

Diszmorfiás testséma-zavar és egyéb kényszeres megbetegedések a bőrgyógyászatban

Body dysmorphic disorder and other obsessive-compulsive related diseases in dermatological practice

SZLÁVICZ ESZTER DR., GYULAI ROLLAND DR., LENGYEL ZSUZSANNA DR.
PTE KK Bőr-, Nemikórtani és Onkodermatológiai Klinika, Pécs

ÖSSZEFOGLALÁS

A nyugati társadalmakban az elmúlt évtizedekben egyre szigorúbbá váltak az elvárások az egyén megjelenésével szemben. A folyamat negatív következményeinek egyike a testséma-zavarokkal járó esetszámok megnövekedése, egyes adatok szerint a bőrgyógyászati betegeknek 9-15%-os is lehet ezen kórképek incidenciája. Ugyanakkor a bőrgyógyászati munka során a testséma-zavarokkal járó betegségek kezelése továbbra is nagy kihívást jelent, a terápiás beavatkozásokról ritkán esik szó. A többség számára nem ismert, hogy a diszmorfiás zavarnak olyan pszichodermatológiai kórképekkel lehet közös eredete, mint a trichotillománia vagy az acne excoriée. Cikkünkben áttekintjük a diszmorfiás testséma-zavar legfőbb klinikai jellemzőit és kezelési lehetőségeit, illetve azokat a rokon pszichodermatológiai kórképeket, amelyeket a legújabb pszichiátriai diagnosztikus rendszer, a DSM-5 a „kényszeres és kapcsolódó zavarok” közé sorol.

Kulcsszavak:

- dermatopszichiátria**
– kényszeres és kapcsolódó zavarok
– obszesszív-kompulzív spektrum
– testdiszmorfiás zavar
– neurotikus excoriációk – trichotillománia

SUMMARY

During the past decades, emerging unrealistic body expectations are seen in western societies. Several negative consequences are linked to this phenomenon, one being the elevated incidence of body dysmorphic disorder (BDD) cases. Certain reports indicate that the incidence of BDD may be as high as 9-15% among dermatological patients. Despite the relatively high incidence, dermatologists' knowledge regarding BDD is incomplete, and the treatment of these disorders can be challenging. It is also hardly known that BDD may be related to other fairly common psychodermatological diseases such as trichotillomania and acne excoriée. Here, we review the main characteristics and treatment options of BDD, and present related psychodermatological conditions, which are classified into the „obsessive-compulsive and related disorders” in DSM-5, the current psychiatric diagnostic system.

Keywords:

- psychocutaneous disorder**
– obsessive-compulsive and related disorders
– obsessive-compulsive spectrum
– body dysmorphic disorder
– neurotic excoriations – trichotillomania

A pszichodermatológia dinamikusan fejlődő ága a bőrgyógyászatnak. Ugyanakkor a bőrgyógyászok többsége számára még mindig kevésbé ismert ez a terület, annak ellenére, hogy kb. 30%-ra becsülik a pszichiátriai komorbiditások arányát a bőrbetegek között (1). Ezek közül az egyik legnagyobb kihívást jelentő feladat a diszmorfiás testséma-zavar azonosítása és megfelelő kezelése. Kevésbé ismert, hogy a testséma-zavar a trichotillomániával és az acne excoriéevel rokon megbetegedés, mindannyian a kényszeres és kapcsolódó zavarok körébe tartoznak, és sokkal több közös tulajdonságuk van, mint azt elsőre gondolnánk (1, 2).

A kényszeres jellegű vagy obszesszív-kompulzív zavarok (obsessive-compulsive disorders, OCD) főbb jellemzői

a pszichés diszkomfort és az azok elhárítására irányuló ismétlődő magatartási mintázatok kialakulása (3). Klasszikus esetben a kórképek mozgatórugója az ún. kényszergondolatok (obszessziók) megjelenése, amelyek a valósághoz kapcsolódó, de mégis irreális aggodalmak vagy társadalmilag elfogadhatatlan, visszafoghatatlan késztetések. Az obszessziók megfertőződéssel, megszegyenüléssel, mások veszélyeztetésével lehetnek kapcsolatosak, vagy az üresség-érzettől való félelem is motiválhatja kialakulásukat (4). A kompulziók vagy kényszercselekvések pedig mindazok a magatartásformák, amelyeket az egyén a nyugtalanító vagy csillapíthatatlan érzések elhárítására végez. A végrehajtásukat kísérő megkönnyebbülés azonban csak átmeneti: a tola-

Levelező szerző: Szlávics Eszter dr.
e-mail: szlavicz.eszter@gmail.com

dó gondolatok fokozatosan újra megjelennek és ezzel párhuzamosan az egyén belső feszültsége is növekszik. A beteg végül ismételt elvégzi az elhárító rituálét, kialakítva ezzel a kényszerbetegségekre jellemző repetitív magatartási mintázatot (3, 4). A folyamat meglehetősen összetett, és az obszessziók és kompulziók akár egymástól függetlenül is manifesztálódhatnak (2). Az alapján, hogy az egyén szorongáscsökkentő, túlzottan kontrolláló magatartása a domináns vagy inkább kifejezett kockázatkeresés, kontrollvesztés jellemzi, kompulzív és impulzív zavarokról beszélhetünk. Eric Hollander klasszikus modelljében (obszesszív-kompulzív spektrum) az egyes betegségeket egy kontinuum mentén helyezi el, annak megfelelően, hogy a kockázatkereső, impulzív komponens, vagy a kompulzív, elkerülő sajátosság a meghatározóbb (5, 6). A rendszerben például a diszmorfiás testséma-zavar a skála kompulzív tartományába esik, mivel itt a nem megfelelő külső megjelenésből adódó negatív hatások elhárítása dominál (7).

A kórképek hasonló koreográfiájának magyarázata a közös neurobiológiai háttérük lehet (7). Az eddigi tanulmányok a kortikostriális rendszer diszfunkcióját jelezték, illetve a kompulzív jellegű megbetegedéseknél megnövekedett frontális lebeny aktivitást és a szerotonin receptorok fokozott érzékenységet találtak. Az impulzív kórképeknél ezzel ellentétes változást valószínűsítettek a frontális lebenyben és a szerotonin receptorokat tekintve (7, 8). A terápiában ezért a szelektív szerotonin illetve a szerotonin-noradrenalin reuptake inhibitorok (SSRI-ok és SNRI-ok) az elsőként választandó gyógyszerek (7-10). A szerotoninergerg transzmisszió zavarai mellett a kényszercselekvés végrehajtásakor aktiválódnak a dopaminerg rendszerek is, bár a tapasztalatok szerint a neuroleptikumok önmagukban nem hatásosak a kórkép kezelésében (2, 7).

A kényszeres zavarok beosztása az elmúlt években jelentős változáson esett át, beleértve a kórképen belüli alcsoportokat is (1. ábra). A betegségek egy részét korábban szorongásos zavarok illetve más diagnosztikus kategóriák, például szomatoform és impulzus kontroll zavarok közé sorolták, azonban a pszichiátriai kórképek legújabb diagnosztikus rendszerében, a DSM-5 beosztásban már önálló kategóriaként szerepelnek az „obszesszív-kompulzív és kapcsolódó betegségek” címszó alatt (11). A DSM-5 már kiemelt figyelmet szentel a pszichodermatológiai kórképeknek a kényszeres és kapcsolódó zavarok kategórián belül: a kényszeres bőrtépkedés, a trichotillománia és a diszmorfofóbia is a főbb alcsoportok közé került (2, 11). A DSM-5 szemléletváltozását jelzi az is, hogy a betegség belátás alapján az egyes alcsoportokban is további kategóriákat hoztak létre: a kényszeres jellegű megbetegedéseket jó, rossz vagy hiányzó belátás alapján klasszifikálták tovább, utóbbiaknál a pszichózisok irányába mutató tulajdonságok, a valósággal már nem kapcsolódó téveszmék is jelen lehetnek. A kényszergondolat és kényszercselekvés összefüggése tehát nem minden beteg esetében tudatos, azok egymástól disszociálhatnak, és az egyes kényszercselekvések automatikus formában is megjelenhetnek (1, 2, 12). Az új beosztás további jelentőségét adja, hogy a disszociatív változat gyakran másfajta kezelést igényel, mint a klasszikus, pszichés tenzióval kísért formák (2, 12).

A cikkünkben a bőrgyógyászati szempontból legfontosabb kényszeres eredetű kórképeket vesszük sorra, különös tekintettel a bőrgyógyászati és plasztikai sebészeti gyakorlatban legtöbb problémát okozó diszmorfiás testséma-zavarra. Az egyes betegségek részletezésénél egyaránt kitérünk sajátosságaira, pszichopatológiai háttérükre, illetve a jelenleg elérhető terápiás eszközöket is részletezzük.



1. ábra

A kényszeres és kapcsolódó zavarok körébe tartozó kórképek korábbi és jelenlegi osztályozása (American Psychiatric Association, 1994 és 2013; Hollander, 1998 alapján készített saját ábra)

Diszmorfiás testséma-zavar (testdiszmorfiás zavar, diszmorfofóbia)

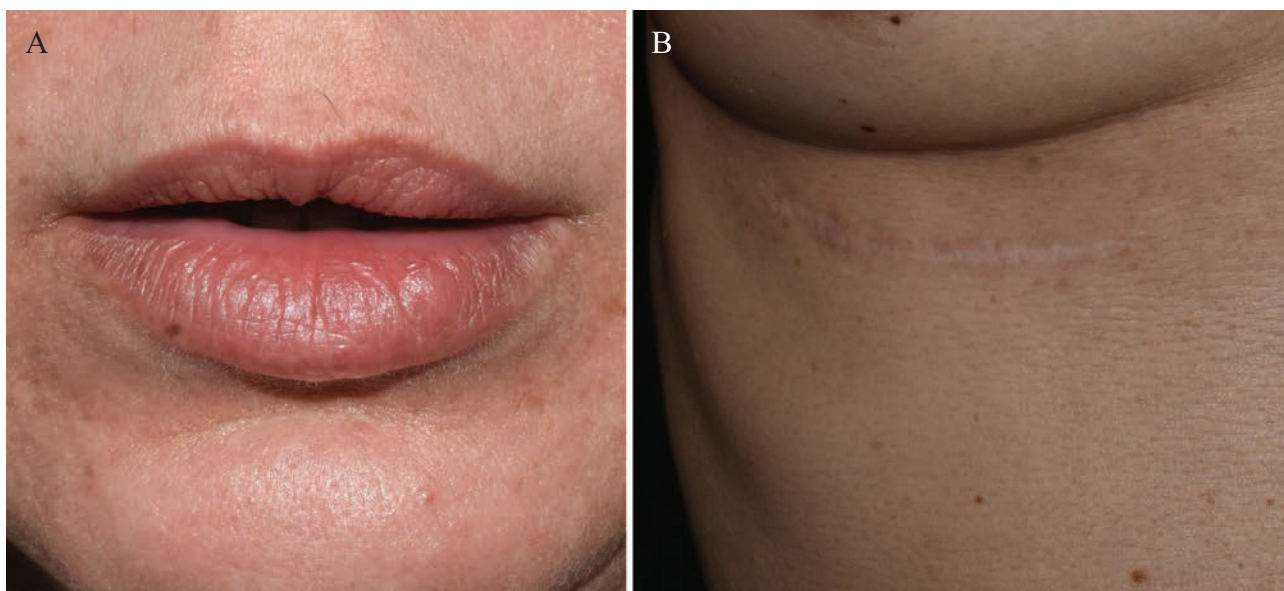
A diszmorfiás testséma-zavar az egyik legnagyobb kihívást jelentő probléma a bőrgyógyászatban, a bőrbetegek 9-15%-át érinti valamilyen formában (2, 13). Az adat nem meglepő, a nyugati társadalmakban egyre inkább csökken a tolerancia a bőrhibákkal szemben, beleértve a kisebb, kozmetikai jellegű eltéréseket is (14). A tökéletességre való törekvés kóros mértéket ölthet, amely már az interperszonális interakcióik sérülését eredményezheti illetve a munkavégzést is ellehetetleníti.

A betegség régóta ismert, Morselli olasz pszichiáter adta a diszmorfofóbia megnevezést a kórképnek körülbelül egy évszázada. A diszmorfia a görög nyelvben csúnyaságot jelent, a diszmorfofóbia pedig az ettől való félelemre utal. Pierre Janet már a kényszerbetegségek közé sorolta a testséma-zavarokat, amelyekben a testi adottságaik miatti szégyenérzet funkcionál az egyént nyugtalanító kényszer gondolatként (15). A korábban érvényben levő DSM-IV-es diagnosztikus rendszerben azonban a szomatofóbia zavarok között szerepelt a testdiszmorfiás zavar, amelyek a testi tünetek formájában megnyilvánuló lelki problémákat foglalják magukban. A DSM-5-ben már viszont a „kényszeres és kapcsolódó zavarok” egyik fő kórképe (1, 2, 11).

A gyermek- és serdülőkor az egyénre jellemző, normális testkép kialakulása szempontjából meghatározó, és a testdiszmorfiás zavarok már egészen fiatal életkorban megjelenhetnek (16). A serdülőkort kísérő testi változások időszaka különösen kritikus periódus, a külső adottságok értékelése bizonyos traumatizáló életesemények hatására jelentősen torzulhat (1,2 16). Az önértékelési zavarral küzdő, vulnérábilis személyiségek valójában nem létező külső hibákat diag-

nosztizálhatnak magukon illetve meglevő, kevésbé súlyos elváltozásait vélik esztétikailag elfogadhatatlannak. A „mirror checking” (tükörkép ellenőrzés) a testdiszmorfofóbiás betegek jellegzetes repetatív, kompulzív magatartásformája: a külső elváltozások miatt újra és újra ellenőrzik képüket illetve másoktól állandó visszaigazolást keresnek külsejükkel kapcsolatban (1, 2, 7, 17). Bizonyos betegek a pszichózisokra jellemző téveszme-szerű megnyilvánulásokat is mutathatnak: úgy gondolják, hogy a valójában nem létező elváltozásaik miatt mások figyelik, vagy éppen gúnyolják őket (2, 7). A betegek különböző módszerekkel megpróbálják elfedni a problémás területeket. Idővel a betegek a vélt testi hiányosságok elhárítására esztétikai beavatkozásoknak is alávetik magukat, amelyek általában nem hoznak megnyugtató eredményt (2. ábra). A folyamat előrehaladásával a betegek elvesztik érdeklődésüket környezetükkel szemben, és idejük döntő többségét a külsejüknek szentelik (1, 2, 7, 17).

A testdiszmorfofóbiás zavarok főképp a társuló pszichiátriai komorbiditások miatt veszélyesek. Ezek közül a legfontosabbak a major depresszió, a szociális fóbia és az étkezési zavarok (3. ábra), amelyek el is fedhetik a diszmorfiás testséma-zavar diagnózisát, így jelentős tényezők a kórkép elkülönítő diagnózisában is. A pszichodermatológiai megbetegedések közül az acné excoriée vagy a bőr neurotikus eredetű csipkedése („skin picking”) járnak gyakran együtt a testdiszmorfiás zavarral (1, 2). Paradox módon az eredetileg enyhe problémák manifeszt bőrbetegséggé fejlődhetnek a bőrhibák megoldására irányuló kísérletek nyomán. A helyzetet súlyosítja, hogy a többi kényszeres megbetegedéshez képest jóval alacsonyabb a betegség belátás (1, 2, 12). A betegek emellett idővel teljesen kimerülnek a tökéletes külső érdekében megtett fizikális és anyagi erőfeszítések kapcsán, autoagresszív, önpusztító megnyilvánulások alakulhatnak ki (2, 18). Az utób-



2. ábra

Többszörös ajakfeltöltésen és mellimplantáción átesett beteg fotója, az ajakban enyhe, idegentest reakcióra utaló tünetek is kialakultak (A és B). A beteg súlyos, arcra lokalizált kontakt dermatitis kapcsán került látókörünkbe, esztétikai beavatkozásai mellett figyelemfelkeltő volt bőrtüneteinek színes leírása is, amely szintén utalhat diszmorfiás zavarra



3. ábra

Skarifikációk (A) és a rendszeres önhánytatáshoz társuló kézfeji bőrkeményedés (Russel-jel, B) 14 éves pikkelysömör (C) és vitiligo miatt gondozott beteg fotóján (Heim Pál Kórház anyagából). Az autoagresszív megnyilvánulások és az étkezési zavarok a testkép sérüléséhez egyaránt társulhatnak

bi kábítószerfogyasztás, skarifikációk és más artefaktumok, extrém önsanyargató diéta vagy bulimia formájában is jelentkezhet (2). A diszmorfiás testséma-zavarnál rendkívül magas az öngyilkossági ráta, az érintettek 80%-ánál jelennek meg szuicid gondolatok, és kb. 25%-uk kísérel meg öngyilkosságot (18). A szuicidum szempontjából rizikót jelent a korai betegségkezdés, rossz betegség belátás és az étkezési zavarok társulása (12, 14, 18). A betegség mihamarabbi felismerése és adekvát kezelése a pszichiátriai komorbiditások miatt kulcsfontosságú, az anamnézis helyes felvétele sokat segíthet a kórkép felismerésében. A megelőző esztétikai beavatkozások illetve az azokkal kapcsolatos elvárások ismeretében a „Dysmorphic Concern Questionnaire” nevű kérdőív alkalmazható a betegek kiszűrésére. (16).

A terápiás módszerek bevezetését a beteget jellemző belátás mértékéhez kell igazítanunk (1, 2, 7, 10). A diszmorfiás testséma-zavar feltételezésekor lehetőség szerint tartózkodjunk a kismértékű, „placebo” esztétikai beavatkozásoktól. Az irodalom azt javasolja, gyanú esetén a beteget empátiával, megértéssel közelítsük meg, és ezt követően óvatosan vessük fel annak a lehetőségét, hogy testséma-zavarban szenvedhet. A válaszreakcióból felmérhető a betegség belátás mértéke is (17). A betegek kisebb hányadánál, akik megfelelő betegségbelátással rendelkeznek, a pszichiáter kollégákkal történő kapcsolatfelvétel és a kezelés megkezdése viszonylag kevesebb nehézségbe ütközik. A kórkép összetett pszichopatológiájára és a súlyos pszichiátriai komorbiditásokra való tekintettel a beteg további ellátása már a pszichológus és pszichiáter szakemberek feladata. A legfontosabb terápiás modalitások az SSRI-ok és SNRI-ok, valamint

a kognitív viselkedési terápia is sikerrel alkalmazható. A szerotoninerg rendszerre ható gyógyszerek dózisa a kényszeres megbetegedésekben általában magasabb, mint a hangulati élet zavarainál, és a terápia ideje is hosszabb (1, 2, 9, 10).

Amennyiben azonban a betegéknél rossz vagy hiányzó belátást tapasztalunk, nem ajánlott meggyőzni őket saját el-képzésük hibás voltáról. Inkább arra irányítsuk a beteg figyelmét, hogy hogyan éli meg helyzetét, mennyire okoznak szenvedést számára testi hibái. A beteg pszichiátriai gondozásba való bevonását erre alapozva kezdhethetjük meg. Ha az érintett személy bármely okból visszautasítja a pszichiátriai vizsgálatot, pszichiáterrel rendszeresen konzultálva megkísérelhető az SSRI-ok bevezetése (17). Az alacsony szintű betegségbelátással rendelkező egyéneknél azonban nem mindig elegendő a szerotonin receptorokra ható gyógyszeres kezelés. Ilyenkor javasolt lehet az SSRI/SNRI hatások neuroleptikumokkal történő augmentációja, de ahogy azt a bevezetőben is felvázoltuk, az antipszichotikumok önmagukban még a pszichotikus mélységű folyamatoknál sem hatásosak (2, 7, 19).

Kényszeres bőrtépkedés („skin picking”, neurotikus excoriációk) és acne excoriée

A továbbiakban bemutatott kórképek lényegében valamennyien az ún. testközpontú viselkedési zavarok körébe tartoznak, bár a DSM-5 ezek közül kiemelte a kényszeres bőrtépkedést és trichotillomániát, a további testközpontú be-



4. ábra

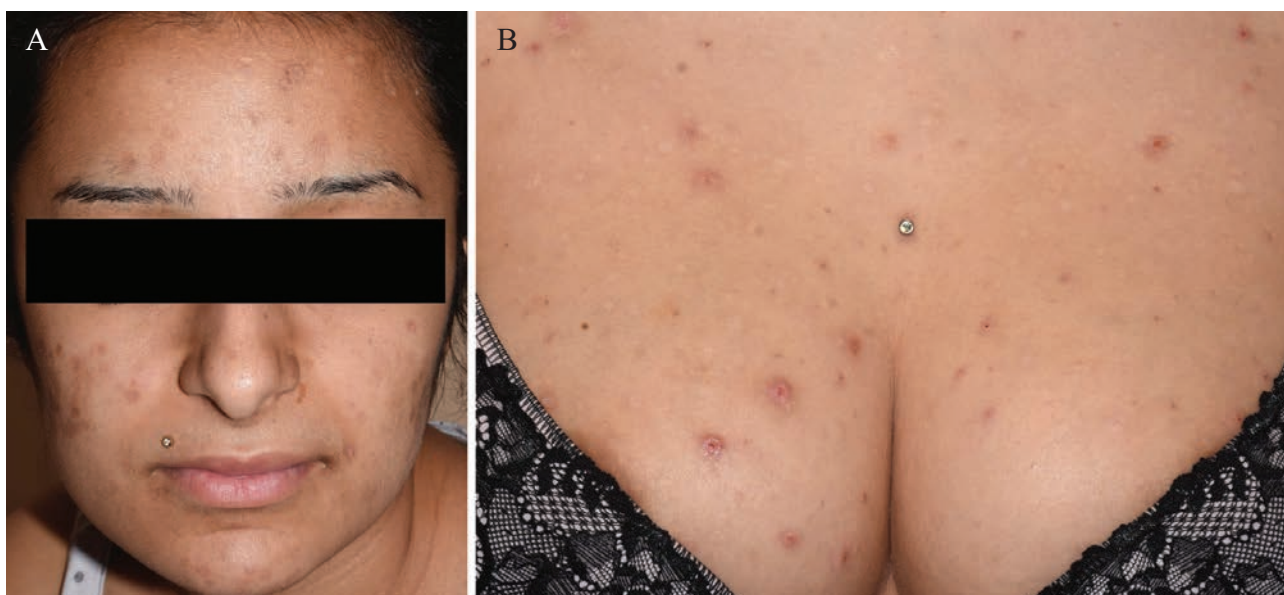
Dermatitis artefacta sajátos, geometriai formákat utánozó bőrelváltozásai 70 éves nőbetegben (A). Jól látható, hogy a jobbkezes beteg bal felkarjának és válltájékának hátsó felszíne erősen érintett (B), míg a kevésbé elérhető jobb oldali hasonló lokalizációjú terület nagyrészt megkímélt (C)

tegségek és rossz szokásokat – köztük a körömrágást és az ajakharapdálást – pedig az „egyéb meghatározott kényszeres és kapcsolódó zavarok” közé illesztette (1, 11).

A kényszeres bőrtépkedést neurotikus excoriációk néven is említi az irodalom, a testséma-zavarhoz hasonlóan jellemző a gyermek- és serdülőkori betegségkezdet, ráadásul egymáshoz való társulások is jól ismert (2). A komorbiditások között itt is megtalálhatóak a kábítószer abúzus, önsértő magatartások, artefaktumok és a borderline személyiségzavar. Az artefakt dermatitisek külleme utánozhatja a neurotikus excoriációkat, de a DSM-5 egyértelműen elkülöníti azoktól (4.

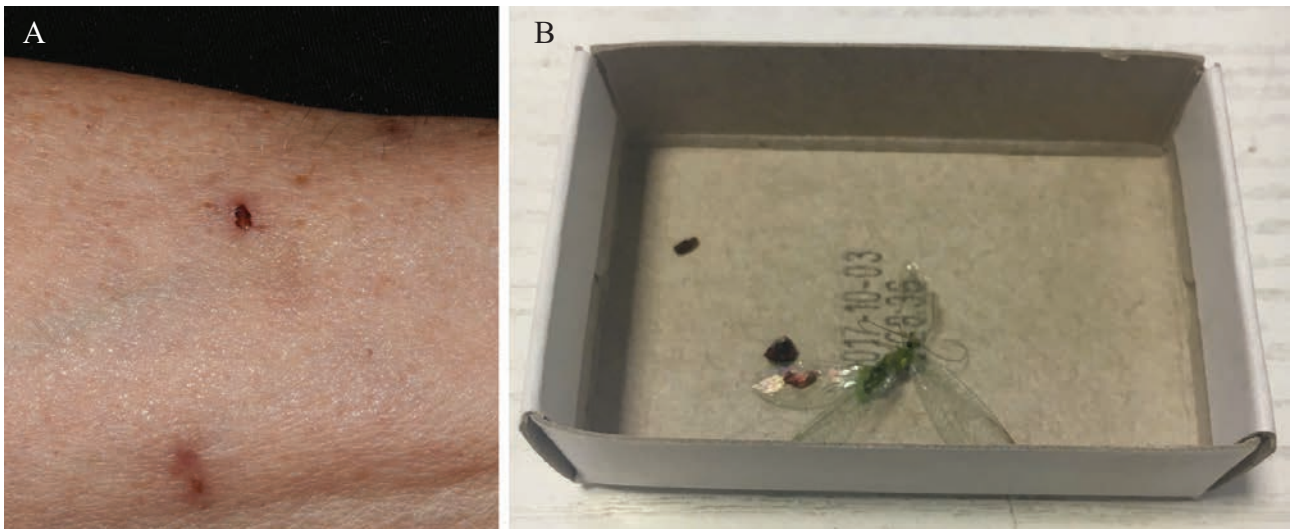
ábra) (2, 20). Itt a betegek nem ismerik el közreműködésüket a tüneteik kialakulásában, és azt a látszatot tartják fent, hogy azok valamilyen valós szervi elváltozás következményei (20, 21).

A kényszeres bőrtépkedés szempontjából leginkább érintett terület az arc, illetve a bőrsérülések, hegek környéke. Speciális formája az acne excoriée, amely általában csak a beteg számára látványos acneiform léziók kaparásában, nyomkodásában nyilvánul meg (5. ábra) (2). Jelentős hányadnál testséma-zavar is társul, de máskor a kényszercselekvés automatikus formában jelentkezik, a beteg által elvégzett rituálé



5. ábra

Acne excoriée tizenéves nőbetegben (A) illetve excoriált folliculitis fiatal felnőtt nőbetegben (B)



6. ábra

Excoriált papulák (A) és gyufásdoboz jel (B) („matchbox sign”) Ekbom szindrómában. Az Ekbom szindróma vagy delúziós parazitózis nem tartozik a kényszeres jellegű zavarok közé, ugyanakkor hasonló vonásokat mutathat azokkal (repetatív magatartási mintázatok, bőrcapirgálás, gyűjtögetés)

nem tudatos (1, 2, 12). Az utóbbi betegek általában kevésbé reagálnak a kognitív viselkedési terápiára és az SSRI-okra, kezelésük jóval több körütekintést igényel, és átmenetileg neuroleptikumok alkalmazása is szükségessé válhat (2, 7). Emellett az acne excoriéében fontos még a megfelelő acne ellenes kezelés bevezetése, felülfertőződések esetén a lokális dezinficiens mellett szisztémás antibiotikum alkalmazása is szóba jön (1, 2).

A DSM-5-ben találkozhatunk még a „kényszeres és kapcsolódó zavar más egészségi állapot következtében” kategóriával is, idetartoznak például a kóros viszketésérzettel

járó betegségek, amelyekre a bőr csípkedése, intenzív vakarása jellemző (2). A kényszeres bőrtépkedéstől el kell különítenünk ezeket a kórképeket, a differenciál diagnózist tekintve pedig sosem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a kóros viszketésérzet szisztémás betegségekhez is csatlakozhat (diabetes mellitus, uraemia, pajzsmirigy eltérések, lymphoproliferatív és egyéb malignus betegségek). A korábban már említett dermatitis artefacta mellett a bőr alatti diszkomforttal kísért delúziós parazitózis (Ekbom-szindróma) fenotípusa is megegyezhet az idáig felsorolt betegségekkel (1, 2). Az Ekbom szindróma viszont teljesen kilóg a sorból, mivel ez a tü-



7. ábra

Trichotillománia a bal oldali parietális régióra lokalizáltan (A). Az esethez tartozó dermatoszkópos fotón (B) egyenetlenül letöredezett hajsálak, V-alakban közös folliculusból kinövő hajsálak figyelhetők meg illetve egy-egy lángnyelvszerű képlet is látható

netegyüttes egy sajátos téveszmerendszerrel rendelkező pszichózis, ahol a beteg bőr alatti élősködők jelenlétéről van meggyőződve (2). Ugyanakkor a kényszerbetegségekre jellemző ismétlődő magatartásformák, bőrcsípkedés, gyűjtögetés az Ekblom szindrómás betegeknek is megtalálható, az utóbbi példája a betegség klasszikus tünete, az ún. gyufásdoboz jel (a beteg rovarnak vélt apró törmelékeket gyűjt össze) (6. ábra) (12).

Trichotillománia

A trichotillománia a haj kitépésével járó megbetegedés, amelyet a DSM-IV még az impulzus kontroll zavarokhoz sorolt, Hollander is az obszesszív-kompulzív spektrum impulzív oldalán helyezte el (3-5, 11). A DSM-5 nagy előnye, hogy figyelembe veszi azokat az eseteket is, amikor megelőző tenzió nélkül történik meg a kényszercelekvés (1, 2, 11). A neurotikus excoriációkkal összevetve a trichotillomániában jóval gyakoribb a kompulzió nem tudatos végrehajtása. A betegség leggyakoribb kezdete itt is kifejezetten gyermekkorra esik (1, 2).

A hajvesztés fő lokalizációja a fejtető, az oldaliságot meghatározza az, hogy a beteg jobb vagy balkezes, súlyos esetekben is általában a marginális, kevésbé elérhető régiók megkíméltek (Friar Tuck jel) (2). Nemcsak a hajas fejbőrt, hanem a szemöldököt, szempillákat, testen más lokalizációban elhelyezkedő szőrzetet is érinthetik a tünetek (1, 2). Nagyon fontos differenciálnunk az egyéb okból adódó hajvesztéstől, amelyek közül a alopecia areata, tractio alopecia illetve a tinea capitis emelendő ki – utóbbinál a tévesen felállított diagnózis az antimikotikus kezelés elmaradását eredményezheti, és akár maradandó hajvesztést is kialakulhat (1)! A bizarr formákat idéző hajhiányos foltok, az eltérő hosszúságban letöredezett hajszálak és a dermatoszkópiával azonosított eltérések adhatnak támpontot az elkülönítésben (7. ábra): a sérült hajszálak feltekeredhetnek, közös follikuláris nyílásból, egyenlő hosszúságban letörnek (V-jel), a haj maradványok lángnyelvszerű alakot („flame-hair”) vagy a sérült hajvégek tulipánra hasonlító formát is ölhetnek („tulip hairs”) (1, 22). A trichotillomániához hasonló vagy ahhoz társuló egyéb változatok is ismertek: a trichotemnomania a hajszálak kényszeres lemetzése vagy leborotválása, a trichoteiromaniát a hajas fejbőr dörzsölése jellemzi, trichorrhizophagiában pedig a betegek a hajkihúzást követően megeszik a hajgyökereket (1, 23).

A betegség kezelése itt is a korábban elmondottakhoz hasonló: a legjobb eredményt a kognitív viselkedési terápia (CBT) alkalmazásával érték el és az SSRI-ok és a clomipramin alkalmazása is hatékonynak bizonyult. Itt is szem előtt kell tartani, hogy a disszociatív jellegű kórformák terápiás válasza eltérő, sokkal rosszabb lehet (1, 2, 19).

Összefoglalás

A diszmorfiás testséma-zavar, a trichotillománia illetve a bőr neurotikus excoriációi számos közös vonást mutatnak,

amelyek közül legfontosabbak a repetitív magatartásformák, a számos esetben már gyermek- vagy serdülőkorban manifesztálódó tünetek és a hasonló terápiás lehetőségek. Figelemre méltó egymással való társulásuk is. A betegségek átfedő klinikai képét és terápiás lehetőségeit közös pszichopatológiai és neurobiológiai hátterük magyarázza. Ennek megfelelően a pszichiátriai betegségek jelenleg használt rendszerében a korábban máshol tárgyalt kórképek egy közös kategóriába kerültek, és a főbb kategóriák között pedig több pszichodermatológiában jól ismert diagnózist is megtalálunk. A DSM-5 mellett léteznek másfajta klasszifikációs szisztémák is, amelyek kifejezetten a pszichodermatológiai kórképek közti tájékozódás megkönnyítését célozzák meg. Az ESDaP (European Society for Dermatology and Psychiatry) például a belátás és az impulzivitás/kompulzivitás mértékére alapozva javasolt egy újfajta osztályozást a betegek által saját maguknak okozott börtünetekre, azonban a rendszer használata a gyakorlatban nem terjedt el (12, 20).

A kényszeres jellegű pszichodermatológiai kórképek között a diszmorfiás testséma-zavar időben történő diagnosztizálása döntő jelentőségű lehet, mivel a kórképben szenvedőknél különösen magas az öngyilkossági hajlam. A diszmorfiás megbetegedés és a többi kényszeres zavar kezelésében is fontos a beteggel szemben tanúsított megértés és helyes kommunikáció, a jelenleg elérhető pszichoterápiás és gyógyszeres kezelések szakszerű ismerete, és az interdiszciplináris megközelítés, pszichiáter kollégákkal történő konzultáció.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton szeretnék köszönetet nyilvánítani *Prof. Dr. Szalai Zsuzsannának* (Heim Pál Kórház, Bőrgyógyászati Osztály) a cikkhez kapcsolódó képi anyag rendelkezésre bocsátásáért, illetve *dr. Szellár Dóra Zsanettnek* (PTE KK Gyermekpszichiátria) az anyag pszichiátriai lektorálásáért.

A publikáció a *Nemzeti Tehetség Program 2018 Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíj* keretében készült el.

IRODALOM

1. Kuhn H., Mennella C., Magid M. és mtsai.: Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. *J Am Acad Dermatol.* (2017) 76 (5), 779-791.
2. Gupta M. A., Gupta A. K.: Current concepts in psychodermatology. *Curr Psychiatry Rep.* (2014) 16 (6), 449.
3. Stein D. J., Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol.* (1992) 26 (2 Pt 1), 237-242.
4. Demetrovics Zs.: Az addiktológia alapjai II. (2009) ELTE Eötvös Kiadó
5. Hollander E., Wong C. M.: Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J. Clin. Psychiatry.* (1995) 56 (suppl 4), 7-12.
6. Hollander E.: Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *Br J Psychiatry Suppl.* (1998) (35), 7-12.
7. Allen A., King A., Hollander E.: Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* (2003) 5 (3), 259-71.
8. Saxena S., Brody A. L., Schwartz J. M. és mtsai.: Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl.* (1998) (35), 26-37.
9. Connor C. J.: Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: practitioners' guidelines. *Clin Cosmet Invest Dermatol.* (2017) 20, 117-132.

10. Kuhn H., Mennella C., Magid M. és mtsai.: Psychocutaneous disease: Pharmacotherapy and psychotherapy. Stamu-O'Brien C, Krompouzos G. *J Am Acad Dermatol.* (2017) 76 (5), 795-808.
11. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA (2013)
12. 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.
13. Dalgard F. J., Bewley A., Evers A. W. és mtsai.: Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: protocol for an observational multicentre study in 16 European countries. *BMJ Open* (2018) 8 (12), e024877.
14. Tomás-Aragones L., Marron S. E.: Body Image and Body Dysmorphic Concerns. *Acta Derm Venereol.* (2016) 96 (217), 47-50.
15. França K., Rocca M. G., Castillo D. és mtsai.: Body dysmorphic disorder: history and curiosities. *Wien Med Wochenschr.* (2017) 167 (Suppl 1), 5-7.
16. Mancuso S. G., Knoesen N. P., Castle D. J.: The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* (2010) 44 (6), 535-542.
17. Phillips K. A., Dufresne R. G.: Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol.* (2000) 1 (4), 235-243.
18. 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
19. Gupta M. A.: Emotional regulation, dissociation, and the self-induced dermatoses: clinical features and implications for treatment with mood stabilizers. *Clin Dermatol.* (2013) 31 (1), 110-117.
20. 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.
21. Kárpáti S., Kemény L., Reményik É.: Bőrgyógyászat és Venerológia. *Medicina* (2013) 679-684.
22. Rakowska A., Slowinska M., Olszewska M. és mtsai.: New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, V-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs. *Acta Derm Venereol.* (2014) 94 (3), 303-306.
23. Happle R.: Trichotemnomania: obsessive-compulsive habit of cutting or shaving the hair. *J Am Acad Dermatol.* (2005) 52 (1), 157-159.

Érkezett: 2019. 06. 28.

Közlésre elfogadva: 2019. 07. 17.