

Pszichoterápiás módszerek alkalmazhatósága a bőrgyógyászati gyakorlatban

Application of psychotherapy in dermatological practice

SZLÁVICZ ESZTER DR.¹, MAJOR JUTTA^{1,2}, BANC SÓK TAMÁS DR.¹, FERENCZ
ZSUZSANNA¹, TAKÁCS HILDA DR.³, OSVÁTH PÉTER DR.³, GYULAI ROLLAND DR.¹

PTE ÁOK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika¹

PTE ÁOK Magatartástudományi Intézet²

PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika³

ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichodermatológia határterület a bőrgyógyászat és a mentális egészséggel foglalkozó tudományok között. Jól ismert jelenség, hogy a pszichoszociális stressz bizonyos bőrbetegségek fellángolását okozhatja, illetve a bőr állapotában, a külső megjelenésben bekövetkező változások visszahatnak a pszichés működésekre is. Mindemellett ismertek olyan pszichiátriai megbetegedések, amelyekre elsősorban bőrtünetek hívják fel a figyelmet. A leírtakból következik, hogy a bőrbetegségek kiegészítő terápiájában relevanciája lehet a különböző pszichoterápiás módszereknek, illetve a bőr vizsgálata pszichés kórképek felismerésében is kulcsfontosságú lehet. A közleményben a szerzők szeretnék röviden ismertetni a pszichodermatológia körébe tartozó megbetegedéseket és azokat a pszichoterápiás intervenciókat, amelyeknek létjogosultsága lehet a bőrbetegek kezelése során is.

Kulcsszavak:

**pszichodermatológia – krónikus
bőrbetegségek – pszichoszomatika –
pszichoterápia**

SUMMARY

Psychodermatology represents a frontier between dermatology and mental health-related sciences. It is well established that psychosocial stress may exacerbate the symptoms of dermatological disorders, and alterations due to different skin conditions may also affect mental health. A category of psychological disorders is characterized by prominent skin symptoms. Based on these facts, it is evident that psychotherapeutic intervention might be relevant in the treatment of skin lesions and the observation of skin symptoms facilitate the diagnosis of an underlying psychiatric disorder. In this article, we review psychodermatological disorders and psychotherapeutic interventions implicated in the treatment of certain skin conditions.

Key words:

**psychodermatology – chronic skin disorders
– psychosomatic disorders – psychotherapy**

A pszichodermatológia sajátos metszete a bőrgyógyászatnak és a mentális egészséggel foglalkozó tudományoknak (1). Figyelemfelkeltő, hogy a bőrgyógyászati ellátásban részesülők kb. 30-40%-ának van pszichés kísérő megbetegedése, illetve a bőrbetegek közel 85%-a meghatározónak véli a pszichológiai komponenszt a betegsége kialakulásában (2, 3). A pszichodermatológia területe a következő kérdésköröket öleli fel: a pszichoszociális tényezők szerepét a bőrbetegségek kialakulásában, a bőrgyógyászati kórképek által kiváltott pszichés problémákat, valamint a pszichiátriai betegségeket kísérő bőrmanifesztációkat (3). Ennek megfelelően a pszichodermatológiai

kórképeket három fő csoportba osztályozzák (1. táblázat). Az ún. pszichofiziológiai betegségek közé azok a kórképek sorolódnak, ahol a stressz a betegség triggereként merül fel, a tünetek megjelenését vagy fellángolását okozhatja. Klasszikus példaként említik a pikkelysömört, a faggyúmirigy betegségeket (acne, rosacea, seborrhoeás dermatitisz), a krónikus urticariát illetve az atópiás dermatitist (1). Az utóbbival kapcsolatban kiemelendő, hogy a pszichoszomatika területén úttörő munkásságot végző Franz Alexander a hét klasszikus pszichoszomatikus kórkép között említi, olyan betegségekkel egyetemben, mint a magasvérnyomás, asztma, rheumatoid arthritisz, pajzsmi-

Osztályozás	Háttér	Példák
Pszichofiziológiai bőrbetegségek	stressz/mentális zavarok a bőrbetegség háttérében	pikkelysömör
		atópiás dermatitisz
		acne
		seborrhoeás dermatitisz
		hydradenitis suppurativa
		krónikus urticaria
Bőrbetegséghez társuló pszichés tünetek	stressz/mentális zavarok a bőrbetegség következtében	alopécia
		vitiligo
		ekcémás betegségek
		pikkelysömör
Pszichiátriai kórképhez társuló bőrtünetek	bőrtünetek szekunderen, pszichopatológiai háttérrel	testdyszmorfiás-zavar
		trichotillománia
		„skin picking”
		fakticiózus tünetek
		téveszmés parazitózis

1. táblázat

Pszichodermatológiai betegségek osztályozása (Jafferany és Franca, ADV, 2016)

rigy túlműködés, gyomor- és nyombélfekély vagy a colitis ulcerosa (4).

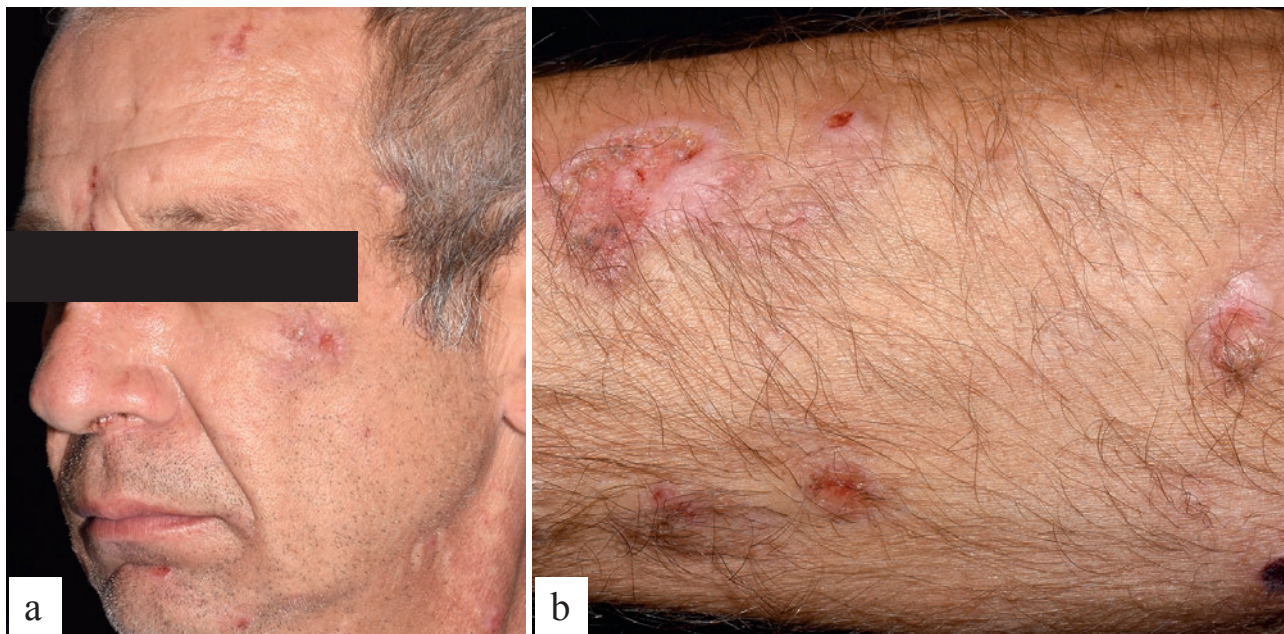
A következő csoportba azokat a kórképeket klasszifikálják, ahol a bőrbetegség következményeként jelennek meg mentális zavarok, és a pszichés tünetek mértéke felülmúlhatja a szomatikus betegség súlyosságát. Példaként a vitiligot vagy az alopecia areatát említi az irodalom, ugyanakkor a pikkelysömör és az ekcémás jellegű betegségek besorolhatóak ide is (1). Jól látható tehát, hogy nem lehet éles határt vonni az osztályozásban, az első két csoport szervesen összekapcsolódik. Bizonyos bőrbetegségek esetén tehát a stressz közreműködik a kórkép fellángolásában, a tünetek felerősödése ugyanakkor rontja a beteg életminőségét, kihatással van a mentális egészségre is. A modern pszichoszomatikus koncepcióban is már a cirkuláris, egymásra visszaható folyamatokat hangsúlyoznak (4).

Az utolsó csoport azonban lényegi különbséget mutat az előző két kategóriával szemben: a bőrtünetek háttérében valójában nem bőrbetegség, hanem pszichiátriai kórkép húzódik (1). Változatos formában manifesztálódnak, szokatlan elrendeződésű, bizarr, geometrikus alakzatokat mutató hámiányok, illetve a bőr bevezései is kialakulhatnak. Figyelemfelkeltő az is, ha monomorf alakzatot öltenek vagy különböző sebgyógyulási fázisban észleljük az elváltozásokat (5, 6). Általában a beteg által jól elérhető testfelszínen jelennek meg (a jobb vagy balkezességtől függő oldalkülönbséggel), letakarva pedig gyors javulást mutathatnak (5, 7) (1. ábra). A bőrtünetek háttérében személyiségzavar, szkizofrénia-spektrum zavar vagy kényszeres, testre irányuló repetitív magatartásformák is

lehetnek (5, 6). Szintén jellegzetes tünetek jelenhetnek meg addikciók esetén: a szerhasználat módjától (intravénás alkalmazás; szubkután beadás- „skin popping”) függően sebképződés indulhat meg, amelyhez felülfertőződés és hegeképződés társul (7, 8) (2. ábra). A „puffy hand” szindróma az intravénás szerhasználatot kísérő jellegzetes tünet, amelynek patomechanizmusában a vénás és limfatikus károsodáson kívül infektív valamint toxikus komponens is felmerül (9). A kábítószeres különböző összetevőinek hatására pedig acneiform léziók, bőrviszketés vagy akár vasculitis, nekrozis képződhet. A szerhasználatot kísérő legyengült általános állapot kapcsán nem ritkák a bőr- és légyszervi infekciók illetve a virális infekciók (hepatitis, HIV) (5, 7, 8). Bizonyos pszichiátriai elváltozások esetén viszont a bőrtünetek kifejezetten jellegtelenebbek, mindössze excoriációk észlelhetőek, ahogy azt az Ekbom-tünet esetében tapasztalhatjuk. Szembeötlőek viszont a beteg által hangoztatott megfertőződéssel kapcsolatos téveszmék, a taktilis hallucináció jelei ill. az ún. „matchbox sign”: a beteg a rovarnak vélt partikulumokat apró dobozkákba, gyűfáskatulyákba gyűjti (5, 6).

A pszichoterápia definíciója, pszichoterápiás irányzatok és intervenciók lehetőségei

A továbbiakban röviden összefoglaljuk a pszichoterápiával kapcsolatos tudásanyag cikkünk szempontjából is releváns információit. Pszichoterápiának nevezzük azt a speciális, professzionális segítő kapcsolatot, amely pszichés problémák enyhítését vagy megoldását tűzi ki célul.



1. a, b ábra

„Skin picking” következtében kialakuló bőrtünetek 58 éves férfibeteg esetében. A léziók a beteg által jól elérhető testfelszíneken, az arcon és a felső végtagon helyezkednek el, a magatartásban saját részét elismeri

A terápia a szakmailag képzett pszichoterapeuta és a páciens együttműködésén alapul, amelynek kereteit az ún. terápiás szerződésben rögzítik (4, 10, 11).

A pszichoterápia gyökerei a régmúlta visszatekintenek, az áttörés mégis a XIX-XX. század fordulójára datálódik. A pszichoanalízis térnyerését közvetlenül megelőzően a francia hipnózis irányzat keltette fel a figyelmet, amely tudományos-orvosi szempontból közelítette meg a pszichés elváltozások kezelését (4). Jean-Martin Charcot úgy vélte, hogy a bénulásokban, beszédzavarban szenvedő hisztériás betegeknél ugyanazon agyközpontok gátlódhatnak, amelyek a neurológiai kórképekben károsodnak (11). Az igazi áttörést azonban a Sigmund Freud nevéhez kötődő pszichoanalízis hozta el, amely új elméletet alkotott meg a személyiségfejlődésre vonatkozóan, illetve meghatározta a szokványos orvos-beteg kapcsolattól eltérő

terápiás helyzetet is. Freud a tudattalan konfliktusok betegségképző funkcióját emelte ki, és a gyógyuláshoz ezek átdolgozását tartotta szükségesnek. Freud korszakalkotó munkássága mellett hangsúlyoznunk kell a Budapesti Iskola szerepét: Ferenczi Sándorral az élen hazánk a pszichoanalízis egyik fellegrájának számított a XX. század elején (10, 11). A további fontos irányzatok között találjuk a viselkedés-lélektant és Carl Rogers humanisztikus pszichológia irányzatát (10). Az említett pszichoterápiás iskolák számos módszer kibontakozását segítették elő, ezek közül ma Magyarországon szakmai elfogadottság alapján kb. 15 módszer van jelen. A pszichoterápiás kezelés alapformája szerint beszélhetünk egyéni, pár és csoportterápiákról, de a kezelésben résztvevők életkora alapján is történhet a csoportosítás (4, 11).

A módszerspecifikus terápiák mellett létjogosultsága lehet egyéb pszichoterápiás intervencióknak is, amelyek szintjeit az alábbiak szerint különíthetjük el. *Pszichoterápiás szemlélet* alatt azt értjük, ha elfogadjuk annak tényét, hogy bizonyos betegségekhez lelki tényezők is hozzájárulhatnak. A *pszichoterápiás beállítódás* már tartalmaz olyan kapcsolati elemeket, mint a beteghez való odafordulás, az elfogadásra való készség. Lényegében a Rogers-i alapelveken (elfogadás, empátia, kongruencia) alapuló hozzáállást értünk alatta. Amennyiben több találkozás során jellemzővé válik ez a kapcsolati forma, akkor már *pszichoterápiás megközelítésről* beszélünk. Az utóbbi két szint megjelenhet az általános orvosi gyakorlatban, jellemzőit tekintve mégis távol áll a specifikus pszichoterápiától. Alapvető elemnek számít viszont a beteggel történő kapcsolatfelvételben, a betegséget kísérő bizonytalanság és kiszolgáltatottság érzés enyhítésében, illetve a kölcsönös bizalom kiépítésében (4).

Az eddigi beavatkozásoktól már lényegesen elkülönül és mentális betegségek terén jártas szakember (pszichiá-



2. ábra

Inguinális kábítószerhasználathoz köthető besüppedt, livid heg

ter, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta) jelenlétét feltételezi a *pszichoterápiás jellegű kapcsolat*. Ez már túlmutat az orvos-beteg kapcsolat sajátságain, azonban még nem éri el a szakpszichoterápia szintjét: átvezető, pszichoterápiára felkészítő szerepe van ill. egy meglévő terápia mellett kiegészítő funkcióval bírhat. Legfontosabb formái a pszichoterápiás tanácsadás, betegvezetés és a szupportív terápia, illetve ide tartozik még a páciensek utókövetése és a krízis intervenció is. A pszichoterápiás jellegű kapcsolat felett elhelyezkedő, egyben legmagasabb szint a *szakpszichoterápia*, amelyet tehát módszerspecifikusan képzett szakember vezet, a közös munka feltételeit pedig terápiás szerződésben rögzítik (4, 11).

A bőr és az idegrendszer kapcsolata, pszichoszomatikus alapismeretek

Bőrünket sűrűn átszövik az idegrendszeri struktúrák, olyannyira, hogy gyakorlatilag valamennyi bőrt alkotó sejttípus kontaktusba lép neuronokkal (12). Az idegsejteken kívül a Merkel- és Langerhans sejtek, valamint a keratinocyták és a melanocyták is képesek neuromediátorok termelésére. A legfontosabb anyagok között megtaláljuk a neurokinineket, az opioid peptideket, a substance P-t, CGRP-t és az ACTH-t, valamint olyan jól ismert neurotranszmittereket, mint a hisztamin, noradrenalin illetve a szerotonin. Ezek az ingerületátvivők hatással vannak az immunrendszer működésére is, például a substance P és a CGRP gátolják az antigén prezentációt. Emellett az immunrendszer sejtjei maguk is képesek neuromediátorokat termelni. A perifériás útvonalak a hipotalamusz-hipofizismellékvese kéreg tengellyel (továbbiakban HPA tengely) illetve a noradrenerg locus coeruleussal lépnek interakcióba (12,13). Mindezek megmagyarázhatják a krónikus bőrbetegségek és a mentális tünetek összefüggését. Hogy még komplexebbé váljon a kép, a bőrünk rezidens flórája, a mikrobiom összetétele szintén módosíthatja a bőrben zajló immunológiai és neuronális folyamatokat, hasonló példát láthatunk a bél és idegrendszer kapcsolatában. A „bél-agy tengely” mellett a bőr és az agy hasonló összefüggése is egyre nyilvánvalóbb, ennek függvényében további érdekesség, hogy számos bőrbetegség társul a gyomor-bélrendszer problémáival (pl. gyulladásos bélbetegségek kapcsolata pikkelysömörrel, erythema nodosummal, pyoderma gangrenosummal) (5, 14, 15).

Pszichoszomatikusnak nevezzük azokat a kórképeket, ahol a betegség kifejlődésében és további szakaszaiban szerepet játszanak pszichoszociális tényezők. Lényegében valamennyi krónikus lefolyású megbetegedésben jelen vannak pszichés komponensek. A pszichoszomatikus betegségeket alapvetően két oldalról közelítették meg, a pszichofiziológiai teória az anatómiai és élettani eredményeket használja fel elsősorban, előfutárának Pavlov és Cannon vizsgálatai tekinthetőek. A pszichodinamikus irányvonal viszont pszichológiai mechanizmusokon alapul, szorosan kötődik a pszichoanalitikus szemlélethez (4). A XIX-XX. század fordulóján a konverziós tünetekkel, hisztériás zavarral küzdő páciensek esetén az elfojtott

agresszív és szexuális impulzusok kóroki szerepét hangsúlyozták (4, 10). Lényegében a tudattalan konfliktusok betegségeképítő funkcióját emeli ki a hazánkban Amerikába emigrált Franz Alexander pszichoszomatikus modellje is, de ő már elkülönítette egymástól a konverziós zavart és az ún. szervneurózisokat, amelyek pszichés eredetű, vegetatív diszfunkcióval járó kórképeknek felelnek meg (16) Érdekesség, hogy a pszichoanalitikus egyike, a francia Didier Anzieu kiemelt figyelmet szentel a bőrfelszínnek az én-fejlődésben, a testhatárok és a tudattalan testkép kialakulásában (17).

Áttörést jelentett a már említett Ferenczi Sándor, és Bálint Mihály munkássága, akik a korai traumatizációt a pszichoszomatikus sérülékenység katalizátorának tartják. A pszichoszomatikus medicina Bálint Mihálynak köszönhetően bontakozott ki, aki felismerte az orvos személyiségének szerepét a terápia folyamatában („orvos-gyógyyszer” koncepció) illetve a nevéhez köthető a betegellátással kapcsolatos esetmegbeszélő csoportok, az ún. Bálint-csoportok életre hívása is. Alapvetéseit „Az orvos, a betege és a betegség” című írásában összegzi (18). A pszichoszomatikus medicina másik fontos, magyar származású alakja Selye János (Hans Selye), aki a pszichofiziológiai irányzatot tekintve alkotott maradandót. A stressz válasszal kapcsolatos kutatásaival szerzett világhírnevet, mégis úgy fogalmazott, a stressz nem az ő felfedezése, csak „feltette a térképre”. Elmélete alapján a negatív és pozitív eseményeknek is lehet stresszképző szerepe, az előbbieket distressznek, míg az utóbbit eustressznek nevezte el (19).

A pszichoszomatikus megbetegedések (így a krónikus bőrbetegségek) pszichoterápiájában az alábbiakat szükséges megfontolnunk. A betegeknél előfordulhat olyan korai traumatizáció, amelyet a verbális nyelv kialakulása, valamint a hippocampális memória rendszer érése előtt szenvednek el. Ezek az emlékek az egyén számára nem férhetők hozzá, sosem válnak tudatossá. Mindennek az idegrendszeri funkciókban, stresszregulációban is lehet vetülete (4, 20). A kortárs szakemberek közül Arthur Frank összegzi, hogy a szomatikus problémák esetén az érzések nem érhetők el a verbális nyelv segítségével. Ehhez kapcsolódóan reszomatizációnak nevezzük azt a jelenséget, amikor a pszichés működésekben regresszió következik be, méghozzá a korai gyermekkori testi reakciók és cselekvések szintjére (17).

A pszichoszomatikus betegségekben az érzelmszabályozás zavarai is tetten érhetőek. Korábban az alexithymia nevű pszichológiai fogalmat hozták összefüggésbe a pszichoszomatikus megbetegedések kialakulásával, amelyet úgy fordíthatunk magyarra, hogy „nincs szó az érzelmekről”. Egy olyan állapotot defineál, amely során zavart szenved az érzelmek azonosítása, megélése és kifejezése. Nemiah és Sifneos leírása az alexithymiáról provokatív koncepciónak számított, mivel a pszichoszomatikus tünetek hátterében kiüresedettséget, érzelmhiányt feltételez. Ez szemben áll az analitikusok elfojtásokkal kapcsolatos teóriájával, amelyben az érzelmek jelen vannak, de az elhárító mechanizmusok „megfőkezik” őket (16). Az alexithymia ugyan kísérheti a pszichoszomatikus betegségeket,

de megléte nem szükségszerű, inkább az érzelmszabályozás általánosabb problémáit figyelhetjük meg. Ugyanakkor pikkelysömörös betegek vonatkozásában leírásra került, hogy nagyobb arányban érintettek az alexythymia által (21, 22). A specifikus, betegségre hajlamosító személyiségtípusok meglétét is megkérdőjelezték az utóbbi években (23).

A leírtakból adódik, hogy a verbális, analitikus-jellegű pszichoterápia kevésbé jó eszköz a pszichoszomatikus betegségek terápiájában, esetlegesen élethelyzeti nehézségek és a betegségtől kevésbé függő, körülírt konfliktusok esetén alkalmazható. Kézenfekvőbb lehet azoknak a metódusoknak az alkalmazása, amelyek relaxációt vagy valamiféle fizikai aktivitást alkalmaznak ill. a szavakban kifejezett tartalmaknál ősbibb képi nyelvre építkeznek. A legtöbb módszerben közös nevező a módosult tudatállapot alkalmazása (24).

Pszichoterápiás módszerek a krónikus (bőr) betegségek terápiájában

A Johannes Heinrich Schultz nevéhez köthető autogén tréning az egyik legsokrétűbb relaxációs módszer, amelynek leírása 1932-ben jelent meg. Elveiből számos egyéb módszer is merít, önállóan illetve más eljárásokkal kombinálva is alkalmazható. Gyakorlatai között megtaláljuk a végtagok elnehezédését és átmelegedését, a szívdobogás és a légzésritmus követését. A hasúri, valamint a fej-nyaki terület vérellátásához is kapcsolódik gyakorlat. További, pszichoszomatikus betegségek terápiájában felhasználható módszer a Jacobson-féle progresszív relaxáció, mely az egyes izomcsoportok megfeszítésén majd ellazításán alapul. Az eljárások között megemlítendő még a célzott szervtréning, ill. a biofeed-back is (4, 11).

Szimbólumterápia alatt a relaxált állapotban, képekkel végzett munkát értjük. A képi nyelv, a szimbólumok tulajdonképpen felfoghatóak egy olyan csomagként, amelyek sűrítve tartalmazzák a páciens élményvilágát, az egyes életeseményekhez kötődő érzelmeket. A szimbólumok használata révén hozzáférhetővé válhatnak a nehezen verbalizálható tudati tartalmak, amelyben az érzelmek felidézésének lehet kulcsfontosságú szerepe (4). A relaxációs-szimbólum terápiás módszerek egyike a *katathym-imaginatív pszichoterápia (KIP)*, amelyet Hanscarl Leuner dolgozott ki (4, 25). A mélylélektani módszer során különböző hívóképeket alkalmaznak relaxált állapotban (pl. rét, erdőszél, hegy), a pszichoterápiás munkafolyamatban a beteget érzelmeinek megfigyelésére, leírására ösztönözve. A hívóképeket három csoportba soroljuk, léteznek alap- közép- és felsőfokú szimbólumok is. Míg az alapfokú képek esetén az elv inkább a beteg kísérése, támogatása, a középfokú képeknél lehetőség nyílik a konfrontációra (25). A pszichoszomatikus betegségek esetén kifejezetten jól alkalmazható középfokú szimbólum a testben történő vándorlás imaginációja. A módszer megvalósulhat önállóan vagy integratív (többfajta módszert egyesítő) pszichoterápia részeként. Szintén relaxáción és imagináción alapul az onkológiai betegek ellátásában al-

kalmazott *Simonton tréning*. A módszer alkalmazása során megnyugtató környezetben, relaxált állapotban folyik a terápia, amelyet a daganatos beteg nehézségeit szimbolizáló képekkel végeznek (4).

A módosult tudatállapottal történő módszerek között ki kell emelnünk a *hipnózist*, melynek megítélése az elmúlt évtizedek során jelentős átalakuláson ment keresztül: megvetett, okkultnak ítélt eljárásból tudományosan megalapozott módszerré vált. Messmer magnetikus tana szolgált alapul, majd a XIX-XX. században francia neurológus szakemberek kezdték el ismét alkalmazni a módszert hisztériás betegeknél. A legnagyobb nevet Charcot szerezte a területen, ő azonban még kórosnak tartotta a hipnabilitást. A Nancy-i iskola (Liébeault, Bernheim) ezzel szemben haladóbb elveket vallott, a hipnózist már nem tartotta patológias folyamatnak (4, 11, 26). A következő évtizedek során egyre inkább megismerték a hipnózis mögött meghúzódó disszociatív és idegéletani folyamatokat, olyan neves szakemberek munkássága során, mint a Stanford Egyetemen dolgozó Ernest Hilgaard. A hipnabilitást ma már nem az akaratgyengeség jelének tartják, hanem a figyelem fókuszálásának készségét látják mögötte. Hipnózis folyamán a szuggesztiók hatására fókuszálódik a figyelem, szinkronizálódnak az agyi folyamatok, amely kihatással van a neuroimmun szabályozási folyamatokra is (4, 11). A hipnózis kutatásban áttörést jelentett, amikor felfedezték, nemcsak relaxált állapotban indukálható: Bányai Éva korszakalkotó felismerése az aktív, éber hipnózis leírása (27). A hipnoterápiás eljárásokat három csoportba osztályozhatjuk: a pszichodinamikus, belátásra építő eljárás; a következő csoport a tünetorientált, viselkedésterápiás (hipnobeaviorális) megközelítés, valamint léteznek speciális módszerek is. Az utóbbiak közül Milton H. Erickson indirekt hipnózisa emelendő ki, mely direkt szuggesztiók alkalmazása nélkül teremti meg a módosult tudatállapotot. A hipnózis jól alkalmazható fájdalomcsillapításra, ill. krónikus bőrbetegségekben, köztük atópiás dermatitisz kiegészítő terápiájában is sikeresen használták (24, 28).

A relaxációs- és szimbólumterápiás módszerek mellett a kognitív viselkedésterápia elemei lehetnek segítségünkre a krónikus bőrbetegséggel élők pszichés támogatásában. A kognitív viselkedésterápia központi tana, hogy a körülmények beteg általi megélése az, ami kóros irányban változik. A terápia feladata a kognitív torzítások felismerése, a pácienssel együttműködve részletes terápiás terv kerül kidolgozásra nehézségek leküzdéséről. A fellángolások megelőzésében is alkalmazható, illetve a betegséghez való viszonyulás is formálódhat a viselkedésterápiának köszönhetően (4, 30).

A kognitív viselkedésterápiából levezethető, ugyanakkor már integratív módszerek számít a „mindfulness” (tudatos jelenlét). A módszer kiegészítő terápiája lehet a krónikus bőrbetegségeknek, valamint a daganatos kórképeknek (31, 32). Szoros rokonságot mutat a keleti meditációs technikákkal, lényege a beteg belső állapotának tudatosítása, megfigyelése, elfogadása az önészlelés serkentése. Az elfogadás azonban nem jelent passzív beletrődést a tünetek meglétébe, inkább a szemlélet válto-

zásáról szól. Az ismételt gyakorlatok során a betegek megtanulják felismerni testi működéseiket, ugyanakkor bizonyos távolságot is tudnak tartani a kellemetlen testi szenzációktól (30).

Intervenciós lehetőségek pszichiátriai megbetegedés gyanúja esetén

A következő betegségek ellátásában közös nevező, hogy pszichiáter szakorvos bevonása szükséges, tekintve, hogy farmakoterápiát vagy intézményi ellátást igényelnek. A fejezet elején szeretnénk megemlíteni az artefakt dermatitisz (dermatitis artefacta) nomenklatúráját érintő vitákat. Azokat bőrtüneteket illetik ezzel a megnevezéssel, amelyeket a beteg önmagának okoz. A cselekmény lehet tudatos, de közvetlenül nem függ össze előny vagy nyereség megszerzésével. Bőrgyógyászati szempontból diagnózisuk egyéb kórképek kizárásán alapul, például a pyoderma gangrenosumot és egyéb sebképződéssel járó folyamatokat utánozhatja a klinikai kép (33-36). A pszichiátriai betegségek közül az irodalom leginkább az ún. fakticiózus zavarokkal hozza összefüggésbe, ugyanakkor számos esetben tágabb értelemben használják a kifejezést, valamennyi önsértés következtében kialakuló bőrtünetet artefaktként említenek. A pszichiátriai kórképek közül még a kényszeres- és kapcsolódó zavarok, szerfüggőségek, borderline személyiségzavar illetve a realitástesztelés károsodásával járó pszichózisok járhatnak önsértéssel (36). Az európai pszichodermatológiai a szervezet, az EsDaP (European Society for Dermatology and Psychiatry) 2013-ban közleményben foglalt állást az önsértéshez köthető bőrtünetek kapcsán. Az artefakt dermatitisz megnevezést például nem javasolják, mivel alapvetően nem gyulladásozó kórképekről van szó. Emellett fontosnak tartják elkülöníteni a pszichopatológiai háttérük miatt a fakticiózus zavarhoz társuló bőrtüneteket („factitious disorders in dermatology”) és a kényszeres kórképeket („skin picking and related skin damaging syndromes”) (2. táblázat). Alapvető különbség abból adódik, hogy az előző csoport esetén rejtett vagy tagadott magatartás húzódik a háttérben. Az EsDaP a klasszifikációba beilleszti még a közvetlen előnyszerzés céljából okozott, színlelt tüneteket,

illetve azokat a testmódosító beavatkozásokat (tetoválás, testékszer), amelyek szintén teljesen tudatosak (37). A tetoválások vizsgálata különösen izgalmas területnek számít, egyes társadalmakban rituális, beavató szerepe van a tetoválás készítésének, egy adott csoporthoz való elköteleződést fejezhet ki. Ugyanakkor patológiás megnyilvánulások is lehetnek, a testkép zavarával, addiktív magatartásformákkal és személyiségzavarral is szövődhetnek, így a tetoválásoknak figyelemfelkeltő szerepük lehet pszichiátriai kórképek irányában (37, 43) (3. ábra). A továbbiakban néhány pszichiátriai betegségcsoportot szeretnénk kiemelni, amely a bőrgyógyászati gyakorlatban is találkozhatunk.

A kényszeres- és kapcsolódó zavarok klasszifikációja jelentős változáson ment keresztül a pszichiátriai megbetegedések osztályozására szolgáló DSM-5-ben (6, 33). Olyan megbetegedéseket találhatók itt meg, ahol kényszereselekvés (kompulzió) révén próbálja meg elhárítani a beteg az általa vélt súlyos következményeket. A kényszer-gondolatok (obszessziók) irrealitásával általában tisztában van az érintett személy, mégsem képesek meggátolni a kompulzió elvégzését. A kórképek másik részében inkább az impulzivitás, a késztetések feletti uralom elvesztése a domináns (10, 38). Az új diagnosztikus rendszer kiemelten foglalkozik bőrgyógyászati illetve esztétikai ellátásban észlelhető kórképekkel, köztük a trichotillomániával, bőrkapirgálással („skin picking”) illetve a testdiszmorfiás zavarral (4. ábra). A betegség belátás révén tovább osztályozhatóak jó, rossz és hiányzó betegségbelátással jellemezhető kórformákra (39, 40). Számos esetben gyermek és serdülőkorban jelentkeznek, amelyek kritikus életszakasznak számítanak a testkép kialakulása szempontjából, ezért fontos a mihamarabbi felismerés, illetve az időben elkezdett terápia. Komorbiditásként evészavarok jelentkezhetnek. A megszilárdult kényszeres tünetek kezelése nehézkes, a testdiszmorfofóbiás zavart magas szuicid ráta is jellemzi (40). A szerotonin visszavételre ható potens, de nem szelektív clomipramin ill. az SSRI/SNRI-ok magasabb dózisban történő alkalmazása jön szóba, mint farmakoterápia. A pszichoterápiás módszerek közül a kognitív- és viselkedésterápia eszköztára bizonyult a leghatékonyabbnak a tünetek enyhítésében, köztük az inger-

Rejtett vagy tagadott magatartás		Beteg által elismert/automatikus magatartás		
indítékkal	direkt indíték nélkül	„skin picking” és kapcsolódó zavarok	testmódosítás	
színlelés	fakticiózus bőrtünetek Münchausen szindróma Münchausen by proxy	kompulzív	impulzív	tattoo piercing esztétikai beavatkozások és azok komplikációi
		acne excoirée trichotillománia onychophagia	vágások skarifikációk égések ütések	

2. táblázat

A beteg által saját magának okozott, önsértéshez köthető léziók klasszifikációja Gieler és munkatársai nyomán (ADV, 2013). Az osztályozás a pszichopatológiai háttér alapján elkülöníteni a fakticiózus bőrtüneteket és a kényszeres zavarokhoz társuló elváltozásokat. Az osztályozás tartalmazza még a tudatos színlelést illetve a testmódosító beavatkozásokat is, amelyek társadalmilag elfogadottak lehetnek



3. ábra

Tetoválások és a bal combon a tattoo-t övező skarifikációk borderline személyiségzavarral küzdő nőbetegnél. A kórkép jellemzői az instabilitás, impulzivitás, kötődési zavarok, ürességérzet illetve ennek kapcsán a kockázatos magatartásformák keresése. A borderline betegek önsértéseket végeznek illetve szexuális kapcsolataikban is rizikósabban viselkednek, így az STD ellátásban is találkozhatunk a személyiségzavarral



4. ábra

Trichotillomániához kapcsolódó hajvesztés serdülőben

expozíció illetve kényszerválasz modulálása (megelőzés, forszírozás, túlceremonizálás, gondolatstop) (11, 30).

Addikciók esetén a szer adminisztrációjához társuló illetve a kábítószer összetevőkkel összefüggő börtünetek segíthetik a magatartás felismerését (6-8). A függőségek kezelése hosszú és összetett folyamat, speciális intézményi háttérrel igényel és kiemelt szerepe van a terápiás közösségeknek. Számos, a függőségek kezelésében alkalmazott módszer kognitív- és viselkedésterápiás intervenciókon alapszik, de analitikus-jellegű módszerek is szóba jöhetnek. Szerfüggőségeknél szubsztitúciós terápia alkalmazása is felmerül. Sajnálatos tendencia, hogy egyre inkább tér hódít a dizájner drogok alkalmazása, melyek kiszámíthatatlan hatásaikkal kihívást jelentenek az addiktológiai ellátásban (4, 11).

A személyiségzavarok közül leggyakrabban a borderline személyiségzavarban láthatunk önsértésből fakadó börtüneteket (36). A borderline betegeknek impulzivitásukból, kockázatkereső temperamentumokból adódóan rizikós a szexuális magatartása, így a nemibeteg ellátásban is találkozhatunk ezzel a kórképpel. Étkezési zavarokkal is gyakran társulnak (10). A személyiségzavarok (különösen a borderline személyiségzavar) terápiája igazi kihívás pszichoterápiás szempontból és speciális képzettséget igényel, személyiségzavarra adaptált módszerek alkalmazásával. Ezek egyike az ún. mentalizáció alapú terápia, amely a borderline betegek azon problémáját hivatott

helyreállítani, hogy önmaguk és mások viselkedését értelmezzék (4, 11, 42).

Az ún. fakticiózus zavarokban betegségeket imitáló elváltozásokkal találkozhatunk. A cselekmények szándékosan történnek, azonban a beteg által általában nem kontrollálhatóak. A Münchausen szindrómában a fakticiózus tünetek mellett kóros hazudozás, a terápia hirtelen megszakítása és gyakori orvosváltás fordulhat elő (10, 36, 37). Amennyiben a tünetek okozása egy másik személyre vonatkozik (gyermek vagy a beteg által ápolts személy) fakticiózus zavar by proxy az elnevezése. Ennek a körképnek a gondozása szintén kihívást jelent, amelynek fontos elemei a pszichoedukáció, direkt konfrontáció helyett az óvatos és empatikus megközelítés alkalmazása (10, 36).

Végül a bőrgyógyászati praxisban észleljük az Ekbom tünetet, mely egyaránt társulhat szkizofrénia-spektrum betegséghez vagy organikus agyi károsodáshoz. Percepciózavarok (taktilis hallucinációk) illetve téveszmék (megfertőződöttség) jellemzik, a realitás észlelésének károsodásával járó pszichózisok közé sorolandó, az ún. paranoid zavarok egyike (10, 36). Amennyiben első alkalommal jelentkezik a betegnél, részletes kivizsgálás szükséges, mivel központi idegrendszeri eltérés, malignitás is magyarázhatja a tünetek kifejlődését. A körképre jellemző rendkívül rossz betegségbeállítás nehezíti meg az ellátását. A betegekkel folytatott kommunikációban alapvető, hogy ne utasítsuk el a beteg magyarázatait a tünetek kialakulásáról, mivel így bizalmatlanná, akár violenssé is válhat a kezelőorvossal szemben. Ugyanakkor ne is validáljuk a vélekedéseket, mert ezzel a téveszme megszilárdulását okozhatjuk (44). A legfontosabb teendők a kapcsolat kiépítése a beteggel, szociális hálójának felmérése illetve kapcsolatfelvétel az alapellátást végző személlyel, óvatos edukáció a beteg által észlelt tünetekkel kapcsolatban. Sajnos még a legközelítőbb hozzátállás mellett is vannak olyan betegek, akik elzárkóznak a pszichiátriai vizittól. Ilyenkor még megkísérelhető, hogy a betegség okozta szenvedésre irányítsuk a figyelmét, és erre alapozva javasoljuk meg a pszichiátriai vizsgálatot. Ekbom tünet esetén ugyanakkor minden esetben történjen pszichiátriai referálás. A kezelést tekintve farmakoterápia bevezetése jön szóba, a legfontosabb neuroleptikumok a körkép terápiájában a riszperidon, olanzapin és a kvetiapin (44, 45). Bár a pszichózisok terápiájában első helyen áll a farmakoterápia, mindazonáltal pszichoterápiás intervenciók is alkalmazandóak, amelyek egyaránt segítik a beteg reintegrációját illetve a kognitív és szociális funkciók javítását (4).

Összefoglalás

Hazánkban formálódik a pszichoterápiás jellegű és a szakpszichoterápiás ellátás a bőrgyógyászati fekvőbeteg osztályokon és a járóbeteg ellátásban is. A betegek számára jelentős segítséget nyújthat a betegszervezetekhez való csatlakozás, az önszolgáltató csoportok tagjai facilitálhatják a betegséggel való megküzdés folyamatát. Mindig tartsuk szem előtt, hogy a bőrbetegség esetén létjogosultsága lehet pszichoterápiás ellátásnak is, illetve

fontos felismerni azokat a jeleket, amelyek pszichiátriai megbetegedésre utalnak. A krónikus bőrbetegségek esetén követendő példának tartjuk az életminőség bizonyos időközönként történő monitorozását, amely egyúttal ráirányítja a figyelmet a betegek mentális egészségére is. Az elfogadó, empatikus attitűd és a megfelelő kommunikációs stratégia használata különösen fontos a stigmatizációtól, mások általi megítéléstől küzdő bőrbetegség esetén, de az STD ellátásban is kiemelt szerepe van ennek a megközelítésnek.

Köszönetnyilvánítás

A publikáció elkészítése a Nemzeti Tehetség Program 2021 Nemzeti Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj keretében valósult meg.

IRODALOM

1. Jafferany M., Franca K.: Psychodermatology: Basics Concepts. Acta Derm Venereol. (2016) 96 (217), 35-7.
2. Marshall C., Taylor R. and Bewley A.: Psychodermatology in Clinical Practice: Main Principles. Acta Derm Venereol. (2016) Suppl 217, 30–34.
3. Roberts J. E., Smith A. M., Wilkerson A. H. és mtsai.: Psychodermatology” knowledge, attitudes, and practice among health care professionals. Arch Dermatol Res. (2020) 312 (8), 545-558.
4. Szőnyi G.: A pszichoterápia tankönyve. Medicina (2015) 33-40, 50-52, 290-308, 463-479.
5. Kárpáti S., Gyulai R., Kemény L. és mtsai.: Bőrgyógyászat és Venerológia. Medicina (2020) 921-926.
6. Kuhn H., Mennella C., Magid M. és mtsai.: Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. J Am Acad Dermatol. (2017) 76 (5), 779-791.
7. Szalai Zs.: Gyermekbőrgyógyászat. Medicina (2020) 528-531.
8. Altmayer A., Szlávics E.: Kábítószer és a bőr. Élet és Tudomány (2014) 69 (2), 46-47.
9. Kovács A. L., Rózsa A., Kálmán E. és mtsai.: Puffly hand syndrome. Eur J Dermatol. (2017) 27 (4), 415-417.
10. Németh A.: A pszichiátria rövidített kézikönyve. Medicina (2016) 495-513.
11. Unoka Zs., Purebl Gy., Túry F. és mtsai.: A pszichoterápia alapjai. Semmelweis Kiadó (2019) 10-14, 132-139, 143-151.
12. Misery L.: Atopic Dermatitis and the Nervous System. Clin Rev Allerg Immunol (2011) 41, 259–266.
13. Hunter H. J. A., Momen S. E., Kleyn C. E.: The impact of psychosocial stress on healthy skin. Clin Exp Dermatol. (2015) 40 (5), 540-6.
14. Chen G., Chen Z.M., Fan X. Y. és mtsai.: Gut-Brain-Skin Axis in Psoriasis: A Review. Dermatol Ther. (Heidelb) (2021) 11 (1), 25-38.
15. Park D. H., Kim J. W., Park H. J. és mtsai.: Comparative Analysis of the Microbiome across the Gut-Skin Axis in Atopic Dermatitis. Int J Mol Sci. (2021) 22 (8), 4228.
16. Csabai M.: Az elbeszélhetetlen történet. Szomatizációs tünetek és szelfszerveződés. Thalassa (2005) 1 (16), 25-38.
17. Erdélyi I.: Tudomány és művészet kölcsönhatása a francia pszichoanalízisben. Metaforikus elméletek. Thalassa (2008) 19 (4), 63-86.
18. Csabai M.: Bálint és a pszichoszomatika. Tárgykapcsolati elvek a testi tünetek kezelésében. Thalassa (2010) 2 (21), 33-48.
19. Szabó S., Filakovszky J., Tóth J.: Selye, a stressz és más felfedezései. Természet világa: természettudományi közlöny (2017) 7 (148), 301-306.
20. Bokor L.: Az áttétel idegtudományi megközelítése. Imágó Budapest (2011) 3 (22), 5-22.
21. Panasiti M. S., Ponsi G., Violani C.: Emotions, Alexithymia, and Emotion Regulation in Patients With Psoriasis. Front Psychol. (2020) 11, 836.

22. *Sampogna F., Puig L., Spuls P és mtsai.*: Prevalence of alexithymia in patients with psoriasis and its association with disease burden: a multicentre observational study. *Br J Dermatol* (2017) *176* (5), 1195-1203.
23. *Friedman, H. S., Booth-Kewley, S.*: The “disease-prone personality”: A meta-analytic view of the construct. (1987) *42* (6), 539-555.
24. *Graubard R., Perez-Sanchez A., Katta R.*: Stress and Skin: An Overview of Mind Body Therapies as a Treatment Strategy in Dermatology. *Dermatol Pract Concept.* (2021) *11* (4), 2021091.
25. *H. Leuner*: A katatím imaginatív pszichoterápia alapjai. *Animula Kiadó* (2012) *6-11*, 15-25.
26. *Mészáros L.*: Hipnózis: régi vagy új tudomány? *Psychiatria Hungarica* (1998) *5* (13), 523-528.
27. *Bányai É.*: A belső erőforrások mozgósítása aktív-éber (dinamikus) hipnózissal. *Psychiatria Hungarica* (1998) *5* (13), 541-556.
28. *Delaitre L., Denis J., Maillard H.*: Hypnosis in Treatment of Atopic Dermatitis: A Clinical Study. *Int J Clin Exp Hypn.* (2020) *68* (4), 412-418.
29. *Bartholomew E., Chung M., Yerousalmi S. és mtsai.*: Dermatol Ther (Heidelb). Mindfulness and Meditation for Psoriasis: A Systematic Review. (2022) *12* (10), 2273-2283.
30. *Perczel-Forintos D., Mórotz K.*: Kognitív viselkedésterápia. *Medicina* (2019) 183-197, 299-321, 353-360.
31. *Shenefelt P. D.*: Mindfulness-Based Cognitive Hypnotherapy and Skin Disorders. *Am J Clin Hypn.* (2018) *61* (1), 34-44.
32. *Casula C.*: Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. *Ann Palliat Med.* 2018 *7* (1), 32-40.
33. *Gupta M. A., Gupta A. K.*: Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep.* (2014) *16* (6), 449.
34. *Török É., Rutkai K.*: Dermatitis artefacta. Az obszesszív-kompulzív zavar -OCD- bőrgyógyászati jelei. *Bőrgyógyászati és Venereológiai Szemle* (2003) *79* (2), 69-75.
35. *Lavery M. J., Stull C., McCaw I. és mtsai.*: Dermatitis artefacta. *Clin Dermatol* (2018) *36* (6), 719-722.
36. *Gupta M. A., Gupta A. K.*: Self-induced dermatoses: A great imitator. *Clin Dermatol.* (2019) *37* (3), 268-277.
37. *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.
38. *Hollander E., Wong C. M.*: Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J. Clin. Psychiatry.* (1995) *56* (suppl 4), 7-12.
39. *American Psychiatric Association*: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA (2013)
40. *Zhu T. H., Nakamura M., Farahnik B. és mtsai.*: Obsessive-compulsive skin disorders: a novel classification based on degree of insight. *J Dermatolog Treat.* (2017) *28* (4), 342-346.
41. *De La Vega D., Giner L., Courtet P.*: Suicidality in subjects with anxiety or obsessive-compulsive and related disorders. *Recent Advances. Curr Psychiatry Rep.* (2018) *20* (4), 26
42. *Tomas-Aragones L., Consoli S. M., Consoli S. G. és mtsai.*: Self-Inflicted Lesions in Dermatology: A Management and Therapeutic Approach – A Position Paper From the European Society for Dermatology and Psychiatry. *Acta Derm Venereol.* (2017) *97* (2), 159-172.
43. *Roggenkamp H., Nicholis A., Pierre J. A.*: Tattoos as a window to the psyche: How talking about skin art can inform psychiatric practice. *World Journal of Psychiatry* (2017) *7* (3), 148-158.
44. *Lepping P., Huber M., Freudenmann R. W.*: How to approach delusional infestation. *BMJ.* (2015) Apr 1;350:h1328. doi:10.1136/bmj.h1328.
45. *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.

Érkezett: 2023.05.12.

Közlésre elfogadva: 2023.05.15.