichés háttere .....	36
<i>Halász Katinka, Remenyik Éva dr., Fekete Zita dr.:</i> Priméren jelenlévő pszichiátriai zavarok dermatológiai vonatkozásai .....	43
<i>Pónyai Györgyi dr.:</i> Fágok ihlette mikrobiom modulálás az atópiás dermatitis kezelésében .....	54

**CONTENTS**  
**Vol. 100. No.1. 2024.**

<i>Eszter Szlávicz, Norbert Kiss:</i> Recommendation .....	5
<i>Jutta Major, Eszter Szlávicz, Zsuzsanna Lengyel:</i> History, structure and international practice of psychodermatology care .....	6
<i>Csanád Szabó, Zsuzsanna Irsai-Mehrwert, Lajos Kemény:</i> Characteristics of basic psychological needs of atopic dermatitis and psoriasis patients .....	12
<i>Natalia Czurkó, Szabolcs Bozsányi, Fanni Meznerics, Eszter Szlávicz, Melinda Becske, Mehdi Boostani, Klára Farkas, Roland Kasek, Emese Fejes, András Bánvölgyi, Kende Lőrincz, Szabolcs Takács, Péter Holló, Norbert Wikonkál, Imre Lázár, Norbert Kiss:</i> Psychodermatological factors in the background of psoriasis .....	21
<i>Péter Kovács:</i> Psycho-dermato-oncology aspects in the clinical practice .....	29
<i>Zsuzsa Ferencz, Hilda Takács, Tamás Bancsók, Cecília Tizedes, Rolland Gyulai, Zsuzsanna Lengyel, Péter Osváth, Eszter Szlávicz:</i> The psychological background of tattoos .....	36
<i>Katinka Halász, Éva Remenyik, Zita Fekete:</i> Dermatological aspects of primary psychiatric disorders .....	43
<i>Györgyi Pónyai:</i> Microbiome modulation inspired by phages – a therapeutic possibility in atopic dermatitis .....	54

## Fókuszban a pszichodermatológia

A pszichodermatológia a bőr és a psziché közötti interakcióval foglalkozó tudományág. A bőr és az idegrendszer fejlődése már az embrionális korban szorosan összekapcsolódik az ektoderma révén. Ahogy a pszicho-neuro-immunológiai ismereteink bővülnek, úgy derül fény a különböző hormonok, neurotranszmitterek és neuropeptidek szerepére egyes bőrbetegségek patogenezisében. A fiziológiai megközelítés mellett hasonlóan fontos a pszichológia mechanizmusok megismerése a szomatikus betegségek, köztük a dermatológiai problémák vonatkozásában. A pszichoszomatikus medicina, amely a lélektani tényezők és a testi tünetek összefüggését vizsgálja, az elmúlt évszázadban meghatározó területté vált, megalapozásában számos magyar származású szakember is közreműködött. A pszichodermatológia története pedig körülbelül 25-30 évre tekint vissza. A pszichológiai rendellenességek előfordulása a különböző bőrbetegségek hátterében 25-33% közé tehető az irodalmi adatok szerint. Ugyanakkor a bőrbetegek döntő többsége úgy véli, hogy tünetek kialakulásáért pszichológiai komponensek is felelőssé tehetőek.

A Magyar Dermatológiai Társulat Pszichodermatológiai Szekciója 2002-ben alakult meg 58 taggal, 2002-2012 között *Dr. Kása Margit*, majd 2012-2023 között *Dr. Altmayer Anita* vezetésével. Szekciónk tavaly újraalakult, elődeinkhez hasonlóan nagyon fontos kezdeményezésnek tartjuk, hogy ráirányítsuk a figyelmet a bőrbetegségeket kísérő mentális problémákra, a bőrbetegek életminőségére, illetve a multidiszciplináris megközelítésre.

A tematikus számban egyaránt helyet kapnak a pszichodermatológiai ellátás gyakorlatáról, a pikkelysömör hátterében szereplő pszichodermatológiai tényezőkről és az onkodermato-pszichológiai szempontokról szóló közlemények is, de a tetoválások lélektani és motivációs tényezőiről, valamint a pszichiátriai zavarok bőrgyógyászati vonatkozásairól is olvashatnak. Ezúton is szeretnénk megköszönni a lapszám elkészítésében résztvevő Kollégák elkötelezett munkáját.

Szeretnénk biztatni minden érdeklődő kollégát, hogy csatlakozzanak a Szekciónkhoz, a hírlevélre történő feliratkozás a [pszichodermatologia.mdt@gmail.com](mailto:pszichodermatologia.mdt@gmail.com) címre küldött email-el lehetséges.

*A BVSZ Pszichodermatológiai tematikus számának szerkesztői:*

*Szlávicz Eszter dr.  
Pécsi Tudományegyetem  
Általános Orvostudományi Kar  
Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika*

*Kiss Norbert dr.  
Semmelweis Egyetem  
Általános Orvostudományi Kar  
Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika*

# Pszichodermatológiai ellátás története, szerkezete, nemzetközi gyakorlata

## History, structure and international practice of psychodermatology care

MAJOR JUTTA<sup>1,2\*</sup>, SZLÁVICZ ESZTER DR.<sup>1\*</sup>, LENGYEL ZSUZSANNA DR.<sup>1</sup>

Pécsi Tudományegyetem KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs<sup>1</sup>  
Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs<sup>2</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichodermatológia egy olyan fejlődő interdiszciplináris tudományterület, mely a bőr, az idegrendszer és a lélektani jelenségek összefüggéseit vizsgálja. Többek között a modern pszichoszomatika, illetve a biopszichoszociális betegség modell ismereteit veszi alapul, mikor egyes bőrbetegségek patogenezisében, lefolyásában, prognózisában és kezelésében számol a pszichés tényezők szerepével is. Annak ellenére, hogy a pszichodermatológiai szemlélet egyre elfogadottabb és nagy számban kutatott területté vált, a klinikai gyakorlatban továbbra sem tisztázott a pszichodermatológiai ellátásban résztvevők szerepe, helye, kompetenciái és gyakorlata. Tanulmányunk az elérhető nemzetközi szakirodalmak és minták, illetve a Pécsi Tudományegyetem KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinikán eddig szerzett tapasztalatok alapján kívánja a felmerülő kérdéseket megválaszolni. Célunk a bőrbetegekkel foglalkozó szakemberek tájékoztatása, gyakorlati megfontolások bemutatása, melyek hozzájárulhatnak a dermatológiai ellátás hatékonyságának, illetve a páciensek elégedettségének növeléséhez, életminőségük javításához.

#### Kulcsszavak:

pszichodermatológiai ellátás – pszichokután  
rendellenességek – bőr és psziché –  
multidiszciplináris ellátás

### SUMMARY

Psychodermatology is an evolving interdisciplinary scientific field that explores the relationship between the skin, the nervous system, and psychological phenomena.

Investigation of psychological factors's role in the pathogenesis, course, prognosis, and treatment of certain dermatological conditions is based on modern psychosomatic and biopsychosocial disease model.

Despite the increasing acceptance of psychodermatology and extensive research in the field, the role, position, competencies, and practices involved in psychodermatological care remain undetermined in clinical practice. Our study aims to address these questions based on international literature, models, and experiences obtained at the Department of Dermatology, Venereology and Oncodermatology at the University of Pécs Medical School. Our goal is to present practical considerations that may contribute to the effectiveness of dermatological care and improve patient satisfaction and quality of life.

#### Key words:

psychodermatology care – psychocutan  
disorders – skin and psyche –  
multidisciplinary

A pszichodermatológia a bőrgyógyászat és a mentális egészséggel foglalkozó tudományok határterülete. Tudománytörténeti szempontból fiatal, feltörekvő diszciplínának számít, ebből fakadóan a klinikai gyakorlatban azon szakemberek szerepe, helye és kompetenciái, akik a pszichodermatológia tárgya mellett köteleződtek el, továbbra is formálódik, kérdésekkel övezett (1).

Bár a pszichodermatológiai koncepciók alapjai a régimúltra tekintenek vissza, maga a tudományterület az elmúlt 25-30 évben kezdett igazán kibontakozni (2). Előfutárának tekinthetőek azok a hippokratészi felismerések, amelyek a stressz bőrre kifejtett hatásaival foglalkoztak, illetve a pszichodermatológiai kialakulására facilitálóan hatott a pszichoszomatikus medicina megszületése is (2,3,4).

A pszichoszomatika az orvostudomány azon elméleti és szemléleti kerete, mely magában foglalja a test és lélek határterületének tudományos megközelítését. Maga a „pszichoszomatika” fogalma már a 19. század elején létezett, de a 20. században a pszichoanalízis kibontakozásával nyert valójában teret, mint szemléleti és kutatási terület (5,6). A diszciplína megerősödésében több európai elméletalkotó szerepet játszott, kiemelendő közülük a magyar származású *Franz Alexander* és munkássága, aki Chicagóban megalapította az első pszichoszomatikai intézetet, mely világszerte hosszú időre meghatározta a pszichoszomatikus orvoslás gyakorlatát (7). Az ő nevéhez fűződik a hét klasszikus pszichoszomatikus betegségcsoport leírása, melyek közé a gyulladásozó bőrbetegségeket is besorolta (7). A testi megbetegedések azon csoportját tekintette pszichoszomatikusnak, melyek háttérben pszichológiai nehézségek, olykor tudattalan lelki konfliktusok azonosíthatók. A pszichoanalízis mellett a pszichoszomatikus orvoslás másik elméletileg meghatározó gyökere a pszichofiziológia (5,6). A pszichológiai tényezők és az élettani reakciók között húzódozó szoros összefüggéseket bizonyította többek között *Pavlov* klasszikus kondicionálási kísérlete, ahogy *Selye János* fiziológiai kutatásai derítették fényt a fizikai és a lélektani stresszek szervi betegségeket okozó hatásaira (általános adaptációs szindróma) (8). Míg kezdetben a pszichoszomatika is lineáris okságot feltételező modellekben gondolkodott, csak biológiai tényezők helyett pszichés faktorokat igyekezett azonosítani a betegségek kialakulásának háttérben, az 1970-es években megjelenő biopszichoszociális betegségmodell (9) meghozta azt a tudománytörténeti paradigmaváltást, mely a pszichodermatológiai szemlélet alapját is képezi. Az általános rendszerelméleti alapokon nyugvó modell, mely mára a spiritualitás dimenziójával is kiegészült (10), állítja, hogy a különböző megbetegedések háttérben biológiai, pszichológiai, szociális és spirituális tényezők is azonosíthatók. Ezek különböző szinteken fejtik ki hatásukat, komplex, nem-lineáris interakciókon keresztül. Ezen változások következményeként pszichoszomatikus betegségeként hivatkozhatunk minden olyan állapotra, melynek kialakulásában, fennmaradásában, lefolyásában pszichoszociális tényezők is szerepet játszanak. Fontos a mértéktartó viszonyulás, hogy a vonatkozó betegségek patogenezisében ne tolódjon el a hangsúly kizárólag a pszichoszociális tényezők irányába, de a multikauzalitás elvét szem előtt tartva számoljunk azok hatásával. A modern pszichoszomatikus megközelítéshez hasonlóan, a bőrbetegségek és pszichiátriai rendellenességek közötti kapcsolatot olyan cirkuláris ok-okozati modell segítségével vizsgáljuk, ahol a két jelenség kölcsönösen és egymásra hatva jelenik meg. Ez a megközelítés lehetővé teszi számunkra, hogy az egymást erősítő összefüggéseket és az egészségügyi problémák egymáshoz való kapcsolódását jobban megértsük.

Számos nemzetközi tanulmány igazolja a pszichiátriai rendellenességek prevalenciájának magas fokát bőrgyógyászati betegségek körében. A bőrgyógyászati klinikákon jelentkező páciensek közel 30-60% – nál azonosítható pszichiátriai rendellenesség a társbetegségeik között

(11,12,13). Egyes bőrbetegségek esetén viszont még magasabb lehet ez az arány, a pikkelysömörös betegeknek akár 84%-a szenvedhet pszichiátriai komorbiditásoktól (14). Másik oldalról megvilágítva, a bőrgyógyászok mindössze 42%-a érzi magát komfortosnak a pszichodermatológiai betegségek diagnosztizálásában és kezelésében, és közülük is csak a megkérdezettek 18%-a vélte úgy, hogy átfogó ismeretekkel rendelkezik a pszichodermatológia területén (15). A pszichés komorbiditások magas aránya és ezzel szemben a bőrgyógyászati gyakorlatban jelentkező nehézségek a pszichodermatológiai területen végzett kutató és edukatív munka létjogosultságát jelzik, amely a társzszakmák bevonásával érhető el.

## **Pszichodermatológiai betegségcsoportok**

Különbőféle besorolásokkal találkozhatunk a szakirodalomban a pszichodermatológiai betegségek vonatkozásában, a legelfogadottabb és leggyakrabban használt csoportosítás három kategóriát különböztet meg egymástól (2,11,16). Ez a felosztás az első csoportba azokat az elsődlegesen bőrgyógyászati betegségeket sorolja, melyek következményeként megjelenhetnek pszichés tünetek, pszichiátriai zavarok. A második csoport azokat a pszichofiziológiai mondott bőrbetegségeket tömöríti, melyek tüneteit és lefolyását a pszichés stressz befolyásolhatja, súlyosbíthatja, míg a harmadik csoportba azokat a pszichiátriai betegségeket kerülnek ebben a felosztásban melyek bőrrel kapcsolatos tünetekben manifesztálódnak (11).

Ebből is következik, hogy rendkívül széles azoknak a problémáknak a köre, melyek a pszichodermatológiai ellátáshoz tartozhatnak: egyaránt pszichodermatológiai ellátást igényelnek a krónikus bőrbetegségek következményeként megjelenő pszichés nehézségek, illetve azok az esetek, amikor pszichiátriai betegség (pl. szorongásos és hangulatzavarok, szerhasználati zavarok) fennállásának gyanúja merül fel, de ide sorolandó például a dermatonkológiai betegek pszichés vezetése, szupportálása is. A kapcsolódó pszichiátriai betegségek palettája is hasonlóan széles, hiszen az affektív zavarokon és kényszeres betegségeken keresztül egészen a realitás tesztelés károsodásával járó pszichózisokig megjelenhetnek bőrelváltozások (14,15,17-19). Felmerül azonban a kérdés, miként lehet ezeket a kórképeket megfelelő módon ellátni, melyek az egyes szakemberek kompetenciái és egyáltalán milyen típusú intervenciók jöhetnek szóba?

## **A pszichodermatológiai ellátás célja, modelljei**

Az eddig ismertettek alapján elmondható, hogy a pszichodermatológiai ellátás célja a bőrbetegségekhez kapcsolt pszichoszociális faktorok kezelése, a pszichológiai támogatás fókuszában állhat az alvászavarok kezelése, a pszichiátriai tünetek azonosítása, az átélt distressz szintjének, illetve a társas izoláció mértékének csökkentése, az önbecsülés/önértékelés és az életminőség javítása (2,20). Emellett a bőrgyógyászati gyakorlatban is kiemelt fontos-

ságú azoknak a veszélyeztető állapotoknak a felismerése, ahol önsértés vagy szuicid krízis lehetősége áll fenn (1,21).

Az elmúlt évek fontos fejleményének tekinthető, hogy egyre több intézményben van jelen olyan szakember, aki a szomatikus betegek mentális problémáira szakosodott.

A hazai gyakorlatban a pszichodermatológiai ellátás általában klinikai vagy egészségpszichológus bevonásával valósul meg. Indokolt esetben, súlyosabb patológia vagy pszichofarmakon beállításának igénye esetén pszichiáter kollégának is referálják az esetet. Klinikánk 2022 óta alkalmaz klinikai szakpszichológust, aki részt vesz a fekvőbeteg osztályos páciensek ellátásában, illetve járóbeteg rendelés keretében is támogatja a páciensek betegséggel való megküzdését. A klinikai szakpszichológus mellett pszichoterapeuta szakvizsgával rendelkező bőrgyógyász kolléga is segíti a pszichodermatológiai esetek ellátását. A nemzetközi gyakorlatban már megjelentek a specifikus, pszichodermatológiai betegségek ellátásával kapcsolatos konzultációk is, de ezek még nem számítanak széles körben elterjedtnek a növekvő igény ellenére sem. Az elmúlt években vita tárgyát képezte, hogy milyen módon történjen a pszichodermatológiai kórképek menedzselése. Kihívást jelentenek a finanszírozási kérdések is, a költségeket növeli, hogy többfajta szakemberrel szükségessé válhat konzultáció, és az átlagosnál hosszabb a betegvizsgálat ideje is. Pszichodermatológiai konzultációk esetén az első vizitekre javasolt időtartam 45 perc, míg a kontroll vizsgálatoké 20-30 perc (1,22).

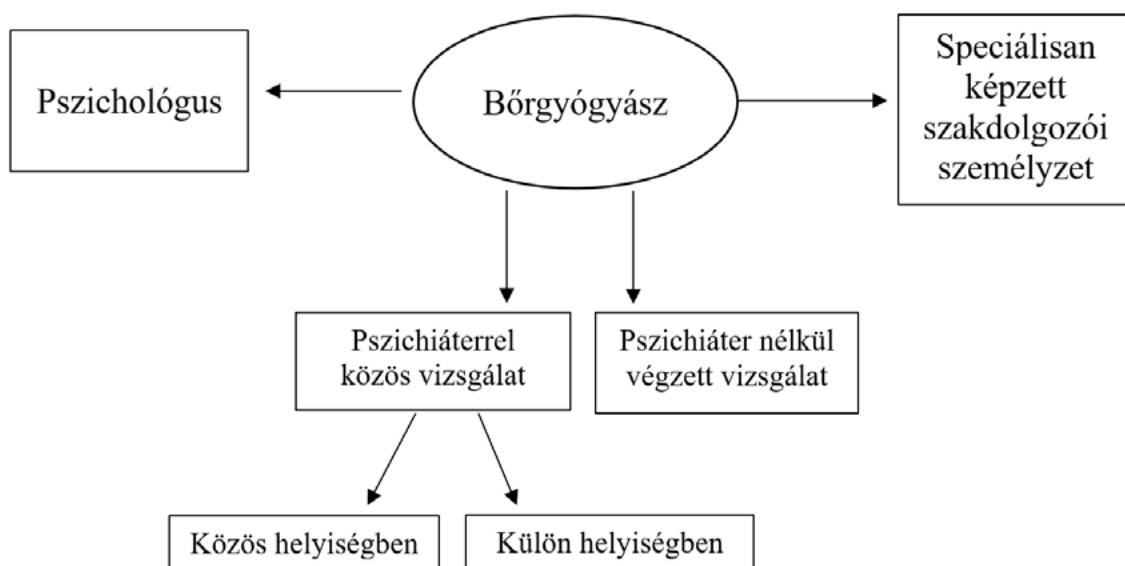
Nemzetközi iránymutatások alapján a bőrgyógyászati ellátás során javasolt volna olyan standardizált kérdőívek használata, melyek a pszichológiai támogatást igénylő páciensek azonosítását, nehézségeik felmérését segíthetik. Ilyen például a magyar nyelven is validált Dermatológiai Életminőség Index (DLQI) vagy a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS) (23,24). Emellett felmerül még az életminőséget vizsgáló kérdőívek közül az affektív

problémákra fókuszáló PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) alkalmazása is (25). A kérdőívekből nyert adatok hozzásegíthetik a szakembereket, hogy a pácienseket a számukra legmegfelelőbb, legtöbb hasznot ígérő ellátás felé irányítsák.

A pszichodermatológiai ellátás gyakorlati megvalósítását illetően jelenleg három modell létezik, azonban az egyes ellátási formák előnyei mellett valamennyi esetben számolnunk kell bizonyos limitációkkal (22). A bőrgyógyászati szakvizsgálat viszont minden esetben indokolt, hiszen az egyéb dermatológiai kórképek kizárása kulcsfontosságú a diagnózis felállításában.

Az első modellben a bőrgyógyász az egyetlen orvos, aki közvetlenül részt vesz a beteg ellátásában. A modell fontos előnyének tartják, hogy egy kolléga kezében futnak össze a szálak, ami az orvos-beteg kapcsolat kialakulásában és fejlődésében, a bizalom kiépítésében kritikus szempont lehet. Mivel a betegek jelentős része tart a pszichés problémákkal kapcsolatos stigmatizációtól, ez egyúttal visszaveti azt is, hogy egy mentális egészséggel foglalkozó szakembert felkeressenek. Ebből a szempontból megoldást jelenthet a bőrgyógyász által végzett pszichodermatológiai konzultáció. Ugyanakkor ez az elképzelés olyan mély, komplex pszichopatológiai, pszichofarmakológiai ismereteket feltételez, melyeknek a bőrgyógyász kollégák szükségszerűen nincsenek birtokában. Nem várható, hogy speciális szakképesítés hiányában, segítség nélkül menedzseljék ezeket a sokszor kihívást jelentő eseteket.

A következő modellben a bőrgyógyász és a mentálisan betegségekkel foglalkozó szakember együttes, közös helyiségben történő munkavégzése javasolt. Az együttes ellátási forma a konzultáció idejét lerövidítheti, így növelve annak költséghatékonyágát. Ez az elképzelés arra épül, hogy az érintett bőrbetegek hajlandóbbak kapcsolatba lépni a pszichiáterrel, mentális betegségekkel foglalkozó szakem-



1. ábra  
Multidiszciplináris team



berrel, ha mindeközben úgy érzik, hogy bőrproblémáikat a bőrgyógyász elismeri, kezeli. Problémát jelent viszont, hogy azokat a pácienseket, akik vonakodnak a pszichiáterrel kapcsolatba lépni kizárja az ellátásból. A harmadik modell a bőrgyógyász és a mentális betegséggel foglalkozó szakember együttműködését hangsúlyozza, ugyanakkor külön időpontokban történő, szeparált konzultációkat javasol. Az elsődleges ellátásért ebben a koncepcióban a bőrgyógyász felel, de lehetősége van konzultálni a párhuzamosan dolgozó pszichiáter szakorvossal, pszichológussal. Ez az elrendezés kifejezetten alkalmas lehet azoknak a betegeknek az ellátására, akik elutasító magatartást tanúsítanak a pszichiátriai vizsgálat tekintetében. Az ellátási rend hátránya, hogy mivel határozottabban elkülönül a bőrgyógyászati és a pszichiátriai/pszichológiai ellátás egymástól, ez növeli a vonatkozó infrastrukturális terheket, nagyobb a humánerőforrás igénye, tehát költségesebb.

Végül szót kell ejtenünk a multidiszciplináris team munkáról is. Ez a forma már túlmutat a bőrgyógyász és a mentális egészséggel foglalkozó szakemberek részvételén, és építkezik az intézményben dolgozó szakszemélyzetre is, mely szemléletváltást, illetve az intézmény dolgozóinak edukációját igényli, amely a kezdetekben nagyobb erőfeszítéseket követelhet meg. Mindezek ellenére hosszú távon a leghatékonyabb formának bizonyul valamennyi felsorolt modellel szemben. Az edukáció egyaránt kiterjed az orvosi és szakdolgozói feladatokat végzőkre, és részét képezi az ellátásban résztvevő szakemberek kompetenciáinak megismerése, hogy milyen betegségekkel találkozhatunk a gyakorlatban és mely kommunikációs stratégiák lehetnek a segítségünkre. Orvosi szempontból ez még kiegészül azzal, miként referáljuk a betegeket specifikusabb ellátás felé, milyen delegációs utak elérhetők és melyek a legfontosabb terápiás lehetőségek.

A pszichodermatológiai ellátásra szakosodott klinikák alacsony száma megnehezíti a költségelemzést, az elérhető bizonyítékok azonban arra utalnak, hogy a pszichokután betegségben szenvedő páciensek a kiterjedt és gyakran szükségtelen vizsgálatok elvégzettetése, több szakembernél való megjelenésük okán sok erőforrást emésztnek fel az egészségügyi ellátásban. A multidiszciplináris teamek felállítása nemcsak szakmai, hanem gazdasági szempontból is megoldást jelenthet ezekre a problémákra (22).

## **Pszichodermatológiai kórképek előfordulása**

A bőr és az idegrendszer közötti szoros anatómiai és fiziológiai kapcsolatok, valamint a bőr és a bőrbetegségek láthatóságának pszichoszociális következményei miatt a pszichológiai rendellenességek gyakorisága a bőrbetegségben szenvedő betegeknél kiemelkedően jelentős.

Több tanulmány született azzal kapcsolatban, melyek a leggyakoribb kórképek a pszichodermatológiai ellátás tekintetében. Egyaránt magas a kényszeres- és kapcsolódó zavarok száma, mint a trichotillómia, ahogy a pszichózisok körébe sorolt téveszmés parazitózis is. A krónikus bőrbetegek komorbid állapotaként egyértelműen a szorongásos és affektív zavarok dominálnak (26). Egy Detroit-i

tanulmány kiemeli a pruritus-szal járó esetek előfordulását is, a pszichodermatológiai megjelenések 22%-a kapcsolódott bőrbetegséghez társuló másodlagos, viszketéssel tünettanhoz. A primer, intenzív viszketéssel járó noduláris prurigos esetek pedig az összes megjelenés 9%-át adták (27). A pruritus mellett egy másik publikáció viszont felhívja a figyelmet a kután szenzoros szindrómákra, amelyek pl. égő, fájdalmas vagy egyéb érzettel pl. paresztéziával járó tünetekkel járnak, és az organikus eltérések hiánya rendkívüli frusztrációt okoz mind a beteg, mind az orvos számára. Ellátásuk így komoly kihívást jelent a bőrgyógyászoknak (26). Nem szabad megfeledkeznünk a szerhasználati zavarokról sem, amelyek különösen a psoriasis esetében számítanak jól dokumentált problémának (14), de valamennyi krónikus bőrbetegség esetén a betegséggel való megküzdés maladaptív stratégiáját képezheti.

## **Szakemberek és kompetenciáik a pszichodermatológiai ellátásban**

A bőrgyógyász alapvetően a következő szakemberek bevonására támaszkodhat a pszichodermatológiai esetek ellátása során: klinikai vagy egészségpszichológusra, pszichiáter szakorvos és pszichoterapeuta kollégára. Valamennyi résztvevőnél más-más kompetencián van a hangsúly, de együttműködésük meghatározó a betegek adekvát ellátásában. Az egyes szereplők tevékenysége között átfedések is lehetségesek.

A bőrgyógyász részéről az azzal kapcsolatos döntést, hogy pontosan mely kollégák bevonására lesz szükség megkönnyítheti alapszintű pszichopatológiai ismeretek elsajátítása és a gyógyszeres igény (pszichofarmakon adása) felmérésére való készség. Farmakoterápiát kizárólag pszichiáter szakorvos indíthat, de klinikai szakpszichológus vagy pszichoterapeuta javaslatot tehet arra vonatkozóan, hogy a betegvezetést gyógyszeres kezeléssel egészítsék ki. A bőrbetegséghez társuló súlyosabb szorongásos vagy affektív zavarok, mint a klinikai szintű depresszió, illetve kényszeres megbetegedések indokolhatják például ezt, illetve a téveszmés parazitózis kezelése egyértelműen pszichofarmakon, antipszichotikum adásán alapul.

A kezelések másik útvonala a pszichoterápia, amely egy olyan speciális segítő kapcsolatot jelent, ahol a felek kölcsönösen elköteleződnek és a páciens lelki-érzelmi problémáinak enyhítése pszichológiai eszközökkel történik (3). Megkülönböztetjük egymástól az alap-pszichoterápiás és a módszerspecifikus eljárásokat. Az előbbieket közé sorolhatjuk a pszichoterápiás betegvezetést, a pszichoterápiás szemléletű konzultációt, a tanácsadást, a szupportív terápiát, ahogy a krízisintervenciót is (3,28). A klinikai szakpszichológus kollégák osztályos vagy ambuláns munkája túlnyomórészt alap-pszichoterápiás módszerek alkalmazására épül. Emellett bizonyos betegeket szakpszichoterápiába való bekapcsolódásra is lehet ösztönözni, amely indokolt lehet például krónikus bőrbetegekhez társuló lelki problémák esetén és leginkább a kognitív-viselkedésterápia eszközeinek, valamint stresszcsökkentő, relaxációs módszerek alkalmazásán alapul (20,29,30).

A relaxációs technikák közé sorolhatunk minden olyan eljárást melynek célja a szervezet úgynevezett relaxációs válaszána kiváltása, melyet lassabb légzés, alacsonyabb vérnyomás, csökkent pulzusszám jellemez, így korrelatívumai vonatkozásában a stresszreakció ellentétének tekinthető, éppen ezért a stresszel összefüggő betegségek széles skálájában hatékonyan alkalmazhatók (31). Gyorsan elsajátítható, széles körben alkalmazható, pszichoszomatikus betegségek esetén is javasolt relaxációs technika a Jacobson-féle progresszív izomrelaxáció (PMR), mely az egyes izomcsoportok szisztematikus megfeszítésén majd ellazításán alapul (32,33). Kiemelendő továbbá bőrbetegségek pszichológiai eszközökkel történő kezelése kapcsán a mindfulness, tudatos jelenlét alapú terápiák alkalmazása, melynek jótékony hatása ezen állapotokra egyre több vizsgálat által bizonyított (34,35). Az eljárás során a személy szándékosan törekszik arra, hogy figyelmét a jelen pillanatra összpontosítsa, mely elősegítheti a páciensek belső tartalmainak tudatosítását és megfigyelését, miközben ítéletmentesen viszonyulnak ezekhez a tapasztalatokhoz (36).

Módszerspecifikus, szakpszichoterápiát csak pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező szakember végezhet, aki jártasságot szerez az adott módszerben, saját élményt is tartalmazó kiképzési folyamatot követően (37). Fontos megjegyeznünk, hogy a pszichoterapeuta képzettséget nemcsak pszichiáter vagy klinikai szakpszichológus képzésre építhető, hanem valamennyi szakorvosi végzettségre, köztük bőrgyógyászatra is. Viszont szomatikus orvosi képzésre épített pszichoterapeuta képzés sem ad jogosítványt arra, hogy primer pszichiátriai betegség önálló ellátását végezhesse a szakember: a képzésben a hangsúly elsősorban a pszichoterápiás módszerek elsajátításán van. Pszichodermatológiai ellátás során ezért sem nélkülözhető a pszichiáter szakorvossal történő konzultáció. A pszichoterapeuta az első interjú követően hozhat olyan döntést, hogy -amennyiben az eset valamilyen szempontból túlmutat a kompetenciáin- pszichiáter szakorvos bevonását kéri az esethez, vagy a pontosabb diagnózisalkotás érdekében klinikai szakpszichológus kollégához fordul. A klinikai szakpszichológusi végzettség megszerzésének bemeneteli feltétele a pszichológus oklevél (MA, MSc), majd négyéves egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés elvégzése szükséges a képzettség elsajátításához. A klinikai szakpszichológiai tevékenység a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára, okainak feltárására, pszichodiagnosztikai vizsgálatok végzésére, a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul (37). A pszichodiagnosztikai eljárások alkalmazása (pl. önbeszámoló, projektív tesztek felvétele, elemzése), segítheti a pszichés probléma természetének, dinamikájának pontosabb megítélését, hozzájárulhat a pszichiáter vagy a módszer-specifikusan képződött terapeuta munkájának sikeréhez.

## Összefoglalás

A pszichodermatológiai szolgáltatások elérhetősége világszerte korlátozott, miközben hatékonyságuk a bőrbetegek tüneteinek kedvező alakulásának, életminőségük

javításának vonatkozásában bizonyított. A pszichodermatológiai megközelítés irányába mutatott növekvő igény és elfogadottság ellenére, a klinikai gyakorlatban továbbra sem tisztázott a pszichodermatológiai ellátás felépítése, a résztvevők szerepe, helye, kompetenciái és gyakorlata. Nemzetközi tapasztalatok alapján pszichodermatológiai betegségek esetén a leginkább javasolt ellátási forma a specializált, multidiszciplináris team által végzett munka. Ez nem csak az ellátás hatékonysága miatt tűnik az elsődleges javasolt formának, hanem a költséghatékonyság szempontjából is, az időben történő pszichodermatológiai kezelés megelőzheti a kiterjedt, szükségtelen vizsgálatok elvégzését, amely az egészségügyi rendszert hosszú távon tehermentesítheti. A multidiszciplináris teammunka megvalósítási feltételeként azonosíthatjuk az ellátásban dolgozók edukációját, szakirányú továbbképzését, az ellátásban résztvevők aktív kommunikációját, együttműködését.

## IRODALOM

1. *Marshall, C., Taylor, R., Bewley, A.*: Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. *Acta Derm Venereol.* (2016) Suppl 217, 30–34. DOI: 10.2340/00015555-2370
2. *Jafferany, M., Franca, K.*: Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Dermato-Venereologica*, (2016) 96(217), 35–37. DOI: 10.2340/00015555-2378
3. *Szőnyi G.*: A pszichoterápia tankönyve. *Medicina.* (2015).
4. *Gieler, U., Gieler, T., Peters. E.M.J. és mtsai.*: Skin and psychosomatics—psychodermatology today. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, (2020) 18(11), 1280–1298. DOI: 10.1111/ddg.14328
5. *Ackerman, D.K., Dimartini, F.A. (Ed.)*: Psychosomatic Medicine. Oxford University. (2015).
6. *Kállai J., Barabás K., Túry F. és mtsai.*: Az orvosi pszichológia fejlődése hazánkban: szemléleti keretek, határterületek és alkalmazások. *Orv Hetil.* (2018) 159(36), 1455–1464. DOI: 10.1556/650.2018.31109
7. *Alexander, F.*: The Development of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*(1962) 24(1), 13–24. DOI: 10.1097/00006842-196201000-00004
8. *Selye, H.*: The stress of life. McGraw-Hill, New York, (1956).
9. *Engel, G. L.*: The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*. New Series, (1977) 196,4286, 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
10. *Saad, M., de Medeiros, R., Mosini, A.C.*: Are We Ready for a True Biopsychosocial- Spiritual Model? The Many Meanings of „Spiritual”. *Medicines (Basel)*, (2017) 4(4), <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>
11. *Reichenberg, J.S., Kroumpouzou, G., Magid, M.*: Approach to a psycho-dermatology patient. *G Ital Dermatol Venereol.* (2018) 153(4), 494–496. DOI: 10.23736/S0392-0488.18.05965-5
12. *Gupta, M.A., Gupta, A.K.*: Psychiatric and Psychological Co-Morbidity in Patients with Dermatologic Disorders. *Am J Clin Dermatol* (2003) 4, 833–842 DOI: 10.2165/00128071-200304120-00003
13. *Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C.F. és mtsai.*: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized, *British Journal of Dermatology*, (2000) 143(5), 983–991. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2000.03831.x
14. *Ferreira, B. I., Abreu, J. L., Reis, J. P. és mtsai.*: Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol.* (2016) 9 (6), 36–43. PMID: 27386050
15. *Kuhn, H., Mennella, C., Magid, M. és mtsai.*: Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol.* (2017) 76 (5), 779–791. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.11.013

16. Koo, J. Y. M., Lee, C. S.: General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo, J. Y. M., Lee, C. S. (Eds.), *Psychocutaneous medicine* Marcel Dekker. (2003) pp. 1–12
17. Heller, M. M., Wong, J. W., Lee, E. S. és mtsai.: Delusional infestations: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol.* (2013) 52(7), 775–783. DOI: 10.1111/ijd.12067
18. Lepping, P., Huber, M., Freudenmann, R. W.: How to approach delusional infestation. *BMJ.* (2015) Apr 1, 350, 1328. DOI:10.1136/bmj.h1328.
19. Tohid, H., Shenefelt, P.D., Burney, W.A. és mtsai.: Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. *Rev ColombPsiquiatr.* (2019) 48(1), 50–57. DOI: 10.1016/j.rcp.2017.07.002
20. Papadopoulos, L.: Psychological therapies for dermatological problems. In: Walker C., Papadopoulos L. (Eds.), *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders* Cambridge University Press. (2005) pp. 101–115.
21. Gieler, U., Consoli, S. G., Tomás-Aragones L. és mtsai.: Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm Venereol.* (2013) 93 (1), 4–12. DOI: 10.2340/00015555-1506
22. Aguilar-Duran, S., Ahmed, A., Taylor, R. és mtsai.: How to set up a psychodermatology clinic. *Clin Exp Dermatol.* (2014) Jul; 39(5), 577–82. DOI: 10.1111/ced.12360.
23. Poór A., Péntek M., Rencz F. és mtsai.: Az életminőség mérése a bőrgyógyászatban: hazai tapasztalatok. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle* (2019). 95. évf.3. 100–107. DOI 10.7188/bvsz.2019.95.3.4
24. Halmai Zs., Dömötör E., Balogh G. és mtsai.: Egy új hangulati kérdőív validálása egészséges mintán. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* (2008) X/3, 151–157 PMID: 18956619
25. Magid, M., Reichenberg, J. S.: An Evidence-Based Approach to Starting a Psychodermatology Clinic. *JAMA Dermatol.* (2020) 156 (6), 617–618. DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.0393
26. Patel, A., Jafferany, M.: Multidisciplinary and Holistic Models of Care for Patients With Dermatologic Disease and Psychosocial Comorbidity A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* (2020) 156 (6), 686–694. DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.0394
27. Seale, L., Gaulding, J. V., Porto, D.: Implementation of a psychodermatology clinic at a major health system in Detroit *Int J Womens Dermatol.* (2018) 4 (4), 227–229. DOI: 10.1016/j.ijwd.2018.05.002
28. Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F. és mtsai.: A pszichoterápia alapjai. Semmelweis Kiadó. (2019).
29. Neerackal, R.J., Abdul Latheef, EN., Sukumarakurup, S. és mtsai.: Relaxation therapy in the management of psoriasis. *Dermatol Ther.* (2020) Nov. 33(6), 14030. DOI: 10.1111/dth.14030
30. Qureshi, A.A., Awosika, O., Baruffi, F. és mtsai.: Psychological Therapies in Management of Psoriatic Skin Disease: A Systematic Review. *Am J Clin Dermatol* (2019) 20, 607–624. DOI: 10.1007/s40257-019-00437-7
31. Benson, H., Beary, F.J., Carol P.M.: The Relaxation Response. *Psychiatry*, (1974) 37(1), 37–46. DOI: 10.1080/00332747.1974.11023785
32. Snyder, M., Pestka, E., Bly, C.: Muscle Relaxation Techniques. In: Snyder, M., Lindquist, R. (Ed.). *Complementary/Alternative Therapies in Nursing*. 5th Edition. Springer publishing company. New York. (2014).
33. Bathe, A., Mattered, U., Dewald, M. és mtsai.: Educational multidisciplinary training programme for patients with chronic pruritus. *Acta Derm Venereol.* (2009) 89(5), 498–501. DOI: 10.2340/00015555-0684
34. Bartholomew, E., Chung, M., Yeroushalmi, S. és mtsai.: Mindfulness and Meditation for Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb).* (2022) 12(10), 2273–2283. DOI:10.1007/s13555-022-00802-1
35. Shenefelt, P.D.: Mindfulness-Based Cognitive Hypnotherapy and Skin Disorders. *Am J Clin Hypn.* (2018) 61(1), 34–44. DOI: 10.1080/00029157.2017.1419457
36. Didonna, F.: *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer, (2009) 18.
37. Pintér G.: Társszakmák a lelki egészség szolgálatában [Professionals joining forces for mental health]. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, (2019) 20(3), 207–238. DOI: 10.1556/0406.20.2019.012

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.08.

# Atópiás dermatitiszes és pszoriázisos betegek alapvető pszichológiai szükségleteinek jellemzői ambuláns páciensek vizsgálata alapján

## Characteristics of basic psychological needs of atopic dermatitis and psoriasis patients

SZABÓ CSANÁD DR.<sup>1</sup>, IRSAI-MEHRWERT ZSUZSANNA<sup>2</sup>, KEMÉNY LAJOS DR.<sup>3</sup>

Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Személyiség- Klinikai és Egészségpszichológiai tanszék, Szeged<sup>1</sup>; Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, BA képzés nappali tagozat, Szeged<sup>2</sup>; Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged<sup>3</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A Szerzők az alapvető pszichológiai szükségletek (autonómia, kompetencia, kapcsolódás) kielégítettségének és frusztrációjának mértékét vizsgálták ambuláns bőrbetegeknél. A vizsgálatuk kérdőívét 2023 őszén 52 bőrgyógyászati járóbeteg töltötte ki (22 fő atópiás dermatitiszes, 30 fő pikkelysömörös páciens). A két csoportnál a legnagyobb mértékű kielégítettség a kapcsolódást jellemezte, majd a kompetencia érvényesítése, és az autonómia szükséglet beteljesülése kapta a legkisebb értéket. Összefüggéseket találtak a pszichológiai szükségletek jellemzői és az észlelt stressz, szorongás és depresszió mértéke között. Eredményeik új támpontokat adhatnak a bőrbetegek számára nyújtott pszichoedukáció, tanácsadás, pszichoterápia terén.

#### Kulcsszavak:

alapvető pszichológiai szükségletek –  
pszichés stressz – egészségi állapot –  
atópiás dermatitisz – pikkelysömör –  
keresztmetszeti vizsgálat

### SUMMARY

The Authors examined the degree of satisfaction and frustration of basic psychological needs (autonomy, competence, relatedness) of dermatology outpatients. The study questionnaire were filled out, by 52 dermatology outpatients (22 patients with atopic dermatitis, 30 patients with psoriasis) in the autumn of 2023. In the two patient's groups, the highest level of satisfaction was found at relatedness, followed by validation of competence and the fulfillment of the need for autonomy.

Correlations were found between characteristics of psychological needs and levels of perceived stress, anxiety and depression. The Authors' results may provide new perspectives in the field of psychoeducation, counseling, and psychotherapy for dermatology patients.

#### Key words:

basic psychological needs – psychological  
stress – health status – atopic dermatitis,  
psoriasis – cross-sectional study

Az atópiás dermatitisz és a pikkelysömör pszichofiziológiai bőrbetegségeknek tekinthetők, melyek tünetei megjelenését kiválthatja vagy súlyosbíthatja a pszichés stressz (1-5). A pszichés stressz kifejezést *Selye János* munkásságához köthetjük (6). Fontos megemlítenünk, hogy a stresszválasz kétféle lehet: amikor azt tapasztaljuk, hogy nyereséggel jár egy kihívással megküzdeni, a pozitív stressz vagy eustressz kapcsol be, viszont hogyha úgy ítéljük meg, hogy egy kihívással való szembenézésből baj

származhat, veszélyesnek látjuk azt, akkor indul be a negatív stressz vagy distressz folyamata (7-8). A kettő folyamat testi és lelki megnyilvánulásai részben eltérnek, részben megegyeznek, különböző például, hogy az eustresszre jellemző a pozitív érzelmek dominanciája, öröm és kíváncsiság megjelenése, ugyanakkor a distresszt negatív érzelmek dominanciája, félelem és düh jellemzik (7). Ebben a tanulmányban a distressz hatásaival (mely pszichofiziológiai bőrbetegeknél tünete súlyosbodást okozhat) foglalkozunk

kiemelten. A pszichés stresszkezelés fontosságára utalhat az is, hogy a European Academy of Dermatology and Venereology munkacsoportja 2021-es ajánlásukban (9) olyan módszereket javasoltak, amelyek segíthetnek bőrbetegek számára, akik kaptak kezelést, de mégis életminőség-romlás jeleit mutatják, és javaslaik között megtalálhatunk pszichológiai módszereket is.

Az előzőekben tárgyaltak alapján atópiás dermatitiszes és pikkelysömörös páciensek gyógyításához fontos lehet megtudnunk, hogy milyen lelki jellemzőkkel jár együtt, ha magas a páciensek distressz szintje.

Egy stresszre ható fontos tényező lehet, hogy az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettek-e. Egy 2020-as vizsgálat (10) tanulmányában az észlelt stressz magasabb volt azoknál, akiknek alacsonyabb volt a három pszichológiai alapszükséglet kielégítettsége. A fiziológiai emberi szükségletek mellett alapvető pszichológiai szükségletek is nélkülözhetetlenek az optimális jólléthez (11). Az öndeterminációs elmélet szerint három ilyen szükségletről beszélhetünk: autonómia, kompetencia és kapcsolódás. Az autonómia arra utal, hogy az egyén viselkedése összhangban van hiteles érdekeivel és értékeivel. Ha a személy autonóm módon cselekszik, elkötelezetten és lelkesen tud elmélyedni tevékenységekben, míg az ember konfliktust tapasztalhat, amikor az akaratával ellentétes dolgot tesz. A kompetencia arra az alapvető szükségletünkre vonatkozik, hogy érezzük a hozzáértést, és hogy hatással vagyunk valamire környezetünkben. A kapcsolódás szükséglete alatt azt értjük, amelyet akkor érez az egyén, ha mások törődnek vele, tartozik egy közösséghez, és jelentős tagja egy adott csoportnak (11). Ezeknek a pszichológiai szükségleteknek egyidejű és minél magasabb fokú beteljesülése alapvetően fontos az egyén és az emberi közösségek egészséges működéséhez (12).

Az alapvető pszichológiai szükségletekre vonatkozó kutatási eredmények megerősítik ezek jelentőségét az egyén jóllétére nézve. Ismereteink szerint nem vizsgálták korábban bőrbetegek alapvető pszichológiai szükségleteinek kielégítettségét és frusztrációját, így röviden bemutatunk néhány tapasztalatot a témát illetően egészséges felnőttek, depressziós páciensek, illetve orvostanhallgatók vizsgálatai alapján. *Pietrek és munkatársai* (13) németországi vizsgálatában depressziós páciensekhez képest egészséges felnőtt személyek szignifikánsan magasabb kielégítettség értékekről számoltak be az autonómia, a kapcsolódás és kompetencia szükségletek tekintetében is (illetve a páciensek magasabb frusztrációjáról számoltak be az említett három szükségletnek). Egy 2023-as kutatás (14) során 344 depresszióval diagnosztizált német páciens közül az enyhe tünetekkel rendelkezők magasabb szintű kielégítettséget mutattak a három pszichológiai szükségletet illetően, mint a közepes/súlyos depresszióval diagnosztizáltak (és ha magas volt a frusztrációja a szükségleteknek, több depressziós, szorongásos tünetről számoltak be, illetve alacsonyabb értékeket jelöltek be a fizikális egészség és mentális egészség szempontjából). Orvostanhallgatóknál végzett felmérések során kapcsolatba hozták az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettségét a

rezilienciával. A rezilienciára számos meghatározást olvashatunk, az Amerikai Pszichológiai Szövetség (15) így definiálta a fogalmat: a nehéz vagy kihívásokkal teli élettapasztalatokhoz való sikeres alkalmazkodás folyamata és eredménye, különösen a mentális, érzelmi és viselkedési rugalmasság, valamint a külső és belső igényekhez való alkalmazkodás révén. Kanadai orvostanhallgatók 2019-es felmérése (16) alapján a hallgatók három pszichológiai szükséglet kielégítettségének szintje pozitívan korrelált a pszichés jólléttel és a reziliencia mértékével (és a három szükséglet frusztrációjának mértéke negatívan korrelált a pszichés jólléttel és a reziliencia szintjével). Egy 2020-as vizsgálat (10) eredményei szerint a három szükséglet kielégítettsége ha magas szintű volt orvostanhallgatóknál, akkor alacsony észlelt stressz szintről, illetve a mindfulness/jelentudatosság magas mértékéről számoltak be. Egy 1315 egészséges lengyel dolgozó felnőttel készült felmérés (17) alapján a vizsgált személyeknél a munka iránti elkötelezettség, a foglalkozási éhhatékonyosság pozitív kapcsolatokat mutatott az autonómia, a kompetencia és a kapcsolódás iránti alapszükséglet kielégítettségével (és a három szükséglet frusztrációjának mértéke pedig a munkahelyi kiégés szintjével és az észlelt stressz mértékével mutatott pozitív összefüggéseket). Ezen eredmények alapján érdemes tartottuk felmérni az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettségének és frusztrációjának mértékét atópiás dermatitisz és pikkelysömör pszichofiziológiai bőrbetegségekkel diagnosztizált ambuláns pácienseknél.

## Módszer

### *Résztevők*

A vizsgálatba az SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Ambulanciájának rendelésére érkező, pszoriázissal és atópiás dermatitisszel diagnosztizált betegek közül kértünk fel 18 év feletti személyeket a vizsgálatban való részvételre. A tervezett létszám a vizsgálatához összesen 50 fő volt.

### *A vizsgálat menete*

Az adatokat személyesen, kérdőív segítségével vettük fel, amelyet nyomtatott formátumban kaptak meg a kitöltők. A vizsgálat az SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Ambulanciájának rendelésén történt. A rendelésre érkező betegeket megkérdezte a kutatásban közreműködő kutató (egy alapszakos és egy mesterszakos pszichológushallgató) arról, hogy részt venne-e a kutatásban, majd amennyiben beleegyezésüket adták, a kutatásban közreműködő kutató átadta nekik először a tájékoztatót és a beleegyező nyilatkozatot két példányban, majd a kérdőívsomagot. A kérdőív kitöltése előtt minden esetben először aláírták a beleegyező nyilatkozatot, illetve megtörtént a résztvevők informálása a tájékoztatót adó orvos által, csak ezek után kezdhették el a kitöltést. Az adatfelvétel során a kitöltők bármikor megszakíthatták a részvételt, illetve alkalmuk volt személyesen jelezni, vagy kérdezni esetlegesen felmerülő észrevételeiket, kiigazításukat, kérdéseiket. A kérdőív kitöltése egy résztvevő számára nagyjából 15 percet vett igénybe, melyet követően minden

résztevő odaadta kitöltött kérdőívcsomagját a közreműködő kutatóknak, amit az anonim és bizalmas adatkezelés érdekében egy dobozba helyeztek. Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) 2023.04.03-án megadta a szakmai-etikai engedélyt (ügyiratszám: BM/8221-1 /2023) a vizsgálatunkra.

#### *Vizsgálati eszközök*

A mérések során 7 önbeszámolóson alapuló kérdőívet töltöttek ki a klinika páciensei, ezt kiegészítve egy bőrgyógyász szakorvos által minden személy esetében a betegadatlapon meghatározott BNO-10 diagnózissal (és a tájékoztató orvos ismertette a kutatásban közreműködő kutató számára a vizsgálati személyek bőrbetegségének súlyosságát: SCORAD értéket az atópiás dermatitisszel pácienseknél, és PASI értéket a pikkelysömörrel diagnosztizáltaknál). Általános demográfiai adatokra és egészségügyi állapotra irányuló kérdések: a kérdőívcsomag első elemében általános szociodemográfiai adatokra (nem, életkor, lakóhely jellege, családi állapot, legmagasabb végzettség, foglalkoztatás jellege) vonatkozó kérdések szerepeltek.

1. EQ5D-VAS Kérdőív (18-19): egy vizuális analóg skála, ami az aznapi egészségi állapotot méri. A kérdőív pontszámai 0-tól 100-ig terjednek, ahol a 0 az elképzelhető legrosszabb, a 100 pedig az elképzelhető legjobb egészségi állapotot jelöli.

2. Viszketést mérő skála: egy 0-10 közötti értékeket tartalmazó skála, ami a viszketés erősségét méri (melyen 0=nincs viszketés, 10=az elképzelhető legerősebb viszketés).

3. GAD-2 (General Anxiety Disorder 2-item scale) (20-21): 2 itemet tartalmazó skála a szorongásos jegyek vizsgálására. A kérdőív kitöltésekor a résztvevők négy lehetőség közül választhattak (0=egyáltalán nem, 1=néhány napig, 2=a napok több mint felében, 3=csaknem minden nap) az adott állításra nézve az elmúlt két hétre vonatkozóan. A két állítás a következő volt: (1) Idegesnek, szorongónak, vagy feszültnek érezte magát; (2) Nem volt képes abbahagyni, illetve uralni az aggodalmaskodást.

4. PHQ-2 (Patient Health Questionnaire 2-item scale) (20, 22): 2 itemből álló, depressziós jegyek vizsgálatára szolgáló skála. A kérdőív során a résztvevők négy lehetőség közül választhattak (0=egyáltalán nem, 1=néhány napig, 2=a napok több mint felében, 3=csaknem minden nap) az adott állításra nézve az elmúlt két hétre vonatkozóan. A két állítás a következő: (1) Kevés érdeklődés vagy örömmérségek tevékenységei során; (2) Szomorúság, lehangoltság vagy reménytelenség.

5. Észlelt Stressz Kérdőív (PSS-10) (23-25): a 10 itemet tartalmazó kérdőív a szubjektíven észlelt stressz-szint meghatározására gyakran alkalmazott kérdőív. A válaszadás egy 5 fokú gyakorisági skálán történik (0=soha, 1=szinte soha, 2=néha, 3=elég gyakran, 4=nagyon gyakran válaszlehetőségek), a résztvevők feladata bejelölni azt az értéket, amelyet leginkább magukra vonatkozóan találják. A mérőeszköz kérdései legfőképp az egyén elmúlt egy hónapban megélt stresszhelyzeteinek mennyiségére, a mindennapok kiszámíthatóságára, befolyásolhatóságára

és túlterheltségére vonatkoznak. A kérdőív egy példa kérdése a következő: „Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és stresszesnek?”

6. Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frustrációja Skála (BPNSFS) (26): a 24 tételes mérőeszköz három alapvető pszichológiai szükséglet (autonómia, kompetencia és kapcsolódás) kielégítettségét és frustrációját méri. A válaszadás egy ötfokú Likert-skálán (1= egyáltalán nem értek egyet; 2= nem értek egyet; 3= inkább nem értek egyet; 4= egyet is értek, meg nem is; 5= inkább egyetértek) történik. A kérdőív összesen 6 faktort mér, amelyekhez 4-4 tétel tartozik. Ezen faktorok és az azokhoz kapcsolódó egy-egy példa állítás a következők: autonómia-kielégítettség (pl.: „Úgy érzem, hogy a döntéseim tükrözik azt, amit igazából akarok.”) és frustráció (pl. „Úgy érzem, hogy sok olyan dolgot vagyok kénytelen megcsinálni, amit amúgy magamtól nem választanék.”), kompetencia-kielégítettség (pl. „Biztos vagyok benne, hogy jól meg tudom csinálni a dolgaim.”) és frustráció (pl. „Csalódott vagyok a legtöbb teljesítményemmel kapcsolatban.”), továbbá kapcsolódás-kielégítettség (pl. „Közel állok azokhoz az emberekhez, akik törődnek velem, és akikkel én törődöm.”) és frustráció (pl. „Az a benyomásom, hogy nem kedvelnek azok az emberek, akik fontosak nekem.”). A magasabb pontszám a szükséglet magasabb kielégítettségét vagy frustrációját jelenti az egyes alskálákon.

7. Önegyüttérés Skála (SCS) (27): 26 itemes skála, az önegyüttérés és az önmagunk iránti egészséges attitűd mérésére alkalmas mérőeszköz. Jelen tanulmányban ezen skálával kapcsolatos adatokat nem elemeztünk.

#### *Statistikai eljárások*

Az adatok feldolgozása, értékelése SPSS 17.0 programmal (IBM, Armonk, NY, USA) többek között leíró statisztikák és korrelációs együtthatók számítása, khi-négyzet próba, Student-féle t-próba, egyszempontos varianciaanalízis módszerekkel történt.

## **Eredmények**

A vizsgálatunk kérdőívét 2023.09.27. és 2023.10.27. között összesen 52 bőrgyógyászati járóbeteg töltötte ki, akik közül 22 főt atópiás dermatitisszel, 30 főt pikkelysömörrel diagnosztizáltak. A résztvevők jellemzőit az 1. táblázat részletezi. A teljes mintára nézve a résztvevők átlagéletkora  $44,87 \pm 17$  volt, közülük a leggyakrabban férfiak (61,5%); házasság vagy párkapcsolatban lévők (71,2%); főiskolai, egyetemi, vagy PhD, DLA végzettségűek (32,7%); városban lakók (65,4%); munkavállalók (73,1%) vettek részt a vizsgálatban.

A betegség súlyosságára vonatkozó adatok tekintetében a pikkelysömörös páciensek PASI átlagértéke  $3,29 \pm 5,77$  volt (0-19,6 közötti terjedelemmel); az atópiás dermatitisszel diagnosztizáltak közül 4 fő k.m.n. SCORAD besorolást kapott tüneteire, 13 fő 35-60 közötti pontszámot, 4 fő 60 feletti értéket. A viszketés mértéke szignifikánsan magasabb volt ( $t=2,603$ ;  $p<0,05$ ) a helyi ekcémásoknál ( $3,73 \pm 3,01$ ) mint a pszoriázisosok körében

		<b>Pikkelysömörös járóbeteg</b>	<b>Atópiás dermatiti- szes járóbeteg</b>	<b>Teljes minta</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
Nemek	Férfi	21 (70%)	11 (50%)	32 (61,5%)
	Nő	9 (30%)	11 (50%)	20 (38,5%)
Életkor	Átlag±szórás (terjedelem)	50,77±13,4 (30–71)	36,82±18,33 (18–85)	44,87±17 (18–85)
Családi állapot	Egyedülálló	3 (10%)	8 (36,4%)	11 (21,2%)
	Házaspárkapcsolatban	24 (80%)	13 (59,1%)	37 (71,2%)
	Elvált	2 (6,7%)	–	2 (3,8%)
	Özvegy	1 (3,3%)	1 (4,5%)	2 (3,8%)
Iskolai végzettség	Általános iskola	1 (3,3%)	–	1 (1,9%)
	Szakiskola, szakmunkásképző	8 (26,7%)	3 (13,6%)	11 (21,2%)
	Gimnázium	3 (10%)	5 (22,7%)	8 (15,4%)
	Szakközépiskola	9 (30%)	3 (13,6%)	12 (23,1%)
	Főiskola, egyetem, PhD, DLA	8 (26,7%)	9 (40,9%)	17 (32,7%)
	Hiányzó adat	1 (3,3%)	2 (9,1%)	3 (5,8%)
Lakóhely jellege	Falu	3 (10%)	1 (4,5%)	4 (7,7%)
	Község	4 (13,3%)	1 (4,5%)	5 (9,6%)
	Város	20 (66,7%)	14 (63,6%)	34 (65,4%)
	Megyeszékhely	3 (10%)	5 (22,7%)	8 (15,4%)
	Főváros	–	1 (4,5%)	1 (1,9%)
Foglalkoztatásá- nak jellege	Munkavállaló	23 (76,7%)	15 (68,2%)	38 (73,1%)
	Iskolába/egyetemre jár	–	4 (18,2%)	4 (7,7%)
	Betegállományban van	–	–	–
	Nyugdíjas	5 (16,7%)	3 (13,6%)	8 (15,4%)
	Munkanélküli	1 (3,3%)	–	1 (1,9%)
	Egyéb	1 (3,3%)	–	1 (1,9%)
Betegség súlyossága	PASI érték (átlag±szórás (terjedelem))	3,29±5,77 (0–19,6)	–	–
	SCORAD érték: k.m.n. (n (%))	–	4 (18,2%)	–
	SCORAD érték: 35-60 közötti (n (%))	–	13 (59,1%)	–
	SCORAD érték: 60 feletti (n (%))	–	4 (18,2%)	–
	SCORAD érték: hiányzó adat (n (%))	–	1 (4,5%)	–
Viszketés mértéke	Átlag±szórás (terjedelem)	2,3±2,63 (0–10)	3,73±3,01 (0–9)	2,9±2,86 (0–10)

1. táblázat

A vizsgálatban résztvevő bőrgyógyászati járóbetegek (n=52) jellemzői

(2,3±2,63). Az atópiás dermatitiszes és a pikkelysömörös minta között nem állt fenn szignifikáns különbség a következők tekintetében: nemek aránya, párkapcsolati állapot, végzettség szintje, lakóhely jellege, foglalkoztatás jellege. A pikkelysömörös minta átlagéletkora (50,77±13,4) magasabb volt ( $t=-3,173$ ;  $p<0,01$ ) az atópiás dermatitiszes mintáénál (36,82±18,33).

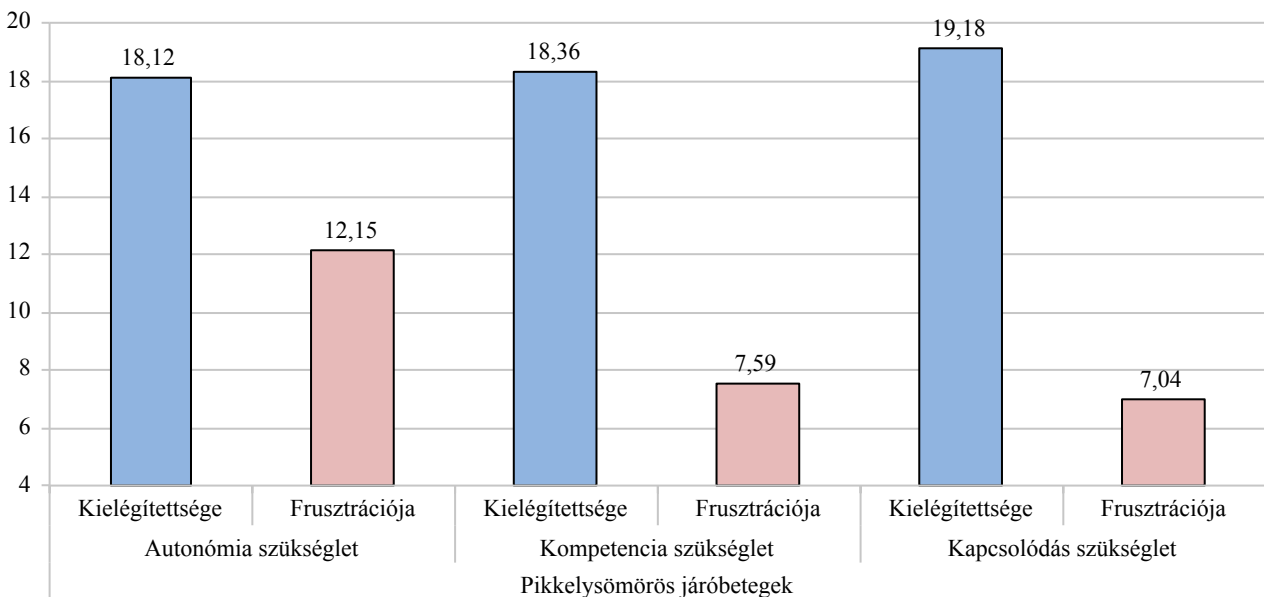
Az alapvető pszichológiai szükségletek jellemzőit a pikkelysömörös résztvevőknél az 1. ábra mutatja.

A három lelki alapszükséglet (autonómia, kompetencia, kapcsolódás) kielégíttségének mértékei szerint egy sorrend rajzolódott ki eredményeinkben a résztvevőknél, illetve ezen szükségleteknek mindennapi életvitelükben tapasztalt frusztráltságában is rangsort tudtunk képezni. Pszoriázisos pácienseknél a pszichológiai alapszükségletek közül a legnagyobb fokú kielégíttség a kapcsolódást jellemezte (pl. „úgy érzem, hogy azok az emberek, akikkel törődök, viszonzzzák a törődést”), majd ezt követően a kompetenciát (pl. „úgy érzem, hogy értek ahhoz, amit csinálom”), és az autonómia teljesülése némileg alacsonyabb értéket kapott (pl. „a döntésem szabadságát érzem azokban a dolgokban, amelyeket elvállalok”). Az alapvető szükségletek frusztrációját illetően fordított sorrendet kaptunk: a pikkelysömörös résztvevők számára az autonómia szükséglet érvényesítése volt a legfrusztráltabb (pl. „a legtöbb dolgot azért csinálom, mert úgy érzem, hogy ezt „kell” tennem”), majd második helyen a kompetencia frusztrációja állt (pl. „bizonytalan vagyok a képességeimmel kapcsolatban”), és a kapcsolódás szükséglet teljesülése járt a legkisebb nehézséggel számukra (pl. „úgy érzem, hogy a számomra fontos emberek távolságtartóak velem”).

Az alapvető pszichológiai szükségletek (autonómia, kompetencia, kapcsolódás) kielégíttségének és frusztrációjának mértékét a helyi ekcémás résztvevőknél a 2. ábra szemlélteti. Ennél a betegcsoportnál is megmutatkozott, hogy melyik lelki alapszükségletet tartották a leginkább kielégítettnek, és melyik érvényesítését találták a legnehezebbnek. A pszichológiai alapszükségletek tekintetében a pikkelysömörös mintához hasonlóan az atópiás dermatitisszel diagnosztizáltaknál is a legnagyobb mértékű kielégíttség a kapcsolódást jellemezte (pl. „kellemesen érzem magam azokkal az emberekkel, akikkel sok időt töltök”), ezt követte a kompetencia érvényesítése (pl. „úgy érzem, hogy a nehéz feladatokkal is sikeresen meg tudok birkózni”), és az autonómia szükséglet beteljesülése kapta a legkisebb értéket (pl. „úgy érzem, hogy azt csinálom, ami tényleg érdekel engem”). Az alapvető szükségletek frusztráltsága mértékének sorrendje is megegyezik a másik betegcsoportéval: a legnagyobb frusztráció az autonómia szükséglet érvényesítéséhez kapcsolódott (pl. „túl sok dolognál érzem azt a nyomást, hogy meg kell csinálnom”), második helyen a kompetenciához (pl. „komoly kétségeim vannak azzal kapcsolatban, hogy jól el tudom látni a teendőim”), és legkisebb mértékben a páciensek a kapcsolódás beteljesülését látták nehéznek (pl. „úgy érzem, hogy nem fogad be az a csoport, ahova tartozni szeretnék”).

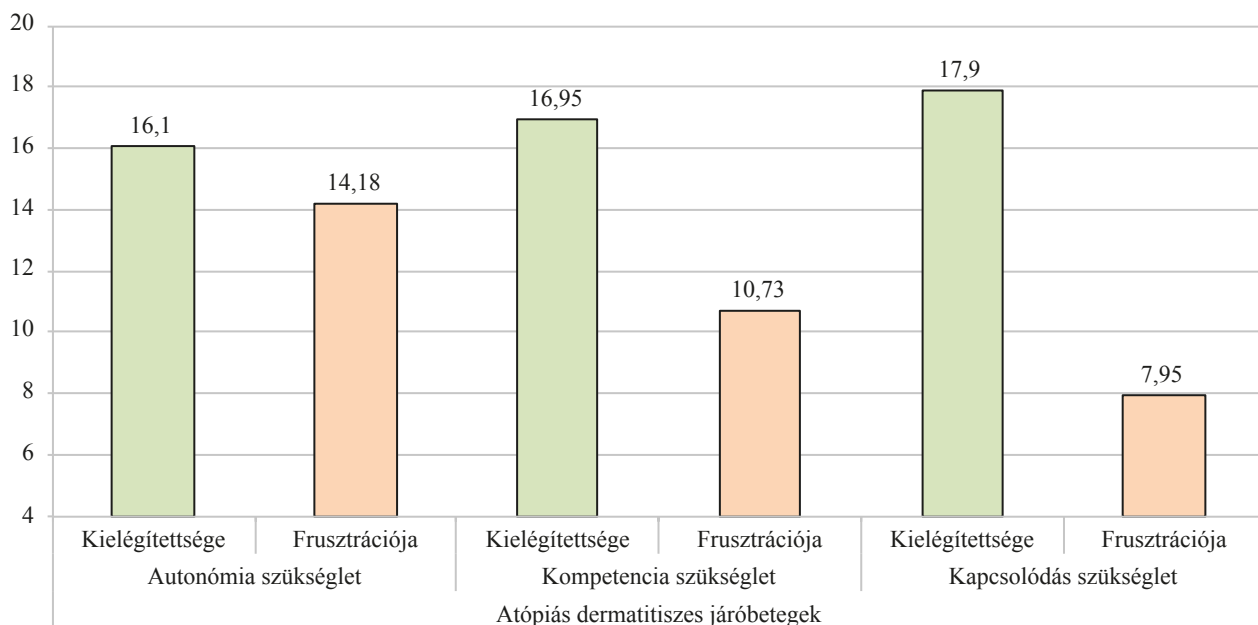
A két betegcsoport között mindhárom alapszükséglet tekintetében szignifikáns eltérést találtunk: a pikkelysömörösök magasabb értékeket értek el a kielégíttségében az autonómia ( $t=-2,551$ ;  $p<0,05$ ), a kompetencia ( $t=-2,126$ ;  $p<0,05$ ) és a kapcsolódás ( $t=-2,132$ ;  $p<0,05$ ) szükségletnek is. A szükségletek frusztrációja jelentősen magasabb volt az atópiás dermatitiszeseknél az autonómia ( $t=2,043$ ;  $p<0,05$ ) és a kompetencia ( $t=2,814$ ;  $p<0,05$ ) terén a pikkelysömörös páciensekhez képest, a kapcsolódás szükséglet frusztráltságában nem volt szignifikáns különbség a két csoport között.

A két betegcsoport között mindhárom alapszükséglet tekintetében szignifikáns eltérést találtunk: a pikkelysömörösök magasabb értékeket értek el a kielégíttségében az autonómia ( $t=-2,551$ ;  $p<0,05$ ), a kompetencia ( $t=-2,126$ ;  $p<0,05$ ) és a kapcsolódás ( $t=-2,132$ ;  $p<0,05$ ) szükségletnek is. A szükségletek frusztrációja jelentősen magasabb volt az atópiás dermatitiszeseknél az autonómia ( $t=2,043$ ;  $p<0,05$ ) és a kompetencia ( $t=2,814$ ;  $p<0,05$ ) terén a pikkelysömörös páciensekhez képest, a kapcsolódás szükséglet frusztráltságában nem volt szignifikáns különbség a két csoport között.



1. ábra  
Pikkelysömörrel diagnosztizált bőrgyógyászati járóbetegek (n=30) alapvető pszichológiai szükségletei kielégíttségének és frusztrációjának átlagértékei





2. ábra

Atópiás dermatisszel diagnosztizált bőrgyógyászati járóbetegek (n=22) alapvető pszichológiai szükségletei kielégítettségének és frusztrációjának átlagértékei

A résztvevők eredményeit az észlelt stressz szintre, a szubjektív egészségi állapotra, illetve a szorongás és a depresszió mértékére vonatkozóan a 2. táblázat illusztrálja. A vizsgált mintán az atópiás dermatitiszes pácienseket szignifikánsan magasabb mértékű ( $t=3,401$ ;  $p<0,01$ ) észlelt stressz szint (19,5 vs. 13,78), alacsonyabb szintű ( $t=-2,401$ ;  $p<0,05$ ) szubjektív egészségi állapot (69 vs. 80,69), magasabb mértékű ( $t=3,102$ ;  $p<0,01$ ) szorongás (2,36 vs. 1) és nagyobb ( $t=2,523$ ;  $p<0,05$ ) depressziós pontérték (1,95 vs. 1,07) jellemezte a pikkelysömörös mintához képest. A GAD-2 skála eredményei által feltételezhetjük, hogy a résztvevők körében 14 szorongó egyén (közülük 9 fő atópiás dermatisszel és 5 fő pikkelysömörrel diagnosztizált), és 38 nem szorongó személy szerepelt. A PHQ-2 skála eredményei által valószínűsíthető, hogy a résztvevők körében 9 depressziós személy (közülük 6 fő atópiás dermatisszel és 3 fő pikkelysömörrel diagnosztizált), és 43 nem depressziós személy szerepelt.

Szignifikáns együttjárásokat a pikkelysömörös mintánál az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettsége és frusztrációja illetve bizonyos más vizsgált tényezők között a 3. táblázat mutatja. A pikkelysömörös mintánál az alapvető pszichológiai szükségletek jellemzői hat változójából négy esetben az észlelt stressz szintjével mutattak jelentős összefüggéseket. Az észlelt stressz szint minél magasabb volt, annál alacsonyabb volt a kielégítettsége a kompetenciának ( $r=-0,705$ ;  $p<0,01$ ) és az autonómiának ( $r=-0,477$ ;  $p<0,05$ ). Az emelkedett stressz szint kapcsolódott a magas frusztrációjához a kapcsolódásnak ( $r=0,659$ ;  $p<0,01$ ) és kompetenciának ( $r=0,513$ ;  $p<0,05$ ). Kiemeljük emellett, hogy a pszoriázis súlyosságára utaló PASI értékek nem mutattak jelentős összefüggéseket az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettségével és frusztrációjával.

Szignifikáns együttjárásokat a helyi ekcémás mintánál az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettsége és frusztrációja illetve bizonyos más vizsgált tényezők között

	Pikkelysömörös járóbetegek	Atópiás dermatitiszes járóbetegek	Teljes minta
	Átlag±szórás	Átlag±szórás	Átlag±szórás
Észlelt stressz szintje (0-40)	13,78±5,94	19,5±6,44	16,35±6,75
Egészségi állapot (0-100)	80,69±12,71	69±18,95	75,65±16,59
Szorongás mértéke (0-6)	1±1,39	2,36±2,04	1,58±1,81
Depresszió mértéke (0-6)	1,07±1,44	1,95±1,59	1,44±1,55

2. táblázat

A vizsgálatban résztvevő bőrgyógyászati járóbetegek (n=52) pszichológiai tényezőkre és szubjektív egészségi állapotra vonatkozó jellemzői

	Életkor	Észlelt stressz szintje	Szorongás mértéke	Depresszió mértéke	Egészségi állapot	Viszketés mértéke	PASI érték
Autonómia kielégítettsége	–	–0,477	–	–	–	–	–
Kompetencia kielégítettsége	–	–0,705	–	–0,492	0,52	–	–
Kapcsolódás kielégítettsége	–	–	–	–	–	–	–
Autonómia frusztrációja	–	–	–	–	–	–	–
Kompetencia frusztrációja	–	0,513	0,523	0,6	–	0,472	–
Kapcsolódás frusztrációja	–	0,659	0,437	0,547	–0,45	0,48	–

3. táblázat

Szignifikáns korrelációk a pikkelysömörös járóbeteg résztvevők (n=30) alapvető pszichológiai szükségleteinek kielégítettsége, frusztrációja és más bizonyos vizsgált tényezők pontszámai között (Pearson korrelációs együtthatók, dőlt betűvel jelölve:  $p < 0,05$ , félkövér betűvel jelölve:  $p < 0,01$ )

a 4. táblázat szemlélteti. A helyi egymás mintánál az alapvető pszichológiai szükségletek jellemzői hat változójából négy esetben az észlelt stressz szintjével és a szorongás mértékével mutattak jelentős összefüggéseket. Az észlelt stressz szint minél magasabb volt, annál alacsonyabb volt a kielégítettsége a kompetenciának ( $r = -0,687$ ;  $p < 0,01$ ) az autonómiának ( $r = -0,649$ ;  $p < 0,01$ ) és a kapcsolódásnak ( $r = -0,599$ ;  $p < 0,01$ ) is. Az emelkedett stressz szint kapcsolódott a magas frusztrációjához az autonómiának ( $r = 0,552$ ;  $p < 0,01$ ). Kiemeljük emellett, hogy egyszempontos varianciaanalízis eredményei alapján az atópiás dermatitisz súlyosságára utaló SCORAD értékek mentén három csoportba sorolt páciensek (1. k.m.n. SCORAD; 2. 35-60 közötti pontszám; 3. 60 feletti érték) között nem voltak szignifikáns eltérések az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettségének és frusztrációjának mértékében.

## Megbeszélés

A stresszkezelés hasznos eszköz lehet pszichofiziológiai bőrbetegek gyógyulásának támogatásához (3). Az atópiás dermatitisz és a pikkelysömör pszichofiziológiai bőrbetegségek, melyek tüneteinek megjelenését kiválthatja vagy súlyosbíthatja a pszichés stressz (1-5). Ennek következtében hasznos lehet megismernünk olyan tényezőket, melyek befolyásolják, hogy mekkora mértékű distressznek van kitéve a páciens. Tanulmányunkban kiemelten foglalkoztunk azzal, hogy az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettsége és frusztrációja hogyan kapcsolódik az észlelt stresszhez.

A pszichológiai alapszükségletek tekintetében a vizsgált pikkelysömörös és atópiás dermatitisszel diagnosztizált járóbetegeknél is a legnagyobb mértékű kielégítettség

	Életkor	Észlelt stressz szintje	Szorongás mértéke	Depresszió mértéke	Egészségi állapot	Viszketés mértéke
Autonómia kielégítettsége	–	–0,649	–0,597	–	–	–
Kompetencia kielégítettsége	–	–0,687	–0,569	–0,558	–	–
Kapcsolódás kielégítettsége	–	–0,599	–0,568	–	–	–
Autonómia frusztrációja	–0,463	0,552	0,728	0,66	–	0,518
Kompetencia frusztrációja	–	–	–	0,506	–	–
Kapcsolódás frusztrációja	–	–	–	–	–	–

4. táblázat

Szignifikáns korrelációk az atópiás dermatitiszes járóbeteg résztvevők (n=22) alapvető pszichológiai szükségleteinek kielégítettsége, frusztrációja és más bizonyos vizsgált tényezők pontszámai között (Pearson korrelációs együtthatók, dőlt betűvel jelölve:  $p < 0,05$ , félkövér betűvel jelölve:  $p < 0,01$ )

a kapcsolódást jellemezte, majd a kompetencia érvényesítése, és ezeket követően az autonómia szükséglet beteljesülése kapta a legkisebb értéket. Az alapvető szükségletek frusztráltsága mértékének sorrendje is hasonló volt a két csoportnál: a legnagyobb frusztráció az autonómia szükséglet érvényesítéséhez kapcsolódott, második helyen a kompetenciához, és legenyhébb mértékben a kapcsolódás beteljesülését látták nehéznek a résztvevők.

Pikkelysömörös pácienseknél az észlelt stressz szint minél magasabb volt, annál alacsonyabb volt a kielégítettsége a kompetenciának és az autonómiának. Emellett az emelkedett stressz szint kapcsolódott a magas frusztrációjához a kapcsolódás és kompetencia szükségleteknek. Az atópiás dermatitiszes mintánál az észlelt stressz szint minél magasabb volt, annál alacsonyabb volt a kielégítettsége mindhárom alapvető pszichológiai szükségletnek. Az emelkedett stressz szint kapcsolódott a magas szintű frusztráltságához az autonómia érvényesítésének. Ezen eredményeink összhangban állnak *Neufeld, Mossière és Malin* (10), valamint *Szulawski és munkatársai* (17) eredményeivel, ahol szintén kimutattak összefüggéseket az észlelt stressz szintje illetve a pszichológiai alapszükségletek kielégítettsége és frusztrációja mértéke között. Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a bőrbetegség súlyossága kapcsán sem a pszoriázisosok PASI értékei, sem a helyi ekcémások SCORAD értékei nem mutattak jelentős kapcsolatokat a pszichológiai alapszükségletek kielégítettsége és frusztrációjának szintjeivel sem.

A depresszió mértékével mutatott negatív összefüggést bizonyos szükségletek kielégítettsége (pszoriázisos csoportnál a kompetencia, helyi ekcémásoknál az autonómia, kompetencia és kapcsolódás esetén). Emellett a depresszió szintjével pozitív kapcsolatban állt bizonyos szükségletek frusztrációja (pikkelysömörösöknél a kompetencia, kapcsolódás, atópiás dermatitiszes csoportnál az autonómia tekintetében). Hasonló megfigyelésekről számoltak be *Pietrek és munkatársai* (13), illetve *Heissel és munkatársai* (14) azt illetően, hogy az alapvető pszichológiai szükségletek jellemzői hogyan kapcsolódnak a depresszió mértékéhez. A szorongás mértékével negatív összefüggést mutatott helyi ekcémásoknál a három pszichológiai alapszükséglet kielégítettsége. A szorongás szinttel pedig pozitív kapcsolatban állt a frusztrációja a kompetencia és a kapcsolódás szükségleteknek pszoriázisosoknál, és az autonómia frusztráltsága atópiás dermatitisziseknél.

Eredményeink megerősíteni látszanak azt, hogy a pszichológiai alapszükségletekkel foglalkozó fejlesztő projektek hasznosak lehetnek az egészségügyben, melyre nézve metaanalízisek olyan megállapításokat tettek, mint például az öndeterminációs elméletekből (melyek részét képezik az alapvető pszichológiai szükségletek) kiinduló projektek képesek fejleszteni egészségviselkedéseket (28), vagy jobb glikémiás kontroll, egészségesebb koleszterinszint elérését, vagy alacsonyabb kitérttség előidézését a füstben lévő karcinogén anyagoknak (29).

A pszichofiziológiai bőrbetegekkel diagnosztizáltak támogatásában a bőrgyógyász mellett pszichológusoknak,

pszichiátereknek és szociális szolgálatoknak is lényeges szerepe lehet (3). Eredményeink alapján atópiás dermatitiszes és pikkelysömörös pácienseknek az alapvető pszichológiai szükségleteinek jellemzői mutattak összefüggéseket az észlelt stressz szintjével, a szorongás és a depresszió mértékével, azonban a bőrbetegség súlyosságával nem rajzolódott ki az említett szükségletekkel jelentős kapcsolat. Ez felhívja a figyelmet a stresszkezelés támogatásának fontosságára a pszichodermatológiai betegségek esetében. A bőrgyógyász részéről ez jelentheti akár alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók (30-31) alkalmazását az orvosi gyakorlatban, amely például magában foglalhat pszichoedukációt a stresszhatásokról és kihívásokkal kapcsolatos pszichés megküzdési stratégiákról. A pszichológiai munkát illetően *Nguyen, Wong és Koo* (32) szerint érdemes a pszichológust vagy pszichiátert a páciensnek a saját személyzet tagjaként bemutatni, mivel ez megnyugtathatja a páciens, és nem fogja azt érezni, hogy elhagyta őt a bőrgyógyásza. Ebből kiindulva szerencsés lehet, ha egy adott bőrgyógyászati egység részlegesen alkalmaz pszichológust. A klinikumban az alkalmazott egészségpszichológia fókuszában a pszichológia alkalmazása áll a testi betegségek megelőzésében és kezelésében (33-34). Jelenleg 27 fő alkalmazott egészségpszichológus és alkalmazott egészség szakpszichológus dolgozik Szegeden az állami egészségügyben, rendkívül sok területen (például sebészeti, fül-orr-gégészeti, szemészeti, belgyógyászati terepeken), többek között a bőrgyógyászati ellátásban is. Az alkalmazott egészségpszichológus egy adott bőrgyógyászati ellátás alkalmazottjaként gyorsan elérhető lelki segítséget nyújthat pszichodermatológiai betegek számára. A stresszkezelés szempontjából a bőrgyógyászok és pszichológusok munkája mellett rendkívül fontos szerepe lehet a pszichiátereknek, illetve pszichoterapeutáknak is. A lelki támogatás nyújtása szempontjából eredményeink szerint a pszichoedukáció, tanácsadás, pszichoterápia témái közé érdemes lehet beemelni az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettséget és frusztrációját a páciens jóllétének növelése érdekében.

#### Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk megköszönni a kutatás adatfelvételében nyújtott segítséget *Jeremiás Donát* mesterszakos pszichológushallgatónak. Köszönjük a vizsgálatok lebonyolításában segítségét az SZTE SZAKK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika alkalmazottai közül *dr. Belső Nórának, dr. Mihályi Lillának, dr. Nagy Gézának, Borbás Leonóranak, Nemes Szilviának, Slávikné Kelemen Adriennek és Széllné Andóczy Balog Mónikának.*

#### IRODALOM

1. *Jafferany, M., Ferreira, BR., Abdelmaksoud, A. és mtsai.*: Management of psychocutaneous disorders: A practical approach for dermatologists. *Dermatol Ther.* (2020) 33(6), e13969. DOI: 10.1111/dth.13969
2. *Mehta, H., Narang, T.*: Evaluation and Approach to Patients with Psychodermatoses. *Clin Dermatol Rev.* (2023) 7(4), 310-318. DOI: 10.4103/cdr.cdr\_3\_22
3. *Jafferany, M., Franca, K.*: Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm Venereol.* (2016) 96(217), 35-37. DOI: 10.2340/00015555-2378

4. *Jafferany, M.*: *Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders*. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. (2007) 9(3), 203-213. DOI: 10.4088/pcc.v09n0306
5. *Koo, JYM., Lee, CS.*: General approach to evaluating psychodermatological disorders. In: Koo, JYM., Lee, CS. (Eds.): *Psychocutaneous medicine* (1–12). Marcel Dekker. (2003).
6. *Selye, J.*: *Életünk és a stress*. Akadémiai Kiadó. (1965).
7. *Csabai, M., Szívós, N.*: Stresszt vagy életet?! – Stresszkezelés. In: Papp, M. (Ed.): *Egészség elvitelre – Minden, amit önmagadért tehetsz* (263-287). Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft. (2021).
8. *Eder, AB., Elliot, AJ., Harmon-Jones, E.*: Approach and Avoidance Motivation: Issues and Advances. *Emot Rev.* (2013) 5(3), 227-229. DOI: 10.1177/1754073913477990
9. *Finlay, AY., Chernyshov, PV., Tomas Aragones, L. és mtsai.*: Methods to improve quality of life, beyond medicines. Position statement of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2021) 35(2), 318-328. DOI: 10.1111/jdv.16914
10. *Neufeld, A., Mossière, A., Malin, G.*: Basic psychological needs, more than mindfulness and resilience, relate to medical student stress: A case for shifting the focus of wellness curricula. *Med Teach.* (2020) 42(12), 1401-1412. DOI: 10.1080/0142159x.2020.1813876
11. *Ryan, RM., Deci, EL.*: *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press. (2017).
12. *Martos, T.*: Motiváció, értékek és társas kapcsolatok: az öndetermináció elméletének alapjai. In: Baritz, SL., Dabóczy, G. (Eds.): *Emberközpontú gazdaság: A Keresztény Társadalmi Elvek a Gazdaságban (KETEG) képzés szakkönyve* (242-255). KETEG Oikonomia Kutató Intézet Alapítvány. (2016).
13. *Pietrek, A., Kangas, M., Kliegl, R. és mtsai.*: Basic psychological need satisfaction and frustration in major depressive disorder. *Front Psychiatry.* (2022) 13, 962501. DOI: 10.3389/fpsy.2022.962501
14. *Heissel, A., Sanchez, A., Pietrek, A. és mtsai.*: Validating the German Short Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale in Individuals with Depression. *Healthcare* (Basel). (2023) 11(3), DOI: 10.3390/healthcare11030412
15. American Psychological Association. Resilience [Internet]. American Psychological Association; 2018 [cited 2024 Jan 3]. Available from: <https://dictionary.apa.org/resilience>
16. *Neufeld, A., Malin, G.*: Exploring the relationship between medical student basic psychological need satisfaction, resilience, and well-being: a quantitative study. *BMC Med Educ.* (2019) 19(1), 405. DOI: 10.1186/s12909-019-1847-9
17. *Szulawski, M., Baka, L., Prusik, M. és mtsai.*: The basic psychological needs satisfaction and frustration scale at work: A validation in the Polish language. *PloS one.* (2021) 16(11), e0258948. DOI: 10.1371/journal.pone.0258948
18. *Coons, SJ., Rao, S., Keininger, DL. és mtsai.*: A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics.* (2000) 17(1), 13-35. DOI: 10.2165/00019053-200017010-00002
19. *Poór, AK.*: *Életminőség- és hasznosság-mérés hazai psoriasisos betegekben* [Doctoral Dissertation]. Semmelweis Egyetem – Központi Könyvtár – Repozitórium: Semmelweis Egyetem. (2018).
20. *Kroenke, K., Spitzer, RL., Williams, JB. és mtsai.*: The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* (2010) 32(4), 345-359. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006
21. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. GAD-7 [Internet]. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners, n.d. [cited 2024 Jan 3]. Available from: [https://www.phqscreener.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7\\_Hungarian%20for%20Hungary.pdf](https://www.phqscreener.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7_Hungarian%20for%20Hungary.pdf)
22. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. PHQ-9 [Internet]. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners, n.d. [cited 2024 Jan 3]. Available from: [https://www.phqscreener.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9\\_Hungarian%20for%20Hungary.pdf](https://www.phqscreener.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/PHQ9_Hungarian%20for%20Hungary.pdf)
23. *Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R.*: A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* (1983) 24(4), 385-396. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136404>
24. *Cole, SR.*: Assessment of differential item functioning in the Perceived Stress Scale-10. *J Epidemiol Community Health.* (1999) 53(5), 319-320. DOI: 10.1136/jech.53.5.319
25. *Martos, T., Filep, O., Fényszárosi, É.*: Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS). In: Horváth, Z., Urbán, R., Kökönyei, G., Demetrovics, Z. (Eds.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (233-237). Medicina Könyvkiadó Zrt. (2021).
26. *Tóth-Király, I., Bóthe, B., Orosz, G. és mtsai.*: Alapvető Pszichológiai Szükségletek Kielégítettsége és Frusztrációja Skála. In: Horváth, Z., Urbán, R., Kökönyei, G., Demetrovics, Z. (Eds.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (56-60). Medicina Könyvkiadó Zrt.; (2021).
27. *Sági, A., Tóth-Király, I.*: Önegyüttértés Skála. In: Horváth, Z., Urbán, R., Kökönyei, G., Demetrovics, Z. (Eds.): *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (218-224). Medicina Könyvkiadó Zrt. (2021).
28. *Ntoumanis, N., Ng, JYY., Prestwich, A. és mtsai.*: A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health Psychol Rev.* (2021) 15(2), 214-244. DOI: 10.1080/17437199.2020.1718529
29. *Ng, JY., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C. és mtsai.*: Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspect Psychol Sci.* (2012) 7(4), 325-340. DOI: 10.1177/1745691612447309
30. *Purebl, G.*: Súlyosan negatív esemény, súlyos akut stressz – A pszichológiai elsősegély. In: Purebl, G. (Ed.): *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban* (53-62). Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft. (2018)
31. *Perczel-Forintos, D., Zinner-Gérecz, Á., Antal-Uram, D.*: Az alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók tankönyve – A pszichés támogatás korszerű eszközei az alapellátásban, a szakellátásban és az iskolában. Medicina Könyvkiadó Zrt. (2023).
32. *Nguyen, TV., Wong, JW., Koo, J.*: Psoriasis and Excessive Stress. In: Nguyen, TV., Wong, JW., Koo, J. (Eds.): *Clinical Cases in Psychocutaneous Disease* (109-113). Springer London. (2014).
33. *Urbán, R.*: *Az egészségpszichológia alapjai*. ELTE Eötvös Kiadó Kft. (2022).
34. *Csabai, M., Papp-Zipernovszky, O., Sallay, V.*: *Pszichológusok a betegellátásban: alkalmazott egészségpszichológiai tanulmányok és esetismertetések*. Szegedi Egyetemi Kiadó. (2022).

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.15.

# Pszichodermatológiai faktorok szerepe a psoriasis háttérben

## Psychodermatological factors in the background of psoriasis

CZURKÓ NATÁLIA DR.<sup>1</sup>, BOZSÁNYI SZABOLCS DR.<sup>1,2</sup>, MEZNERICS FANNI DR.<sup>1</sup>,  
SZLÁVICZ ESZTER DR.<sup>3</sup>, BECSKE MELINDA<sup>4,5</sup>, BOOSTANI MEHDI DR.<sup>1</sup>,  
FARKAS KLÁRA DR.<sup>1</sup>, KASEK ROLAND<sup>4</sup>, FEJES EMESE<sup>5</sup>, BÁNVÖLGYI ANDRÁS DR.<sup>1</sup>,  
LŐRINCZ KENDE DR.<sup>1</sup>, TAKÁCS SZABOLCS DR.<sup>6</sup>, HOLLÓ PÉTER DR.<sup>1</sup>,  
WIKONKÁL NORBERT DR.<sup>1</sup>, LÁZÁR IMRE DR.<sup>7\*</sup>, KISS NORBERT DR.<sup>1\*</sup>

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai  
Klinika, Budapest<sup>1</sup>

Department of Dermatology, Roswell Park Comprehensive Cancer Center, Buffalo<sup>2</sup>  
Pécsi Tudományegyetem KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs<sup>3</sup>

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest<sup>4</sup>

Selye János Doktorandusz Szakkollégium, Budapest<sup>5</sup>

Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézet<sup>6</sup>

Károli Gáspár Református Egyetem, Társadalom- és Kommunikációtudományi Intézet<sup>7</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A psoriasis egy krónikus immunmediált gyulladós betegség, mely gyakran pszichiátriai problémákkal társulhat, mint például a depresszió és a szorongás. Bár eleinte a pszichiátriai rendellenességeket másodlagosnak tekintették, a magas prevalencia mégis arra enged következtetni, hogy a psoriasis és a pszichiátriai betegségek kialakulásában közös patofiziológiai mechanizmusok játszhatnak szerepet. Ezen túlmenően, bizonyos pszichológiai és pszichiátriai kezelések nem csak az életminőséget javíthatják, hanem a psoriasis tüneteit is enyhíthetik. Közleményünk kiemeli a psoriasis pszichodermatológiai aspektusait, összegzi a háttérben szereplő leggyakoribb pszichiátriai problémákat, és bemutatja a pszichoterápiás és pszichotróp kezelések lehetőségét a psoriasis súlyosságának csökkentésére.

#### Kulcsszavak:

psoriasis – pszichodermatológia –  
gyulladós bőrbetegségek

### SUMMARY

Psoriasis is a chronic immune-mediated inflammatory disease that can often be associated with psychiatric problems such as depression and anxiety. Although psychiatric disorders were initially considered secondary, their high prevalence suggests that common pathophysiological mechanisms may be involved in the development of psoriasis and certain psychiatric disorders. Moreover, certain psychological and psychiatric treatments may not only improve quality of life, but also alleviate psoriasis symptoms. This article highlights the psychodermatological aspects of psoriasis, summarizes the most common psychiatric problems in its background and describes the potential of psychotherapeutic and psychotropic treatments to reduce the severity of psoriasis.

#### Key words:

psoriasis – psychodermatology –  
inflammatory skin disorders

A pikkelysömör, más néven psoriasis egy krónikus, poligénes háttérű, immunmediált gyulladós megbetegedés, mely elsősorban a bőrt és az ízületeket érinti és megfelelő felügyelet hiányában kifejezett negatív hatással bír az életminőségre és a mentális állapotra. A pontos epidemiológia Közép-Európában, így Magyarországon sem ismert, de

becslések szerint körülbelül a lakosság 2%-a lehet érintett (2). A nemek szerinti megoszlásban nincs lényegi különbség, a férfiak és a nők aránya közel azonos. Az első tünetek megjelenését illetően megfigyelhető, hogy a betegség kezdete bimodális, az első csúcspont 30-39 éves korra, a második 50-69 éves korra tehető (3). Ez alapján korai (I. típus)

Csoport	Pszichopatológia	Példa
<b>Primer bőrgyógyászati betegségek másodlagos pszichiátriai tünetekkel</b>	A bőrbetegség következtében pszichésen terhelte válik a beteg és az emocionális tünet egyre inkább dominánssá válik a testi panaszokkal szemben	vitiligo, akne, psoriasis
<b>Primer pszichiátriai betegségek bőrtünetekkel</b>	Nincsen bőrgyógyászati alapbetegség a háttérben, a bőrtünetek legtöbbször arteficiálisak, a beteg által generáltak	Ekbom szindróma, dermatitis artefacta, trichotillománia, neurotikus exkoriációk
<b>Pszichofiziológiai bőrbetegségek</b>	A bőrbetegség és a pszichés stressz kapcsolata folyamatos, egymás patomechanizmusát elősegítik és fenntartják	psoriasis, seborrheás dermatitis, alopecia areata, atópiás dermatitis

1. táblázat

Pszichodermatológiai betegségek osztályozása (7)

és késői (II. típus) megjelenésű psoriasist különítünk el. A betegség kialakulásában a genetikai és immunológiai tényezők mellett a pszichoszomatikus faktorok szerepe sem elhanyagolható (4).

A pszichoszomatikus faktorok (pl. krónikus stressz, kötődési zavarok, szociális támogatás hiánya) számos bőrgyógyászati kórképben jelentős szerepet játszanak. Megjelenhetnek a kiváltó okok között, de maga a bőrbetegség is indukálhat következményes szorongást és stresszt, önrontó körként hozzájárulva a kórkép fenntartásához. Ezen témakör tanulmányozásával foglalkozik a pszichodermatológia, mely a bőrgyógyászati betegségek és a lelki folyamatok közötti összefüggést tanulmányozó interdiszciplináris tudományterület. A pszichoszomatikus orvoslás és a pszichodermatológia a bio-pszicho-szociális betegségmodellre támaszkodik (5). A hármas modell alapján egy megbetegedés értelmezésében a biológiai tényezők mellett a pszichológiai és társadalmi összetevők is kulcsfontosságúak. Az elmélet feltételezése, hogy minden hierarchikus rendszerben áll egymással, semmi sem jelenik meg izoláltan, így egy betegség kiváltójaként nem lehet egyetlen okot megjelölni. A hajlamosító, a kiváltó, valamint a fenntartó tényezők együttesen felelősek a betegség kialakulásáért (6).

Bár a pszichodermatológiai rendellenességeknek egyelőre nincs egységes, általánosan elfogadott osztályozási rendszere, legszélesebb körben a *Koo és Lee* által kidolgozott csoportosítás az elfogadott (1. táblázat) (7).

A pszichodermatológiai osztályozás szerint a psoriasis egy pszichofiziológiai állapotnak és másodlagos pszichés tünetekkel járó bőrgyógyászati rendellenességnek tekinthető. Egyrészt a pszichológiai stresszorok valószínűleg fontos szerepet játszanak a psoriasis etiológiájában és a tünetek súlyosbodásában a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely (HPA) és a szimpatikus idegrendszer (SNS) túlzott aktiválódása, diszregulációja és ennek következtében a proinflammatorikus citokinek felszabadulása révén, másrészt a betegség negatív hatással bír az életminőségre és hosszú távon szorongásos, depressziós tüneteket válthat ki.

## A psoriasis pszichopatológiai háttere

A psoriasis pontos patogenezise nem teljesen tisztázott. Bár a betegség genetikai és immunológiai hátteréről egyre többet tudunk, egyes feltételezések szerint a pszichológiai tényezők is fontos szerepet játszhatnak (4) és ez a feltételezett pszichés komponens mind a mai napig tisztázatlan.

A stressz a mindennapjaink része, hatással van mind a mentális, mind a fizikai állapotunkra, azonban nem mindegy, hogy milyen mértékben. A stressz két pályán keresztül képes hatást kifejteni a bőrre: a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengelyen, valamint a szimpatikus idegrendszeren (SNS) keresztül. Szorongást és tartós stresszt követően a felszabadult katecholamin stimulációra a limfociták adrenérg receptorokaikon keresztül stressz-indukált limfocitózis kialakulásával reagálnak. A kortizol és a katecholaminok mellett más hormonok – például CRH (corticotropin-releasing hormon), prolaktin, VIP (vazoaktív intestinalis peptid), SP (szubsztancia-P), CGRP (calcitonin gene-related peptid) – is befolyásolják az immunrendszer működését. A neurotranszmitterek képesek aktiválni a különböző immunsejteket, mint például az antigénprezentáló sejteket, hízósejteket, makrofágokat és a T-helper sejteket és serkentik a proinflammatorikus citokinek felszabadulását, ezáltal gyulladást előidéző környezetet létrehozva a bőrben. Továbbá rontják a bőr barrier funkcióját, hajlamosabbá téve a szervezetet a fertőzésekre, mindezzel tovább súlyosbítva egy esetlegesen fennálló gyulladást (8).

Fontos elkülöníteni az akut és a krónikus stresszt. Míg az akut stressz néhány perctől néhány óráig tart és a szervezet számára kedvező is lehet, segítve az alkalmazkodást és az életben maradáást, addig a krónikus, folyamatosan fennálló stressz a HPA tengely tartós aktivációján keresztül kimeríti a szervezet erőforrásait és káros hatással van az immunrendszerre (9), mely különböző autoimmun és autoinflammatorikus betegségekkel, a psoriasis mellett például az atópiás ekcémával és a colitis ulcerosával hozható összefüggésbe (10). Az érintett páciensek esetében időnként csak akkor derül fény a pszichoszomatikus hát-

térre, mikor a tüneteik és panaszuk a hagyományos bőrgyógyászati kezelésekre nem javulnak a várt mértékben. Ebben az esetben komplex kezelésre lehet szükség a pszichológus, pszichiáter bevonásával.

Több tanulmány kimutatta az összefüggést a tartósan magas stressz szint és a súlyos bőrtünetek között (1, 11). A genetikai hajlam mellett a fizikai, környezeti vagy pszichés stressz is fontos szerepet játszhat a psoriasis patogenezisében és provokálhatja a tünetek megjelenését vagy súlyosbodását a HPA tengely abnormális aktivációján és fokozott gyulladáscsökkentő citokinek termelésén keresztül. További trigger faktorként közrejátszhat a szimpatikus idegrendszer fokozott abnormális aktivációja folytán emelkedett noradrenalin szint, mely szintén főszereplője a citokinek indukálásának, hozzájárulva a bőr gyulladáscsökkentő reakciójának kialakulásához (12). Egy tanulmány alapján a pikkelysömörös betegek több mint 70%-a élt át stresszel járó eseményt az első tünetek megjelenését megelőző 12 hónapban (13). A másik irányból megközelítve a kérdést az is bizonyított, hogy a psoriasis súlyosbodása ronthatja a társbetegségként jelentkező depressziót és szorongást. A gyulladás talaján kialakult depresszió feltételezett oka a triptofán metabolizmusában bekövetkező változás, aminek következtében a szerotonin szintézis helyett más, potenciálisan neurotoxikus vegyületek keletkeznek. A csökkent szerotonin szintézishez társul a fokozott szerotonin lebomlás és kialakul a következményes szerotoninhiány, ami egy bizonyított tényező a depresszióban (12).

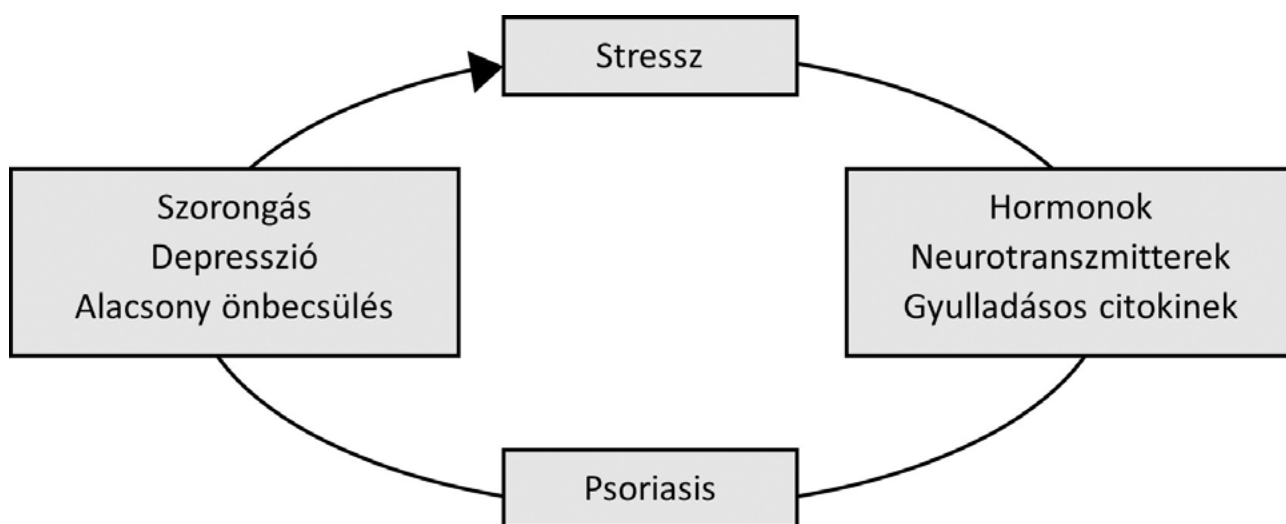
A leírtak alapján a stressz és a psoriasis közötti kapcsolat kétoldalúnak tűnik és egy öfenntartó kör figyelhető meg, hiszen a stressz megjelenhet a psoriasis provokáló tényezőjeként, de egyaránt lehet a betegség következménye is (1. ábra).

A legutóbb megjelent vizsgálatunkban a psoriasis és atópiás ekcémát tanulmányoztuk pszichodermatológiai megközelítésből a pszichopatológiai háttér pontosabb megértése érdekében (14). Kutatásunk középpontjában a

frontális féltekéi lateralizáció vizsgálata állt, aminek jelentőségét az agyféltekék és a kognitív, viselkedési és érzelmi folyamatok közötti kapcsolat adja. A frontális féltekék közötti lateralizáció tanulmányozása a bőrbetegségek és a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatok jobb megértését szolgálja. A pontos pszichodermatológiai mechanizmusok feltárásához vizsgáltuk a féltekéi lateralizációt frontális elektroencefalográfia (EEG) módszer segítségével, a neurovegetatív válaszokat szívfrekvencia-variabilitás (HRV) méréseken keresztül és a pszichometriai jellemzőket pszichológiai tesztek segítségével. Fő eredményünk a psoriasisban szenvedő betegek jelentős jobb oldali prefrontális aktivitása volt az egészséges csoporttal szemben, ami egy fokozott jobb féltekéi dominanciára enged következtetni. Ismert, hogy az erősebb relatív jobb prefrontális aktivitást negatív érzelmekhez, gyermekkori traumákhoz és elkerülő motivációhoz, míg a fokozott bal oldali prefrontális aktivitást pozitív érzelmekhez és megközelítő motivációhoz kötik (15). Másik eredményünk a psoriasis betegcsoportban tapasztalt fokozott szimpatikus idegrendszeri aktivitás volt, ami egy fokozott stresszreakciót jelez és ezáltal rávilágít a kezelés testreszabásának fontosságára. Kutatásunkkal szerettük volna felhívni a figyelmet a fizikai tünetek mellett előforduló pszichés háttérre is, továbbá célunk volt tovább hangsúlyozni a komplex kezelés fontosságát.

### Psoriasis és mentális betegségek

Becslések szerint a pszichiátriai társbetegségek prevalenciája a bőrgyógyászati betegek körében jelentősen magasabb, mint az egészséges populációban, körülbelül 30-60% (1). Kifejezetten magas ez a szám a psoriasisban szenvedő betegek esetében (1, 16). Bár a psoriasisos betegek pszichiátriai zavarait eleinte másodlagosnak tekintették, azonban a magas prevalencia felveti a lehetőségét annak, hogy közös patofiziológiai mechanizmusok játszhatnak szerepet.



1. ábra

Stressz és psoriasis közötti öfenntartó kör (1)

Az egyik legjellemzőbb társuló mentális betegség a depresszió (17). Ennek fő oka a betegség következtében kialakuló negatív önkép, fokozott szorongás, tünetek miatti szégyenérzet és következményes szociális izoláció. Mindez hosszú távon akár klinikailag meghatározott pszichiátriai zavarokhoz is vezethet, mint például major depressziós zavarhoz, szorongásos zavarokhoz, kábítószerrel való visszaéléshez, öngyilkossággal kapcsolatos gondolatokhoz. Az érintett gyermekek esetében a betegség negatívan befolyásolhatja a jellemfejlődésüket és hatással lehet az egészséges önképükre is. A betegség ezáltal jelentős pszichológiai terhet jelent minden korosztály számára.

A psoriasis és a depresszió kapcsolata a mai napig széles körben tanulmányozott téma: a psoriasisal élő páciensek megnövekedett rizikója a depresszió kialakulására jól ismert (17-19), azonban a major depresszió, mint bizonyított trigger faktor a psoriasis kialakulásában, még nem került leírásra. Egy 56 vizsgálat eredményeit összesítő metaanalízis alapján számos hasonlóság fedezhető fel a két kórkép patogenezeise között (20). Mind a psoriasis, mind a depresszió esetében egy immunmediált gyulladási folyamat áll fenn és a psoriasis patomechanizmusában szerepet játszó gyulladási markerek többsége (TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-2, IL-6, IL-10, IL-13, IL-17, IL-23, IL-1 $\beta$ , IFN- $\gamma$ , C-reaktív protein) kimutatható a depresszió patogenezisében is. Ezen felül mindkét kórképben leírták a HPA-tengely hiperaktivitását és a szerotonin, illetve melatonin szintjének csökkenését (20-22). Egy másik vizsgálat során, Akay és munkatársai azt találták, hogy a psoriasisban szenvedő betegek magasabb pontszámot értek el a Beck-féle depressziós skálán és a kapott érték korrelációt mutatott a psoriasis súlyosságával (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) (23). Továbbá Gupta és munkatársai vizsgálataikban szoros összefüggést mutattak ki a depressziós tünetek súlyosbodása és a psoriasis fellángolása között (24, 25). A kettő közötti kapcsolatot tovább erősíti, hogy a stressz és a depresszió kezelése a psoriasis súlyosságának csökkenésével jár (26, 27), illetve fordítva is igaz, hogy a psoriasis hatékony kezelése jelentős javulást eredményez az említett pszichológiai tünetek tekintetében (28). Bár ezen vizsgálatok rávilágítanak a pikkelysömör és a depresszió közötti kétirányú kapcsolat lehetőségére, a feltételezés megerősítése további vizsgálatot igényel.

A depresszió és a szorongás mellett a psoriasisos betegeknél gyakrabban írtak le öngyilkossági gondolatokat is. Egy 18 vizsgálat eredményeit elemző metaanalízis alapján a psoriasisban szenvedő betegek körében nagyobb volt az öngyilkossági hajlam és nagyobb valószínűséggel kíséreltek meg öngyilkosságot az egészséges populációhoz képest (13). Egy tanulmányban a megkérdezettek negyede legalább egyszer érzett halálvágyat, 8%-uk úgy gondolta, hogy nincs értelme az életüknek, és 1,6%-uk megkísérelte az öngyilkosságot betegségük miatt (29).

A betegségnek párkapcsolatot érintő következményei is lehetnek az alacsonyabb önbecsülés és az érzelmi instabilitás miatt, ez magyarázhatja a magasabb válási arányt a betegcsoportban (30). Továbbá a psoriasisos betegek a szexuális életüket érintő nehézségekről is beszámoltak, különösen akkor, ha a betegség a nemi szerveket is érinti (30, 31).

Egy 104 psoriasisos beteget vizsgáló tanulmányban a megkérdezettek több mint 10%-a nem szeretne a jövőben gyermeket vállalni, amennyiben felmerül a betegség megjelenésének lehetősége a következő generációban is (32).

A psoriasisban szenvedő betegek körében gyakrabban fordulnak elő a negatív, önpusztító megküzdési mechanizmusok, mint a fokozott alkoholfogyasztás, dohányzás és szerhasználati visszaélés, melyek hosszú távon függőséghez vezethetnek. Egyes vizsgálatok alapján a napi 50 g mennyiséget meghaladó alkoholfogyasztás és 20 szál cigaretta növeli a psoriasis kialakulásának kockázatát (33).

Úgyszintén megküzdési mechanizmus része lehet a *túlevéses zavar* (*binge eating disorder*), mely a leggyakrabban előforduló evészavar a betegek körében (34).

Személyiségzavarok (leggyakrabban szkizoid, szorongó/elkerülő, függő és kényszeres), szomatiform zavarok, szkizofrénia és egyéb pszichózisok, affektív zavarok (leggyakrabban bipoláris zavar) és alvászavarok szintén összefüggésbe hozhatóak a betegséggel (35).

Összességében tehát a psoriasis jelentős életminőségromlást eredményezhet az érintett betegeknél és akár súlyos pszichiátriai zavarok kialakulásához is vezethet, ami tovább súlyosbítja a fennálló bőrbetegséget egy önrontó kört eredményezhet. A másik irányból vizsgálva a kérdést, az említett pszichiátriai zavarok részt vehetnek a betegség kialakulásában és fellángolásában.

## **Pszichoterápia és pszichotróp gyógyszerek a psoriasis kezelésében**

Az eddig összefoglaltak jól szemléltetik a pszichodermatológiai háttér feltárásának fontosságát a psoriasisban szenvedő betegek körében. Ennek fő célja a betegséghez társuló pszichiátriai zavarok felmérése, kezelési lehetőségek optimalizálása, illetve a holisztikus terápia kidolgozása a társszakmák bevonásával. A pszichiátriai tünetek kezelése nem csak az életminőség szempontjából lényeges, hanem javíthatja az alaptergység lefolyását is.

Egy tanulmány alapján a kognitív viselkedésterápia a stressz csökkentése mellett a psoriasis tüneteiben is javulást eredményezett, a vizsgált betegek több mint felénél >75%-os gyógyulást értek el, ezzel szemben a standard terápiában részesült betegek körében ez a javulás nem volt szignifikáns (36).

Egy másik vizsgálatban a *mindfulness* (tudatos jelenlét) és psoriasis kapcsolatát tanulmányozták. A 8 vagy 12 hetes *mindfulness*-alapú vezetett meditációt követően szignifikáns javulás mutatkozott a PASI index alapján. A relaxáción alapuló pszichoterápia lényege, hogy megtanítsa a pácienseknek figyelmüket célzottan a jelen pillanatra és annak történéseire összpontosítani, illetve tudatosítani gondolataikat és érzelmeiket, anélkül, hogy befolyásolnák vagy elutasítanák őket (37).

Meglehetősen kevés tanulmány vizsgálta eddig a pszichotróp gyógyszerek szerepét psoriasisban és a kettő közötti kapcsolat egyelőre ellentmondásos, ugyanis több esetről beszámoltak, melyben bizonyos antidepresszánsok és hangulatstabilizálók (pl. fluoxetin, bupropion,



	Hatóanyag, terápiás modalitás	Gyógyszercsoport
<b>Psoriasis tüneteit enyhítő antidepresszáns kezelés</b>	moklobemid (44)	MAO-A inhibitor
	tranilcipromin (42)	MAO-A inhibitor
	escitalopram (47)	SSRI
	kognitív viselkedésterápia (36)	
	mindfulness-alapú terápia (37)	
<b>Psoriasis tüneteit súlyosbító antidepresszáns kezelés</b>	fluoxetin (38)	SSRI
	reboxetin (48)	NRI
	bupropion (40)	NDRI
	venlafaxin (48)	SNRI
	lítium (41)	fázisprofilaktikum

2. táblázat

Pszichoterápia és antidepresszáns gyógyszerek a psoriasis kezelésében

lítium) súlyosbították a psoriasis tüneteit (38–41). Azonban a rendelkezésre álló eredmények többsége rávilágít az antidepresszáns kezelés jótékony hatásaira. Biztosabb eredmények a MAO-gátlókkal (tranilcipromin, moklobemid) kapcsolatban állnak rendelkezésre, melyek pozitív hatásúnak bizonyultak mind az alapbetegség lefolyására, mind az életminőségre (42, 43). Alpsy és munkatársai összehasonlították a moklobemiddel és helyi kortikoszteroiddal kezelt betegeket a kizárólag helyi kortikoszteroid terápiában részesült páciensekkel. A kombinált moklobemid+kortikoszteroid kezelés hatására nagyobb fokú javulás volt megfigyelhető a PASI pontszám, a depresszió és a szorongás tekintetében is, mint azoknál a betegeknél, akik csak helyi kortikoszteroid kezelésben részesültek (44). Egy másik vizsgálat alapján az SSRI csoportba tartozó escitalopram szintén javulást eredményezett a tünetek és PASI pontszám alapján (2. táblázat) (45).

A pozitív orvos-beteg kapcsolat – ahol a beteg lehetőséget kap feltárni érzéseit és aggályait – szintén egy fontos faktor lehet a betegség sikeres kezelésében, ugyanis felmérések alapján a páciensek sok esetben úgy érzik, hogy nincs lehetőségük feltenni kérdéseiket és megbeszélni kezelőorvosukkal a betegségükkel kapcsolatban felmerülő aggodalmaikat (46). Emellett nélkülözhetetlen lenne a kezelőorvos részéről az alapbetegség vizsgálatán és kezelésén túl megvizsgálni a psoriasis hatását az életminőségre is a betegek szemszögéből (12). Ez segíthet időben felismerni, hogy szükség van-e a multidiszciplináris megközelítésre és a társzakkák bevonására.

## Összefoglalás

A psoriasis a lakosság kb. 2 %-át érintve egy gyakori gyulladós megbetegedés, amely súlyossága és krónikus jellege miatt jelentős fizikai és pszichológiai terhet jelent a beteg és környezete számára. A betegséggel való együttélés hasonló terhet ró az érintettek, mint más tartósan

fennálló, krónikus állapot, mint például a pangásos szív-élégtelenség és a krónikus tüdőbetegség (49).

A psoriasisal élő páciensekben a depresszió és a szorongás előfordulási gyakorisága lényegesen magasabb, mint az egészségesek körében, és ezek a hangulati zavarok akár fokozhatják a betegség súlyosságát. Áttekintésünk rávilágít a komplex bio-pszicho-szociális interakciókra, azonban az eddigi eredmények alapján nem lehet egyértelműen következtetni arra, hogy a depresszió segíti elő a gyulladás kialakulását, vagy fordítva. Bár a felmérések alapján a legtöbb beteg fel tud idézni valamilyen stresszel járó életeseményt a betegséget megelőző hónapokban és többségük a stresszt egyértelműen a psoriasis kiváltó okaként tartja számon (50), ez önmagában mégsem értelmezhető ok-okozati összefüggés elegendő bizonyítékként. További kutatások szükségesek a psoriasisban szerepet játszó pszichodermatológiai mechanizmusok jobb megértéséhez és ezáltal a kezelési stratégiák tökéletesítéséhez, azonban a psoriasisos betegek személyre szabott kezelésének szükségessége vitathatatlan – a gyógyszeres kezelés pszichológiai gondozással, pszichoterápiával kombinálva nagyobb mértékű javulást eredményezhet az érintetteknek.

### Köszönetnyilvánítás

Köszönjük *Varga Nóra Noémi, Gulyás Lili, Gergely Hunor, Kovács Anikó, Bódi Róbert, Hoffmann Sára, Plázár Dóra, Orbán Gábor és Gombási Ákosnak* a frontális féltekei lateralizáció vizsgálata projektet támogató segítségéért, technikai támogatását és tanácsait. Köszönetet mondunk továbbá a Selye János Doktorandusz Szakkollégiumnak, amely katalizálta ezt a projektet.

### IRODALOM

1. *Foks-Ciekalska A., Jarzab J., Bozek A. és mtsai.*: The vicious circle effect: stress as effect and cause in patients with psoriasis. *Postepy Dermatol Alergol.* (2023) 40(3), 362-367. DOI: 10.5114/ada.2022.120452

2. Pezzolo E., Naldi L.: Epidemiology of major chronic inflammatory immune-related skin diseases in 2019. *Expert Rev Clin Immunol.* (2020) *16*(2), 155-166. DOI: 10.1080/1744666X.2020.1719833
3. Iskandar I. Y. K., Parisi R., Griffiths C. E. M. és mtsai.: Systematic review examining changes over time and variation in the incidence and prevalence of psoriasis by age and gender. *Br J Dermatol.* (2021) *184*(2), 243-258. DOI: 10.1111/bjd.19169
4. Torales J., Echeverria C., Barrios I. és mtsai.: Psychodermatological mechanisms of psoriasis. *Dermatol Ther.* (2020) *33*(6), e13827. DOI: 10.1111/dth.13827
5. Gieler U., Gieler T., Peters E. M. J. és mtsai.: Skin and Psychosomatics – Psychodermatology today. *J Dtsch Dermatol Ges.* (2020) *18*(11), 1280-1298. DOI: 10.1111/ddg.14328
6. Ghosh S., Behere R. V., Sharma P. és mtsai.: Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian Journal of Dermatology.* (2013) *58*(1), 39. DOI: 10.4103/0019-5154.105286
7. Koo J., Lebwohl A.: Psycho dermatology: the mind and skin connection. *Am Fam Physician.* (2001) *64*(11), 1873-1878.
8. Moynihan J., Rieder E., Tausk F.: Psychoneuroimmunology: the example of psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol.* (2010) *145*(2), 221-228.
9. Dhabhar F. S.: Psychological stress and immunoprotection versus immunopathology in the skin. *Clin Dermatol.* (2013) *31*(1), 18-30. DOI: 10.1016/j.clinidmatol.2011.11.003
10. Moon H. S., Mizara A., McBride S. R.: Psoriasis and psychodermatology. *Dermatol Ther (Heidelb).* (2013) *3*(2), 117-130. DOI: 10.1007/s13555-013-0031-0
11. Stewart T. J., Tong W., Whitfeld M. J.: The associations between psychological stress and psoriasis: a systematic review. *International Journal of Dermatology.* (2018) *57*(11), 1275-1282. DOI: 10.1111/ijd.13956
12. Lim D. S., Bewley A., Oon H. H.: Psychological Profile of Patients with Psoriasis. *Ann Acad Med Singap.* (2018) *47*(12), 516-522.
13. Singh S., Taylor C., Kornmehl H. és mtsai.: Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* (2017) *77*(3), 425-440 e422. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.05.019
14. Bozsanyi S., Czurko N., Becske M. és mtsai.: Assessment of Frontal Hemispherical Lateralization in Plaque Psoriasis and Atopic Dermatitis. *J Clin Med.* (2023) *12*(13). DOI: 10.3390/jcm12134194
15. Coan J. A., Allen J. J.: Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. *Biol Psychol.* (2004) *67*(1-2), 7-49. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2004.03.002
16. Kumar S., Kachhawa D., Das Koohal G. és mtsai.: Psychiatric morbidity in psoriasis patients: a pilot study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* (2011) *77*(5), 625. DOI: 10.4103/0378-6323.84074
17. Olivier C., ROBERT P. D., Daihung D. és mtsai.: The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Archives of dermatology.* (2010) *146*(8), 891-895. DOI: 10.1001/archdermatol.2010.186
18. Nicholas M. N., Gooderham M.: Psoriasis, Depression, and Suicidality. *Skin Therapy Lett.* (2017) *22*(3), 1-4.
19. Voorhees A. S. V., Fried R.: Depression and quality of life in psoriasis. *Postgraduate medicine.* (2009) *121*(4), 154-161. DOI: 10.3810/pgm.2009.07.2040
20. Maqbool S., Ihtesham A., Langove M. N. és mtsai.: Neuro-dermatological association between psoriasis and depression: an immune-mediated inflammatory process validating skin-brain axis theory. *AIMS Neurosci.* (2021) *8*(3), 340-354. DOI: 10.3934/Neuroscience.2021018
21. Mozzanica N., Tadini G., Radaelli A. és mtsai.: Plasma melatonin levels in psoriasis. *Acta Derm Venereol.* (1988) *68*(4), 312-316.
22. Kartha L. B., Chandrashekar L., Rajappa M. és mtsai.: Serum melatonin levels in psoriasis and associated depressive symptoms. *Clin Chem Lab Med.* (2014) *52*(6), e123-125. DOI: 10.1515/cclm-2013-0957
23. Akay A., Pekcanlar A., Bozdog K. E. és mtsai.: Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2002) *16*(4), 347-352. DOI: 10.1046/j.1468-3083.2002.00467.x
24. Gupta M. A., Gupta A. K., Kirkby S. és mtsai.: A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors. A study of 127 patients. *Gen Hosp Psychiatry.* (1989) *11*(3), 166-173. DOI: 10.1016/0163-8343(89)90036-4
25. Gupta M. A., Gupta A. K.: Depression modulates pruritus perception. A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. *Ann N Y Acad Sci.* (1999) *885*, 394-395. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08697.x
26. Tohid H., Aleem D., Jackson C.: Major Depression and Psoriasis: A Psychodermatological Phenomenon. *Skin Pharmacol Physiol.* (2016) *29*(4), 220-230. DOI: 10.1159/000448122
27. Matiushenko V. P., Kutasevych Y. F., Havryliuk O. A. és mtsai.: Effectiveness of psychopharmacotherapy in psoriasis patients with associated anxiety and depression. *Dermatol Ther.* (2020) *33*(6), e14292. DOI: 10.1111/dth.14292
28. Menter A., Augustin M., Signorovitch J. és mtsai.: The effect of adalimumab on reducing depression symptoms in patients with moderate to severe psoriasis: a randomized clinical trial. *J Am Acad Dermatol.* (2010) *62*(5), 812-818. DOI: 10.1016/j.jaad.2009.07.022
29. Rapp S. R., Exum M. L., Reboussin D. M. és mtsai.: The physical, psychological and social impact of psoriasis. *J Health Psychol.* (1997) *2*(4), 525-537. DOI: 10.1177/135910539700200409
30. Eghlileb A. M., Davies E. E., Finlay A. Y.: Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Br J Dermatol.* (2007) *156*(6), 1245-1250. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x
31. Rieder E., Tausk F.: Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol.* (2012) *51*(1), 12-26. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2011.05071.x
32. Ramsay B., O'Reagan M.: A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol.* (1988) *118*(2), 195-201. DOI: 10.1111/j.1365-2133.1988.tb01774.x
33. Meyer N., Viraben R., Paul C.: [Addictions and psoriasis: an example of the dermatologist's implication in preventive medicine?]. *Ann Dermatol Venereol.* (2008) *135 Suppl 4*, S259-262. DOI: 10.1016/S0151-9638(08)70545-3
34. Basavaraj K. H., Navya M. A., Rashmi R.: Stress and quality of life in psoriasis: an update. *Int J Dermatol.* (2011) *50*(7), 783-792. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2010.04844.x
35. Ferreira B. I., Abreu J. L., Reis J. P. és mtsai.: Psoriasis and Associated Psychiatric Disorders: A Systematic Review on Etiopathogenesis and Clinical Correlation. *J Clin Aesthet Dermatol.* (2016) *9*(6), 36-43.
36. Fortune D. G., Richards H. L., Kirby B. és mtsai.: A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol.* (2002) *146*(3), 458-465. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2002.04622.x
37. Bartholomew E., Chung M., Yeroushalmi S. és mtsai.: Mindfulness and Meditation for Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther (Heidelb).* (2022) *12*(10), 2273-2283. DOI: 10.1007/s13555-022-00802-1
38. Hemlock C., Rosenthal J. S., Winston A.: Fluoxetine-induced psoriasis. *Ann Pharmacother.* (1992) *26*(2), 211-212. DOI: 10.1177/106002809202600215
39. Tamer E., Gur G., Polat M. és mtsai.: Flare-up of pustular psoriasis with fluoxetine: possibility of a serotonergic influence? *J Dermatolog Treat.* (2009) *20*(3), 1-3. DOI: 10.1080/09546630802449096
40. Cox N. H., Gordon P. M., Dodd H.: Generalized pustular and erythrodermic psoriasis associated with bupropion treatment. *Br*

- J Dermatol. (2002) *146*(6), 1061-1063. DOI: 10.1046/j.1365-2133.2002.04679.x
41. *Basavaraj K. H., Ashok N. M., Rashmi R. és mtsai.*: The role of drugs in the induction and/or exacerbation of psoriasis. *Int J Dermatol.* (2010) *49*(12), 1351-1361. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2010.04570.x
  42. *Di Prima T., De Pasquale R.*: [Use of an MAO inhibitor in the treatment of psoriasis vulgaris]. *G Ital Dermatol Venereol.* (1989) *124*(9), 419-420.
  43. *Eskeland S., Halvorsen J. A., Tanum L.*: Antidepressants have Anti-inflammatory Effects that may be Relevant to Dermatology: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* (2017) *97*(8), 897-905. DOI: 10.2340/00015555-2702
  44. *Alpsoy E., Ozcan E., Cetin L. és mtsai.*: Is the efficacy of topical corticosteroid therapy for psoriasis vulgaris enhanced by concurrent moclobemide therapy? A double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol.* (1998) *38*(2 Pt 1), 197-200. DOI: 10.1016/s0190-9622(98)70240-3
  45. *D'Erme A. M., Zanieri F., Campolmi E. és mtsai.*: Therapeutic implications of adding the psychotropic drug escitalopram in the treatment of patients suffering from moderate-severe psoriasis and psychiatric comorbidity: a retrospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2014) *28*(2), 246-249. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2012.04690.x
  46. *Koo J.*: Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatologic clinics.* (1996) *14*(3), 485-496. DOI: 10.1016/s0733-8635(05)70376-4
  47. *Basavaraj K. H., Ashok N. M., Rashmi R. és mtsai.*: The role of drugs in the induction and/or exacerbation of psoriasis. *International journal of dermatology.* (2010) *49*(12), 1351-1361. DOI: 10.1111/j.1365-4632.2010.04570.x
  48. *Akpınar A., Ceyhan M. A., Yaman A. R.*: Psoriasis triggered by bupropion in a patient with major depression. *Psychiatry and Behavioral Sciences.* (2013) *3*(4), 186. DOI: 10.5455/jmo-od.20130905044624
  49. *Greb J. E., Goldminz A. M., Elder J. T. és mtsai.*: Psoriasis. *Nat Rev Dis Primers.* (2016) *2*, 16082. DOI: 10.1038/nrdp.2016.82
  50. *Snast I., Reiter O., Atzmony L. és mtsai.*: Psychological stress and psoriasis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* (2018) *178*(5), 1044-1055. DOI: 10.1111/bjd.16116

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.08.

# Onkodermato-pszichológiai szempontok a klinikai gyakorlatban

## Psycho-dermato-oncology aspects in the clinical practice

KOVÁCS PÉTER DR.<sup>1,2</sup>

Országos Onkológiai Intézet, Rehabilitációs Részleg, Onkopszichológiai Munkacsoport  
és Nemzeti Tumorbiológiai Laboratórium, Budapest<sup>1</sup>

Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet,  
Személyiségpszichológia Tanszék, Budapest<sup>2</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

Az onkodermato-pszichológia (psycho-dermato-oncology) a bőr rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek pszichológiai aspektusaival foglalkozó, mind az onkopszichológia, mind pedig az onkodermatológia szakterületéhez is kapcsolódó tudományterület. A daganatos betegek körében a pszichés problémák előfordulása jellemzően nagyobb arányú. A betegség következtében előálló trauma és krízisállapot, valamint a kialakuló pszichoszociális tünetek és pszichopatológiai kórállapotok a beteg életminősége szempontjából kiemelt jelentőségűek. A korszerű, holisztikus szemléletben végzett onkológiai ellátás kiterjed a distressz csökkentésére. Az onkopszichológiai intervenciók, mint például a pszichoedukáció, célzott segítséget jelentenek a betegséggel összefüggésben kialakuló pszichológiai problémák kapcsán.

#### Kulcsszavak:

onkopszichológia –  
onkodermato-pszichológia – distressz –  
onkodermatológia – pszichoedukáció

### SUMMARY

Psycho-dermato-oncology belongs to the scientific field of psycho-oncology, and also to oncodermatology, and could be defined as the management of psychosocial, emotional and behavioural factors associated with the diagnosis of skin cancer and its treatment. Among cancer patients, the occurrence of psychological problems (such as anxiety and depression) is typically higher. Distress, in the context of skin cancer and skin cancer treatment, can be caused by multiple factors and has a significant impact on patients quality of life. Reducing distress is a necessary part and important goal of modern and holistic oncological treatment. Psycho-education for skin cancer patients has been found to be acceptable and effective support in patient adjustment.

#### Key words:

psychooncology –  
psycho-dermato-oncology – distress –  
oncodermatology – psychoeducation

### Pszichológiai problémák előfordulása az onkodermatológia területén

A bőrt érintő tumoros megbetegedések incidenciája folyamatosan emelkedik és az egyik leggyakoribb daganatos diagnózissá vált az utóbbi években. Az általános populációhoz képest a daganatos betegek körében a pszichés problémák előfordulása jellemzően nagyobb arányú és függ többek között az általános fizikai állapottól, a betegség stádiumától, a kezelés típusától, valamint a megjelenő mellékhatásoktól, de a premorbid személyiség pszichológiai állapotától is (1). Onkológiai betegségek kezelése közben általánosságban 25-50%-ban alakulnak ki depressziós tünetek, szorongásos panaszokkal pedig 44%-ban kell számolni az aktív onkológiai ellátás

során és a palliációban részesülő személyek 33%-a szintén érintett (2). Egy nemzetközi, multicentrikus felmérés megállapítása szerint az onkológiai betegek 52%-a jellemezhető magas distresszrel (3,10). A vizsgálatban a fizikális állapottal összefüggésben azt találták, hogy három testi tünet fennállása esetén 80%-nál is nagyobb valószínűséggel kell számolni súlyos szorongással, megnövekvő distresszrel. Különösen magas rizikót jelentenek a funkcióvesztéssel járó betegségek, a funkciózavart okozó onkoterápiás beavatkozások, illetve mellékhatások. Az ilyen változások kritikussá növelhetik a betegben az átélt szorongás mértékét, a szuicid viselkedés valószínűsége is jelentősen megnő.

A melanomás betegek esetében azonosított szorongás és depresszió mértéke, a jelentősen eltérő fizikai ál-

lapotok és kialakuló mellékhatások okán, illetve a betegség előrehaladásával tapasztalható testi változások miatt meglehetősen széles skálán mozog. Klinikailag releváns szorongásértéket az áttekintő vizsgálatok a résztvevők 18-44%-ánál, depressziós tüneteket pedig az esetek 6-28%-ánál figyeltek meg (4). A fokozott szorongás rizikótényezői a női nem, a fiatalabb életkor, a házastárs vagy partner hiánya és az alacsonyabb iskolai végzettség voltak. A fizikai állapot leromlása, a látható testfelszínen azonosított betegség a testképváltozással összefüggésben növelik a szorongás mértékét (5,6). A szorongással összefüggésben továbbá a társas támogatottság hiánya, valamint a negatív kognitív önértékelés, illetve az elkerülő pszichológiai megküzdési stílus bizonyult relevánsnak (7,8).

Melanomás betegek mintájában a betegek közel felénél (47%) a szorongásértékek jelentős növekedését találták, és ez a pszichológiai ellátás fokozott igényével is együtt járt (5,9). A diagnózist követően, pszichológiai/pszichiátriai tünetek kialakulásának vonatkozásában mind a négyhetes, mind az egyéves utánkövetés során jelentős előfordulási értékeket találtak (39%, 42,4%) (10,11). A fej-nyaki régió betegségei, illetve az emlőrákos megbetegedést követően a melanoma esetén szükséges a legnagyobb valószínűséggel számolni pszichológiai tünetek kialakulásával (9). A diagnózisközlés körüli időszak fokozott szorongással jár a melanomás betegek számára, a terápiák mellett és a melanoma stádiumváltozásai során pedig az életminőség romlása, illetve a depresszív tünetképzés erősödik fel (12). Az életminőség jelentős romlása miatt, jellemzően IV. stádiumban, a társas és családi környezet támogatásának jelentősége megnövekszik (13). Az I. és a II. stádium életminőségéhez képest az áttétes betegség során tapasztalható tünetek, funkciózavarok, kezelésekkel összefüggésben kialakuló mellékhatások, valamint például a pénzkereseti lehetőségek esetleges elvesztésének következményével előálló egzisztenciális és megélhetési nehézségek előfordulásával az életminőség jelentős és generalizált leromlása figyelhető meg (14-16). A melanoma progressziójával párhuzamosan megfigyelhető testi változások, a lelki kifáradás (fatigue), fizikai tünetek és mellékhatások, a testképváltozás, az általános aktivitás csökkenése, a társas-társadalmi izolálódás a depresszió kialakulását is jelzik (17, 18).

Egy 456 uveális melanomás beteget vizsgáló tanulmány a hosszú távú nyomonkövetésre és a túlélő-gondozás fontosságára hívja fel a figyelmet. A 60 hónapig tartó nyomonkövetés során azt figyelték meg, hogy az idő előrehaladtával a funkcionális problémák megjelenése, illetve a kiújulástól való félelem fokozódása miatt jelentős mértékben nő a stressz és a depresszió szintje a betegeknél. Az életminőséget jelentős mértékben befolyásoló pszichológiai problémák hatékony megelőzését a folyamatos állapot-monitorozás, kezelésüket pedig a megfelelő időben nyújtott pszichológiai intervenció jelentheti (19).

Melanomás és nem melanomás bőrtumoros betegeket összehasonlító életminőség vizsgálatában azt találták, hogy különbség van a két csoport között abban, hogy a melanomás betegek (65 fő) alapvetően a betegséggel és a

betegség funkcionális következményeivel összefüggésben szignifikánsan leromlottabb általános lelki egészségről számoltak be (GHQ-12 kérdőív), illetve a bőrrel összefüggő életminőséget vizsgáló eszközön a depresszió tekintetében mutattak magasabb értékeket a nem melanomás bőrtumoros betegek csoportjához képest. Ez utóbbi csoport (368 fő) ugyanakkor a bőrrel összefüggő életminőség tekintetében (Skindex-17 tünetleltár) szignifikánsan többféle problémát jelzett, mint a melanomás betegek (20).

Nem melanomás bőrtumoros betegek esetében egy 70 epitheliomás személyt vizsgáló ukrán tanulmány azt találta, hogy az egészséges populációhoz képest magasabb szorongásszinttel és markánsabb depresszív tünetekkel, valamint hipochondriáissal kell számolni. A vizsgált csoporton belül nők esetében gyakrabban voltak obszesszív-kompulzív gondolatok és a hipochondriázis is jelentősebb volt, férfiaknál pedig inkább ellenséges megnyilvánulások, opponáló viselkedés volt gyakrabban megfigyelhető (21). 56 basaliomás személy vizsgáló kutatás során azt találták, hogy a vizsgált nem melanomás bőrtumoros mintában a betegség kiújulásától és a műtétet követő heg méretétől/láthatóságától való aggodalom az, ami a leginkább megjósolja a kialakuló szorongás mértékét és a depresszív tünetek megjelenését (22). A közlemény rámutat a szakszemélyzet, köztük az ápolók kiemelt szerepére a pszichoszociális tünetek és problémák információnyújtás által történő megelőzése tekintetében. Bőrtumoros betegek körében szignifikáns szorongást jelentenek a hegesedéssel kapcsolatos gondolatok és elképzelések, azok számára, akiknek látható helyen (pl.: arcon) történik a műtéti beavatkozás: a hegek, különösen a fejen és a nyakon, megváltoztatják a fizikai megjelenést ez által negatívan befolyásolhatják az önértékelést és egyéb pszichoszociális tényezőkre is hatással van (pl.: testkép stb.). Beteg-beszámolóik összesítése alapján kulcsfontosságúnak tűnik a preoperatív időszakban történő tájékozódás és adekvát tájékoztatás a betegséggel, a műtéttel, illetve a kezelésekkkel összefüggő szubjektív elképzelések és elvárások tekintetében (23).

### **Onkodermato-pszichológiai jelenségek és a szubjektív betegségmegélés**

Az onkodermato-pszichológia (psycho-dermato-oncology) a bőr rosszindulatú daganatos megbetegedéseinek pszichológiai aspektusaival foglalkozó, mind az onkopszichológia, mind pedig az onkodermatológia szakterületéhez is kapcsolódó tudományterület. A szakterület a diagnózisközlés, az onkológiai terápiák, valamint a megjelenő mellékhatások kapcsán kialakuló szorongással, a pszichológiai, pszichoszociális, érzelmi és viselkedéses változásokkal egyaránt foglalkozik (24).

A mindennapos klinikai gyakorlat során nehéz időt szakítani arra, hogy a páciensek szubjektív betegség-megélésével kapcsolatosan, a betegségről alkotott gondolkodásokról, naív/laikus elképzeléseikről és szubjektív betegségelméleteikről tájékozódhasson a szakember. A személy betegségével kapcsolatos megélései, úgynevezett szubjektív betegségélménye sokféle érzelmi összetevőből áll és

változatos képet mutat. Az onkodermatológiai diagnózishoz ráadásul sok leértékelő és hibáztató tévképzet is kapcsolódik: „napozás miatt alakul ki”, „csak ki kell vágni és kész”, „az csupán egy anyajegy”, „már nem is látszik”, „ha kivágták, akkor eltűnt” stb. Az ezekről történő érdemi kommunikáció éppen a devalváló minősítések mentén kialakuló önhibáztatás és az átélt szégyen miatt fokozódó distressz megelőzése is a holisztikus gyógyító szemlélet integráns részét kell, hogy képezze. A bőrdaganatos megbetegedéssel küzdő betegek több szempontból is heterogén csoportot alkotnak: különbség van a betegségek biológiai meghatározottságában (ld.: melanoma – laphámrák – basalioma) és a morbiditási és mortalitási tényezők és kockázatok, tehát a kimenetel és prognózis tekintetében is. Ezek mellett az egyének alapvető lelki megküzdési mechanizmusainak különbözőségei is jelentősek (25). Ezek az eltérések hatással lehetnek például az orvos-beteg kommunikációra és a terápiával való együttműködésre is. Különösen fontos tehát a betegséggel, diagnózissal és a kezeléssel kapcsolatos gondolatokra, fantáziákra rákérdezni és tájékozódni.

A bőr tumoros megbetegedéseinek terápiája során elsődleges a daganatos elváltozások (orvosi) kezelése (pl.: kimetszés), a kiújulás megelőzése és a hosszú távú túlélés elősegítése, támogatása. Előfordul, hogy a sebészi beavatkozás, a plasztikai sebészeti szintű lokális kezelés tulajdonképpen a teljeskörű gyógyultság garanciájaként értelmeződik, pedig a tumormentes állapot fenntartásához további terápiák, valamint hosszútávú állapotkövetés is szükségesek. A testi folyamatok elsődlegessége miatt könnyen elhanyagolódhat a diagnózis okozta pszichés trauma, valamint az aktív onkológiai kezelésekkal összefüggésben eszkalálódó szorongás és a generalizálódó, ez által tulajdonképpen permanensnek tekinthető krízisállapot jelentősége. A distressz mint úgynevezett „hatodik vitális jegy”, fontos állapotjelzője az életminőségnek (26). A korszerű, holisztikus szemléletben végzett onkológiai ellátáshoz kapcsolódó egyik elvárás a gyógyító, tünetcsökkentő hatás elérésén kívül a distressz csökkentésének elősegítése és támogatása, melyhez dedikált szakemberek és pszichoszociális eszközök állnak rendelkezésre. Az onkopszichológiai intervenciók célzott segítséget jelentenek a fizikális, testi kihívásokkal összefüggésben kialakuló pszichológiai problémák kapcsán. A (1) fizikai/fizikális tüneteken (pl.: fájdalom, fáradtság/fatigue, szexuális zavarok stb.) túl a (2) felmerülő érzelmi problémák (pl.: progressziótól, vagy kiújulástól való félelem, reménytelenség, pszichiátriai komorbiditások stb.), (3) a szociális problémák (pl.: megélhetés, lakhatás, munkahely elvesztése, gyermeknevelés, visszaintegrálódás stb.), (4) a családi rendszerben felmerülő problémák, (5) spirituális kérdések (pl.: az élet értelme, ok-keresés, halállal kapcsolatos elképzelések stb.), (6) általános egészségi állapot (pl.: életmód, táplálkozás, testmozgás, dohányzás, addikciók, stressz-kezelés stb.) (7) a kezelőkkel, kezelésekkal, vagy gyógyszerszedéssel kapcsolatos gondolatok és döntések egyaránt célját képezhetik és tárgykörét jelentik az onkodermato-pszichológiai beavatkozásoknak (24).

Distressz megjelenésére és fokozódására a betegút és az aktív onkológiai kezelés bármely szakaszában lehet számítani. Már a diagnózisközlést megelőzően, de utána különösen, a műtéti beavatkozás, de minden más terápia alkalmazása előtt és után, valamint kezelésváltások és kontroll időpontok, képzővizsgálatok kapcsán is növekedhet az átélt feszültség mértéke, fokozódhat a pszichogén tünetképződés, pszichopatológiai kórállapot és karakterpatológias működés provokálódhat. A trauma következtében előálló változás közepette a beteg önmagáról alkotott elképzelésének, önképének és testképének megingását tapasztalhatja, a helyzetet a korábban kitűzött életvezetési elvek feladását és az életcélok esetleges elvesztését is magában hordozza. Az egyén a krízis során értelemszerűen megpróbál megbirkózni a felmerülő pszichológiai kihívásokkal, azonban az adekvát megküzdéshez nem áll rendelkezésére megfelelő lélektani eszköz, korábbi módszerei és mechanizmusai kudarcot vallanak az újszerű helyzetben. Emiatt gyakran nem ritkán irracionális módokon, babonák, naív gondolatok, fantáziák mentén értelmeződik a betegség, vagy a gyógyulás, illetve az állapotrosszabbodás (pl.: „fejben dől el”, betegség mint stigma stb.), de a gyógyulás lehetősége is illuzórikus kontrollérzetet adó teóriák köré szerveződhet („ha ezt és ezt teszem, akkor biztosan meggyógyulok”), vagy éppen önhibáztató büntudati lélektani folyamatok indulnak meg (pl.: „nem gondolkodom eléggé pozitívan”, „az én hibám”).

### **A pszichológiai megküzdés kihívása és a betegdukáció intervenciók jelentősége**

A korábbiakban vázolt jelenségek aláhúzzák a (1) hiteles forrásból történő tájékozódás és az egyéni tájékozottság/betegség-tudatos hozzáállás fontosságát, (2) a megfelelő tájékoztatás (orvos-beteg kapcsolat, kezelőkkel való kommunikáció) szerepét és (3) a hozzátartozók attitűdjének, de a (4) társadalmi-társas kontextus (megfelelő edukáltság) és a betegséghez kapcsolódó narratívák jelentőségét, valamint (5) a pszichológiai segítségnyújtás és a pszichoszociális tényezők megkerülhetetlenségét egyaránt. A felsorolt tényezők a testi-lelki megküzdést és a pszichoszociális jóllétet egyaránt támogatják például az által, hogy javítják a realitás érzékelést és növelik a kontrollérzetet. A tájékoztatás és az információátadás, a pszichoedukáció kulcsfontosságúnak bizonyult az elvégzett vizsgálatok során minden bőronkológiai betegcsoportban és az ellátással való elégedettség a betegség szubjektív megélése szempontjából is meghatározó volt számukra: fokozott szorongás volt megfigyelhető azoknál, akik kevésbé voltak tájékozottak a diagnózisukat illetően és akik úgy érezték, hogy nem magyarázták el megfelelően számukra a diagnózist (27, 28).

A beteg, egyfajta lelki megküzdési stratégiaként, törekszik arra, hogy a vele történő dolgokra logikus, racionális és követhető magyarázatot találjon, hiszen így válhat (talán) számára érthetővé az, hogy miért lett (éppen ő) beteg (szubjektív betegségelmélet, mint egyfajta megküzdési stratégia). A racionalizáció stratégiája által a kontrollérzet

fokozása is elérhető akár érzelmi értelemben (stressz redukció stb.), de a viselkedéses megküzdés elősegítése által is (pl.: napozási szokások megváltoztatása, egészséges életmód bevezetése stb.). Ilyen esetekben értelemszerűen szükséges, hogy például a viselkedéses megküzdés adekvát, de legalábbis semmiképpen se kontraproduktív, tehát az onkomedikális kezelések ellen ható legyen (pl.: el lehet kezdeni enyhe terhelést jelentő testmozgást beépíteni a mindennapi rutinba, de egy maratonfutásra a felkészülést ne a kemoterápiás kezelése alatt kezdje meg a személy, vagy táplálékkiegészítők alkalmazása stb.). Hasonlóan megküzdési módoknak tekinthető az információkeresésen kívül az információ elkerülése is, vagy az izoláció, de a társas támogatás keresése is (29). Bármilyen irányú viselkedésváltozás, legyen az elkerülés, vagy éppen túlzott közelítés az átélt distresszel történő egyéni megküzdést jelezheti a szakembernek, amely megbirkózás lehet aktuálisan adaptív, de a szélsőséges, a tartósság általi rigiditás miatt azonban sokszor maladaptív is. Maladaptív megküzdési stratégiaként tekinthető az is, ha valaki a jól látható bőrelváltozás ellenére sem fordul orvoshoz, vagy csupán a betegség előrehaladottabb állapotában megy el kivizsgálásra. A krízissel való érzelmi megküzdést és a betegség következtében előálló élethelyzethez történő megfelelő és realitáshoz közelítő alkalmazkodást segítheti elő a pszichológiai, onkopszichológiai támogatás.

A sebészi beavatkozás szinte mindig részét képezi az onkodermatológiai kezelésnek. A műtéti beavatkozás általában hatékony terápia és nagy elváltozást az esetek jelentős részében nem okozó intervenció. Előfordul azonban (pl.: orr részleges, vagy teljes eltávolítása, ajak megfelelő sebészi széllel történő műtétje stb.), hogy a bemetszés nagysága esztétikai defekttussal jár, ami markáns funkcionális, illetve életminőségbeli problémát is jelent. Ilyen esetekben a műtetre való felkészülésnek nagy szerepe van. A felkészítés során javasolt lehet tükör használatának a segítségével megmutatni, berajzolni a várható bemetszést, vagy korábbi hasonló beavatkozások eredményéről fotókat mutatni a betegnek. A pszichoedukáció hatása az információgyűjtés/információnyújtás által kontrollérzet erősítésén keresztül realizálódik elsősorban. A sebészi beavatkozások orvosi értelemben vett sikeressége objektív paraméterek mentén kimutatható, de a beteg elégedettsége széles és alapvetően szubjektív spektrumon mozog és sokszor a legkisebb méretű beavatkozások alig észrevehető következményeit kíséri nagyobb egyéni elégedetlenség-érzés, ez által fokozott distressz. Szükséges tehát tájékozódni a beteg saját elgondolásairól, reális vagy éppen irreális elvárásairól. Vizsgálatok során azt is találták, hogy a kevésbé összetett és kiterjedt rekonstrukciós műtétek kapcsán pozitívabb kilátásokat fogalmaztak meg a betegek. Ez azzal a téves elképzeléssel függött össze, hogy a kevésbé bonyolult műtét kevésbé súlyos betegséget jelez. Azt is találták, hogy a hegesezés már önmagában is, függetlenül nemtől, életkortól, a seb láthatóságától, a betegség súlyosságától és egyéb kontrollált tényezőtől, negatív hatással van a pszichoszociális életminőségre, depresszív hangulatot és szorongást okoz,

valamint izolációval és a testkép megváltozásával is jár és ezek által komoly alkalmazkodási kihívásokat támaszt (30). Az önbecsülés szorosan kapcsolódik a testképhez, a hegekkel rendelkező betegek gyakran dűhről, frusztrációról és alacsony önbecsülésről számolnak be. Bőrbetegségekhez gyakran kapcsolódik kínosság és szégyenérzet is, amelyek tovább fokozzák a testképpel, de akár az identitással, önértékeléssel kapcsolatos bizonytalanságot és növelik a kontrollvesztés élményét. Sokszor már a bőr kipirosodása (irradiációt követően mellékhatásként) is negatív érzéseket provokál, amelyek a frusztráció, tehetetlenség és kiszolgáltatottság által depresszív hangulathoz és szorongáshoz vezetnek.

A betegek szubjektív betegség elméletének, a betegséghez kapcsolódó élményeinek és gondolatainak ismerete kapcsolódási lehetőséget nyújt a szakemberek számára is, hogy ez által célzottabb és hatékonyabb kommunikációt folytathassanak. A bőrdaganatos betegségekre, a diagnózisra adott reakciók a krízis tüneteit hordozzák: sokk, félelem, bizonytalanság, aggodalom, büntudat és tehetetlenség (31). A krízisben átélt szorongás elsodró erővel bír, beszűkíti a figyelmet, rontja a kognitív képességeket, befolyásolja az információfeldolgozás kapacitását és módját, illetve érzelmi szempontból kiszolgáltatottságot idéz elő, ami befolyással van a mindennapos tevékenységekre, funkciókra egyaránt, szélsőséges esetben pedig szuicid ideációt is generál (32). Ehhez kapcsolódóan daganatos betegségeknél különösen erőteljesen az élettartammal összefüggő szorongások, félelmek, a halállal kapcsolatos gondolatok és fantáziák is a szubjektív megélés fókuszába kerülnek. A krízisállapot alapvetően átmeneti időszakot jelent, ugyanakkor a kimenetele kettős: eszkálálódása és kezeletlensége esetén az alkalmazkodási zavarok generalizálódnak és a betegnél pszichiátriai kórállapotok rögzülhetnek, a szuicid rizikó is, különösen a diagnózist követő első hat hónapban, megnövekszik (33). Optimális esetben a krízis pozitív kimenetellel zárul, a traumát pszichológiai értelemben vett növekedés követi (poszt-traumás növekedés), amely azt jelzi, hogy a beteg sikeresen integrálni tudja/tudta a betegséget és a betegséggel összefüggő változásokat az élettörténetébe. Pozitív hozadékként tekinthető, hogy a beteg érdemi változtatásokat, preventív célzatú, saját egészségét illető proaktív tényezőket vezet be: pl. rendszeres és tudatosabb naptej használat, napfényes helyek kerülése, nyaralási szokások átalakítása, fokozott figyelem a bőrelváltozásokra, rendszeres testmozgás, átgondolt táplálkozás stb. Egyfajta információ-hordozóként közvetett módon a családjára, vagy a környezetére is hatással lehet: az egészségtudatosabb viselkedést (pl.: bőrvizsgálatok, rákszűrés), és fokozott odafigyelést idézheti elő másokból.

Előrehaladottabb, áttétes betegségek (jellemzően pl. melanoma) esetén a betegek érzelmi támogatási és szupportív ellátási igénye megnő, nagyobb szükségük lesz az állapotukkal kapcsolatos információkra, illetve a részletesebb orvosi tájékoztatásra is (34). A melanoma áttétképző potenciálja magas, a hozzá kapcsolódó szorongás is megnő. A betegségekről való kommunikáció során, de már a

diagnózisközléskor is jelentősége van annak, hogy milyen szóhasználattal találkozik a beteg: a „rák” kifejezés például könnyen katasztrófizáló gondolatokhoz vezet, traumatizál, ezzel együtt a korrekt és transzparens kommunikáció természetesen minden esetben szükséges.

Összehasonlító vizsgálat során megfigyelték, hogy az onkodermatológiai betegséggel küzdők körében a leggyakrabban megjelenő problémák és az előforduló szorongást keltő gondolatok univerzálisan a következők: 1) a rossz diagnózis és félrediaosztizálás eshetőségének kérdése, 2) az alkalmazott onkológiai terápia hatékonysága, 3) alvászavar, 4) a hosszú és sokféle kivizsgálások terhei, 5) nem csillapítható információhiány, 6) növekvő fájdalomérzet, 7) a betegség észlelhető jelei (tapintható csomók), 8) klasszikus terápiás modalitásokkal kapcsolatos féltelmek és elvárások, 9) szorongás a kísérleti fázisban lévő terápiák hatékonyságát illetően, 10) a betegség kiújulásának kérdései és prognózis, 11) mindennapi elfoglaltságok változásai, 12) funkcionális veszteségek (35).

### **Az onko(dermato)-pszichológiai beavatkozás módszerei és lehetőségei**

Alapvetően hiányoznak az egyértelmű módszertani evidenciákat rögzítő kutatási paradigmák az onkopszichológiai ellátást és a lehetséges intervenciókat illetően. Tekintettel arra, hogy a onkológiai betegek közül minden második személynél a kezelési időszak valamely szakaszában klinikai szempontból jelentős distressz alakul ki, a pszichoszociális beavatkozások szerepe az aktuális lélektani állapot, de a hosszú távú túléléshez és rehabilitációhoz kapcsolódó életminőség tekintetében is jelentős. Melanómás betegekkel végzett áttekintő tanulmányok azt találták, hogy az onkopszichológiai intervenciók (jellemzően a pszichoedukációt célzó beavatkozások) érdemben csökkenteni tudták a kialakult szorongás és a betegséghez kapcsolódó distressz mértékét, illetve a depresszív hangulatot (32,34,36). Az onkodermatológiai betegek számára elérhetővé váló új típusú terápiás lehetőségekhez kapcsolódóan megjelenő pszichológiai problémák és onkopszichológiai kihívások további és folyamatos vizsgálatokat kívánnak. Mindazonáltal általánosságban az onkodermatológiai betegségek kapcsán megállapítható, hogy a kialakuló pszichoszociális nehézségek miatt minden enyhén szorongó, alacsony társas támogatottsággal rendelkező, evési- alvási- vagy egyéb funkcionális problémát jelző betegnek (de akár hozzátartozónak is) függetlenül a diagnosztizálható pszichopatológiai kórállapot meglététől, hasznos lehet a betegségük kapcsán a pszichoedukáció és a pszichoszociális támogatás, de hatékony erőforrást jelenthet számukra az önsegítő és stresszcsökkentő technikák (relaxáció, autogén tréning stb.) elsajátítása és a vonatkozó hiteles szakmai anyagok áttekintése is. Bár a klinikailag jelentős pszichológiai kórállapotokban a megfelelő segítséget a szakember (szakpszichológus, pszichiáter) bevonása jelentheti, a szubklinikai problémák esetén a támogatás sokszor nem kíván meg szakképzettséget, csupán odafigyelést, együttérzést, figyelmet és türelmet.

Rutin pszichoszociális szűrővizsgálatok alkalmazásával hatékonyan azonosíthatók a pszichés problémákra érzékeny személyek, így ők célzottan már az orvosi ellátás elejétől kezdve pszichológiai támogatásban részesülhetnek, megelőzendő a tünetek további eszkalálódását. A szűrést vizuális analóg skálákkal, vagy célzott tünetspecifikus vagy általános pszichológiai és életminőség kérdőívekkel is gyorsan el lehet végezni [pl.: Distressz Termométer / Distress Thermometer (37), Skin Cancer Index (38), Kórházi Depresszió és Szorongás Skála / Hospital Anxiety and Depression Scale – QIQ C30 (39), FACT-M (40)]. Fontos, hogy ezzel együtt tulajdonképpen szűrés már az empatikusan végzett orvosi tájékoztató során is történik, hiszen ott nyílik interperszonális és kommunikációs tér arra, hogy a beteg érzelmi reakciói, vagy pszichés állapotával összefüggő panaszai és problémái artikulálódni tudjanak. Kiemelt jelentősége van tehát annak, hogy az orvosi vizsgálat során a klinikus rákérdezzen az érzelmi jólétre, hiszen a betegek jellemzően nem merik (adott esetben szégyellik), nem tartják szükségesnek, vagy nem tudják jelezni pszichoszociális életminőségükkel összefüggő nehézségeiket. Bár sokszor a kezdeti pszichológiai tünetek szubklinikai intenzitásúak, a célzott segítség lehetőségét érdemes mégis felajánlani és alkalmazni. Előfordulhat, hogy a kezdeti krízis kihívást jelentő érzelmi reakcióit, a pszichotraumához kapcsolódó aktuális érzelmi sokkot alapvetően ugyan maladaptív, de kezdetben még hatékonynak tekinthető lelki megküzdési mechanizmusok segítségével a személy sikeresen leküzd: komplettálja a szükséges kivizsgálásokat és túl lesz a gyorsan megszerveződő orvosi beavatkozásokon is a pszichés egyensúly megingásának látszata nélkül. A történetekhez kapcsolódó érzelmi élmények az elhúzódó kezeléseknél mentén kezdenek később újra előtérbe kerülni, amelyekkel kapcsolatban az eleinte alkalmazott maladaptív megküzdési lehetőségek a továbbiakban már nem lesznek hatékonyak és a személy kénytelen lelkileg is konfrontálódni az őt ért történésekkel. Ebben a folyamatban a szupportív pszichoterápia eszközei hatékonyan segíthetik a beteget, vagy akár hozzátartozóit is abban, hogy megfelelő módon integrálni tudja ezt az élettörténetileg is jelentős eseményt úgy, hogy később, az orvosi kezelése (gyógyulás) után se okozzon pszichológiai problémákat (ld. poszttraumás stressz betegség).

A pszichológiai támogatás visszautasítása több okból is megtörténhet. Előfordulhat, hogy a személy gyengeségnek véli, akár az érzelmi állapotról való kommunikációt, de akár azt is, hogy a megbirkózáshoz segítséget vegyen igénybe és inkább saját erőforrásaira, családjára stb. apelál. Előfordulhat továbbá, hogy a szubklinikai szintű pszichés panaszok szubjektív panaszmentes megélésben tulajdonképpen indokolatlanná, vagy feleslegessé teszik a pszichológiai segítség igénybevételét. Támogathatja a célzott segítség igénybevételét, ha a kezelőorvos az elérhető pszichológiai támogatásról tájékoztatást nyújt, adott esetben szakembert vagy konkrét elérhetőséget és lehetőséget is megjelöl, beutalót ír.

Módszertani szempontból a pszichoedukációt célzó intervenciókat, illetve a kognitív viselkedésterápiák harma-



dik hullámához tartozó beavatkozásokat (pl.: mindfulness, elfogadás-terápia) találták kifejezetten hatékonyak a fizikai egészséggel kapcsolatos pszichés problémák enyhítésében. Az integratív szemléletű és eklektikus módszertani elemeket alkalmazni tudó terápiás beavatkozások az érzelmi önszabályozás készségének, aktív probléma megoldási stratégiáinak kialakítását, vagy fejlesztését segíthetik elő a páciensek számára (41). Az alkalmazkodás elősegítésében a pszichoterápiás lehetőségeken túl az akár személyes akár online formában megvalósuló önsegítő és támogató csoportok is hatékonyak bizonyultak kifejezetten melanomás betegek körében (42). Az alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások (LIPI – Low Intensity Psychological Interventions) személyhez és helyzethez egyaránt rugalmasan illeszthető, magas terápiás hatást rövid idő alatt elérni kívánó pszichológiai intervenciókat, technikákat (pl. pszichoedukáció, relaxáció, önsegítő technikák) jelentenek. Az alacsony intenzitású beavatkozások jól alkalmazhatók a hagyományos pszichoterápiás rendelői helyzettől eltérő körülmények között (pl. szomatikus kórképekhez társuló pszichés problémák, sürgősség, beteg-együttműködési problémák, szubklinikai állapotok esetén stb.) és adott esetben nem csupán szakpszichológus végezheti őket.

Az onkológiai betegséghez kapcsolódóan megjelenő stressz és szorongás, a felmerülő negatív érzések normatívnak tekinthetők, validálásuk az alkalmazkodást segíti elő. A negatív érzések feltárása, felismerése és kifejezése már önmagában is terápiás hatással bír, a pszichés teher csökkenthető általa. A betegség és az általa bekövetkező változások kiesnek az egyén kontrollja alól, ugyanakkor a kontrollálhatatlan tényezőkre adott reakció és viselkedés választható, terápiásan szervezhető/elősegíthető, támogatható. Az onkopszichológiai ellátás nem az onkológiai betegség pszichoterápia általi gyógyítását célozza, hanem az (ön)reflektivitás elősegítésén keresztül kívánja a beteg megküzdőképességét, alkalmazkodási készségét, érzelmi kapacitását növelni és ez által a realitáson alapuló én-működését támogatni és segíteni (43).

#### IRODALOM

- Hartung T. J., Brähler E., Faller H. és mtsai.: The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer.* (2017) 72, 46–53. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.11.017
- Goerling U., Foerg A., Sander S. és mtsai.: The impact of short-term psycho-oncological interventions on the psychological outcome of cancer patients of a surgical-oncology department – A randomised controlled study. *Eur J Cancer.* (2011) 47, 2009–2014. DOI: 10.1016/j.ejca.2011.04.031
- NCCN – National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines Version 2. 2023-Distress Management (2023) <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=3&id=1431> Accessed: June 27., 2023.
- Wiens L., Schäffeler N., Eigentler T. és mtsai.: Psychological Distress of Metastatic Melanoma Patients during Treatment with Immune Checkpoint Inhibitors: Results of a Prospective Study. *Cancers.* (2021) 13(11), 2642. DOI: 10.3390/cancers13112642
- Loquai C., Scheurich V., Syring N. és mtsai.: Screening for Distress in Routine Oncological Care—A Survey in 520 Melanoma Patients. *PLoS ONE* (2013) 8, e66800. DOI: 10.1371/journal.pone.0066800
- Kasparian N. A., Sansom-Daly U., McDonald R. P., és mtsai.: The nature and structure of psychological distress in people at high risk melanoma: A factor analytic study. *Psychooncology.* (2012) (8), 845–56. DOI: 10.1002/pon.1976
- Roberts N., Czajkowska Z., Radiotis G. és mtsai.: Distress and coping strategies among patients with skin cancer. *J Clin Psychol Med Settings.* (2012) 20(2), 209–14. DOI: 10.1007/s10880-012-9319-y
- Atkinson T. M., Noce N. S., Hay J. és mtsai. Illness-related distress in women with clinically localized cutaneous melanoma. *Ann Surg Oncol.* (2012) 20(2), 675–9. DOI: 10.1245/s10434-012-2635-5
- Meiss F., Loquai C., Weis, J. és mtsai.: Psycho-oncological care of melanoma patients in certified skin cancer centers. *J Dtsch Dermatol Ges.* (2018) 16(5), 576–582. DOI: 10.1111/ddg.13521
- Mehnert A., Brähler E., Faller H. és mtsai.: Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol* (2014) 32(31), 3540–6. DOI: 10.1200/JCO.2014.56.0086
- Kuhnt S., Brähler E., Faller H. és mtsai.: Twelve-Month and Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Cancer Patients. *Psychother Psychosom.* (2016) 85(5), 289–96. DOI: 10.1159/000446991
- Vojvodić, A. R., Dedić, G.: Depression, anxiety and quality of life in patients with melanoma. *Vojnosanit Pregl.* (2020) 77(12), 1318–1322. DOI: <https://doi.org/10.2298/VSP180414185V>
- Beesley V. L., Smithers B. M., Khosrotehrani K. és mtsai.: Supportive care needs, anxiety, depression and quality of life amongst newly diagnosed patients with localised invasive cutaneous melanoma in Queensland, Australia. *Psychooncology.* (2015) 24, 763–70. DOI: 10.1002/pon.3718
- Hinz A., Singer S., Brähler E. European reference values for the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30: Results of a German investigation and a summarizing analysis of six European general population normative studies. *Acta Oncol.* (2014) 53(7), 958–65. DOI: 10.3109/0284186X.2013.879998
- Hamel J. F., Pe M., Coens C. és mtsai.: A systematic review examining factors influencing health related quality of life among melanoma cancer survivors. *Eur J Cancer* (2016) 69, 189–98. DOI: 10.1016/j.ejca.2016.10.008
- Tesio V., Ribero S., Castelli L. és mtsai.: Psychological characteristics of early-stage melanoma patients: a cross-sectional study on 204 patients. *Melanoma Res.* (2017) 27(3), 277–80. DOI: 10.1097/CMR.0000000000000348
- Pereira M. G., Ponte M., Ferreira G. és mtsai.: Quality of life in patients with skin tumors: the mediator role of body image and social support. *Psychooncology.* (2017) 26(6), 815–21. DOI: 10.1002/pon.4236
- Nowe E., Stöbel-Richter Y., Sender A. és mtsai.: Review article: cancer-related fatigue in adolescents and young adults: a systematic review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol.* (2017) 118, 63–9. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2017.08.004
- Brown S. L., Fisher P. L., Hope-Stone L. és mtsai.: Predictors of long-term anxiety and depression in uveal melanoma survivors: A cross-lagged five-year analysis. *Psycho-Oncology.* (2020) 29(11), 1864–1873. DOI: 10.1002/pon.5514
- Sampogna F., Paradisi A., Iemboli M. L. és mtsai.: Comparison of quality of life between melanoma and non-melanoma skin cancer patients. *Eur J Dermatol.* (2019) 29(2), 185–191. DOI: 10.1684/ejd.2019.3523
- Venger O., Zhulkevych I., Mysula Y.: Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer. *Georgian Med News.* (2021) (315), 29–33. PMID: 34365421
- Radiotis G., Roberts N., Czajkowska Z. és mtsai.: Nonmelanoma skin cancer: disease-specific quality-of-life concerns and distress. *Oncol Nurs Forum.* (2014) 41(1), 57–65. DOI: 10.1188/14.ONF.57-65

23. Sobanko J. F., Sarwer D. B., Zvargulis Z. és mtsai.: Importance of physical appearance in patients with skin cancer. *Dermatol Surg.* (2015) *41*(2), 183-188. DOI: 10.1097/DSS.0000000000000253
24. Affleck A. G., Howells L.: *Psycho-Dermato-Oncology: Psychological Aspects of Skin Cancer.* (2021) 151-172. Springer, Cham. DOI: 10.1007/978-3-030-54307-5\_13
25. Kasparian N. A., McLoone J. K., Butow P. N.: Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma: a systematic review of the literature. *Arch dermatol.* (2009) *145*(12), 1415-1427. DOI: 10.1001/archdermatol.2009.308
26. Holland J. C., Wiesel T. W. (2016). *Principles of psycho-oncology.* Holland-Frei Cancer Medicine, 1-6. ISBN-10: 1-55009-213-8
27. Winterbottom A., Harcourt D.: Patients' experience of the diagnosis and treatment of skin cancer. *J Adv Nurs.* (2004) *48*(3), 226-233. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03191.x
28. Dieng M., Butow P. N., Costa D. S. és mtsai.: Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol.* (2016) *34*(36), 4405-4414. DOI: 10.1200/JCO.2016.68.2278
29. Roberts N., Czajkowska Z., Radiotis G. és mtsai.: Distress and coping strategies among patients with skin cancer. *J Clin Psychol Med Settings.* (2013) *20*(2), 209-214. DOI: 10.1007/s10880-012-9319-y
30. Brown B. C., McKenna S. P., Solomon M. és mtsai.: The patient-reported impact of scars measure: development and validation. *Plast Reconstr Surg.* (2010) *125*(5), 1439-1449. DOI: 10.1097/PRS.0b013e3181d4fd89
31. Burdon-Jones D., Thomas P., Baker R.: Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer. *Br J Dermatol.* (2010) *162*(1), 147-151. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09469.x
32. Kovács P., Esperger Zs., Horváth D. és mtsai.: Pszichológiai jelenségek és tünetek, illetve az onkopszichológiai intervenciók lehetőségei a komprehenzív onkológiai ellátás során. *Magy Onkol.* (2021) *65*, 78-88. <https://huon.hu/2021/65/1/0078/0078a.pdf> Accessed: December 30., 2023.
33. Wang S. M., Chang J. C., Weng S. C. és mtsai.: Risk of suicide within 1 year of cancer diagnosis. *Int J Cancer.* (2018) *142*(10), 1986-1993. DOI: 10.1002/ijc.31224
34. Dunn J., Watson M., Aitken J. F. és mtsai.: Systematic review of psychosocial outcomes for patients with advanced melanoma. *Psycho-Oncology.* (2017) *26*(11), 1722-1731. DOI: 10.1002/pon.4290
35. Kaufman H. L., Dias Barbosa C., Guillemin I. és mtsai.: Living with Merkel cell carcinoma (MCC): development of a conceptual model of MCC based on patient experiences. *The Patient.* (2018) *11*(4), 439-449. DOI: 10.1007/s40271-018-0301-0
36. McLoone J., Menzies S., Meiser B. és mtsai.: Psycho-educational interventions for melanoma survivors: a systematic review. *Psycho-Oncology.* (2013) *22*(7), 1444-1456. DOI: 10.1002/pon.3165
37. Cuttillo A., O'Hea E., Person S. és mtsai.: NCCN Distress Thermometer: Cut off points and clinical utility. *Oncol Nurs Forum.* (2017) *44*(3), 329-336. DOI: 10.1188/17.ONF.329-336
38. Rhee J. S., Matthews B. A., Neuburg M. és mtsai.: The skin cancer index: clinical responsiveness and predictors of quality of life. *Laryngoscope.* (2017) *117*(3), 399-405. DOI: 10.1097/MLG.0b013e31802e2d88
39. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* (1983) *67*(6), 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
40. Chernyshov P. V., Lallas A., Tomas-Aragones L. és mtsai.: Quality of life measurement in skin cancer patients: literature review and position paper of the european Academy of dermatology and venereology task forces on quality of life and patient oriented outcomes, melanoma and non-melanoma skin cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* (2019) *33*(5), 816-827. DOI: 10.1111/jdv.15487
41. Dieng M., Kasparian N. A., Mireskandari S. és mtsai.: Psychoeducational intervention for people at high risk of developing another melanoma: a pilot randomised controlled trial. *BMJ open.* (2017) *7*(10), e015195. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015195
42. Banerjee S. C., D'Agostino T. A., Gordon M. L. és mtsai.: „It's Not JUST Skin Cancer”: Understanding Their Cancer Experience From Melanoma Survivor Narratives Shared Online. *Health commun.* (2018) *33*(2), 188-201. DOI: 10.1080/10410236.2016.1250707
43. Riskó Á., Tari A. Egyéni pszichoterápia. *Onkopszichológia a gyakorlatban.* Budapest: Medicina Könyvkiadó (2006) 265–269. ISBN: 9632260171

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.10.

## A tetoválások pszichés háttere

### The psychological background of tattoos

FERENCZ ZSUZSA<sup>1</sup>, TAKÁCS HILDA DR.<sup>2</sup>, BANCSÓK TAMÁS DR.<sup>1</sup>,  
TIZEDES CECÍLIA<sup>1</sup>, GYULAI ROLLAND DR.<sup>1,3</sup>, LENGYEL ZSUZSANNA DR.<sup>1</sup>,  
OSVÁTH PÉTER DR.<sup>2\*</sup>, SZLÁVICZ ESZTER DR.<sup>1\*</sup>

PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika Pécs<sup>1</sup>

PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika Pécs<sup>2</sup>

SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika Szeged<sup>3</sup>

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A testmódosító beavatkozások közül a tetoválások egyre inkább elterjedt jelenségnek minősülnek, annak ellenére, hogy sokan manapság is negatívan viszonyulnak hozzájuk. Az elmúlt évek tanulmányai arra világítanak rá, hogy a tetováltatás motivációja mögött pszichopatológiai eltérések is meghúzódhatnak. Ennek alapján felhívhatják a figyelmet személyiségzavarokra, a testképpel kapcsolatos problémákra, illetve addiktív vagy öndesztuktív viselkedésre. Másik oldalról megvilágítva viszont segíthetnek feldolgozni a traumatikus életeseményeket, közreműködnek a megküzdés folyamatában. Fontos, hogy azoknál a bőrgyógyászati betegeknel, akiknél a tetoválások vagy egyéb testmódosítások halmozottan fordulnak elő, pszichodermatológiai szempontból is járjuk körül az esetet.

#### Kulcsszavak:

tetoválás – pszichiátriai zavarok – addiktív viselkedés – személyiségzavarok – testdiszморfia

#### SUMMARY

Tattooing is a widespread phenomenon, however a lot of people have a negative attitude towards tattoos. The current literature highlights the strong psychological components behind the motivations of tattooing. Motifs on the body may be associated with personality disorders, body dysmorphic disorder (BDD), addictions or self-destructive behaviour. On the other hand, tattooing could help the psychosocial coping with certain traumas. In a dermatological patient with a high number of tattoos, it is important to examine the patient from the point of view of potential psychodermatologic diseases.

#### Key words:

tattooing – psychiatric diseases – addictive behavior – personality disorder – body dysmorphic disorder

A tetoválás, mint testmódosító beavatkozás, egyidős az emberi kultúrával, jelentős társadalmi meghatározottsággal bír. A személyes és közösségi identitás kifejezőjének, beavatási rítusok elemének voltak tekinthetőek, valamint olyan csoportok tagjai is tetováltattak, akik szélsőséges viselkedésükről voltak híresek. Emiatt az emberek nagy részében negatív kép alakult ki a tetoválással kapcsolatban. Tetoválásokkal kapcsolatos stigmatizációt vizsgáló kutatásokban az eredmények azt mutatják, hogy manapság is megosztó jelenségnek számítanak, a növekvő népszerűségük ellenére (1, 2).

A tetoválás folyamata során hígítószer és szilárd részecskék (kadmium, króm, kobaltsók, higany-szulfid) elegyét juttatják a bőr dermális rétegébe, repetitív szúrómozgást végző

tűk segítségével. Az elektromos tetováló gép feje, szorosan egymás mellé helyezett tűkből áll, a tűk számát annak függvényében változtatják, hogy milyen vastag vonalhatást szeretnének elérni. A festékanyag egy tárolóedényből vagy a tetováló gép végén elhelyezett tartályból kerül a tűkre, melyek nem viszik be a teljes festékmennyiséget a bőrbe, így a maradék anyag letörlésre kerül (3). A tetoválás folyamatának módszere évezredek alatt fejlődött az éles csontok, török segítségével történő tetoválástól a kifinomult tetováló gépek használatáig, de a technika lényegében ugyanaz maradt. Ezt mi sem prezentálja jobban, mint a börtönökben készült tetoválások: egy rendelkezésükre álló éles tárgy, illetve bármely forrásból származó festékanyag elegendő ahhoz, hogy megszülessenek a minták (4, 5).

A szakirodalmi adatokat áttekintve, többféle olyan vizsgálat történt, amelyek a tetoválások háttérében álló esetleges pszichopatológiai eltéréseket vette górcső alá. Ezeknek a kutatásoknak az eredményei azonban számos esetben nem voltak egyértelműek, ezért létjogosultak a területen folytatott további vizsgálatok. Tetováltak körében előfordulhatnak addiktív magatartások, személyiségzavarok illetve kockázatvállaló viselkedésre való hajlam, éppen ezért érdemes tetoválás vizsgálatokor pszichés komponensre is gondolni (6-9).

## A tetoválások története

A tetoválásoknak történelmi koronként és kultúránként változó funkciói és jelentései voltak. Számos archeológiai bizonyíték maradt fent, melyek azt bizonyítják, hogy az emberek már a kőkorszakban gyakorolták a tetoválás művészetét (10). A legkorábbi, tetoválásokkal díszített múmia a vélhetően az 5300 éves Ötzi, "a jégember". Radiológiai vizsgálat alapján, a tetovált bőrterületek alatt, az ízületekre osteochondrosis volt jellemző, így a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy ebben a korban a tetoválásokat fájdalomcsillapításra használhatták (11). A "tattoo" szó először *James Cook* naplójegyzete nyomán terjedt el, aki leírta a polinéz őslakosok tetoválási technikáját (12). A polinéz származású maori törzseknél minden családnak volt egy saját moko-ja (arci tetoválás), melyet aláírásként használtak, így a minta igazi képviselője volt identitásuknak (13). A törzsi környezetben a tetováltatás rituálissá tette az egyén felnőtt státuszba való belépését. Attól kezdve, hogy a fiatal kiállta a fájdalompróbát, a csoport teljes jogú tagjává fogadta őt, és részt vehetett a törzs spirituális szertartásain (10). Rómában a rabszolgákat vagy az elítélt bűnözőket jelölték tetoválással, mely a társadalom általi megvetésnek köszönhetően nemcsak fizikai, de morális szenvedéssel is járt (14). Japánban ugyancsak jellemző volt a bűnözők tetoválással történő megjelölése. Idővel a börtönviseltek bűnjeleit nagyobb tetoválásokkal próbálták elfedni, a yakuza bűnözői szervezet kialakulása is ehhez a szokáshoz köthető. A tetoválás elleni tabu a japán gondolkodásban még mindig annyira erőteljes, hogy az ottani törvények megnehezítik a tetoválóművészek munkáját (3, 10, 14). A tetoválást a hétköznapi emberek körében a tengerészek kezdték el népszerűsíteni Európában. A tradicionális motívumokat az őslakosoktól vették át, hamarosan azonban elterjedtek az európai minták, mint a pálmafa, horgony, szív és női alakok (14). A 19. század végén a tetoválás magasabb társadalmi osztályokban is népszerűvé vált, például *Viktória királynőnek* is volt tetoválása. Ekkor kezdett a tetoválás szépségkiegészítővé, az egyéni szabadság képviselőjévé válni (15). A második világháború alatt a koncentrációs táborokban lévő fogvatartottakat tetoválással jelölték, ebben a kontextusban is megbélyegző szerepe volt (4). Később a tetoválás elsősorban szélsőséges csoportok körében váltak népszerűvé, mint rabok, bünszervezeti tagok, motorosok, cirkuszi előadók és katonák (16). Az 1980-as években a testművészet inkább tiltakozó, lázadó szerepet töltött be például egyes szubkultúrák, mint a punkok körében. Egé-

szen az 90-es évekig a tetoválás provokatív jelenség maradt az emberiség szemében (17).

Míg korábban deviánsnak számított, mára a társadalom számottevő része elfogadottnak tartja. Jelenleg óriási népszerűségnek örvend, sőt divatos jelenségnek számít, különösen a fiatalok körében. Európában elterjedtsége elérheti akár a 15-25%-ot (18). Egy nemzetközi online felmérés szerint, mely öt nagyobb országra terjedt ki (Brazília, Kína, Franciaország, Oroszország és Egyesült Államok) a tetoválást viselők általános gyakorisága 18.5% volt. A nők nagyobb számban voltak tetováltak, mint a férfiak és főképpen a 25 és 34 éves korosztály volt érintett (19).

## A tetoválások motivációi

A tetoválások gyakoriságát vizsgálva felvetődik a kérdés, hogy vajon mitől váltak ennyire népszerűvé nap-

Motivációk
1. Szépség, művészet és divat
2. Egyéniség
3. Személyes narratíva
4. Fizikai állóképesség
5. Csoportkapcsolatok és elkötelezettség
6. Ellenállás
7. Spiritualitás és kulturális hagyomány
8. Függőség
9. Szexuális motiváció
10. Konkrét cél nélkül

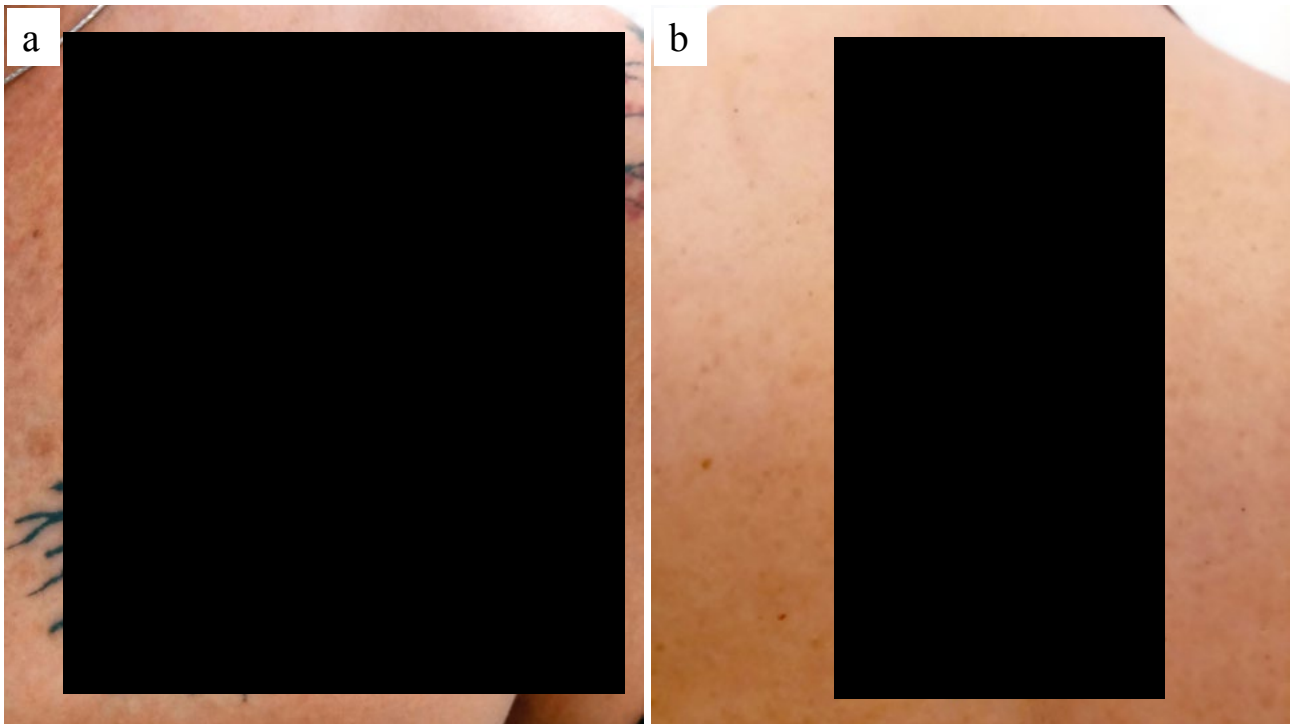
### 1. táblázat

A tetoválások háttérében álló legfontosabb motivációk *Wohlrab és munkatársai* nyomán (20)



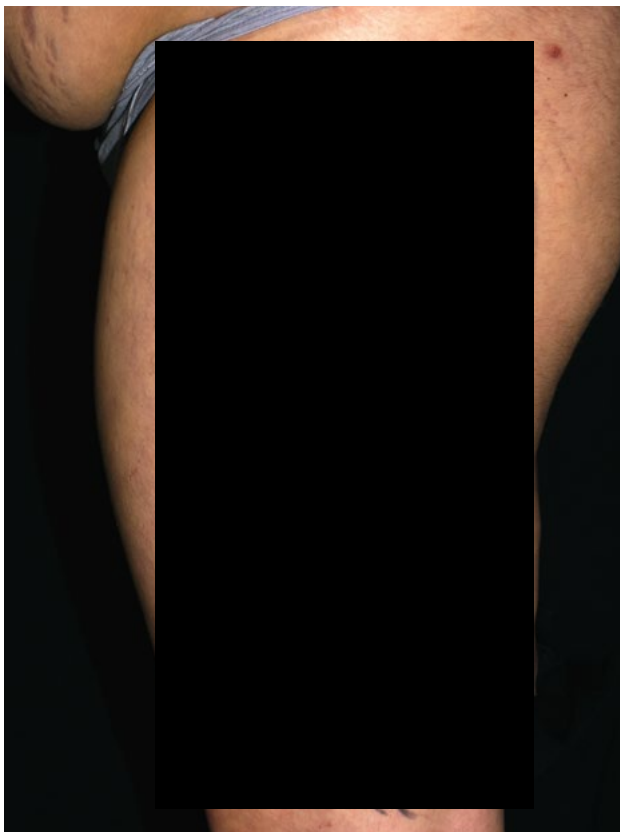
1. ábra

Egy melanoma kapcsán gondozott beteg tetoválása, ahol családja szokatlan, bizarr formában került ábrázolásra



2. a., b. ábra

Spirituális (életfa) illetve vallási motívumok. A hátra rajzolt kereszt egyúttal az élet megpróbáltatásait, nehézségeit is szimbolizálja a bipoláris zavar kapcsán kezelt beteg számára

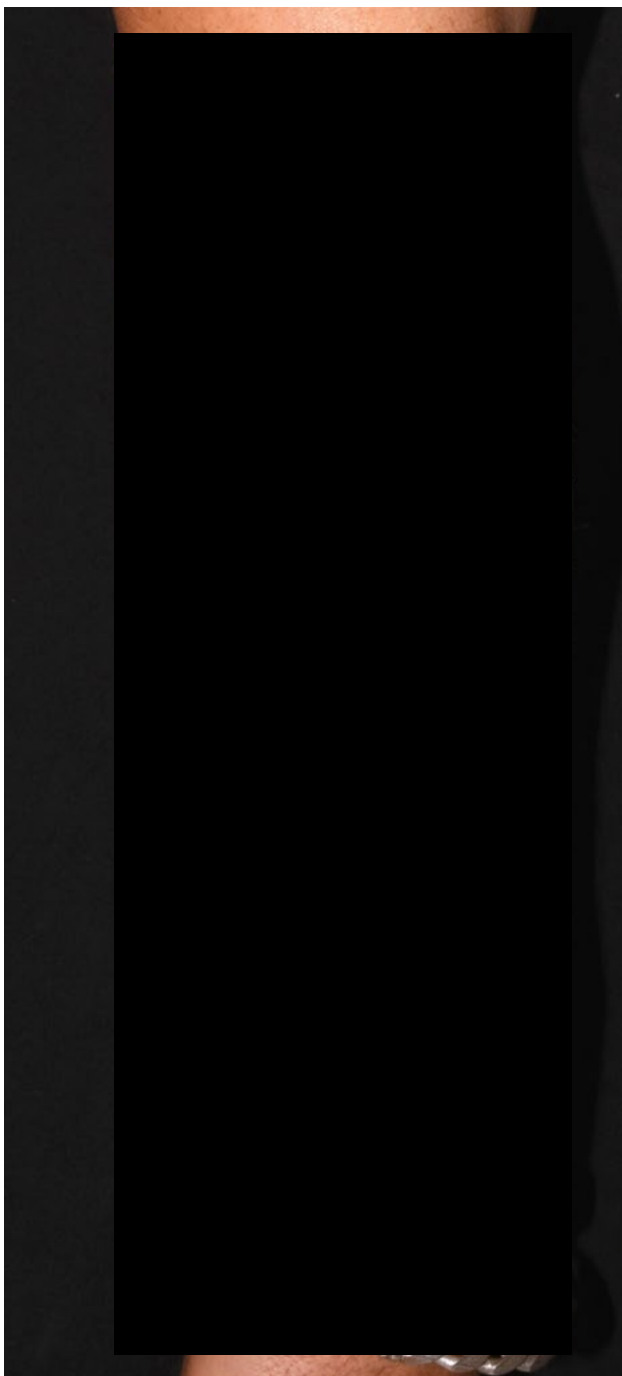


3. ábra

Gésát ábrázoló tetoválás pánikbetegség kapcsán hospitalizált betegnél. A tetoválás egyszerre szolgál esztétikai célt, illetve egy életszakasz elmúlását, lezárulását is jelképezi

jainkban? Mi az, ami arra sarkallja az embereket, hogy elkötelezzék magukat egy minta felé? A tetoválást viselők motivációi között leginkább az alábbiak szerepelhetnek: kommunikatív szempont, esztétikai cél, egyediségre való törekvés, test feletti kontroll, személyes narratíva kifejezése, esetleg csoporthoz való tartozás (1. táblázat). Nagyon gyakoriak a közös tetoválások, melyek barát, családtag vagy szerelem iránti kötődést erősítenek (1. ábra). Olykor a kapcsolati témájú tetoválások viselőjük számára fontos, elhunyt illetőt idéznek meg, emlékéllítő szerepük van. Az önmegerősítő szimbólumok szintén gyakoriak, melyeknek tulajdonosai spiritualitásukat vagy bizonyos kultúrához való kötődésüket hangsúlyozzák (2. a., b. ábra). Sok ember tetoválással kívánja nyomatékosítani, hogy egy bizonyos társadalmi körhöz tartozik, elkötelezte magát egy csoport felé (3. ábra). A fiatalabbakat gyakran a szülők vagy a társadalom elleni tiltakozás és az önrendelkezés gyakorlása motiválja a tetováltatásra. Léteznek szexuális indíttatású tetoválások is, a különböző minták kihangsúlyozhatnak testrészeket, szexuális hajlamokat (20). A tetoválásoknak vannak orvosi alkalmazásai is. Például égési sérülések elfedésére, melldaganatok esetén areoláris rekonstrukcióra, műtéti hegek elfedésére használják őket. Életmentő figyelmeztetésként is funkcionálnak, felhívhatják a figyelmet többek között allergiára vagy malignus hipertermiára (6).

Egyetemi hallgatókkal végzett tanulmányok azt mutatják ki, hogy a leggyakoribb motivációs tényezők között az önkifejezés, egy eseményre való emlékezés, és az esztétika szerepelt, de gyakran előfordult, hogy különösebb indok nélkül tetováltattak. Az idősebb korosztályokkal végzett



4. ábra

Színezett tattoo egy motoros csoporthoz tartozó, tetoválást halmozó páciensen. A karon látható kép játékszenvedélyre utaló motívumokat is tartalmaz.

vizsgálatok is hasonlóan a következőkre jutottak: egyéni önkifejezés, esztétikai cél, életesemények, barátokkal közös tetoválás, illetve szexualitás kifejezése a vezető ok (4. ábra) (21). Összegezve, a szakirodalomban az egyéni motivációk dominálnak, az emberek gyakrabban választanak önmagukhoz kapcsolódó mintát, mint egy csoporthoz való tartozást szimbolizáló tetoválást. Ebből következhet, hogy a tetoválás az önazonosítás egyik módja, lehetőséget teremt az önkifejezésre.

## Tetoválások és pszichodermatológia

Annak köszönhetően, hogy bőrünk mindenki számára látható, szoros viszonyban áll önbecsülésünkkel, hozzájárul szociális kapcsolataink kialakításához, de egyfajta határt is képvisel. A tetoválások vágyakat, érzelmeket és viselőjük személyiségét tükrözik a külvilág felé. Ebből kifolyólag a választott minta és az egyén identitása, pszichológiai állapota között mély kapcsolat él (6).

A pszichodermatológia egyik tárgykörét képezik a bőrre irányuló, önsértőnek is tekinthető beavatkozások („self-inflicted skin lesions”). *Gieler és munkatársai* arra alapozva osztották ezeket két nagyobb csoportba, hogy a beteg által elismert, vagy titkolt magatartás áll a háttérükben. A bőrre irányuló, önsértő magatartások között megtalálhatóak a fakiticiózus zavarok, illetve a kényszeres és kapcsolódó zavarok közé tartozó kórképek is, mint például a trichotillománia vagy az acne excoriée. Bizonyos testmódosító beavatkozásokat, köztük a tetováltatást is elhelyezi ebben a felosztásban, noha széles körben elterjedtnek számítanak. Előfordulhatnak viszont olyan esetek, amikor a testmódosítások (esztétikai beavatkozások, tetoválás és testékszer) súlyos pszichés problémára utalnak, mint például a testdiszmorfiás zavar jelenlétére (22). Ugyanakkor megküzdési mechanizmusként is működhetnek, megakadályozva egyéb önkárosító viselkedésformákat (23). Ebből kifolyólag fontos lenne nagyobb jelentőséget tulajdonítani a tetoválások vizsgálatának, mind a bőrgyógyászati, mind a pszichiátriai gyakorlatban (6).

## Pszichológiai és pszichopatológiai vonatkozások

Izgalmas kérdés, hogy a tetoválások csupán esztétikai célt szolgálnak, vagy mélyebb pszichológiai jelentést hordoznak magukban. Számos kutatás létezik arra vonatkozóan, hogy a tetováltatás milyen mértékben függ össze pszichiátriai betegségekkel, de még mindig nincs teljesen feltárva ez a terület.

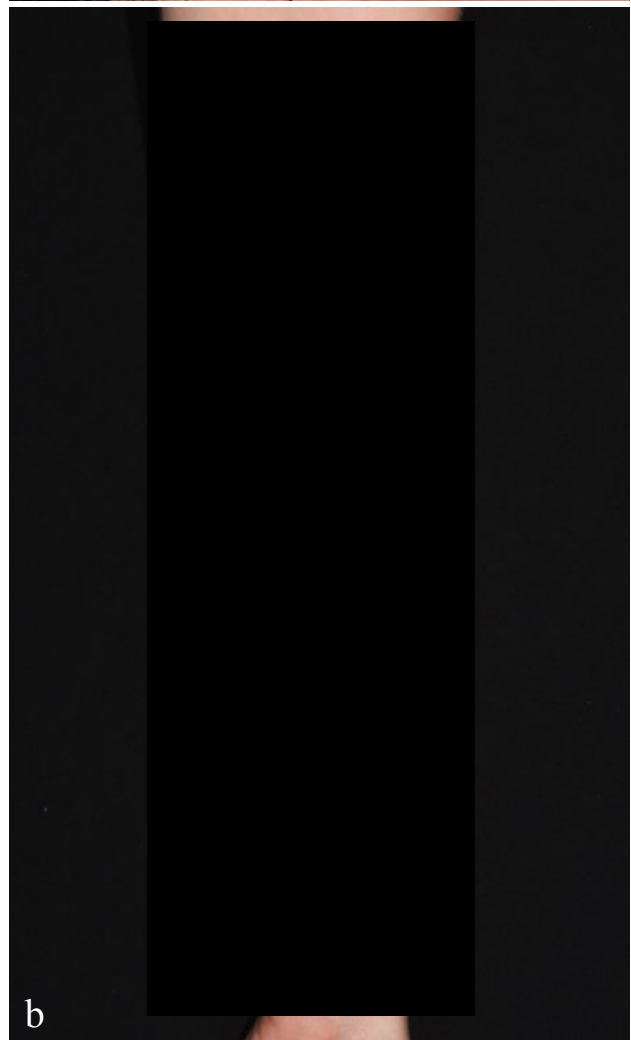
A rendelkezésre álló irodalmi adatok alapján a tetoválással, piercinggel, és extrém testmódosítással rendelkező egyéneknek magasabb az egyediség iránti igényük, mint a testmódosításokkal nem rendelkező személyeknek (24). Emellett a tetovált egyének hajlamosabbak a kockázatvállaló viselkedésre. Egyetemisták körében készített felmérések szerint a testmódosítások összefüggenek élménykereséssel, nagyobb mértékű alkohol- és marihuána fogyasztással illetve pszichoszociális stresszorokkal (7, 8). A tetoválások és függőségek kapcsolatát vizsgáló tanulmányok szerint a tetovált személyek hajlamosabbak a dohányzásra, alkohol- és drogfogyasztásra (6, 7, 9). Egy francia felmérésben például tetoválásokkal és/vagy piercingekkel rendelkező résztvevőknél magasabb alkoholfogyasztási szintet mértek (9). A tetováláshalmozás egyúttal az addiktív magatartás egyik fenotípusa lehet. *Aglaja Stirn* és kutatócsoportja által vizsgált tetovált populáció 93%-a ismerte be, hogy szenvedélyes gyűjtő, míg 56%-a tetoválásfüggőnek vallotta magát (7). *Altunay és munkatársai* szerint tetovált populációjában a résztvevők több mint 50%-a jelezte, hogy hajlamos a tetov

váláshalmozásra (6). Érdekes kérdés, hogy mi állhat annak a háttérében, hogy általában nem elégszenek meg egyetlen mintával. Mivel a tetoválás okozta fájdalmat az egyén önmaga választja, egyfajta test feletti kontrollként is értelmezhető: úgy érezheti, hogy hatalma van sorsa felett, ő irányít (25). Másrészt a fájdalomingerrel párhuzamos endorfin felszabadulás által generált pozitív érzelmek, illetve az endorfin érzéstelenítő hatása olyan állapotot okoz, amely miatt a tetoválás folyamata egy kellemes élménnyé alakul át (26). Az is elképzelhető, hogy az egyén úgy érzi, sikerült vennie az akadályt a fájdalom leküzdése által és saját határainak kiterjesztése sikerélménnyel tölti el. Egy, az előbbiektől eltérő vélemény szerint az emlékek rögzítése, halmozása az, ami fontos a tetoválásgyűjtők számára (20). A tetoválás sok esetben hordozza viselőjének személyes narratíváját. Egyes kutatások szerint a tetoválással rendelkezők múltjában szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordul elő szexuális vagy fizikai bántalmazás. A bántalmazottak úgy vélik, hogy a tetoválás segít feldolgozni a negatív életeseményeket. Elképzelhető, hogy a testükkel kapcsolatos döntéshozatal által lehetőségük nyílik a trauma feldolgozására (7, 20).

A tetoválások és személyiségzavarok kapcsolatát tekintve a szakirodalom leginkább az instabilitással, impulzivitással és önsértéssel járó borderline személyiségzavarral hozza összefüggésbe a tetoválásokat (5. a., b. ábra). Antonio és munkatársai bizonyították, hogy a testmódosítással (tetoválás, piercing) rendelkezők magasabb tendenciát mutatnak a borderline személyiségzavar és a disszociatív zavarok irányába, illetve jellemzőbb rájuk az önkárosító magatartás, az alexithymia és az emocionális distressz (27). Ezek alapján elképzelhető, hogy ezeknél a betegeknél a testmódosítások a ki nem mondott, felgyülemelő indulatok testfelszíni vetületei. Martin Blay és munkatársai a borderline személyiségzavar esetén szignifikáns összefüggést találtak a testmódosítások és nem szuicid önsértés (NSSI, non-suicidal self-injury) között. A borderline személyiségzavarral küzdők 70%-ának volt valamilyen testmódosítása (tetoválás, piercing), és ezekre a személyekre jellemzőbbek voltak az önkárosító vagy szuicid gondolatok, illetve az ürességérzet, összehasonlítva a testmódosítással nem rendelkező betegekkel. A munkacsoport arra következtetett, hogy a borderline személyiségzavar, a testmódosítások és önsértés szoros kapcsolatának háttérben érzelmszabályozási zavar áll (28). Stirn és Hinz tanulmányában, amely a testmódosítások és önsértő magatartások közötti összefüggést vizsgálja, néhány válaszadó a testmódosítást követően abbahagyta az önkárosító magatartást. Eszerint a testmódosítások az önsértő magatartáshoz hasonló megküzdő mechanizmusként működhetnek, bizonyos esetben helyettesíthetik az autoagresszív cselekedetet (23). Egy rabok körében végzett vizsgálatban a fegyenceket személyiségteszteknek vetették alá, majd az eredményeket összehasonlították a börtönben szerzett tetoválások gyakoriságával. Azok a fegyencek, akik borderline, vagy antiszociális személyiségjegyeket hordoztak, hajlamosak voltak a börtön falain belül tetováltatni. Ezen felül a börtönben szerzett tetoválás viselőire nagyobb mértékben volt jellemző mániás zavar, alkohol- és drogfüggőség, valamint poszttraumás stressz zavar (PTSD) (29).



a



b

5. a., b. ábra

Személyiségzavar miatt kezelt beteg tetoválásai:  
*a. ábra:* arci tetoválása a racionális és impulzívabb, érzelmi alapú döntéshozatal küzdelmére utal (összenőtt agyként és szívként ábrázolva),  
*b. ábra:* az intenzív színezés, tetováláshalmozás és az erőszakosabb motívumok (halálfejek) használata személyiségzavar irányában figyelemfelkeltő

## Forenzikus vonatkozások, börtöntetoválások

A börtönben készült tetoválások külön figyelmet igényelnek. *Freud* szerint „a tetoválásokat olyan emberek gyakorolják, akik a külvilágtól el vannak zárva és ez a körülmény saját testük iránt való fokozottabb érdeklődést vált ki” (5). A börtöntetoválások gyakorisága azzal is magyarázható, hogy a foglyok unaloműzés céljából végzik ezt a tevékenységet, gyakoriak az időt szimbolizáló minták, mint az óra, naptár vagy évszámok (29). Viszont a börtönviseltek tetoválásainak gyakran van mögöttes jelentése. Általában feltűnő helyet választanak, mint az arc, nyak, csukló vagy ujjak, mely arra enged következtetni, hogy a minták kommunikatív célból készülnek. Megfigyelhető, hogy agresszívebb jelentéssel bíró tetoválásokat viselnek azok a rabok, akik bántalmazásért, gyilkosságért töltik börtönbüntetésüket (5, 29). Gyakoriak a halálra, erőszakra utaló motívumok, mint a koponya, sirkő (4). A könnytetoválások is hasonló erőszakos jelentéssel rendelkeznek, amelyek száma megegyezik a megölt emberek számával. Ezek a szimbólumok egyaránt képviselik a tetoválást viselő erejét és hatalmát, céljuk a megfélemlítés és a védelem. Ugyancsak védő szerepe van az ún. bandatetoválásoknak. A börtön falai között különösen fontos a csoporthoz való tartozás, amely fokozott védelmet jelent. A foglyokat szexuális bántalmazások ellen is védheti tetoválás, ennek egyik formája a különböző vallási motívumok (29). A börtöntetoválás elterjedtségének egy másik magyarázata, hogy a raboknak újra lehetőségük nyílik az önrendelkezésre. A tetoválást kísérő fájdalom ebben a kontextusban feszültségoldó lehet, mivel a választás a rabok kezében van (25). Bizonyos közlemények kapcsolatot találtak a börtönben készült tetoválások, illetve a bűnözésre való hajlam és a visszaesés között. Azok a foglyok, akiknek börtönben készült tetoválásaik voltak, erősebbnek ítélték magukat társaiknál, több fegyelmi vétséget követtek el és jellemzőbb volt rájuk a visszaesés (6).

Egy másik kutatásban serdülőkorú rabokat hasonlítottak össze hasonló korú önkéntesekkel pszichiátriai zavarok és szociodemográfiai státusz tekintetében. Arra az eredményre jutottak, hogy a rabokra alacsonyabb szociális státusz, több tetoválás, pszichiátriai zavarok és nemszuicid önsértés volt jellemző a másik csoporttal szemben (30). A börtön körülményei között háttérbe szorul a higiénia, így a vér útján terjedő vírusfertőzések rizikója megnövekszik (hepatitis B és C, HIV), sebfertőzésekkel is számolni kell (4, 29). A börtöntetoválások annyira gyakoriak, hogy felvetődött annak a lehetősége, hogy a börtönökben lehetősége nyíljon a raboknak professzionális tetoválás beszerzésére (31).

## Önértékelés és testkép

Empirikus tanulmányok kimutatták, hogy a tetoválás összefüggésbe hozható az önértékelés változásával. A szakirodalomban fellelhető, tetoválás és önértékelés kapcsolatára vonatkozó eredmények kifejezetten ellentmondóak. Egy 2009-ben kiadott tanulmány alapján a te-

tovált nőkre jelentősen alacsonyabb önbecsülés volt jellemző tetoválás nélküli társaikhoz képest, illetve a testkép és az önértékelés között erős összefüggést azonosítottak, míg a tetoválás nélküli nőknél nem mutatkozott ilyen összefüggés (32). Ezzel ellentétben egy másik vizsgálatban a tetovált személyek hajlamosabbak voltak egyedibbnek, vonzóbbnak, kalandvágyóbbnak és kreatívabbnak értékelni magukat, mint a tetoválás nélküliek, vagyis a tetovált személyeknek magasabb volt az önbecsülése (33). *Anna J. Pajor és munkatársai* is arra az eredményre jutottak, hogy a testmódosítással rendelkezőket magasabb önértékelés jellemezte kompetencia és vezetői képesség tekintetében, illetve kevesebb szociális károsodás és alvászavar jelentkezett náluk a kontrollcsoporthoz viszonyítva. A munkacsoport szerint a tetoválással rendelkező személyek a tetoválás jelenléte miatt egyedibbnek értékelik magukat, ebből fakadhat a magasabb önbecsülés (34). Egy longitudinális vizsgálat, mely az első tetoválás megszerzésének a mentális működésre gyakorolt hatását vizsgálta, megállapította, hogy a tetováltatás után három héttel a résztvevőknek magasabb volt az önbecsülésük, mint a tetoválásuk megszerzése előtt, és szebbnek értékelték testüket (35). Olyan eredmények is fellelhetők a szakirodalomban, amelyek szerint a tetovált személyek és a nem tetovált személyek önbecsülési szintje nem különbözik egymástól (36, 37). Az ellentmondások feloldása érdekében tehát további vizsgálatok lennének szükségesek.

A testkép és tetoválások viszonyát illetően meglepően kevés tanulmány lelhető fel, pedig relevanciája lenne a testdiszmorfiás zavar és tetoválások kapcsolatát elemző tanulmánynak. A szakirodalomban javarészt olyan kutatásokat találunk, melyek nem azonosítottak érdemi különbséget tetováltak és tetoválással nem rendelkezők testről való vélekedése között (8, 34). Egy 2002-es vizsgálatban, amelyet serdülő lányok körében végeztek, összefüggés mutatkozott viszont a fizikai megjelenéssel való elégedetlenség és a tetováltatási magatartás között (38).

## Összefoglalás

A tetoválás koronként és kultúránként is különböző funkciókat töltött be: a rítusoktól egészen a marginális csoportok megjelölésén át a lázadásig. Manapság az egyes motívumok döntően a tetoválást viselő vágyait, értékeit, esetleg kulturális hovatartozását képviselik, így jelentős szerepet játszanak az önkifejezésben. Pszichológiai hátterüket vizsgálva összefüggések lelhetőek fel az önkárosító viselkedéssel, addiktív magatartással vagy személyiségzavarokkal, valamint felhívhatják a figyelmet a kockázattal való viselkedésre is. A felsoroltak alapján a tetoválások és pszichiátriai zavarok kapcsolata nem általánosítható, de kétségtelenül felhívja a figyelmet arra, hogy nagyobb hangsúlyt fektessünk a tetoválások vizsgálatára a mindennapi gyakorlatban. A tetoválásokkal kapcsolatos kutatások ugyanakkor a pszichodermatológia részterületének számítanak, például az esztétikai beavatkozások tervezésekor lehet relevanciája vizsgálatuknak.



## IRODALOM

1. *Silke W., Bernhard.F., Peter M. K., és mtsai.*: Differences in Personality Attributions Toward Tattooed and Nontattooed Virtual Human Characters. *Journal of Individual Differences.* (2009) *30*, 1-5. 10.1027/1614-0001.30.1.1
2. *Kristin A. B., Helen C. H.*: Tattoo or taboo? Tattoo stigma and negative attitudes toward tattooed individuals. *The Journal of Social Psychology.* (2017) *158(5)*, 521-540. 10.1080/00224545.2017.1373622
3. *Parvez S. I., Christopher C., Carlo S. és mtsai.*: Medical Complications of Tattoos: A Comprehensive Review. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology.* (2016) *50*, 273-286. 10.1007/s12016-016-8532-0
4. *Roger W. B.*: Tattoos: forensic considerations. *Forensic Science, Medicine and Pathology.* (2013) *9*, 534-542. 10.1007/s12024-013-9476-9
5. *Zsófia H.*: Börbe varrt bűnjel – A tetoválás kultúrtörténeti változásai, különös tekintettel a bűnözés és a tetoválás kapcsolatára. *Börtönügyi Szemle.* (2013) *32(1)*, 71-76.
6. *Ilknur K. A., Sibel M., Ezgi Ö.*: Tattoos in Psychodermatology. *Psych.* (2021) *3*, 269-278. 10.3390/psych3030021
7. *Aglaja S., Silvia.O., Ludmila P. és mtsai.*: Motivations for body piercings and tattoos – The role of sexual abuse and the frequency of body modifications. *Psychiatry Research.* (2011) *190*, 359-363. 10.1016/j.psychres.2011.06.001
8. *Forbes, G.B.*: College students with tattoos and piercings: motives, family experiences, personality factors and perception by others. *Psychological Reports.* (2001) *89*, 774-786. 10.2466/pr0.2001.89.3.774
9. *Nicolas G.*: Tattoos, Piercings, and Alcohol Consumption. *Alcohol Clin Exp Res.* (2012) *36*, 1253–1256. 10.1111/j.1530-0277.2011.01711.x
10. *Laura B., Karen.H.*: Marked: Tattoo as an Expression of Psyche. *Psychological Perspectives* (2017) *60*, 4-38. 10.1080/00332925.2017.1282251
11. *Marina P., Adam S. A. és mtsai.*: Modifications of body surface: piercings, tattoos, and scarification. *International Journal of Dermatology.* (2017) *56*, 351–353. 10.1111/ijd.13539
12. *Filippo P., Gianluca N., Raffaele G., és mtsai.*: A Short History of Tattoo. *JAMA Dermatology.* (2014) *150*, 145. 10.1001/jamadermatol.2013.8860
13. *Shannon B.*: Tattooed: A Participant Observer's Exploration of Meaning. *Journal of American Culture.* (1999) *22*, 53-58. 10.1111/j.1542-734X.1999.2202\_53.x
14. *Selma S.*: Tattoos – An historical essay. *Travel Medicine and Infectious Disease.* (2013) *11*, 444-447. 10.1016/j.tmaid.2013.10.013
15. *David I.*: Tattoos. *Journal of Paediatrics and Child Health.* (2012) *48*, 1051–1052. 10.1111/jpc.12007
16. *Victoria R. J., Anne.B.*: Mastectomy tattoos: An emerging alternative for reclaiming self. *Nursing Forum.* (2020) *55*, 695–702. 10.1111/nuf.12486
17. *Maurice A. A., Shlomit.H., Moshe L.*: Tattoo Removal. Basics in Dermatological Laser Applications. (2011) 97-110. 10.1159/000328269
18. *Nicolas K.*: Epidemiology of Tattoos in Industrialized Countries. *Tattooed Skin and Health.* (2015) *48*, 6-20. 10.1159/000369175
19. *Nicolas K., Seité, S. & Taieb.C.*: The prevalence of tattooing and motivations in five major countries over the world. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* (2019) *33*, 484-486. 10.1111/jdv.15808
20. *Silke W., Jutta.S., Peter M. K.*: Modifying the body: Motivations for getting tattooed and pierced. *Body Image.* (2007) *4*, 87-95. 10.1016/j.bodyim.2006.12.001
21. *Marika T., Fleur.G.*: Tattooing: An expression of uniqueness in the appearance domain. *Body Image.* (2006) *3*, 309-315. 10.1016/j.bodyim.2006.09.002
22. *Gieler. U., Consoli. S., Tomás-Aragones. L. és mtsai.*: Self-inflicted Lesions in Dermatology: Terminology and Classification – A Position Paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Dermato Venereologica:* (2013) *93*, 4–12. 10.2340/00015555-1506
23. *Stirn. A., Hinz, A.*: Tattoos, body piercings, and self-injury: Is there a connection? Investigations on a core group of participants practicing body modification. *Psychotherapy Research.* (2008) *18(3)*, 326–333. 10.1080/10503300701506938
24. *Selina M. W., Bjarn.-Ove.T., Philipp Y. H. és mtsai.*: When personality gets under the skin: Need for uniqueness and body modifications. *Plos One.* (2021) *13*, 1-13. 10.1371/journal.pone.0245158
25. *Nóra. F.*: A tetováláshalmozás motivációs háttere és személyiségdimenziói. *Fiatalkor biztonságkeresési stratégiái az információs társadalomban.* (2012) 35-61.
26. *Stirn. A.*: Motivations of tattooed and pierced for their body modifications. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie,* (2004) *51*, 43–58.
27. *Antonio D., Nicoletta.C., Valentina M.*: Piercings and tattoos: psychopathological aspects. *Act Nerv Super Rediviva.* (2013) *55*, 143–148.
28. *Martin B., Roland H., Rosetta N. és mtsai.*: Body modifications in borderline personality disorder patients: prevalence rates, link with non-suicidal self-injury, and related psychopathology. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* (2023) *10(1)*, 7 10.1186/s40479-023-00213-4
29. *Laura M., Paul.D.R.*: Psychopathology and Tattooing Among Prisoners. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.* (2002) *46*, 522-531. 10.1177/030662402236738
30. *Mehmet F. C., Selma.T.H., Meryem K. és mtsai.*: High prevalence of nonsuicidal self-injury, tattoos, and psychiatric comorbidity among male adolescent prisoners and their sociodemographic characteristics. *Asian Journal of Psychiatry.* (2019) *43*, 45-49. 10.1016/j.ajp.2019.05.010
31. *Kondro. W.*: Report supports cost-effective prison tattoo program. *Canadian Medical Association Journal.* (2007) *176(4)*, 433-434. 10.1089/AID.2016.0271
32. *Semion K., Alex.K., Omer H. és mtsai.*: Do young women with tattoos have lower self-esteem and body image than their peers without tattoos? A non-verbal repertory grid technique approach. *Plos One.* (2019) *14*, 1-15. 10.1371/journal.pone.0206411
33. *Drews D.R., Allison.C.K., Probst J.R.*: Behavioral and self-concept differences in tattooed and nontattooed college students. *Psychological Reports.* (2000) *86*, 475–481. 10.2466/PRO.86.2.475-481
34. *Anna J. P., Grazyn. B.D., Julita S.*: Satisfaction with life, self-esteem and evaluation of mental health in people with tattoos or piercings. *Psychiatr. Pol.* (2015) *49*, 559–573. 10.12740/PP/27266
35. *Viren S.*: Marked for life? A prospective study of tattoos on appearance anxiety and dissatisfaction, perceptions of uniqueness, and self-esteem. *Body Image.* (2011) *8*, 237–244. 10.1016/j.bodyim.2011.04.005
36. *B-K. H., Hyo.Y.L.*: Self-esteem, propensity for sensation seeking, and risk behaviour among adults with tattoos and piercings. *Journal of Public Health Research.* (2017) *6*, 158-163. 10.4081/jphr.2017.1107
37. *Viren S., Jakob P., Bianca B. és mtsai.*: Personality Differences Between Tattooed and non-tattooed individuals. *Psychological Reports: Mental & Physical Health.* (2012) *111*, 97-106. 10.2466/09.07.21.PRO.111.4.97-106
38. *Carroll L, Anderson R.*: Body piercing, tattooing, self-esteem, and body investment in adolescent girls. *Adolescence.* (2002) *37*, 627–637.

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.11.

# Priméren jelenlévő pszichiátriai zavarok dermatológiai vonatkozásai

## Dermatological aspects of primary psychiatric disorders

HALÁSZ KATINKA<sup>1,2</sup>, REMENYIK ÉVA DR.<sup>2</sup>, FEKETE ZITA DR.<sup>1</sup>

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen<sup>1</sup>

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>2</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichodermatológia területe egyre nagyobb figyelmet kap, aminek oka, hogy a bőrelváltozásokhoz társuló pszichés komorbiditás rontja pácienseink életminőségét, a bőrgyógyászati kezeléssel való együttműködést, illetve annak sikerességét. Összefoglaló tanulmányunkban elsőként a dermatológiai gyakorlatban jelentős komorbid pszichés eltérések osztályozási lehetőségeit mutatjuk be. Ezt követően pedig azokat a priméren meglévő pszichiátriai zavarokat, melyek a bőrgyógyászati gyakorlat számára jelentőséggel bírnak. Leírjuk azok klinikai képét, epidemiológiáját, komorbiditását. Figyelmet fordítunk a gyanújelként azonosítható elváltozásokra is. Mindezt a DSM-5 nosológiai rendszere mentén tesszük, a BNO-10 alfanumerikus kódjainak feltüntetésével.

#### Kulcsszavak:

pszichodermatológia – pszichiátriai zavarok  
– társuló bőrtünetek – klasszifikáció

### SUMMARY

The field of psychodermatology has received increasing attention because psychological comorbidity associated with skin lesions impairs our patients' quality of life, compliance with dermatological treatment and its success. In our review, possible classifications of comorbid psychological disorders of high dermatological significance are presented. Furthermore primary psychiatric disorders of relevance to dermatological practice are demonstrated. We describe their clinical picture, epidemiology and comorbidities. Lesions that can be identified as alarming signs are highlighted. This will be carried out along the DSM-5 nosological system, with the alphanumeric codes of ICD-10.

#### Key words:

psychodermatology – psychiatric disorders –  
co-existing skin symptoms – classification

A dermatológiai gyakorlatban számos pszichés nehézséggel küzdő pácienssel találkozunk. Ezeknek az eseteknek a száma nem elhanyagolható, hiszen a pszichiátriai komorbiditás gyakori jelenség a dermatológiai tünetek és kórképek mellett. *Picardi és munkatársai* (1) vizsgálatukban 25,2%-os pszichiátriai komorbiditást találtak, *Gupta és Gupta* (2) 30% körül becsülik a társuló mentális zavarok előfordulási gyakoriságát. *Harth és munkatársainak* (3) eredményei szerint a pszichiátriai zavarok prevalenciája magasabb dermatológiai páciensek körében, mint amilyen előfordulási gyakoriságot találhatunk a neurológiai, onkológiai, vagy akár kardiológiai páciensek esetében. Ennek ellenére a mentális zavarok gyakran felfedezetlenek maradnak (4).

A társuló pszichiátriai zavar mellett, hogy jelentősen növeli a páciensek betegségterhét, a szakembereket is kihívás elé állítja, hisz a pszichodermatológiai betegek gyakran vonakodnak a pszichiátriai vagy pszichoterápiás kezeléstől, és elsősorban bőrgyógyászatukat keresik fel (5). A pszichiátriai komorbiditás magas előfordulási gyakorisága felhívja a figyelmet a mentális érintettség pontosabb

ismeretének fontosságára. Igen színes, különböző etiológiával bíró állapotok között kell tájékozódunk, melyek két diszciplína közös határát alkotják. *Osman és munkatársai* egyenesen úgy fogalmazzák, hogy „a pszichológusok és a pszichiáterek a bőrgyógyász legjobb barátjának tekinthetők” (6).

A tájékozódást megkönnyítendő, cikkünkben elsőként a pszichodermatológiai zavarok felosztását ismertetjük, majd bemutatjuk a bőrgyógyászati gyakorlatban leggyakrabban megjelenő, valamely mentális eltérés bázisán szerveződő kórképeket és állapotokat.

### A pszichodermatológiai állapotok klasszifikációja

*Koblenzer* 1983-ban megjelent munkájában tisztán dermatológiai, tisztán pszichiátriai vagy a kettő keverékeként azonosítja a klinikai gyakorlatban megfigyelhető állapotokat. Ezt a korai felosztást a kutatók később tovább finomították. *Koo és Lee* (7) ötösztatú kategorizációt ja-

vasolnak: a) pszichofiziológiai zavarok, b) primér pszichiátriai zavarok, c) szekunder pszichiátriai zavarok, d) bőrérzékelési zavarok, e) pszichotróp szerek alkalmazása pszichiátriai indikáció nélkül. *Jafferany és Franca* (8) *Koo és Lee* munkájára támaszkodva egy olyan, az 1. táblázatban látható négyosztátú osztályozási módot javasolnak, mely véleményünk szerint könnyebb tájékozódást tesz lehetővé, így a továbbiakban erre támaszkodunk.

### A pszichiátriai zavarok talaján jelentkező bőrtünetek

A pszichiátriai zavar talaján jelentkező bőrtünetek alatt többek között excoriációkat, abráziókat, bevérzéses területeket értünk. De jelentkezhetnek égési sérülések, purpurás elváltozások, fekélyek, erythemák, ödémák formájában is,

melyek nem felelnek meg az ismert bőrbetegségek tüneteinek (9). Ezek a testfelszínen aszimmetrikusan jelentkeznek, elsősorban a páciens domináns keze által elérhető felületeken (4, 9, 10). Elsősorban az arc, a kezek, az ujjak, a karok és a lábak bőrfelületén figyelhetőek meg (11), valamint a hát felső részén (12). Az elváltozások gyakran szabályos geometrikus, vagy éles határokkal bírnak, közel egyforma méretűek, hipo-, és/vagy hiperpigmentált felületet gyakran hagynak maguk után. A páciens dörzsöléssel, a bőr kapirgálásával, tépkedésével, vakarásával, esetleg valamilyen eszköz használatával okozza azokat. A gyulladás különböző stádiumaiban lehetnek, vagy lassú gyógyulási folyamatot mutatnak (4, 12). A pontos diagnózis megalkotása és a fennálló zavarok kezelése multidiszciplináris szemléletet igényel bőrgyógyász, pszichiáter, pszichológus részvételével (6, 11, 13).

Osztályozás	Definíció	Példa
<b>Pszichofiziológiai zavarok</b>	A bőrtüneteket pszichés faktorok (pl. stressz) idézik elő vagy súlyosbítják.	akne, atópiás dermatitis, psoriasis, pszichogén purpura, rosacea, seborrheas dermatitis, krónikus urticaria, angioödéma, alopeciák, effluviommal járó betegségek
<b>Pszichiátriai zavarok dermatológiai tünetekkel</b>	Ezek a „klasszikus” pszichodermatológiai zavarok. Igazolható bőrgyógyászati érintettség nincs, a háttérben pszichés probléma áll. A bőrtüneteket a páciens (nem feltétlenül tudatosan) maga idézi elő.	pszichotikus zavarok (pl. téveszmés parazitózis); kényszeres és kapcsolódó zavarok (pl. OCD, trichotillomania, testdiszmorfiás zavar, bőrkapirgálás zavar/ neurotikus excoriatio, testre irányuló repetitív viselkedészavar); szomatikus tünet és kapcsolódó zavarok (pl. szomatikus tünet zavar, faktuációs zavar); evészavarok (anorexia nervosa, bulimia nervosa, falásroham zavar); addiktív zavarok (pl. tanorexia); önsértés; egyéb (dermatitis artefacta)
<b>Dermatológiai kórképek pszichiátriai tünetekkel</b>	A pszichés problémák bőrgyógyászati megbetegedés talaján, arra adott válaszként jelentkeznek. A pszichés panaszok súlyossága meghaladhatja a fizikai panaszokét. Gyakran megfigyelt mentális zavarok: szociális szorongás és egyéb szorongásos zavarok, depresszió, alkalmazkodási zavar, betegségsszorongás zavar.	albinizmus, krónikus ekcéma, vasculáris malformációk, ichthyosis, psoriasis, rhinophyma, vitiligo, neurofibromatózis, acne conglobata, alopeciák, effluviommal járó betegségek
<b>Egyéb</b>	Több állapot tartozik ide: 1. bőrérzékelési zavarok pszichiátriai háttér mellett vagy anélkül; 2. pszichotróp szerek alkalmazása pszichiátriai indikáció nélkül is hatásos lehet egyes bőrgyógyászati kórképek esetén; 3. gyógyszer mellékhatások: pszichiátriai és bőrgyógyászati szerek egyaránt előidézhetnek a másik diszciplína körébe sorolandó mellékhatásokat	bőrérzékelési zavar (pl. glossodynia, vulvodinia, fejbőr krónikus viszketése), pszichogén purpura szindróma

1. táblázat

A pszichodermatológiai kórképek osztályozása *Koo és Lee* (2003), illetve *Jafferany és Franca* (2016, 36. o.) alapján

A pszichodermatológiai gyakorlat számára releváns pszichiátriai kórképeket az Amerikai Pszichiátriai Társaság Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve legutóbbi verziója mentén ismertetjük (14). A jobb követhetőség kedvéért a BNO-10 alfanumerikus kódjait is feltüntetjük zárójelben.

## **Pszichodermatológiai szempontból releváns pszichiátriai zavarok**

### **Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok**

#### *Szkizofrénia (F20.xx)*

Szkizofréniaiban bár nem típusosan, de előfordulhatnak taktilis, haptikus hallucinációk égő, bizsergő, viszkető érzetek vagy érintésérzés formájában (15). Egyes esetekben a páciensek testi érzeteiket furcsa téveszmetöredékekkel magyarázzák, melynek révén ún. cönesztopátiás tünetek jönnek létre. Ezek azonban bizarr tartalmaik miatt (pl. folyékony a bőre) könnyen azonosíthatóak (16).

#### *Paranoid pszichotikus zavarok (F22.xx)*

A paranoid zavarok közül a bőrgyógyászati gyakorlat számára leginkább releváns, a paranoid zavarok szomatikus alcsoportjához tartozó *Ekbom-szindrómát* (F22.80) kell elsősorban megemlítenünk (17). A szindrómát a szakirodalom téveszmés parazitózis, vagy parazitofóbia megnevezéssel is illeti.

Az Ekbom-szindróma 20-30 éves kor között is kezdődhet, de a leggyakoribb az 50. életév után jelentkező betegségkezdet. A fiatalabb páciensek esetében a nemek tekintetében nincs különbség, 50 év felett azonban a női páciensek aránya a férfiakkal összehasonlítva 2,5-szeres is lehet. Prevalenciáját nehéz meghatározni, az átlagos bőrgyógyász öt év alatt 2-3 esettel találkozik (18, 19).

Ez a bőrgyógyászati gyakorlatban leggyakrabban előforduló monoszimptomás paranoid pszichózis (5). Ritkábban előfordulhatnak más típusú monoszimptomás pszichózisok is, például az ún. testszag téveszme (bromid-rozifóbia, akár szaglási hallucinációkkal társulva), a bőr alatti rostok, szálak téveszmés tartalmai (Morgellon szindróma), téveszmés szintű hypochondriázis vagy téveszmés szintű, súlyos testdiszmorfiás zavar (17).

A DSM-5 (14) nozológiai rendszere a paranoid zavarok diagnosztikus kritériumai között tárgyalja a rendszerezett, kevésbé bizarr téveszméket, melyek legalább egy hónapja jelen vannak. A páciens affektusai összhangban vannak a téveszméssel, ezek a téveszmék pedig nem érintik a beteg egyéb életterületeit, így a nem érintett területeken funkcionálitása megtartott lehet. *Freudenmann és Lepping* (20) két specifikus diagnosztikus kritériumot ajánl az Ekbom-szindróma azonosításához: 1) a beteg meggyőződése, hogy élő vagy élettelen kórokozók fertőzötték meg, anélkül, hogy orvosi vagy mikrobiológiai bizonyíték állna

rendelkezésre a fertőzésről; 2) kóros bőrérzet azonosítható, melyet a beteg az 1) pontban foglaltakkal magyaráz.

A fertőzés okaként a betegek parazitákat, rovarokat, férgeket, baktériumokat, gombákat neveznek meg, esetleg élettelen anyagok, mint rostok, szőrszálak, fonalak, kis részecskék jelenlétét vélik felfedezni (18). A téveszmék és hallucinációk meghatározzák az egyén viselkedését, aki így ismételt vizsgálgatja magát, vagy fáradságos tisztálkodási gyakorlatot tart fenn a kórokozó eltávolításnak érdekében. Ez a magatartás azonban valóban bőrelváltozásokat, léziókat eredményezhet, ami csak megerősíti a beteget abbéli hitében, hogy fertőzéssel vagy idegen testtel küzd (21).

A páciensek nem a pszichiátriai, hanem elsősorban a bőrgyógyászati vagy belgyógyászati ellátásban jelennek meg, ezért érdemes megjegyezni, hogy a szomatikus klinikai képet excoriációk, fekélyek, eróziók, haj és szőrzetvesztés, lichen, prurigo nodularis, dermatitiszes panaszok, másodlagos fertőzések uralhatják (18, 21).

A páciensek a fertőző ágens jelenlétének bizonyítására rovarokat, bőrdarabkákat, var darabokat, szőrszálakat hozhatnak magukkal a rendelésre. Ez az úgynevezett *matchbox sign*, vagy gyufásdoboz jel, mely az Ekbom-szindrómás betegek 25-75%-a esetében fordul elő (18).

Az esetek 8-12%-ában *indukált paranoid zavar (foliè a deux)* azonosítható (18). Ebben az esetben a beteggel szoros közelségben, gyakran izoláltan élő másik személyben is megjelennek a tünetek. Az indukált pszichotikus páciens többnyire passzív, dependens személyiség, esetében pszichotikus predispozíció előfordulhat. Kettejük elválasztásával a szubmisszív, alárendelő személyben a téveszmés tartalmak gyakran gyógyszeres kezelés nélkül is megszűnnek (22).

Az Ekbom-szindróma krónikus lefolyású és komorbid depresszióval, szorongással, szerhasználati zavarral társulhat (5). Differenciáldiagnosztikai szempontból a parazitás infekciót, prurigo nodularist és prurigo diabetorumot, a krónikus lichen szimplexet érdemes figyelembe venni (23), illetve az olyan pszichiátriai zavaroktól elkülöníteni, mint a kényszeres zavarok, a testdiszmorfiás zavar, hypochondriázis, szkizofrénia vagy a szerhasználat (6).

Ekbom tünet másodlagosan is megjelenhet. Ez esetben a téveszmés tartalmak egy priméren meglévő egyéb zavar tüneteinek a magyarázataként jelennek meg. A primér zavar lehet valamely pszichiátriai kórkép is (pl. egyéb pszichotikus zavarok, szomatiform zavarok, affektív zavarok, szermegvonás tünete), de szervi megbetegedés talaján is kialakulhat. Például májelégtelenség, polineuropátia, neurodegeneratív kórképek, endokrin eltérések tüneteinek magyarázatát találja meg a fertőzöttségi téveszmében a személy. De bizonyos gyógyszerek mellékhatásaként jelentkező tünetek nyomán is kialakulhat másodlagos téveszmés parazitózis (21).

### **Kényszeres és kapcsolódó zavarok**

#### *Kényszeres zavar (F42.xx)*

*Rahman, Abduelmula és Jafferany* 2023-ban (24) publikált áttekintő tanulmánya szerint a bőrgyógyászati betegeknek akár 9-35%-a is mutatja valamely kényszer spekt-

rumba tartozó kórkép jegyeit, ezért ezen zavarok részletes áttekintését igen fontosnak tartjuk.

A spektrumba tartozó kényszeres zavar (a BNO rendszere szerinti obszesszív-kompulzív zavar) az egyik leggyakoribb pszichiátriai kórkép, prevalenciája 2-3%. Ezen belül a páciensek akár 46%-a rendelkezhet beszennyeződésre irányuló, úgynevezett kontaminációs kényszer-gondolatokkal és ehhez kapcsolódó tisztálkodási kényszer-cselekedetekkel (25), melyek pszichodermatológiai szempontból a legfontosabb kényszeres tüneteknek tekinthetők. A kényszer-cselekedetek (nem feltétlenül tudatosan verbalizálható) kényszer-gondolatokra adott válaszként, az általuk kiváltott feszültség enyhítésére jelentkeznek. A tisztálkodási kényszerrel élő személy a szennyezőnek megítélt tárgyak és dolgok veszélyességét eltúlozza, kerüli a velük való kontaktust, napi akár több órát tölt tisztálkodással a vélt szennyeződés eltávolítása érdekében. Ez az ekcesszív tisztálkodási rituálé pedig komoly abráziókat hagyhat maga után. Sok esetben a páciensek külleme elhanyagolt lehet, hiszen saját „szennyezett” testük megérintését is kerülhetik (26). Más esetekben a páciens meglévő bőrproblémájától (pl. pattanások, ekcémás tünetek) igyekszik kényszeres tisztálkodással szabadulni, ami fertőzések és állapotromlás forrása lehet (24).

#### *Trichotillománia (F63.3)*

A trichotillománia hajvesztést eredményező visszatérő hajtépkedéssel jár, ahol a páciens hajtépkedés csökkentésére vagy abbahagyására irányuló törekvései eredménytelenek maradnak (14). A haj vagy szőrszál kitépése csak átmeneti feszültségcsökkenéssel jár, végrehajtása gyakran nem tudatos (23, 27).

Az érintett területeken szabálytalan, töredezett, különböző hosszúságú haj- vagy szőrszálakra lehetünk figyelmesek. A haj vagy szőrzet tépkedése akár alopeciás foltokat is eredményezhet, melyek többnyire aszimmetrikus, éles határral rendelkező területeket jelentenek (5). A leggyakrabban érintett terület a fejbőr, ezt követik a szemöldök, szempilla, szeméremszőrzet, illetve más területek (6).

A trichotillománia élettartam prevalenciája 1-4%. Általában gyermekkorban, átlagosan 13 éves kor körül kezdődik. A felnőttkorban is folytatódó trichotillománia prognózisa rosszabb (28).

A haj tépkedése mellett egyéb, a haj és szőrzet károsodásával járó állapotokkal is találkozhatunk. Ilyenek a trichotemnómánia, a hajszálak kényszeres lemetzése vagy leborotválása, a trichoteriománia, a hajás fejbőr dörzsölése, vagy a trichorrhizofágia, a hajkihúzást követően a haj, vagy a hajgyökerek megevése (5). Emellett egyéb priméren jelen lévő pszichiátriai zavar vagy eltérés is állhat a tünetek mögött, mint a stresszre adott maladaptív (tehát az alkalmazkodást nem segítő) reakció, depresszió, mentális retardáció, deluzív (paranoid téveszmés) zavarok, viselkedési zavarok (29). A trichotillomániát olyan szomatikus háttérrel rendelkező állapotokról is differenciálni szükséges, mint például az alopecia areata vagy az androgén alopecia (5). A bőrgyógyász számára segítség a dermatoszkópos vizsgálat.

#### *Testdiszmorfiás zavar (F45.2)*

A DSM-5 (14) úgy írja le a zavart, mint amelynek esetében a testi megjelenés egy vagy több hibájával való túlzott foglalkozás észlelhető, ami mások számára nem észrevehető vagy enyhének tűnik. A páciens a megjelenésével kapcsolatos aggodalmakra repetitív viselkedésekkel – mint a tükör előtti ellenőriztetés, túlzott szépítkezés –, vagy mentális cselekedetekkel – mint a másokkal való összehasonlítás – reagál.

Leggyakrabban az arc, a fejbőr és a genitáliák jelentik az aggodalom tárgyát (17). A páciens stratégiákat fejleszt a hibák elfedésére, korrekciójára, vagy másokat kérdeztet testrészei megfelelőségéről megnyugtatót keresve (30). Az aggodalmaskodás a páciensek 40%-ánál akár napi 3-8 órát is igénybe vehet. A betegségbelátás különböző mértékű lehet, azonban általában alacsony. Súlyos esetekben akár téveszmés jelleget is ölthet (5, 31, 32).

A testdiszmorfiás beteg a kozmetológiai és korrekciós sebészeti beavatkozások gyakori alanya, szorongását azonban az sem oldja, ha annak eredménye objektíve elfogadható (6, 27, 33). Ezért gyanújel lehet, ha a páciens ismételtelen ugyanazon, objektíve nem igazolható eltérés miatt keres segítséget. Szorongása miatt a beteg kerüli a szociális közeget, önbizalma csökken. Emellett komorbid depresszió, szociális szorongás, szerhasználat és kényszeres tünetek jelentkezhetnek. A szuicid veszélyeztetettség igen kifejezett. Az érintettek 20-25%-a kísérel meg öngyilkosságot (33).

A testdiszmorfiás zavar előfordulási gyakorisága az átlagpopulációban 2% körüli, a bőrgyógyászati betegek körében 8,5-15%, míg a kozmetológiai kezelésért forduló páciensek körében a legmagasabb (2,9-53,6%) (34). A zavar általában serdülőkorban kezdődik. A nemek aránya közel kiegyenlített (férfi: nő, 2:3) (33).

#### *Bőrkapirgálás (bőrtépkedés) zavar (F42.8)*

A bőrkapirgálási zavart a szakirodalom számtalan megjelöléssel illeti. A neurotikus vagy pszichogén excoriációt egyes esetekben a bőrkapirgálási zavar szinonimájaként alkalmazzák, máskor önálló kórképnek tekintik. A kórkép leírása, a klinikai kép azonban általában a kényszeres színezetű bőrkapirgálási zavarnak feleltethető meg. *Grant és munkatársai* (35) kifejezetten szinonimaként alkalmazzák ezeket a kifejezéseket, és rámutatnak, hogy a neurotikus excoriáció *Erasmus Wilsontól* származó első, 1875-ös leírása is a mai bőrkapirgálási zavar fogalmának feleltethető meg. *De Osman és munkatársai* (6) vagy *Mercan és Altunay* (36) is kényszeres kórképként kezelik. *Bashavaraj* (4) némiképp tágabb értelemben alkalmazza a kifejezést és az ekcesszív vakarózást is ide sorolja, illetve *Koo és Lebwohl* (37) a nem kényszeres, hanem akár affektív talajon jelentkező bőrkapirgálást is excoriációnak tekinti. Emellett gyakran a dermatillománia vagy patológias bőrkapirgálás kifejezéssel is illetik a zavart (35).

Ez esetben a páciens repetitíven, kényszeres módon kapirgálja bőrének bizonyos felületeit, hámsérülést, lé-

ziókat előidézve. Ez gyakran tudattalanul történik, akár a feszültség szubjektív érzése nélkül (38). A bőr tépkedése, kapirgálása átmenetileg enyhíti a beteg feszültségét (39). A páciens próbálkozásai a cselekedet abbahagyására eredménytelenek maradnak (35). A bőrtépkedés, bőrkapirgálás érintheti a fej, a felsőtest, az alsó- és felsővégtagok területét. A páciens többnyire a körmét használja, de csipeszket, tűket is alkalmazhat. Ha ez utóbbi súlyos mértékűvé fajul, mérlegelendő a viselkedés önsértő célja és ezzel együtt impulzív jellege (40). A bőr igénybevétele vérzéseket, zúzódásokat, fertőzéseket, a bőr maradandó torzulásait okozhatják (6).

Élettartam prevalenciája 1,4-5,4% körüli, tehát viszonylag magas, bár súlyossága változó lehet. A dermatológiai betegek körében előfordulási gyakorisága 2%. Akár korai, tíz éves kor előtti kezdet is elképzelhető, de átlagosan 13-15 éves kor körül indul a zavar, ugyanakkor egy későbbi, 30-45 éves kor körüli csúcspont is megfigyelhető. Előfordulása nők esetén gyakoribb (4, 35, 41).

Társulhat depresszióval és szorongással, de testdisz-morfias zavarral, szerhasználat zavarával, borderline személyiségzavarral is mutathat komorbiditást. Differenciáldiagnosztikai szempontból pedig a különböző etiológiai háttéren keletkező (pl. neurológiai, szisztémás, bőrgyógyászati, egyéb pszichiátriai körképek) kóros viszketés-érzéstől szükséges elkülöníteni (5, 42).

A bőrtépkedési zavar altípusaként értékelhető az *acne excoriée* (27). Ez esetben a beteg a pattanásait, comedokat nyomkodja, kapirgálja. Az eltérések gyakran csak a páciens számára értékelhetőek feltűnőként (23). A jelenséget Brock írta le először 1898-ban, mint a fiatal nők betegségét. Bár valamivel gyakrabban figyelhető meg nők körében, de a férfiak esetében sem ritka. A páciens célja a pattanások okozta egyenetlenségektől való megszabadulás, az excoriáció azonban csak elnyújtja azok gyógyulását, további léziókhöz vezet (43). Társulhat testképzavarral, affektív és szorongásos zavarokkal, szociális fóbiával. Emellett jelentkezhet személyiségzavarok vagy téveszmés zavarok talaján (44). A hegekkel járó acnéval küzdő fiatal férfiak esetében megnő a depresszió és a szuicídium kockázata (45).

#### *Testre irányuló repetitív viselkedészavar (F42.8)*

A kényszeres spektrumban egyéb olyan visszatérően jelentkező viselkedéseket is találunk, melyek tárgya a páciens valamely testrésze. Ezek is járhatnak akár szövetsérüléssel is, és jelentős distresszt eredményeznek. Ezek közé soroljuk az onychofágiát (körömrágás), dermatofágiát (az ajak, arc belső részének harapdálását), onychotilomániát (köröm tépkedése), az ajak, orr bőrének tépkedését, az ízületek ropogtatását (5).

A gyakoriságokat illetően csak a körömrágásról rendelkezünk adatokkal. Ennek prevalenciája 25-60% közé tehető, leggyakrabban serdülőkorban fordul elő. Komorbiditásuk a kényszeres zavarokkal igen magas, akár az esetek 21%-ában is találhatunk társuló impulzív zavarokat (35).

## **Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok**

### *Szomatikus tünet zavar (F54.x)*

A szomatikus tünet zavar esetében egy vagy több olyan szomatikus tünet azonosítható, ami a páciens számára szenvedést okoz, és életvitelét jelentősen károsítja. A tünetekkel vagy a tünetekkel összefüggő, egészséggel kapcsolatos aggodalmakra vonatkozó túlzott gondolatok, érzések, viselkedések jelentkeznek a szomatikus panaszok mellett (14).

Szomatikus tünet zavarral küzdő, testi panaszokat azonosítható szervi ok nélkül mutató páciensek az orvoslás valamennyi szakterületén nagy számban jelennek meg. A bőrgyógyászati gyakorlatban a tünetek leggyakrabban lokálisan vagy generalizáltan jelentkező égő érzést, viszketést, vagy téves jelérzeteket jelentenek, melyek háttérben szervi ok nem igazolható (17). Ide sorolandó a például a *pszichogén pruritus*, ahol a pruritus bőrpatólógia vagy alapbetegség hiányában jelentkezik. Ennek igazolásához a dermatológiai, szisztémás, neurológiai etiológiát természetesen ki kell zárni (5, 17). A pszichogén pruritus incidenciája a kutatási eredmények szerint 2-7% közé tehető a dermatológiai gyakorlatban. Előfordulása nőkben gyakoribb (46-48).

A krónikus viszketés jelentős terhet jelent az érintett páciensek számára (49). Egy 2015-ben *Dalgard és munkatársai* által publikált (50), 13 európai országban végzett vizsgálat eredményei szerint azok a bőrgyógyászati páciensek, akik krónikus viszketéssel küzdenek, akár 35%-al rosszabb életminőséget jelezhetnek a viszketéssel nem küzdő társaikkal összehasonlítva. A pszichés stressz és a komorbid pszichiátriai állapotok csökkenthetik a viszketési küszöböt vagy súlyosbíthatják a viszketési érzékenységet. Néha nehéz megmondani, hogy a viszketés provokálja-e a beteget a vakarózásra, vagy a viszketés a kényszeres vakarózás következménye-e (4).

Pszichogén viszketést észleltek depressziós, szorongó, agresszív, kényszeres viselkedésű és alkoholistáknál is. A leggyakoribb pszichiátriai komorbiditás ezek közül a depresszió, melynek mértéke korrelálhat a pruritus súlyosságával (32). Ugyanakkor több esetben nehéz megítélni, hogy a bőrtünetek vagy a pszichés eltérések jelentkeztek-e előbb, ezért *Buteau és Reichenberg* (51) szerint érdemes a pruritusra dimenzióként gondolni, ahol az egyik végponton a dermatológiai probléma talaján jelentkező pszichés zavar helyezkedik el, középen találhatóak azok a bőrgyógyászati állapotok, melyek tünetei pszichés faktorok hatására fokozódnak, a dimenzió másik végpontján pedig a pszichogén eredetű viszketést találjuk.

### *Faktíciózus (szinlelt) zavar (F68.1)*

A DSM-5 nozológiai rendszere a faktíciózus zavart úgy határozza meg, mint a testi vagy pszichológiai tünetek meghamisítása, sérülés vagy betegség előidézése, egyértelműen megtévesztéssel összefüggésben. A személy önmagát sérültnek vagy betegnek mutatja, a megtévesztő

viselkedés pedig külső megerősítők hiányában is nyilvánvaló (14).

A bőrgyógyászati gyakorlatban megjelenő, fakticiózus zavarral élő páciens éber tudatállapot mellett önmagának okoz bőrelváltozásokat, klinikailag releváns mértékű sérüléseket, a szándékoltságot azonban tagadja (10, 17, 52). A páciens betegszerepet kíván felvenni, melynek háttérében pszichológiai motívumok húzódnak meg. Bár a tünetek előidézésének szándékos mivoltát a beteg tagadja, de felkelthetik a fakticiózus zavar gyanúját az exploráció alatt adott homályos, érdemi tartalmat és részleteket nélkülöző válaszok a betegséget illetően, vagy az orvosilag nehezen értelmezhető tünetek jelenléte. Emellett a páciens gyakran panaszkodik arról, hogy csalódnia kellett a korábban őt el látó szakemberekben (53).

A zavar előfordulási gyakorisága a bőrgyógyászati gyakorlatban 0,04-1,5% körüli, nők esetében gyakrabban figyelhető meg, mint férfiak esetében (nemek közötti arány 3:1 és 20:1 között) (53, 54). A fakticiózus zavar minden esetben valamilyen egyéb pszichiátriai zavarral, leggyakrabban személyiségzavarokkal, esetleg hangulati vagy alkalmazkodási zavarokkal társul. Az obligát komorbiditás önmagában tükrözi a zavar súlyosságát, de a páciensek komoly pszichés terheltsége még érthetőbbé válik, ha tudjuk azt, hogy a fakticiózus zavarral küzdő páciensek igen gyakran gyermekkori elhanyagolás vagy abúzus áldozatai (55).

Differenciáldiagnosztikai szempontból a fakticiózus zavart érdemes elkülöníteni a bőrkapirgálási/börtépkedési zavartól (mely esetben az érintettek nem tagadják saját szerepüket a léziók létrejöttében), a kényszeres zavaroktól (kényszerítő erejű készletések állnak a sérüléssel járó cselekedetek mögött), a szimulálástól (mely esetekben a betegek motivációja tudatos és haszonszerzésre irányul), és a primér bőrgyógyászati betegségektől (5, 10, 56).

Fontosnak tartjuk a differenciáldiagnosztikai kérdések kapcsán kiemelni, hogy a jelenleg érvényben lévő nosológiai rendszerek a megtévesztésre irányuló szándékot és a szándékos önártalom okozásának tagadását diagnosztikus kritériumnak tekintik. Szemben számos olyan állapottal, mely a bőr léziójával járhat ugyan, de nincs mögötte megtévesztési szándék és tagadás. Ezt figyelmen kívül hagyva számos más állapotot is fakticiózus eredetűnek minősíthetünk (v.ö. artefakt dermatitisz), vagy épp ellenkezőleg, elmulasztjuk a tünetek szándékos mivoltának felismerését.

## Táplálkozási- és evészavarok

Az evészavarok számos börtünettel járhatnak, ezért áttekintésüket igen fontosnak tartjuk. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (57) 5% körül jelöli meg az evészavarok prevalenciáját, melyek főként serdülőkorban és fiatal felnőttkorban kezdődnek és melyek nagyobb részt nőket érintenek. *Szmszka és munkatársainak* (58) magyar mintán végzett vizsgálata a 15 és 24 éves nők körében a szubklinikai vagy klinikai szintű evészavarok tekintetében 3,01%-os pontprevalenciát talált.

Ha evészavarokról szólnunk, akkor a legfontosabb megemlíthető kórképek közé az *anorexia nervosa* (F50.0 és F50.1), a *bulimia nervosa* (F50.2) és a *falásroham zavar* (F50.8) sorolandók.

A DSM-5 (14) az *anorexia nervosa* diagnosztikus kritériumaiként jelöli meg egyebek mellett a szükséges energiamennyiséghez viszonyított energiabevitel korlátozását, mely jelentősen alacsony testsúlyt eredményez (BMI < 17 kg/m<sup>3</sup>). A restriktív altípusba tartozó páciensek a testsúlyvesztést diétázással vagy koplalással, túlzott testmozgással érik el. A falás/tisztulás altípusba tartozó páciensek esetében pedig falásroham-epizódok és/vagy öntisztító viselkedések (önhánytatás, hashajtó, diuretikum, beöntés alkalmazása) lelhetőek fel.

A bőrgyógyászati jelek elsősorban az éhezés, illetve purgáló viselkedés következtében jelentkeznek. A bőrelváltozások akkor fordulnak elő a leggyakrabban, ha a testtömeg 16 kg/m<sup>3</sup>, vagy annál alacsonyabb (59, 60). A dermatológiai jeleket *Glorio és munkatársai* (61) két csoportra osztották. Megkülönböztetnek gyakori jeleket (ilyenek a törékeny haj és köröm, alopecia, bőr- és nyálkahártya szárazság, fogszuvasodás) és irányadó jeleket (hipertrichózis, Russell-jel, eróziók a fogak felületein). A koplalás következményeként jelentkező tünetek a xerosis, lanugoszerű testszőrzet, telogen effluvium, carotenoderma, acné, hiperpigmentáció, seborrhoeás dermatitis, acrocyanosis, perniosis, petechiák, livedo reticularis, interdigitális intertrigo, paronychia, generalizált viszketés, szerzett striae distensae, hidegintolerancia, lassabb sebgyógyulás, prurigo pigmentosa, ödéma, lineáris erythema craquelé, pellagra és skorbut, acrodermatitis enteropathica és egyebek (62). A purgáló típusú anorexiás esetében gyakran megfigyelhető a fent említett Russell-jel. Ez a domináns kéz dorzális oldalán kialakuló bőrkeményedést jelenti, amit az ismétlődő önhánytatás okoz (60, 62).

Anorexia mellett gyakran figyelhetünk meg depresszív tüneteket, illetve gyakran mutatnak kényszeres személyiségvonásokat és kényszeres tüneteket, ami akár olyan kényszeres komponenst tartalmazó viselkedésekben is manifesztálódhat, mint a börtépkedési zavar (62, 63). Ropant fontos szem előtt tartani, hogy az anorexia nervosa a fentiek mellett súlyos belgyógyászati szövődeményekkel is jár, melyek rendkívüli mortalitási kockázatot jelentenek (64).

A *bulimia nervosa* jellemzői a visszatérő falási epizódok, melynek során a személy több ételt fogyaszt el adott időszak alatt, mint amennyit a legtöbbben hasonló időszak alatt fogyasztanak, ezen epizódok során pedig az evés feletti kontroll hiányának az érzése jelentkezik. Az érintettek visszatérően nem megfelelő kompenzatoros viselkedéseket alkalmaznak a testsúlygyarapodás megakadályozására (önhánytatás, hashajtók, diuretikumok stb.) (14).

A Russell-jel bulimia nervosában valamivel gyakrabban figyelhető meg, mint az anorexia nervosa eseteiben. A kéz háti oldalán jelentkező bőrkeményedéseket itt is az önhánytatás, a metszőfogak általi gyakori ingerlés, a savas közeg idézi elő. A Russell-jelet így az evészavarok

fontos gyanújelének tekinthetjük. Érdemes megkülönböztetni a papuláktól, prurigo nodularistól, a granulomatózus gyulladásoktól, vagy akár az esetleges munkavégzés közben szerzett traumáktól. A bőrkeményedések mellé a körömök körüli helyi traumák társulhatnak. Bulimia esetén is találkozhatunk alopeciával, ami a fehérjedeficiencia és tápanyaghiány jele lehet, és főként a frontális területeken mutatkozik. Az alultápláltság és pajzsmirigy-aluműködés miatt a körömök és a haj töredezetek lehetnek, bőr- és nyálkahártya szárazság léphet fel, illetve karotinodermia alakulhat ki (61).

A bulimia nervosa komorbid zavarként jelentkezhet testdiszomorfias zavar mellett (60). Nem ritka emellett a fokozott szuicid kockázattal járó (szuicid kísérletek a betegek 20-30%-ában fordulnak elő) depresszió, hangulati labilitás és a szorongásos zavarok társuló megjelenése sem (63). A bulimia nervosa nagyon gyakran társul személyiségzavarokkal, főként borderline személyiségzavarral, ahol gyakori az impulzív cselekedetek előfordulása, a maladaptív érzelemszabályozó stratégiák használata.

A *falásroham zavar* DSM-5 (14) szerinti diagnosztikus kritériumai hasonlóak a bulimia nervosa diagnosztikus kritériumaihoz azzal a különbséggel, hogy utóbbi esetben a falási epizódok legalább hárommal társulnak az következők közül: gyors evés, kényelmetlenségérzésig való evés, nagy mennyiségű evés éhség hiányában is, az étel mennyisége miatti zavara okán egyedül eszik, a falásroham után erős büntudat, undor, depresszió jelentkezik. A falásrohamok a személy számára szenvedést jelentenek és azokhoz nem társul kompenzatorikus viselkedés, mint a bulimia nervosa esetében, illetve a falási epizódok nem bulimia nervosa vagy anorexia nervosa részei.

A falásroham zavarral küzdő személy gyakran alkalmaz önsértést, melynek a bőrön mutató tünetekkel (pl. falcolás nyoma) találkozhatunk a bőrgyógyászati gyakorlatban. Emellett jelentős az olyan pszichiátriai zavarokkal mutatott komorbiditás, mely a falásrohamokhoz, önsértéshez hasonlóan impulzív viselkedéses tünetekkel jár (pl. borderline személyiségzavar). Ennek magyarázatául az szolgál, hogy a falásrohamokat az érintett személyek gyakran maladaptív érzelemszabályozási stratégiákként, vagy belső ürességérzetük kezelésére használják. Ugyanakkor a falásrohamok a legváltozatosabb pszichiátriai körképek mellett is megjelenhetnek, így találhatunk társuló hiperaktivitás zavart, szorongásos zavarokat, poszttraumás stressz zavart, hangulatzavarokat, vagy a szkizofrénia spektrum zavarait (65, 66). A szuicid ráta magas, 23%-uk kísérel meg öngyilkosságot (65).

## Szerrel összefüggő és addiktív zavarok

### *Tanorexia (F63.8)*

A tanorexia, vagy szoláriumfüggőség egy olyan viselkedési addikció, mely a szoláriumozás feletti kontroll elvesztésével, a szoláriumban töltött túlzott idővel jár, mely miatt a személy elhanyagolja addigi tevékenységeit. Az érintett a tevékenységet annak ellenére is folytatja, hogy

annak pszichés, szociális és fizikai (pl. a bőr leégése, melanoma) kockázatával tisztában van, esetleg azokat tapasztalja is. Ha a személy a tevékenységben akadályoztatott, szorongást, feszültséget él meg (67).

A szoláriumokat évente legalább 40 alkalommal igénybe vevő személyek 70%-a teljesíti az addikciók diagnosztikus kritériumait. A tanorexia serdülőkorban kezdődik, előfordulása 17 és 30 év között a leggyakoribb. A női túlsúly 5-6-szoros (67).

A túlzott szoláriumhasználat mögött a megjelenés javításának szándéka mellett rekreációs motiváció, a hangulatjavítás szándéka is állhat. Az érintettek gyakran szenvednek komorbid szezonális hangulatzavarban és testdiszomorfias zavarban. Emellett egyéb addikciók, akár szerhasználat is előfordulhat (68).

## **Egyéb (dermatitis artefacta/artefakt dermatitis helye a bőrgyógyászati és pszichiátriai gondolkodásban)**

A dermatitis artefacta vagy artefakt dermatitis a pszichodermatológia egy roppant diffúz fogalma, melyet a szakirodalom, és ennek megfelelően a szakemberek is többféleképpen alkalmaznak. Épp ezért úgy döntöttük, külön szakaszt szentelünk ennek a jelenségnek, hogy használatának ellentmondásosságait megvilágíthassuk.

### *Artefakt dermatitis mint a fakticiózus zavar szinonimája*

Egyes szakemberek a jelenséget olyan, a páciens által önmagának okozott sérülésekként definiálják, melyek esetében a beteg tagadja, hogy a sérüléseket, bőrelváltozásokat ő okozta volna saját magának (9, 12). Nem egyértelmű, hogy a páciens ezeket az elváltozásokat tudatosan, vagy tudattalanul idézi elő (6), ugyanakkor a tudatállapotot tekintve ébersége megtartott. A bőr, haj és szőrzet vagy a nyálkahártya sérülések előidézésére a személynek racionális motivuma nincs (4). Ezeket a megfontolásokat követve, az artefakt dermatitist a fakticiózus zavar (F68.1) megnyilvánulásának tekintjük (13, 36).

### *Az artefakt dermatitis mint a pszichés beteg maladaptív önszabályozásának eredménye*

A fentiekkel szemben a szakirodalom más esetekben ennél tágabban értelmezi a fogalmat és artefaktumnak, „műterméknek” tekint olyan elváltozásokat is, melyek hátterében valamilyen priméren meglévő pszichiátriai zavar áll. Itt főképpen a valamely személyiségzavarban, főként borderline személyiségzavarban szenvedő személy elégtelen érzelmi- és hangulatszabályozási mechanizmusainak maladaptív pótlásaként önmagának okozott sérülésekre kell gondolnunk (37). De a krónikus ürességérzés oldását, az interperszonális nehézségek nyomán keletkezett lelki fájdalmat is enyhítheti ily módon a személy (11, 69). Ez esetben falcolás nyomai fedezhetőek fel a karon, a combon vagy a mellkason, de az égési sérülések (pl. cigaretta-nyomok) sem ritkák.



### *Az artefakt dermatitis mint a priméren meglévő pszichés zavarhoz társuló bármely dermatológiai elváltozás*

A fentiek mellett a szakirodalomban olyan vélemények is fellelhetők, melyek a beteg által önmagának okozott bőrelváltozások szinte teljes körét artefaktumként értelmezik. *Ngan* (70) például ide sorolja a bőrkapirgálási zavar, a trichotillománia, a testdiszmorfia vagy a kényszercelemek nyomán létrejött elváltozásokat is. Mások a pszichotikus állapotban elkövetett önsértéseket, vagy a borderline személyiségzavarban szenvedő páciens falcolását is artefaktumnak tekintik (71).

Az artefakt dermatitis kifejezés tehát roppant tág értelemben használatos fogalom (52). *Szlávicz és munkatársai* (10) éppen e fogalmi zavar miatt hívják fel a figyelmet az Európai Bőrgyógyászati és Pszichiátriai Társaság állásfoglalására. A Társaság közleménye szerint (2013) az önsértések nyomán keletkezett elváltozások esetén nem ajánlott az artefakt dermatitis kifejezés alkalmazása, hiszen nem gyulladásozó folyamatok azonosíthatók ez esetben. Emellett az egyéb pszichiátriai zavarokhoz társuló sérüléseket javasolják elkülöníteni a faktíciós zavarban jelentkező elváltozásoktól, hiszen ezek esetében – szemben a faktíciós zavarral – nem valamilyen tagadott magatartás áll a bőrtünetek mögött.

### **Miért válhat a bőr a pszichés zavar tünezhordozójává?**

A bőr a legszembevetőbb szervünk, melynek így különösen fontos szerepe van az érzelmek kifejezésében (pl. harag, szégyen) és ezzel együtt a kommunikációban. Nem csak pszichés tartalmaink, de interperszonális viszonyaink kiemelt színtere is (38). Bőrünkön keresztül üzeneteket küldünk és üzeneteket fogadunk, hiszen ez az egyetlen, mások által fizikailag is megérinthető szervünk, melynek szerepe épp ennek okán óriási fejlődésünk és szocializációnk során (72, 73). Ez azt is jelenti, hogy bőrünk képezi a fizikai határt köztünk és a környezetünk, az én és a nem-én között. Megjelenése befolyásolja énképünket és identitásunkat (6). Mindezek mentén érthető, hogyan válhat a bőr a feszültségelvezetés csatornájává, a szorongás színterévé, a realitással való viszonyunk lenyomatává. Gondoljunk itt a borderline beteg falcolására, a testdiszmorfiás zavarra, trichotillomániára, a bőrtépkedési zavarra vagy akár az Ekboom-szindrómára.

Bőrünket ugyanakkor nem csak fizikai elhelyezkedése köti össze belső, pszichés működésünkkel. Az idegrendszer és a bőr kapcsolata életünk legelső pillanatától kezdve igen szoros, hiszen mindkettő ektodermális eredetű. Emellett hasonló neurohumorális hatások által befolyásoltak (4, 74). Így bőrünk nem csak a külvilágból érkező, de a belülről érkező ingerekre is reagál, a belső állapotokat a külvilág felé közvetíti (9). Ez a kétirányú kommunikáció teszi lehetővé, hogy bőrünk akár nem tudatosuló intrapszichés tartalmaink hordozójává is váljon. Így válik megérthetővé egyes szomatofórm állapotok, például a pszichogén pruritus kialakulása.

Természetesen a pszichés háttéren jelentkező szomatikus panaszok mögött emellett pszichológiai faktorokat is kell keresnünk. Az érintett páciensek gyakran küzdenek érzelmszabályozási nehézséggel, esetleg alexitímiával (ami egyfajta érzelmi vakságot jelent) és következményes interperszonális nehézségekkel (12). Az érzelemfelismerési és -szabályozási nehézségek a pszichés szabályozási folyamatok elégtelenségei nyomán a fizikai úton történő szabályozás felé terelnek, ami így fizikai tünetekben nyilvánulhat meg (75).

Áttekintve a pszichodermatológiai gyakorlat számára legfontosabb kórképeket, azt láthatjuk, hogy pácienseink számára a pszichiátriai komorbiditás nemcsak jelentős szenvedést okoz, de rontja életminőségüket, fokozza az önártalom kockázatát, emellett rontja a betegek terápiás adherenciáját, ami a kezelésre adott kedvezőtlenebb válasszal és kedvezőtlenebb kimenetekkel is jár (12). Nem szabad tehát figyelmen kívül hagyni a társuló pszichés problémákat, hanem átfogó pszichodermatológiai ellátás alkalmazására kell törekednünk. A pszichodermatológiai ellátás célja a komorbid mentális zavarok diagnosztizálása mellett azok kezelése is. Ez a pszichofarmakonok alkalmazása mellett olyan pszichológiai beavatkozásokat jelent, melyek célja a páciensek funkcionálásának javítása, a pszichés és fizikális distressz csökkentése, az érintettek társas elszigetelődésének oldása és önbizalmuk növelése. Láthatjuk, hogy számos kórkép a személyiség jelentős érintettségén alapul. Ezen esetekben a hosszabb pszichoterápiás folyamat lehet megfontolandó.

#### IRODALOM

1. *Picardi A, Abeni D, Melchi CF és mtsai.*: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Brit J Dermatol.* (2000) 143(5), 983-991. doi: 10.1046/j.1365-2133.2000.03831.x
2. *Gupta MA, Gupta AK*: Psychodermatology: An update. *J Am Acad Dermatol.* (1996) 34(6), 1030-1046. doi: 10.1016/s0190-9622(96)90284-4
3. *Harth W, Gieler U, Tausk FA*: Prevalence of somatic and emotional disorders. In: Hart W, Kusnir D, Gieler U, Tausk FA, editors. *Clinical Management in Psychodermatology.* Berlin: Springer; (2009). p. 7-8. doi: 10.1007/978-3-540-34719-4
4. *Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R*: Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts. *Indian J Psychiatry.* (2010) 52(3), 270-275. doi: 10.4103/0019-5545.70992
5. *Kuhn H, Mennella C, Magid M és mtsai.*: Psychocutaneous disease Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol.* (2017) 76(5), 779-791. doi: 10.1016/j.jaad.2016.11.013
6. *Osman OT, Mufaddel A, Almugaddam F*: The psychiatric aspects of skin disorders. *Expert Rev Dermatol.* (2011) 6(2), 195-209. doi: 10.1586/EDM.11.10
7. *Koo JY, Lee CS*: Psychocutaneous Medicine. Boca Raton: CRC Press; (2003). doi: 10.1201/9780203911877
8. *Jafferany M, Franca K*: Psychodermatology: Basics Concepts. *Acta Derm-Venerol.* (2016) 96, 35-37. doi: 10.2340/00015555-2378
9. *Jafferany M*: Psychodermatology: when the mind and skin interact: understanding the link between cutaneous and psychiatric disorders to improve outcomes. *Psychiatr Times.* (2011) 28(12), 26.
10. *Szlávicz E, Major J, Bancsók T és mtsai.*: Pszichoterápiás módszerek alkalmazhatósága a bőrgyógyászati gyakorlatban. *Borgyog Venerol Sz.* (2023) 99(3), 194-202. doi: 10.7188/bvsz.2023.99.3

11. Longhurst P: Stigmatisation and societal pressure in patients with skin conditions. *J Aesthet Nurs.* (2019) 8(5), 212-216. doi: 10.12968/joan.2019.8.5.212
12. Picardi A, Pasquini P: Toward a biopsychosocial approach to skin diseases. *Adv Psychosom Med.* (2007) 28, 109-126. doi: 10.1159/000106800
13. Ghosh S, Behere RV, Sharma PSVN: Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian J Dermatol.* (2013) 58(1), 39-43. doi: 10.4103/0019-5154.105286
14. *Amerikai Pszichiátriai Társaság*: DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft; (2013).
15. Kalamkarian AA, Briun EA, Grebeniuk VN: Skin itching occurring as a type of tactile hallucinosis. *Vestn Dermatol Venerol.* (1978) 8, 90-92.
16. Chung MC, Fulford B, Graham G: Reconciling Schizophrenia – International Perspectives in Philosophy & Psychiatry. 1th ed. New York: Oxford University Press; (2007). doi: 10.1093/med/9780198526131.001.0001
17. Tohid H, Shenefelt PD, Burney WA és mtsai.: Psychodermatology: An Association of Primary Psychiatric Disorders With Skin. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed).* (2019) 48(1), 50-57. doi: 10.1016/j.rcp.2017.07.002
18. Heller MM, Wong JW, Lee ES és mtsai.: Delusional infestations: clinical presentation, diagnosis and treatment. *Int J Dermatol.* (2013) 52(7), 775-783. doi: 10.1111/ijd.12067
19. Trabert W: 100 years of delusional parasitosis. Meta-analysis of 1,223 case reports. *Psychopathology.* (1995) 28(5), 238-246. doi: 10.1159/000284934
20. Freudemann RW, Lepping P: Delusional Infestation. *Clin Microbiol Rev.* (2009) 22(4), 690. doi: 10.1128/CMR.00018-09
21. Trenton A, Pansare N, Tobia A és mtsai.: Delusional parasitosis on the psychiatric consultation service – a longitudinal perspective: case study. *Bjpsych Open.* (2017) 3(3), 154-158. doi: 10.1192/bjpo.bp.116.004358
22. Arnone D, Patel A, Tan GMY: The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry.* (2006) 5(1), 1-8. doi: 10.1186/1744-859X-5-11
23. Szlávicz Z, Kovács LA, Gyulai R és mtsai.: Az Ekbom-szindróma bőrgyógyászati szemszögből. *Borgyogy Venerol Sz.* (2019) 95(1), 22-27. doi: 10.7188/bvsz.2019.95.1.5
24. Rahman SM, Abduelmula A, Jafferany M: Psychopathological symptoms in dermatology: A basic approach toward psychocutaneous disorders. *Int J Dermatol.* (2023) 62(3), 346-356. doi: 10.1111/ijd.16344
25. Jalal B, Chamberlain SR, Sahakian BJ: Obsessive-compulsive disorder: Etiology, neuropathology, and cognitive dysfunction. *Brain Behav.* (2023) 13(6), doi: 10.1002/brb3.3000
26. Harsányi A, Csigó K, Demeter G: Kényszerbetegség. Elmélet, kutatás, terápia. Budapest: Oriold és társai Kiadó; (2015).
27. Török É, Rutkai K: Az obszesszív-kompulzív zavar – OCD – bőrgyógyászati jelei. *BVSZ* (2003) 79(2), 69-75.
28. King RA, Zohar AH, Ratzoni G és mtsai.: An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* (1995) 34(9), 1212-1215. doi: 10.1097/00004583-199509000-00019
29. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE: Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder. *J Clin Psychiat.* (1994) 55, 33-53.
30. Phillips KA, Dufresne RG: Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* (2000) 1(4), 235-243. doi: 10.2165/00128071-200001040-00005
31. Fang A, Wilhelm S: Clinical Features, Cognitive Biases, and Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Annu Rev Clin Psycho.* (2015) 11, 187-212. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032814-112849
32. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ és mtsai.: Depression Modulates Pruritus Perception – a Study of Pruritus in Psoriasis, Atopic Dermatitis, and Chronic Idiopathic Urticaria. *Psychosom Med.* (1994) 56(1), 36-40. doi: 10.1097/00006842-199401000-00005
33. Phillips KA: The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. *Prim Psychiatry.* (2006) 13(7), 51-59.
34. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB és mtsai.: Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* (2010) 63(2), 235-243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017
35. Grant JE, Mancebo MC, Mooney ME és mtsai.: Longitudinal course of body-focused repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry.* (2015) 27(3), 185-191.
36. Mercan S, Altunay IK: Psychodermatology: A collaborative subject of psychiatry and dermatology. *Turkish Journal of Psychiatry.* (2006) 17(4), 1-9.
37. Koo J, Lebwohl A: Psychodermatology: The mind and skin connection. *Am Fam Physician.* (2001) 64(11), 1873-1878.
38. Gupta MA, Gupta AK: Current Concepts in Psychodermatology. *Curr Psychiat Rep.* (2014) 16(6), 449. doi: 10.1007/s11920-014-0449-9
39. Stein DJ, Hollander E: Dermatology and Conditions Related to Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Dermatol.* (1992) 26(2), 237-242. doi: 10.1016/0190-9622(92)70033-c
40. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E és mtsai.: The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiat.* (2010) 51(2), 183-186. doi: 10.1016/j.commpsy.2009.04.003
41. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L: Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord.* (2009) 23(3), 314-319. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.01.008
42. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T és mtsai.: Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiat.* (1999) 60(7), 454-459. doi: 10.4088/jcp.v60n0707
43. Ögüt C, Ögüt ND: Impulsivity in patients with acne excoriee. *J Cosmet Dermatol-U.S.* (2023) 22(3), 1099-1104. doi: 10.1111/jocd.15535
44. Koo JYM, Smith LL: Psychologic Aspects of Acne. *Pediatr Dermatol.* (1991) 8(3), 185-188. doi: 10.1111/j.1525-1470.1991.tb00856.x
45. Cotterill JA, Cunliffe WJ: Suicide in dermatological patients. *Brit J Dermatol.* (1997) 137(2), 246-250. doi: 10.1046/j.1365-2133.1997.18131897.x
46. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL: Psychogenic excoriation – Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *Cns Drugs.* (2001) 15(5), 351-359. doi: 10.2165/00023210-200115050-00002
47. Weisshaar E, Szepletowski JC, Dalgard F és mtsai.: European S2k Guideline on Chronic Pruritus In cooperation with the European Dermatology Forum (EDF) and the European Academy of Dermatology and Venerology (EADV). *Acta Derm-Venerol.* (2019) 99(5), 469-505. doi: 10.2340/00015555-3164
48. Misery L, Dutray S, Chastaing M és mtsai.: Psychogenic itch. *Transl Psychiat.* (2018) 8(1), 52. doi: 10.1038/s41398-018-0097-7
49. Psouni EE: On psychological factors affecting reports of itch perception. *Basic and Clinical Dermatology.* (2004) 27, 351-368.
50. Dalgard FJ, Gieler U, Tomas-Aragones L és mtsai.: The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multi-center Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *J Invest Dermatol.* (2015) 135(4), 984-991. doi: 10.1038/jid.2014.530
51. Buteau A, Reichenberg J: Psychogenic Pruritus and Its Management. *Dermatol Clin.* (2018) 36(3), 309-314. doi: 10.1016/j.det.2018.02.015
52. Joura M, Koszorú K, Sárdy M: Arteficiális dermatitis. *BVSZ* (2021) 97(1), 51-56. doi: 10.7188/bvsz.2021.97.1.7
53. Millard J, Millard L: Factitious skin disorder (dermatitis artefacta). In: Bewley A, Taylor RE, editors. *Practical Psychodermatology*: John Wiley & Sons Ltd; (2014). p. 142-149. doi: 10.1002/9781118560648

54. *Consoli SG*: Dermatitis Artefacta – a General-Review. *Eur J Dermatol.* (1995) *5(1)*, 5-11. doi: 10.1016/j.adengl.2012.10.018
55. *Harth W, Taube KM, Gieler U*: Fictitious disorders in dermatology. *JDDG: J Dtsch Dermatol Ges.* (2010) *8(5)*, 365-373. doi : 10.1111/j.1610-0387.2010.07327.x
56. *Gieler U, Consoli SG, Tomas-Aragones L és mtsai.*: Self-Inflicted Lesions in Dermatology: Terminology and Classification – A Position Paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta Derm-Venereol.* (2013) *93(1)*, 4-12. doi: 10.2340/00015555-1506
57. *Guards A*: What are eating disorders? : American Psychiatric Association 2023 [cited: 2023 Oct 16. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>]
58. *Szumski I, Túry F, Csoboth CT és mtsai.*: The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *Eur Eat Disord Rev.* (2005) *13(4)*, 278-284. doi: 10.1002/erv.633
59. *Hediger C, Rost B, Itin P*: Cutaneous manifestations in anorexia nervosa. *Schweiz Med Wschr.* (2000) *130(16)*, 565-575.
60. *Jafferany M*: Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* (2007) *9(3)*, 203-213. doi: 10.4088/pcc.v09n0306
61. *Glorio R, Allevalo M, De Pablo A és mtsai.*: Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol.* (2000) *39(5)*, 348-353. doi: 10.1046/j.1365-4362.2000.00924.x
62. *Strumia R*: Skin signs in anorexia nervosa. *Dermatoendocrinol.* (2009) *1(5)*, 268-270.
63. *Woodside BD, Staab R*: Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Cns Drugs.* (2006) *20(8)*, 655-663. doi: 10.4161/derm.1.5.10193
64. *Fichter MM, Quadflieg N*: Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disorder.* (2016) *49(4)*, 391-401. doi: 10.1002/eat.22501
65. *Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F és mtsai.*: Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers.* (2022) *8(1)*, 16. doi: 10.1038/s41572-022-00344-y
66. *Thornton LM, Watson HJ, Jangmo A és mtsai.*: Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity. *Int J Eat Disorder.* (2017) *50(1)*, 58-65. doi: 10.1002/eat.22624
67. *Petit A, Lejoyeux M, Reynaud M és mtsai.*: Excessive Indoor Tanning as a Behavioral Addiction: A Literature Review. *Curr Pharm Design.* (2014) *20(25)*, 4070-4075. doi: 10.2174/13816128113199990615
68. *Mosher CE, Danoff-Burg S*: Addiction to Indoor Tanning: relation to anxiety, depression, and substance use. *Arch Dermatol.* (2010) *146(4)*, 412-417. doi: 10.1001/archdermatol.2009.385
69. *Merza K, Harmatta J, Papp G és mtsai.*: Gyermekkori traumatizáció, disszociáció és szándékos fizikai önsértő viselkedés borderline személyiségzavarban. *Orvosi Hetilap.* (2017) *158(19)*, 740-747. doi: 10.1556/650.2017.30745
70. *Ngan V*: Dermatitis artefacta: DermNet NZ 2003 [cited: 2023 Oct 16. Available from: [www.dermnetnz.org/topics/dermatitis-artefacta.](http://www.dermnetnz.org/topics/dermatitis-artefacta)]
71. *Gupta MA, Gupta AK*: Self-induced dermatoses: A great imitator. *Clin Dermatol.* (2019) *37(3)*, 268-277. doi: 10.1016/j.clindermatol.2019.01.006
72. *Domonkos AN*: Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Philadelphia: WB Saunders; (1971).
73. *Koblentz CS*: Psychosomatic Concepts in Dermatology – a Dermatologist-Psychanalysts Viewpoint. *Arch Dermatol.* (1983) *119(6)*, 501-512.
74. *Shenefelt PD*: Management of Psychodermatologic Disorders. *Dermatol Nurs.* (2010) *22(4)*.
75. *Hofer MA*: On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med.* (1996) *58(6)*, 570-581. doi: 10.1097/00006842-199611000-00005

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.10.

## Fágok ihlette mikrobiom modulálás az atópiás dermatitis kezelésében\*

### Microbiome modulation inspired by phages – a therapeutic possibility in atopic dermatitis

PÓNYAI GYÖRGYI DR.

Semmelweis Egyetem Bőr-Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Budapest

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A fágok vírusok, melyek host-specifikusan fertőznek baktériumokat és fenntartják a normál, kommenzális mikrobiom dinamikus egyensúlyát. A lítikus fágok megelőzik az ártalmas baktériumok túlszaporodását endolizinjeik kiváltotta direkt lízis révén. Az exogén módon, célzottan alkalmazott endolizinek már percekben belül a célsejt pusztulását okozzák, és ez a felgyorsult bactericid hatás jelentősen korlátozza az esetleges adaptálódást, illetve a rezisztencia kialakulását. A fág-terápiák kombinálhatók szimbióta baktériumokkal, antibiotikumokkal vagy probiotikumokkal. Atópiás dermatitisben reális kezelési lehetőség a *Staphylococcus aureus* kolonizációjának csökkentése és klinikailag releváns redukciója célzott fág-terápia segítségével.

#### Kulcsszavak:

**mikrobiom – *Staphylococcus aureus* – atópiás dermatitis – fág-terápia**

#### SUMMARY

Phages are viruses that can infect bacteria host-specifically and support the balance of the normal, commensal microbiome. Lytic phages prevent the overgrowth of harmful bacteria by direct lysis. The activity of exogenous endolysins used in targeted therapies can lead to the lysis of the bacterial cell within minutes, limiting the possible adaptation and the development of resistance. Phage therapies can be combined with symbiotic bacteria, with antibiotics and probiotics. In atopic dermatitis phage treatments can be a realistic therapeutic goal to reduce the colonisation of *Staphylococcus aureus*.

#### Key words:

**microbiome – *Staphylococcus aureus* – atopic dermatitis – phage therapy**

A fág-terápiák során bakteriális, fertőző betegségeket kezelhetünk a bakteriofágok lítikus aktivitását kihasználva. A fágok vírusok, melyek képesek baktériumokkal teli környezetben szaporodni, és miközben baktériumokat fertőznek, a humán sejteket nem támadják. A *phageoma* egy adott környezetben létező fágok közössége, melynek – állandó kontroll révén – jelentős hatása van az ott kialakuló lokális mikrobiom összetételére. A lítikus fágok megelőzik az ártalmas baktériumok túlszaporodását direkt lízis segítségével, más csoportok a szimbiotikus baktériumok túlélését segítik elő – a dinamikus egyensúly biztosítja a mikrobiom optimális működését és funkcióját.

A fág-terápia nagy távlatokat nyújtó lehetőség a bőr mikrobiom modulálására, bizonyos betegségek megelőzésére, illetve antimikrobiális terápiájára. A bőr *phageoma* jelenléte és összetétele szoros kapcsolatban áll a mikrobiom aktuális állapotával, a bőr egészségével. Az egyes fágok host-specificitást mutatnak, és így meghatározott típusú baktériumokat fertőznek, ami célzott prevenciót, illetve kezelést tesz lehetővé. A baktériumok és a fágok több millió évre vissza-

tekintő, párhuzamos evolúciója révén a fágok endolizinjei képesek a baktériumfal esszenciális kötési pontjainak bonthatására, úgy, hogy ehhez a hatáshoz a host tartósan nem tud adaptálódni. A természetes előforduló fágok valamely okból létrejövő, csökkent koncentrációja az adott lokalizációban bizonyos baktériumok túlszaporodásával jár. A fág szupplementáció (orálisan vagy lokálisan) ezt a folyamatot visszafordíthatja és normalizálhatja (1,2).

Célzott terápiában, exogén módon alkalmazott endolizinek aktivitása már percekben belül a célsejt líziséhez vezethet. Az így felgyorsult bactericid hatás jelentősen korlátozza az esetleges adaptálódást, illetve a rezisztencia kialakulását. A baktériumfal több pontján egyidejűleg támadva, még tovább csökkenthető ezek esélye. Egy ilyen kezelés egy más (adott esetben hasznos) baktériumokkal, illetve egyéb mikrobákkal teli, komplex környezetben a patogén baktériumok szelektív gátlását, eltávolítását teszi lehetővé, a „normál” mikrobiom károsítása nélkül.

A fág-terápiák kombinálhatók szimbióta baktériumokkal (bőr esetében jellemzően *Staphylococcus epidermidis*-

el), antibiotikumokkal, vagy probiotikumokkal. Adhatók komplex terápiás koktélokban is, különös tekintettel arra, hogy az esetleges – akár methicillinre kialakuló – rezisztenciát kiküszöböljék. Az adagolás módja – a kérdéses lokalizációtól függően – lehet orális, lokális, intraperitoneális, intravénás vagy intranasális. A természetes antimikrobiális hatással is rendelkező kommenzális flóra megőrzése kiemelten fontos a gyógyszeres terápiák mellékhatásai, az ezek következtében megjelenő új tünetek, akár konkrét betegségek, illetve a multirezisztencia megelőzése céljából is. A fág-terápiák hatékonyságáról a bél-mikrobiom eltéréseinél, otitis mediában, bőrbetegségek közül pedig égések, lábfekélyek, acne, psoriasis, impetigo, folliculitis, atópiás dermatitis vonatkozásában rendelkezünk adatokkal (1-11).

Az atópiás dermatitis (AD) etiológiája multifaktoriális, a gyulladós tünetek megjelenésében jelentős szerepe van a barrier-diszfunkciónak, ehhez kapcsolódva a bőr mikrobiom dysbiosisnak. Ennek központi eleme a *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) fokozott kolonizációja, gyulladáskeltő, – fenntartó hatása, valamint a kommenzális flóra mennyiségi és diverzitás-csökkenése, a szimbiota mikrobák relatív hiánya. Az AD terápiájában ezért kiváló stratégia lehet a mikrobiom egyensúly célzott fenntartása, illetve a már dysbiotikus mikrokörnyezet restaurálása, a *S. aureus* visszaszorításával, illetve eliminációjával. A *S. aureus* fokozott kolonizációja – többek között a pro-inflammatorikus cytokinek felszabadulását stimuláló staphylococcalis enterotoxinok produkciója révén – AD-ben jelentős mértékben felelős a gyulladás kialakulásáért és fenntartásáért, valamint a barrier-funkció további romlásáért. A *S. aureus* szuperantigénjeinek, illetve toxinjainak hatására jellemző az IL-4 és IL-13 overexpressziója és a patogének ellen védelmet nyújtó antimikrobiális peptidok (cathelicidin, human beta-defensin) down-regulációja. Gátlódik a bőr barrier felépítésében szerepet játszó proteinek és ceramidok, valamint a természetes nedvesítő faktorok expressziója, és a keratinocita differenciálódás. A *S. aureus* biofilmet képez, mely támogatja az anyagcseréjét és védelmet biztosít számára. A baktérium képes szteroid-rezisztencia kiváltására is, mely a terápia ineffektivitásában nyilvánul meg, és más hatóanyagok (lokális calcineurin inhibitorok, illetve szisztémás szerek) bevezetését teszi szükségessé.

A különféle (lokális és szisztémás) antibiotikumokra kialakuló, világszerte egyre gyakoribbá váló rezisztencia, és egyéb, nem kívánatos mellékhatások miatt az elmúlt évtizedekben jelentősen megnőtt az igény alternatív terápiák kifejlesztésére és használatára. Ide tartoznak a probiotikus, prebiotikus kezelések, a bőr mikrobiom transzplantáció révén történő modulálása, a kommenzális flóra regenerálása és szintetikus antimikrobiális peptidok alkalmazása is. Az AD bázisterápia részeként ismert emolliens-használat már önmagában is fokozza a natív bőr flóra tagjai közül a *Streptococcusok*, *Corynebacteriumok*, *Propionibakteriumok* kolonizációját, ami a mikrobiom diverzitásának fenntartásával, sőt fokozásával csökkenti a gyulladós tünetek kialakulásának esélyét. Az egészséges bőr tipikus szimbiótájaként ismert *Staphylococcus epidermidis* transzplantációja is hatékony stratégia lehet a bőr mikroflóra össze-

tételének javítására, illetve a normál, egyensúlyi állapot visszaállítására (1, 6,7,11,12).

A fág eredetű, endolizin alapú terápia a *S. aureus* szelektív eradikációjának ígéretes módszere. Az endolizinek a fágokból származó hidrolázok, melyek a bakteriális hostban képződnek a fág lítikus ciklusa során. Hidrolizist és peptidoglikán sejtfal-degradációt okoznak a bakteriális host lízisét kiváltva. Tisztított endolizin kivonatok exogen, in vitro alkalmazása is antimikrobiális hatású, feltehetőleg szintén fág-indukált sejtlyízis révén. A Gram-pozitív baktériumokat célzó fágok endolizinjei gyakran modulárisok: tartalmaznak egy (vagy több), host-specifikus felismerést lehetővé tevő C-terminalis, sejtfal-kötő domént, valamint N-terminalis enzimatikusan aktív domén(ek)e)t, melyek a cukor-cukor, cukor-peptid vagy peptid-peptid kötéseket hasítják a bakteriális sejtfal peptidoglikán rétegeiben. A több endolizin doménjeit is tartalmazó rekombináns endolizinek szélesebb körű antimikrobiális aktivitást biztosítanak. Az ezekkel zajló fejlesztések specifikus támadáspontokon bevethető, „dizájner”-endolizinek megalkotását teszik lehetővé. A jövőben tehát valószínűleg a kombinációs terápiák terjednek majd el, fokozottabb hatékonyságuk és biztonságosságuk miatt.

Atópiás dermatitisben a (kombinált) fág-terápiával inkább a *S. aureus* kolonizációjának csökkentése és klinikailag releváns redukciója (valamint ennek fenntartása) lehet reális terápiás cél és kevésbé a teljes eradikáció. A kezelés során figyelemmel kell lenni ugyanis arra is, hogy az atópiás prediszpozícióra jellemző barrier-zavar és a kapcsolódó nazális *S. aureus* hordozás, valamint a konstans környezeti expozíció fontos hajlamosító tényezők a patogén mikroba gyors rekolonizációja szempontjából. A gyulladós bőrtünetek így hamar recidiválhatnak. Az adag többszöri ismétlése tehát hatékonyabb, mint egy egyszeri fág-dózis. További kihívás az adott készítmény hatékonyságának becslése a bakteriális metabolizmus függvényében a típusos mikrokörnyezetben (lényeges például a pH szerepe), a megfelelő vivőanyag (pl. krém, gél, kapszula) kiválasztása, valamint a párhuzamosan alkalmazott kezelések (pl. lokál szteroid) használatának és adagolásának optimalizálása. A fág-rezisztencia előfordul, bár nem jellemző, az antibiotikum-rezisztenciánál 10-szer ritkábban alakul ki, és ehhez alkalmazkodó fág-koktélok szupplementációjával megelőzhető, illetve megszüntethető (1,2,6,11).

A fág-alapú terápiák (különösen kombinációban) ígéretesek, hatékonyságuk az eddigi vizsgálatok alapján bizonyított. Eredményesen gátolhatják a bakteriális biofilm kialakulását, és a patogének kolonizációját úgy, hogy nem ronszolják a normál, kommenzális mikrobiomot, valamint antibiotikum -rezisztens baktériumok esetén is alkalmazhatók (2,6,7,10,11).

#### IRODALOM

1. Shimamori Y., Mitsunaka S., Yamashita H. és mtsai: Staphylococcal phage in combination with Staphylococcus epidermidis as a potential treatment for Staphylococcus aureus – associated atopic dermatitis and suppressor of phage-resistant mutants. *Virus* (2021) 13, 7. DOI: 10.3390/v13010007

2. *Natarelli N., Gahoonia N., Sivamani R.K.*: Bacteriophages and the microbiome in dermatology: the role of the phageome and potential therapeutic strategy. *Int J Mol Sci* (2023) *24*, 2695. DOI:10.3390/ikms24032695
3. *Fish R., Kutter E., Wheat G. és mtsai*: Compassionate use of bacteriophage therapy for foot ulcer treatment as an effective step for moving toward clinical trials. *Methods Mol Biol* (2018) *1693*, 159-170. DOI: 10.1007/978-1-4939-7395-8\_14
4. *Chadha P., Katare O.P., Chhibber S.*: In vivo efficacy of single phage versus phage cocktail in resolving burn wound infections in BALB/c mice. *Microb Pathog* (2016) *99*, 68-77. DOI: 10.1016/j.micpath.2018.08.001
5. *D'Accolti M., Sofritti I., Lanzoni L. és mtsai*: Effective elimination of Staphylococcal contamination from hospital surfaces by a bacteriophage-probiotic sanitation strategy: a monocentric study. *Microb Biotechnol* (2019) *12*, 742-751. DOI:10.1111/1751-7915.13415
6. *Totté J.E.E., van Dorn M.B., Pasmans S.G.M.A.*: Successful treatment of chronic Staphylococcus aureus- related dermatoses with the topical endolysin Staphfect SA.100: a report of 3 cases. *Case Rep Dermatol* (2017) *9*, 19-25. DOI: 10.1159/000473872
7. *Totté J., de Witt J., Pardo L. és mtsai*: Targeted anti-staphylococcal therapy with endolysins in atopic dermatitis and the effect on steroid use, disease severity and the microbiome: study protocol for a randomized controlled trial (MAAS trial). *Trials* (2017) *18*, 404. DOI: 10.1186/s13063-017-2118-x
8. *Odell I.D., Flavell R.A.*: Microbiom ecology of eczema. *Nat Microbiol* (2016) *1*, 16135. DOI: 10.1038/nmicrobiol.2016.135
9. *Nakatsuji T., Chen T.H., Narala S. és mtsai*: Antimicrobials from human skin commensal bacteria protect against Staphylococcus aureus and are deficient in atopic dermatitis. *Sci Transl Med* (2017) *9*, 1-22. DOI: 10.1126/scitranslmed.aah4680
10. *Ly-Chatain M.H.*: The factors affecting effectiveness of treatment in phages therapy. *Front Microbiol* (2014) *5*, 51. DOI: 10.3389/fmicb.2014.00051
11. *Tham E.H., Koh E., Common J.E.A. és mtsai*: Biotherapeutic approaches in atopic dermatitis. *Biotechnol J* (2020) *15*, 1900322 DOI:10.1002/biot.201900322
12. *Geoghegan J.A., Irvine AD., Foster T.J.*: Staphylococcus aureus and atopic dermatitis: a complex and evolving relationship. *Trends in Microbiology* (2018) *26*, 484-497. DOI:10.1016/j.tim.2017.11.008

A publikáció a L'Oreal Magyarország Kft./LA ROCHE POSAY támogatásával jelent meg. A cikk teljes tartalma, a közölt információk a szerző személyes nézeteit tükrözi.

Érkezett: 2023.12.29.

Közlésre elfogadva: 2024.01.09.