

Pszichodermatológiai ellátás története, szerkezete, nemzetközi gyakorlata

History, structure and international practice of psychodermatology care

MAJOR JUTTA^{1,2*}, SZLÁVICZ ESZTER DR.^{1*}, LENGYEL ZSUZSANNA DR.¹

Pécsi Tudományegyetem KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs¹
Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Pécs²

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 toljódjon 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).

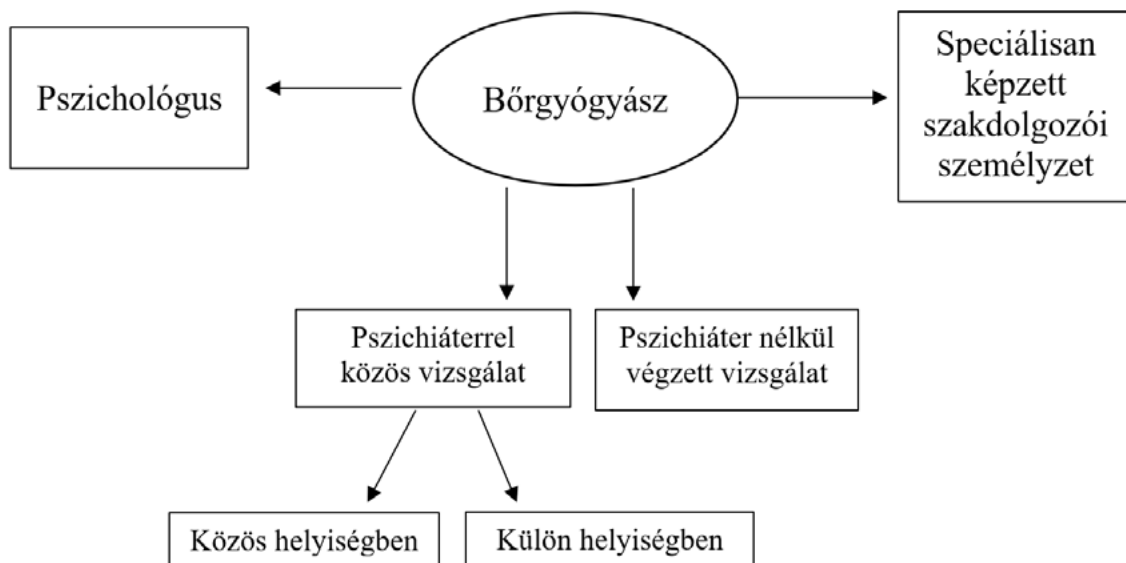
Nemzetközi iránymutatások alapján a bőrgyógyászati ellátás során javasolt volna olyan standardizált kérdőívek használata, melyek a pszichológiai támogatást igénylő páciensek azonosítását, nehézségeik felmérését segíthetik. Ilyen például a magyar nyelven is validált Dermatológiai Életminőség Index (DLQI) 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 suportív 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 bőrbetegségekhez 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 válaszában 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]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, (2019) 20(3), 207–238. DOI: 10.1556/0406.20.2019.012

Érkezett: 2024.01.04.

Közlésre elfogadva: 2024.01.08.