

Priméren jelenlévő pszichiátriai zavarok dermatológiai vonatkozásai

Dermatological aspects of primary psychiatric disorders

HALÁSZ KATINKA^{1,2}, REMENYIK ÉVA DR.², FEKETE ZITA DR.¹

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen¹

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen²

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 tájékozódniuk, 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
Pszichofiziológiai zavarok	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
Pszichiátriai zavarok dermatológiai tünetekkel	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, testdizmorfiás 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)
Dermatológiai kórképek pszichiátriai tünetekkel	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
Egyéb	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 téveszmékkal, 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 fertőzéstől; 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 ismételten vizsgálhatja 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 kérdeget 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 patológiás 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 bőrtünet 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 megtevesztésre irányuló szándékot és a szándékos önártalom okozásának tagadását diagnosztikus kritériumnak tekintik. Szemben számos olyan állapottal, mely a bőr lézióival járhat ugyan, de nincs mögötte megtevesztési szándék és tagadás. Ezt figyelmen kívül hagyva számos más állapotot is fakticiózus eredetűnek minősíthetünk (v.ö. artefakt dermatitisz), vagy épp ellenkezőleg, elmulasztathatjuk 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. *Szmsuska 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) sorolandóak.

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/m³). 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/m³, 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). Roppant 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 töredezetten 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 érzelmszabályozó 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 tüneteivel (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 érzelmszabályozási 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 fellelhetőek, 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 faktíciózus zavarban jelentkező elváltozásoktól, hiszen ezek esetében – szemben a faktíciózus zavarral – nem valamilyen tagadott magatartás áll a bőrtünetek mögött.

Miért válhat a bőr a pszichés zavar tünehordozójává?

A bőr a legszembetűnőbb 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 Ekbom-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, Allevato 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-Psychoanalysts 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.