



AKADÉMIAI KIADÓ

Az atópiás dermatitis (ekcéma) biopszichoszociális megközelítése

MAGYAR Adrienn¹ – ALBERT Dorottya¹ – SCHVEIBERT Ágnes²
– RIGÓ Adrien^{1*}

Mentálhigiéné
és Pszichoszomatika

24 (2023) 4, 268–280

DOI:

10.1556/0406.2023.00034

© 2023, A Szerzők

EREDETI KÖZLEMÉNY



¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

² Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest, Magyarország

(Beérkezett: 2023. február 11.; elfogadva: 2023. október 6.)

ABSZTRAKT

Az atópiás dermatitis, más néven atópiás ekcéma, egy veleszületett genetikai hajlamon alapuló, krónikus, fellángolásokkal járó bőrgyulladás, amely a magas jövedelmű országokban a gyermekek 20%-át és a felnőttek akár 10%-át is érintheti. Tanulmányunk célja a betegség biopszichoszociális aspektusainak áttekintése, valamint az atópiás dermatitisszel kapcsolatos életminőség, testkép, stigmatizáció szakirodalmának és főbb kutatási eredményeinek összefoglalása. Kitérünk az atópiás dermatitis kialakulásáról szóló hipotézisekre, a megjelenésében tapasztalható életkori sajátosságokra és a kezelési lehetőségekre. Részletezzük azokat a kutatási eredményeket, amelyek leírják, hogy a betegség a súlyosságától függően jelentősen befolyásolja a betegek életminőségét – különösen a társas működés és a pszichológiai jóllét vonatkozásában. Bemutatjuk a testkép változásának és a stigmatizációnak a jelentőségét, és felvázoljuk az egészségpszichológiai intervenciók lehetséges helyét. A szakirodalmi eredmények alapján hangsúlyozzuk az adherencia növelésére szolgáló intervenciók fontosságát, és a komplex, egészségpszichológiai szempontokat is magába foglaló kezelés szükségességét.

KULCSSZAVAK

atópiás dermatitis, ekcéma, életminőség, testkép, stigmatizáció

A biopsychosocial approach to atopic dermatitis (eczema)

ABSTRACT

Atopic dermatitis, commonly known as eczema, is a congenitally predisposed chronic inflammation of the skin, characterized by resting and severe flare-ups, which can affect up to 20 percent of children and up to 10% of adults in high-income countries. The aim of this study is to review the biopsychosocial aspects of the disease and to summarise the literature and main research findings on quality of life, body image, and stigma associated with atopic dermatitis. The hypotheses on the etiology and development of atopic dermatitis, its age-specific features, and treatment options are discussed. We detail research findings that describe how the disease, depending on its severity, significantly affects patients' quality of life, particularly regarding social functioning and psychological well-being. We will discuss the importance of body image change and stigmatization and outline the possible place of health psychological interventions. Drawing on the literature, we emphasize the importance of interventions to increase adherence and the need for complex treatment that includes health and psychological aspects.

KEYWORDS

atopic dermatitis, eczema, quality of life, body image, stigmatization

* Levelező szerző:

Dr. Rigó Adrien,
ELTE Eötvös Loránd
Tudományegyetem,
Pedagógiai és Pszichológiai Kar,
Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Egészség-
pszichológiai Tanszék,
1064 Budapest, Izabella utca 46.
E-mail: rigo.adrien@ppk.elte.hu

1. BEVEZETÉS

Az atópiás dermatitis (AD) az egyik leggyakoribb gyulladásos bőrbetegség, amely a magas jövedelmű országokban a gyermekek 20%-át, valamint a felnőttek akár 10%-át is érintheti. A közepes és alacsony jövedelmű országokban a prevalencia folyamatos emelkedést mutat (Odhambo, Williams, Clayton, Robertson, & Asher, 2009). A hazai Országos Statisztikai

Adatfelvételi Program keretein belül készített felmérések alapján az 1999-es kezdő évhez képest a gyermekek esetében 2017-re több mint négyszeresére (1,26%-ról 5,38%-ra) nőtt az atópiás dermatitis miatt nyilvántartott betegek száma (Bényi, Kéki, & Muzsik, 2021), míg a felnőttek esetében a betegség prevalenciája átlagosan 1–3% (Pónyai, 2017).

A pszichológiai tényezők a bőrgyógyászati betegek több mint egyharmadánál befolyásolják a bőrbetegségek kezelését (Picardi, Mazzotti, & Pasquini, 2006; Ponarovsky, Amital, Lazarov, Kotler, & Amital, 2011). Különösen fontosak ezek az atópiás dermatitis esetében, hiszen krónikus betegségként az érintettek gyakran élethosszig tartó küzdelmet folytatnak az állapottal (Humphreys & Humphreys, 1998; Jafferany, 2007). Számos tanulmányban rámutattak, hogy a látható bőrtünetek elváltozása következtében a betegek krónikus stresszt és csökkent életminőséget tapasztalhatnak (Chida, Steptoe, Hirakawa, Sudo, & Kubo, 2007; Morren és mtsai, 1994). Az AD okozta stressz súlyosbíthatja a betegség tüneteit is, így a pszichodermatológiai kezelés célja nemcsak a bőr állapotának javítása, hanem az is, hogy az érintetteket képessé tegye a betegségükkel való hatékony megküzdésre (Senra & Wollenberg, 2014).

1.1. Az atópiás dermatitis jellemzői

Az atópiás dermatitis – más néven atópiás ekcéma – egy veleszületett genetikai hajlamon alapuló, krónikus, fellángolásokkal járó bőrgyulladás, amelyet erős viszketés, bőrszárazság és az életkor függvényében jellegzetes klinikai kép és lokalizáció jellemez (Braun-Falco és mtsai, 2022). Utóbbi alapján három fázis különböztethető meg: csecsemőkori, gyermekkori és felnőttkori fázis (Nagy, 2017). Rendszerint már csecsemőkorban megjelennek a bőrtünetek, ami az „atópiás menetelés” első lépése lehet, később allergiás rhinitis (szénanátha), majd asthma bronchiale követheti (Kárpáti, Gyulai, Kemény, Remenyik, & Sárdy, 2019). Az AD gyakran társul – elsősorban a kozmetikai szerekben található tartósítószerrel iránti – kontakt hiperszenzitivitással is (Németh, Temesvári, Holló, & Pónyai, 2022). A gyakran nedvedző és pörkösödő tünetek kezdetben az orcákon, a homlokon és a hajas fejbőrön láthatóak, ezt követően a törzsre és a végtagok feszítő felszíneire terjednek ki, típusosan a pelenka alatti terület megkímélt. Gyermekkorban inkább a száraz, hámló plakkok dominálnak, a könyök- és a térdhajlat, a csukló- és bokatájék, a kezek, a lábak és a szem körüli régió területén. Az érintettek fele már 3 éves korra, négyötöde pubertáskorra tünetmentes, ugyanakkor az esetek néhány százalékában a betegség felnőttkorban is fennáll (Szalai, 2019). Előfordulhat az is, hogy az AD felnőttkorban jelentkezik először, minden előzmény nélkül. Ilyen esetekben inkább enyhe, illetve közepesen súlyos klinikai kép jellemző, a súlyos, kiterjedt megjelenési forma 10–12%-ban figyelhető meg. Döntően a hajlatokra, az arcra, a nyakra és a kezekre lokalizálódó, száraz, gyakran utcakövetet-szerűen megvastagodott bőrtünetek észlelhetők (Pónyai, 2017).

1.2. Az atópiás dermatitis kialakulása

Az AD egy multifaktoriális eredetű kórkép, kialakulásában genetikai hajlam, károsodott bőrbarrier, a mikrobiális egyensúly felborulása, az immunrendszer zavara és provokáló környezeti tényezők játszanak szerepet (Temesvári & Pónyai, 2021).

A bőr fizikokémiai védelmet nyújt a kiszáradás és a környezeti hatások ellen. Fontos alkotóeleme az elhalt keratinocitákból felépülő szaruréteg, amely megfelelő szerkezetének kialakításában a fillagrin nevű fehérjének meghatározó szerepe van. A fillagrin szabályozza a szaruréteg hidratációját és a pH-értéket is. A fehérjét kódoló fillagrin gén funkcióvesztő mutációja a legjelentősebb genetikai predisponáló faktor (Tsakok, Woolf, Smith, Weidinger, & Flohr, 2019). AD-ben az immunrendszer jellegzetes eltérése a limfociták differenciálódásának a T-helper2 (Th2) sejtvonal irányában történő eltolódása (Sroka-Tomaszewska & Trzeciak, 2021).

A kórkép kialakulására vonatkozóan két hipotézis ismert. Az egyik az inside-out hipotézis, amely alapján az AD patogenezisében a Th2 típusú immunválasz az elsődleges, amely a bőrbarrier defektusához vezet. Ennek hatására a keratinociták (a hámréteg domináns sejtjei) citokineket termelnek, amelyek a dendritikus (antigénprezentáló) sejteket aktiválva növelik a Th2 immunválaszt. A másik hipotézis az outside-in elnevezést kapta, eszerint a barrierkárosodás az elsődleges, amelynek révén allergének, illetve patogének jutnak a szervezetbe. A keratinociták citokintermelés útján a dendritikus sejteket aktiválva Th2 típusú immunválaszt indukálnak, az így felszabaduló citokinek további barrierdefektust idéznek elő (Hajdu & Szegedi, 2017).

1.3. Az atópiás dermatitis kezelési lehetőségei

Az atópiás ekcéma kezelésének az alapjaira a bőr hidratálása. A hidratáló készítményeket tünetmentes állapotban is érdemes alkalmazni, mivel meghosszabbíthatják a fellángolás nélküli időszakot (Pónyai, 2020a; Wollenberg és mtsai, 2022). A tisztálkodás gyakoriságának és időtartamának optimális mértéke régóta vitatott, azonban a mindennapi zuhanyzásnak nincs szignifikáns negatív hatása a bőr állapotára, viszont eltávolítja a patogén baktériumokat, pörköket, irritáló anyagokat, és mérsékli a viszketést. Langyos vízben ötperces fürdés javasolt szappan, illetve tusfürdő helyett speciális, lipidpótló krémtusfürdő, valamint fürdőolaj segítségével. Ezt követően elengedhetetlen a hidratálószer felvitele a bőrre (Kinyó, 2017).

A fellángolások alkalmával nélkülözhetetlen a lokális gyulladáscsökkentő kezelés. Évtizedek óta elsővonali szerek a helyi kortikoszteroidok, amelyek az immunreakciók és a gyulladás gátlásával a bőrtünetek csökkentése mellett a viszketést és az égő érzést is csillapítják. Bár jelenleg még sok beteg tart a kortikoszteroid-kezeléstől, az előírások betartásával a mellékhatások (pl. a bőr elvékonyodása, a késleltetett sebgyógyulás, a bőr irritációja) megjelenése



ritka (Pónyai, 2020b). A lokális kalcineuringátlók a közepesen erős kortikoszteroidok hatékonyságát közelítik meg, azonban esetükben nem kell számolni a szteroidra jellemző mellékhatásokkal. Használatuk célszerű az olyan régiókban, ahol gyorsabban jelentkeznek ezek a mellékhatások, például az arcon és a hajlatokban (Varga & Kemény, 2017).

A számos gyulladáscsökkentő bőrbetegségben jótékony hatású fototerápia az atópiás dermatitis középsúlyos–súlyos, lokális kezelésre nem reagáló eseteiben is alkalmazható (Wollenberg és mtsai, 2022). Tekintettel a lehetséges hosszú távú szövődményre (pl. a bőr korai öregedése) és a bőrtumorok kialakulásának fokozott kockázatára, a terápia megkezdése előtt alapos mérlegelés szükséges (Kemény, Varga, & Novak, 2019).

Viszketéscsillapítás céljából adhatók antihisztaminok szájon át, amelyek az egyéb társbetegségek, például szénanátha és kötőhártya-gyulladás esetében is hasznosak (Temesvári & Pónyai, 2021).

Magyarországon a leggyakrabban alkalmazott szisztémás szerek a kortikoszteroid és az ugyancsak immun-suppresszív hatású ciklosporin. Előbbi hosszú távú alkalmazása a mellékhatások miatt nem lehetséges, erős gyulladás gyors enyhítésére adagolható megfelelő dózisban és rövid ideig, majd lokális terápia javasolt. A ciklosporin hosszú ideig történő szedése fokozza a vesekárosodás esélyét, ezért intermittálóan alkalmazható, viszonylag alacsonyabb dózisban. A terápia alatt laborvizsgálattal a vese-funkció ellenőrzése mellett rendszeres vérnyomásmérés szükséges (Bata-Csörgő, 2017).

Az AD patomechanizmusának egyre pontosabb feltérképezése tette lehetővé az új, AD-re specifikus kezelések kifejlesztését – mint például a monoklonális antitestek vagy Janus-kináz (JAK) inhibitorok használata. A jövőben további specifikus és hatékony szerek megjelenésére számíthatunk, amelyek eredményesebbé teszik az AD kezelését (Steuer-Hajdu & Szegedi, 2021).

2. A STRESSZ SZEREPE ATÓPIÁS DERMATITISBEN

Egyre több vizsgálati eredmény támasztja alá a pszichológiai stressz kiemelt szerepét atópiás dermatitisben (Buske-Kirschbaum, Geiben, & Hellhammer, 2001; Hall és mtsai, 2012; Steinhoff, Suárez, Feramisco, & Koo, 2012). A stressz és az AD közötti kapcsolat kétirányú; maga a betegség is fokozott stressz-szinttel jár együtt; ugyanakkor a stressz is fokozza a tünetek jelenlétét (Lee és mtsai, 2010; Lin, Zhong, & Santiago, 2017). A megemelkedett stressz betegségből adódó elsődleges forrásai a viszketés, a megváltozott külső, az alvás nehezítettsége, a csökkent önértékelés, s mindezen tényezőknek a társas kapcsolatokra kifejtett negatív hatása (Barilla és mtsai, 2017).

Bár nem kérdőjelezhető meg, hogy a betegség komoly pszichoszociális stresszt jelenthet a személy számára, az AD-vel kapcsolatos kutatások többségében mégis a stressz

állapotot rontó vagy tüneteket kiváltó szerepére fókuszálnak. Az AD-vel élő betegek többsége közvetlen összefüggésről számol be az elváltozások megjelenése/kiújulása és a stresszes életesemények között. Ennek lehetséges kiváltó okaiként az esettanulmányok a feszültséget, a megküzdési mechanizmusok elégtelenségét, az érzelmileg terhelt témák előkerülését és a tárgyvesztést azonosították (Gieler, Ehlers, Höhler, & Burkard, 1990, id.: Seiffert és mtsai, 2005). A kutatások eredményei azt mutatják, hogy a bőr állapotának romlása a negatív érzelmi állapotokkal – például az ingerlékenységgel, a haraggal és a depresszív hangulattal –, illetve a premenstruációs hangulati nehézségekkel is összefüggésben áll (Hall és mtsai, 2012; Kiriya, Sugiura, & Uehara, 2003; Steinhoff és mtsai, 2012).

Az AD patogenezisében és progressziójában szerepet játszó fiziológiai tényezők közül is kiemelendő a stressz szerepe (Barilla és mtsai, 2017; Lin és mtsai, 2017; Steinhoff és mtsai, 2012). A stressz és a bőrgyulladás közötti kapcsolat háttérmechanizmusaként több utat is feltételeznek, s leginkább kutatott a stressz szimpatikus idegrendszeren keresztül közvetített szerepe. Egyre több bizonyíték szól amellett, hogy a szimpatikus idegrendszer szerepet játszik az általános és a bőrre adott immunválaszok modulálásában (Bachen és mtsai, 1995; Buske-Kirschbaum, Gierens, Höllig, & Hellhammer, 2002; Felten és mtsai, 1997; Herbert és mtsai, 1994; Seiffert és mtsai, 2002; Seiffert, Hilbert, Schaechinger, Zouboulis, & Deter, 2005). A szimpatikus idegrendszeri aktivitásemelkedés hatására olyan mediátorok szabadulnak fel, mint a hisztamin, a prosztaglandin és a leukotriének (Bos, Sillevius Smitt, & Kapsenberg, 1994). Ezek a mediátorok az atópiás egyéneknél viszketést és gyulladást váltanak ki. A katekolaminok az immunválaszt a Th2 fenotípus felé tolhatják el (Elenkov & Chrousos, 2002), ami szintén kedvez az AD kialakulásának (Barilla és mtsai, 2017; Leung, 2000).

Nemcsak az akut, hanem a krónikus stressz hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA)-tengelyre gyakorolt hatása is összefüggésben áll az AD-vel. A betegségben a HPA-tengely alulműködése figyelhető meg, ami lehetővé teszi az erősebb, és Th2 irányba elmozduló nem adekvát immunválasz kialakulását/felelősödését (Arndt, Smith, & Tausk, 2008). Az alulműködő HPA-tengely „eredetét” tekintve a szakirodalomban a kora gyermekkori gyakori vagy erős stresszhatások programozó szerepét emelik ki; a korai, túlzott stresszválasz mintegy „védekezés-képpen” olyan irányba módosítja a HPA-tengely működését, hogy az a későbbiekben kevésbé reagáljon stresszteli ingerekre. Ennek következtében a szervezetet alacsonyabb kortizol-képző kapacitás jellemzi, ami fogékonyságot jelent a gyulladáscsökkentő és allergiás folyamatok irányába. A HPA-tengely korai programozásának lehetőségét számos vizsgálati eredmény is megerősítette (Arndt és mtsai, 2008; Buske-Kirschbaum és mtsai, 2002). A korai stressz származhat pszichoszociális tényezőkből, ugyanakkor azt is valószínűsítik, hogy maga a csecsemőkori AD is lehet olyan biológiai/immunológiai/gyulladáscsökkentő stressz a szervezet számára, ami a HPA-tengely alulprogramozásához vezethet (Lin és mtsai, 2017).



AD-ben a stresszválasz módosulásának és annak következményeinek egyéb jegyei is megtalálhatók; az atópiás dermatitisben szenvedő személyek esetében gyakran magasabb a szívfrekvencia, erősebb a szimpatikus idegrendszeri aktivitás és csökkent a szívritmus-variabilitás. Ez utóbbi a paraszimpatikus tónus gyengébb voltára enged következtetni. A gyakoribb/erőteljesebb neurogén gyulladás pedig a látszólag ok nélküli fellángolásokra adhat magyarázatot (Steinhoff és mtsai, 2012). Számos vizsgálat eredménye megerősítette azt is, hogy stressz hatására az AD-ben érintett betegek a tipikustól eltérő immunválaszokat mutatnak, ami szintén a stressztengelyek módosulására, illetve a stressz kiváltotta immunfolyamatok diszregulációjára utal (Buske-Kirschbaum és mtsai, 1997, 2002; Lin és mtsai, 2017).

A pszichés stressz károsodott bőrgátfunkcióhoz és a bőrtünetek fellángolásához is vezethet, mivel az endogén glükokortikoidok stressz által kiváltott növekedése megzavarhatja a barrierfunkciót és a szaruréteg kohézióját, valamint az epidermális antimikrobiális egyensúlyt. A bőr ennek következtében fogékonyabb lesz a virális és gombás fertőzésekre, s hajlamosabb a víztartalom csökkenésére (Arndt és mtsai, 2008; Elias, Sun, Eder, Wakefield, & Man, 2013; Senra & Wollenberg, 2014). Számos tanulmány eredménye bizonyította a pszichológiai stressz negatív hatását a bőr barrierfunkciójára. Garg és munkatársai (2001) arról számoltak be, hogy a magas szintű észlelt pszichológiai stresszben szenvedőknél szignifikánsan nagyobb volt a késleltetés az epidermális permeabilitási gát helyreállításában, mint azoknál, akik alacsony észlelt stressz-szintről számoltak be. Mások is azt írták le, hogy az akut pszichoszociális és alvásmegvonáshoz kapcsolódó stressz nők esetében csökkentheti a bőr barrierfunkcióját, ami kapcsolatban állhat a stressz által kiváltott citokinszekréció változásaival (Altemus, Rao, Dhabhar, Ding, & Garnstein, 2001). További kutatásokban pedig azt mutatták ki, hogy a pszichológiai stressz gátolt lipidszintézist eredményez, ami szintén a barrierfunkció és a homeosztázis rendellenességeihez vezethet (Choi és mtsai, 2005).

Az AD pszichológiai stresszre való fogékonyságát számos tényező megalapozza. Mivel a bőr fontos védekező és érzékelő funkciót tölt be, az idegrendszerrel való idegi összeköttetése nagyon jelentős: a bőr sejtjei számos neuropeptidet és neurotranszmittet is termelnek (s természetesen rendelkeznek is ilyen receptorokkal). A bőr a központi idegrendszer, a hormonrendszer és az immunrendszer közötti sokirányú kommunikációban kiemelt szerepet játszik, így meglehetősen érzékeny a szervezetben zajló változásokra (Steinhoff és mtsai, 2012).

A stressz állapotrontó szerepe arra hívja fel a figyelmet, hogy AD-vel diagnosztizált személyek esetén (főleg a közép-súlyos és súlyos esetekben) elengedhetetlen a stresszkezelő technikák elsajátításának a támogatása, hiszen az érintettek tényleg a „bőrükön élik meg” a stressz hatását. Ebből a célból számos módszer alkalmazható AD esetében, de a szakirodalmi ajánlások többsége a relaxációs technikák, a biofeedback, a hipnózis és a kognitív viselkedésterápiás technikákat alkalmazó módszerek mellett érvel (Arndt és mtsai, 2008; Steinhoff és mtsai, 2012). Mint ahogyan jelen

tematikus kötet pszichológiai intervenciók lehetőségeiről szóló tanulmányában látni fogjuk, sajnos még nem rendelkezünk elegendő vizsgálati eredménnyel ezen technikák hatékonyságára vonatkozóan.

3. AZ ATÓPIÁS DERMATITIS ÉS A PSZICHÉS TÉNYEZŐK ÖSSZEFÜGGÉSEI

3.1. Az életminőség és mentális egészség

Az atópiás dermatitis jelentősen ronthatja az életminőséget (Carvalho és mtsai, 2020; Hsieh és mtsai, 2022; Kwak & Kim, 2017; Murota, Koike, Morisaki, Matsumoto, & Takenaka, 2022; Senra & Wollenberg, 2014). A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az AD káros hatásai számos területre kiterjedhetnek a betegek életében, beleértve az érzelmi és mentális egészséget (Koszorú, Borza, Gulácsi, & Sárdy, 2019), a fizikai aktivitást (Koszorú és mtsai, 2019) és a szociális működést (Kiebert és mtsai, 2002). Ez utóbbin belül az iskolai, a családi, és a barátokkal kapcsolatos életterületek is károsodnak (Hsieh és mtsai, 2022; Koszorú és mtsai, 2023; Leung, 2000). Az AD esetén tapasztalt gyakori fáradtság miatt a munkavégzés és a szokásos mindennapi tevékenységek elvégzése is nehezített lehet (Murota és mtsai, 2022). Mindezek mellett az AD negatív hatást fejthet ki a szexuális életre is – úgy a betegek, mint a partnereik esetében. Egy 288 AD-ben érintett beteget és partnereiket vizsgáló kutatás eredményei szerint a betegek 57,5%-a számolt be a szexuális vágy csökkenéséről a bőrbetegségének tulajdoníthatóan. A partnerek 36,5%-a is azt jelezte, hogy az ekcéma kedvezőtlen hatással van a szexuális életére (Misery és mtsai, 2007). A szexuális életminőségre gyakorolt hatás mértéke függ a betegség súlyosságától, és attól, hogy a tünetek mennyire vannak látható helyeken, mennyire érintik a nemi szerveket és/vagy járnak együtt fájdalommal, viszketéssel, kóros bőrérzettel (Lee és mtsai, 2018; Misery és mtsai, 2019).

Az életminőség csökkenésével többféle tényező is kapcsolatot mutat. A szakirodalomban elsősorban a betegség súlyosságát, a viszketést és alvászavart emelik ki, mint az életminőség csökkenésének legrelevánsabb előrejelzőit (pl. Beikert és mtsai, 2014). A csillapíthatatlan viszketés jelentősen hozzájárul a fizikai kellemetlenségekhez és a sérült bőrön jelentkező hámlásokhoz, illetve kéregképződéshez. Mindez a fájdalom növekedésén keresztül csökkentheti az életminőséget (Lee és mtsai, 2018). A kínzó viszketés és a vakarózási kényszer gyakran okoz koncentrációs zavarokat, szociális izolálódást és alvászavarokat is (Barilla, Felix, & Jorizzo, 2017; Lee és mtsai, 2018; Pónyai, 2017). A betegek elalvási nehézségeiről és ismételt ébredési epizódokról számolnak be, amelyek csökkentik az alvás hatékonyságát. Az alvászavarok funkcionális károsodást eredményezhetnek, napközbeni fáradtságot, ingerlékenységet és kognitív nehézségeket okozva (Lee és mtsai, 2018). Egy német AD-vel élő betegekből álló mintában a vizsgálati személyek 27%-a számolt be arról, hogy alvászavart tapasztalt a gyakran vagy



minden éjszaka jelentkező viszketés miatt, 36%-uk pedig arról, hogy gyakran egészen addig vakaróznak, amíg a bőrük el nem kezd vérezni. A betegek többsége (73%-a) a viszketés és a bőrbetegségek súlyosbodását érzelmi tényezőknek vagy stressznek tulajdonította (Langenbruch és mtsai, 2014).

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a tünetek jellemzői is befolyásolják az életminőséget; alacsonyabb életminőséget jelez előre az ekcémás testfelület nagyobb kiterjedése – különös tekintettel az arc vagy az anogenitális területek érintettségére (Beikert és mtsai, 2014) –, illetve a túlzottan száraz vagy piros/gyulladt bőr (Silverberg és mtsai, 2018).

Az alkalmazott orvosi kezelések – azon belül is elsősorban a szisztémás gyógyszerek, például a citotoxikus szerek vagy kortikoszteroidok – is ronthatják a betegek életminőségét. Egy nagy mintás nemzetközi vizsgálatban azt találták, hogy az AD-vel élők 64,4%-a számolt be arról, hogy az alkalmazott orvosi kezelés negatívan befolyásolta az életminőségét. Az ekcéma egyúttal azon bőrbetegségek közé tartozott, ahol az egyik legjelentősebb lehet a kezelések hatására bekövetkező életminőség-romlás (Balieva és mtsai, 2018).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség az AD-ben szenvedő betegek esetében az életkor előrehaladtával javulhat, ugyanakkor ez nem mindig következik be; illetve elmentmondásos szakirodalmi eredményekkel találkozhatunk az egyéb demográfiai változók és az életminőség kapcsolatáról is (Lundberg, Johannesson, Silverdahl, & Lindberg, 2000).

A nehéz élethelyzetek is jelentősen ronthatják az életminőséget. A COVID-19-pandémia alatt például az egészséggel kapcsolatos életminőség (HRQoL) mind a fizikai tünetek (fájdalom, diszkomfort), mind a betegséggel kapcsolatos aggodalom, mind pedig a társas kapcsolatok aspektusaiban kedvezőtlenebb értékeket mutatott magyar atópiás dermatitiszes betegek körében a pandémiát megelőző időszakhoz képest (Koszorú és mtsai, 2022).

Az ekcémás betegek életminőségének károsodása nemcsak más bőrgyógyászati betegséghez képest az egyik legnagyobb mértékű, hanem számos más gyakori krónikus betegséghez – beleértve a szívbetegséget, a cukorbetegséget és a magas vérnyomást, illetve az olyan súlyos krónikus állapotot is, mint például onkológiai betegségek – viszonyítva is (Silverberg és mtsai, 2018). Ennek hátterében az állhat, hogy az AD-ben szenvedő betegeknek nemcsak a tünetek okozhatnak nehézséget, hanem a magas és egész életen át tartó pszichoszociális és gazdasági teher is (Lee és mtsai, 2018).

Az atópiás dermatitis a mentális jóllétet is negatívan befolyásolhatja. A betegek – az átlagpopulációhoz képest – gyakrabban számolnak be szorongásról, depresszív tüneteikről, megemelkedett stressz-szintről és öngyilkossági gondolatokról is (Kwak & Kim, 2017; Lee és mtsai, 2018; Linnet & Jemec, 2001; Pandher, Patel, Wang, & Saedi, 2021; Senra & Wollenberg, 2014). A fokozott pszichiátriai sérülékenység hátterében a betegség pszichoszociális terhei mellett a gyulladáshoz vezető mediátorok megemelkedett mennyiségének potenciális szerepe merült fel, hiszen a gyulladáshoz vezető citokinek a központi idegrendszerre hatva emelik a hangulatzavarok kialakulásának a valószínűségét (Pandher és

mtsai, 2021). Az AD az evészavarok tekintetében is fokozott kockázatot jelent. Egy 70 584 finn, AD-vel diagnosztizált beteget bevonó kohorszvizsgálatban azt találták, hogy az evészavarok (anorexia nervosa, bulimia nervosa, falászavar, nem meghatározott evészavar) jelenléte az AD-vel élő személyek esetén gyakoribb, mint az átlagpopulációban (0,6% vs. 0,35% 18 éves korig; 0,77% vs. 0,47% 30 éves korig). A legerősebb összefüggést a bulimia nervosa ($OR = 2,31$; 95% CI = 1,54–3,58 18 éves korig; $OR = 1,58$; 95% CI = 1,21–2,06 30 éves korig) és a falászavar esetében ($OR = 1,86$; 95% CI = 1,29–2,68 18 éves korig; $OR = 1,68$; 95% CI = 1,25–2,27 30 éves korig) kapták, az ételallergia meglétének kontrollálása mellett is. Feltételezik, hogy az AD-vel gyakran együtt járó negatív testkép és testtel való elégedetlenség lehet az egyik fontos mechanizmus a komorbiditás hátterében. Ugyanakkor az immunszabályozási zavar – ami, mint korábban láthattuk, az AD inherens része – szerepe sem kizárt, hiszen az is rizikótényezője az evészavaroknak (Kauppi, Jokelainen, Timonen, Tasanen, & Huilaja, 2022).

3.2. Testkép, énkép és önbecsülés

A bőr, a haj és a körmök állapota nemcsak a személy egészségi állapotáról nyújt információt, hanem hatással van a testkép alakulására, az önértékelésre, az önfelfogásra és az önbecsülésre is. Ezáltal jelentős szerepet játszik a szocializációban, és biztosítja a társadalomban való hatékony működést (Mikołajczyk, Rzepa, Król, & Zaba, 2017).

A bőrgyógyászati betegségek gyakran vezetnek az érintett személy megjelenésének megváltozásához, ami hozzájárulhat a negatív testkép kialakulásához és az önfelfogás alacsony szintjéhez. A negatív testkép negatív érzéseket – mint szégyen, szorongás, tehetetlenségérzés, büntudat – von maga után, és olyan következményekkel járhat, mint a megbélyegzettség élménye és az elszigetelődés (Linnet & Jemec 2001; Potocka, Turczyn-Jabłońska, & Kieć-Świerczyńska, 2008). A negatív testképpel járó emóciók mint stresszorok, örögi körként fokozhatják a bőrtünetek mértékét (Mikołajczyk és mtsai, 2017).

A megjelenés a társas közegre is komoly hatással lehet. Az egészséges bőr általában csodálatot és elfogadást, míg az elváltozott bőr valószínűleg ellenszenvet, félelmet, előítéleteket és nemtetszést vált ki. Az AD-ben szenvedő betegek arról számolnak be, hogy gyakran észlelnek más személyektől érkező negatív reakciókat a kinézetükkel kapcsolatban, ami növeli a megbélyegzettség érzését, és megerősíti a meggyőződésüket, miszerint fizikailag nem vonzóak. Ennek hatására túlértékelhetik a betegséggel kapcsolatos panaszait és korlátaikat. Mindez olyan következményekkel járhat, mint a betegségbe való túlzott belemélyedés, a bőrelváltozások sminkkel és ruházattal való elfedésére való összpontosítás, vagy az interperszonális és szexuális kapcsolatok fenntartásától való tartózkodás (Mikołajczyk és mtsai, 2017). Felnőttekkel végzett kutatásban azt is kimutatták, hogy az AD-vel élő betegek életminőségét – egy többdimenziós testkép kérdőívvel mérve – a testkép specifikus dimenziói befolyásolták. A személyek akkor élték meg a tüneteiket kel-



lemetlenebbnek (azaz az életminőségüket erősebben rombolónak), ha alapvetően fontosabb érték volt számukra az egészségük és a kinézetük (magasabb egészség- és kinézetorientáció), mint a test és szelf kapcsolatának olyan dimenziói, mint például a fittség, a túlsúly vagy bizonyos testrészekkel való elégedetlenség. Ezen túlmenően az erőteljesebb egészségkárosodás és a testtel való elégedetlenség állt jelentős erősségű, negatív irányú kapcsolatban az életminőséggel (Mikołajczyk és mtsai, 2017).

A gyermekkori AD kifejezetten erős hatással lehet az önértékelésre és az identitás alakulására is. A szülők gyakran kevesebbet követelnek ekcémás gyermekeiktől, és erősebben alkalmazkodnak az igényeikhez. Ez viszont hátráltathatja a gyermekeket abban, hogy az adaptív megküzdési stratégiák nagyobb tárházát fejlesszék ki (Nguyen, Koo, & Cordero, 2016). Az AD tünetei a közösségi életben is átformálják az érintett fiatalok helyét, szerepét. Az ekcémás gyermekek gyakran visszahúzódóak, és ennek legyőzésében a pedagógusok – többnyire az ismeretek hiányában – nem mindig tudják megfelelően támogatni őket. A folyamat társas izolációhoz és alacsony önbecsüléshez vezethet. Az AD-ben érintett gyermekek gyakrabban szenvednek el bullyingot a bőrük állapota miatt, vagy van részük a bőrükre vonatkozó – nem feltétlenül rosszindulatú – ugratásokban, amelyek alááshatják az önértékelésüket (Nguyen és mtsai, 2016). A bőrtünetek miatt bizonyos sporttevékenységekből (pl. a megerőltető, verejtékezéssel járó sportok vagy az úszás) is kimaradhatnak, és gyakrabban alakulnak ki náluk viselkedésproblémák (pl. irritabilitás, agresszív viselkedés, erőteljesebb kapcsolati függőség). A viselkedészavarok nemcsak az intraperszonális fejlődésüket, hanem a környezettel – elsősorban a szülőkkal – való kapcsolatukat is problémásabbá teszik (Nguyen és mtsai, 2016). Habár gyermekek esetében is vizsgálták életminőséget mérő kérdőívekkel a betegség hatását, számukra az érzelmek szavakkal történő kifejezése még nehéz lehet. Braun és munkatársai (2023) a rajzolás technikáját alkalmazva azt találták, hogy az énkép minden életkorban tükrözte a bőrbetegség hatásait, valamint, hogy az énképben megfigyelhető jellegzetességek/változások a különböző életkorokban eltérő formákat öltöttek. Míg a legfiatalabb gyermekek (a medián életkor 4,5 év) más-képp ábrázolták az ekcémával rendelkező testet (pl. más méretben vagy az integritásában sérültnak), addig a legidősebbek (a medián életkor 11 év) olyan jellemzőkkel ruházták fel, ami számukra az ekcémával asszociálódott (pl. szomorúság, korlátozottság, cselekvésképtelenség).

3.3. A stigmatizáció

Az atópiás dermatitisben szenvedő betegek gyakran számolnak be a stigmatizáció megtapasztalásáról is (Germain és mtsai, 2021; Wiis és mtsai, 2022; Wu & Cohen, 2019). „A stigmatizáció egy attribútum, egy fizikai vagy szociális jegy/jel megjelenéséből fakad (például ritka testi jellegzetesség, testi vagy szellemi fogyatékoság, testi vagy mentális megbetegedés), amelyet mások nem képesek teljesen elfogadni, leértékelik, ami magában hordozza az adott személy

vagy személyek szociális identitását is” (Goffman, 1963; id.: Szócs, Horváth, & Vizin, 2021, 1968. o.). A klasszikus stigmatikonceptió ezt a megjelenési formát externális stigmatiként jelöli. A megbélyegzést tapasztaló személyben a negatív reakciók hatására kialakul a tapasztalatból fakadó, kisebbrendűségekre vonatkozó következtetés, majd ennek eredményeként belsővé válik a negatív megbélyegzés, leértékelés, amit internalizált stigmának nevezünk (Goffman, 1963). A modern stigmaelméletek a kognitív, érzelmi és viselkedéses aspektusokat hangsúlyozva észlelt, anticipált és internalizált stigmát különítenek el. Az észlelt stigma a személy benyomását írja le arról, hogy mások hogyan viszonyulnak hozzá (Zelaya és mtsai, 2012). Az anticipált stigma pedig a megbélyegzést tapasztaló személy jövőbeli, stigmatizáltsággal kapcsolatos tapasztalatairól szóló elvárásait jelöli (Earnshaw, Smith, Chaudoir, Amico, & Copenhaver, 2013).

Krónikus betegségek esetén a stigmatizáció gyakorisága, illetve mértéke összefüggést mutat a betegség láthatóságával (Wiener és mtsai, 2012). A bőr a legkiterjedtebb szervünk; jól látható, és fontos információkat közöl az emberről és testéről. Bár a bőrbetegségek elterjedt egészségi problémának számítanak, az abban nem érintettek – helytelenül – gyakran inkább kozmetikai jellegű problémának tartják, mint betegségnek. Ez viszont ahhoz vezethet, hogy az érintett személyt teszik felelőssé a bőre állapotáért (Roosta, Black, Peng, & Riley, 2010). A látható bőrtünetek miatt megbélyegzést tapasztaló személyek rosszul alkalmazkodhatnak a munkahelyi szerepekhez, az intimitáshoz és a társadalmi élethez, és pesszimistává válhatnak a jövőbeli lehetőségeik kapcsán (Roosta és mtsai, 2010).

Korábban láthattuk, hogy az AD alacsonyabb életminőséggel, s olyan negatív érzelmekkel mutat kapcsolatot, mint a szegény, düh, harag, frusztráció, s gyakran vezet szerepkorlátozáshoz, csökkent önbecsüléshez, szorongáshoz (Baiardini, Braidó, Brandi, & Canonica, 2006; Gupta & Gupta, 1998; Krowchuk és mtsai, 1991; Magin, Adams, Heading, Pond, & Smith, 2006; Wu, Kinder, Trunnell, & Fulton, 1988). Ezeket a tapasztalatokat gyakorta súlyosítja a megbélyegzettség érzése és a gúnyolás (Magin és mtsai, 2006), ami tovább fokozza a bőrtünetek és a lelki panaszok megjelenésének esélyét.

A bőrbetegségben szenvedő felnőttek az életük számos területén tapasztalnak stigmatizációt. Magasabb a körükben a munkanélküliség és a munkával kapcsolatos megbélyegzés előfordulási gyakorisága, interperszonális stigmatizációval is szembesülnek (pl. a másoktól érkező, bántónak megélt magatartás miatt kénytelenek elhagyni egy társasági eseményt, vagy egy nyilvános helyszínt), valamint családi konfliktusokról, és a kapcsolatok kezdeményezésének nehezítettségéről is beszámolnak. A súlyosabb tünetekkel rendelkezők szexuális gátlásokat (pl. a szexuális kontaktus kerülése) is tapasztalnak (Cunliffe, 1986; Ginsburg, 1996; Jobling, 1976; Jowett & Ryan, 1985; Ramsay & O'Reagan, 1988; Wittkowski, Richards, Griffiths, & Main, 2004).

Egy kérdőíves vizsgálatban az AD-vel élő betegek 88%-a számolt be arról, hogy valamilyen szintű stigmatizációt érez, 27%-uk pedig arról, hogy minden felsorolt aspektusból (a kérdőív mind a 6 tételén) stigmatizáltnak érzi magát



(Lu, Duller, Van Der Valk, & Evers, 2003). Félig strukturált interjúk segítségével is próbáltak mélyebb betekintést nyerni három bőrbetegségben szenvedő csoport (AD, pikkelysömör, mastocytosis [a hízósejtek kóros felszaporodása]) stigmatizáltságának az élményeibe. A meginterjúvott bőrbetegek is beszámoltak arról, hogy gyakran élnék meg megbélyegzést a mindennapi életükben, a munkájukban és a sportban, ami ahhoz vezet, hogy igyekeznek minél inkább elrejtetni a bőrtüneteiket. A társas kapcsolatokban megtapasztalt stigmatizáló élményeikről és aggodalmaikról is sokan beszéltek, illetve arról, hogy a testükkel kapcsolatos kellemetlen élmények hogyan vezettek ahhoz, hogy negatívan lássák önmagukat, és hogy bizonyos társas tevékenységek kimaradjanak. Ugyanakkor néhányan azt is megfogalmazták, hogy a megbélyegzés hatására pozitív változást is meg tudtak tapasztalni. Ebben az segített nekik, hogy képesek voltak elfogadni a bőrtüneteiket, azáltal önmagukat is, így a tünetekkel/külsőjükkel való szembesülés már nem okozott folyamatos aggodalmat számukra (Heim-Ohmayer és mtsai, 2022).

Egy, a stigmatizáltság érzésének magyarázó változóit kereső vizsgálatban azt találták, hogy bár számos tényező (fiatalabb életkor, súlyosabb fokú bőrbetegség, a fáradság és viszketés tünete, a mindennapi életre gyakorolt káros hatás, alacsonyabb társas támogatás, alacsonyabb elfogadás) kapcsolatot mutat a megbélyegzettség érzésével, a többszörös lineáris regressziós modellben a fiatal életkor mellett az egyetlen szignifikáns előrejelző a tehetetlenség érzése maradt (Lu és mtsai, 2003). Ez az eredmény arra utal, hogy a stigmatizáltság megélésében kiemelt szerepe lehet a betegségkognícióknak, így az intervenció programokban érdemes a betegséggel kapcsolatos reprezentációkra is fókuszálni. Egy másik kutatás során is nagyon hasonló eredményekről számoltak be: a stigmatizáltság érzésének fő magyarázó változóit a fiatalabb életkor, a súlyosabb betegség, a megfelelő kapcsolatok hiánya és a női nem voltak (Schlachter, Sommer, Augustin, Tsianakas, & Westphal, 2023).

A vizsgálatok eredményeinek többsége szerint a megbélyegzettség érzése erősebb a fiatalabb ekémás személyek körében. Ugyanakkor felhívják a figyelmet arra is, hogy ez a felnőtteknél igaz, ugyanis gyermekkori AD esetében az első 3 életév viszonylagos védettséget jelent a stigmatizáltsággal szemben. Ugyan 3–10 éves kor között a gyermekek a bőrtüneteik miatt már megtapasztalhatnak kellemetlen élményeket a szociális környezetükben (például iskolai bullying formájában), azonban valójában 10 éves koruktól kezdve válnak igazán érzékenyebbé a megbélyegzettség érzésének irányába (Chernyshov, 2016).

Ha a stigmatizáltság érzését, s annak a következményeit vizsgáljuk, látható, hogy a súlyosabb betegség alacsonyabb önértékeléssel és magasabb visszavonulási tendenciákkal jár együtt. A „szenzitív” (intim) testterületeken lévő tünetek pedig a stigma fokozottabb megélésével korrelálnak (Schmid-Ott és mtsai, 1999). Mivel az internalizált stigma számottevő erősségű kapcsolatot mutat a csökkent életminőséggel és a rosszabb mentális állapottal, fontos feladat lehet a mérséklése (Schlachter és mtsai, 2023). A látható

bőrbetegségekkel küzdő személyek esetében mind az externális stigmatizációt vagy nyilvános megbélyegzést, mind pedig az internalizált stigmát vagy önstigmatizálást csökkentő specifikus, hatékony intervenciók kidolgozása szükséges lenne (Germain és mtsai, 2021; Topp és mtsai, 2019).

4. AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIA SZEREPE AZ ATÓPIÁS DERMATITIS KEZELÉSÉBEN ÉS ÖNMENEDZSELÉSÉBEN

Egy krónikus betegséggel való együttélés, a diagnosztikus folyamat, a beavatkozások sokasága, illetve a tünetekkel való megküzdés jelentős kihívást jelent a betegeknek és a családtagjaiknak egyaránt (LeBovidge és mtsai, 2016). Így indokolt lehet, hogy a krónikus betegségekkel való megküzdésben az egészségpszichológiai intervenciók már a diagnózis közlésének a pillanatától helyet kapjanak az orvosi eljárásokkal párhuzamosan (Urbán, 2017). Az új helyzethez való alkalmazkodáshoz elengedhetetlen a megfelelő készségek elsajátítása vagy megerősítése, amelyek magukban foglalják a betegség megfelelő szintű ismeretét, problémamegoldási stratégiákat és önmenedzselési technikákat (Tiringer, Nagy, Teleki, Žilinski, & Szabados, 2020). Az empowerment, azaz képessé tevés folyamatában a beteg megtanulja, hogyan tud önállóan, felelősséget vállalva szembenézni a betegségének kihívásaival (Aujoulat, d’Hoore, & Deccache, 2007). Az empowerment egyik legfőbb módszere a betegedukáció, ami megalapozza az önmenedzselést (Tiringer és mtsai, 2020).

Lambert és munkatársai (2011) krónikus bőrbetegséggel élők sztenderd kezelését egészítették ki *edukációs program*-mal, és feltételezték, hogy ez a bőrben zajló folyamatok és a bőrállapot jobb megértéséhez, a betegséghez való hozzáállás pozitív irányú változásához, az előírt terápia pontosabb betartásához és az életminőség javulásához egyaránt hozzá fog járulni. Az eredmények valóban azt mutatták, hogy az egészséggel kapcsolatos életminőség szignifikánsan javult a beavatkozás hatására, s a legjelentősebb változás épp az atópiás dermatitisben szenvedő nők körében mutatkozott.

Az atópiás dermatitis – krónikus betegségként – akár élethosszig tartó adherenciát igényel a betegektől. Ez különösen nagy teher lehet, mivel a helyi hatású gyógyszerek alkalmazása hosszú időt és nagy erőfeszítést kíván meg a páciensektől. Mindezek ismeretében nem meglepő, hogy AD esetében az adherencia gyengébb, mint sok más kórkép esetén (Patel & Feldman, 2017), éppen ezért számos, az *adherencia növelésére irányuló beavatkozás* hatását vizsgálták. Az intervenciók között szerepeltek az írásbeli cselekvési tervek és a különböző oktatási módszerek alkalmazása, a szöveges üzenetek használata és a rendelői látogatások növelése is (Patel & Feldman, 2017).

A cselekvési tervek hasznosságát Rork (2012) 35 gyermek esetében vizsgálta. A betegek az első látogatáskor kapták meg a tervet, ami tartalmazta az írásos utasításokat a mindennapi kezelésre, illetve arra vonatkozóan, hogy milyen esetben szükséges a helyi kortikoszteroidokat alkal-



mazni. A szülők egy kérdőívcsomagot töltöttek ki a kezelés megkezdésekor, valamint 3 és 12 hónap múlva. Ezekkel felmérték a gyermek betegségének a súlyosságát, azt, hogy a kezelést mennyire érzik komfortosnak, és hogy milyen mértékben alkalmazták a cselekvési tervet. A szülők 80%-a úgy vélte, hogy gyermeke bőrbetegsége javulást mutatott, 86%-a találta hasznosnak az akciót, és 68%-uk szerint a cselekvési terv hozzájárult gyermekük ekcémájának javulásához (Rork, 2012).

A szöveges üzenetek használatának módszerét is vizsgálták az adherencia növelésének tekintetében. A vizsgálatban részt vevő 25 beteg naponta SMS-ben kapott emlékeztető üzeneteket és felvilágosító információkat, hat héten keresztül. Ezek hatására 72%-uk javuló adherenciáról számolt be (Pena-Robichaux, Kvedar, & Watson, 2010). Bár az adherencia mérése önbevalláson alapult, a betegség súlyosságának csökkenését objektív módon igazolták a SCORAD-pontszámokkal,¹ ami a betegek 76%-ánál jelentős javulást mutatott. A résztvevők 88%-a számolt be arról, hogy az emlékeztető üzeneteket hasznosnak találta, míg 92%-a arról, hogy az oktató szövegeket találta hasznosnak. 84% nyilatkozott úgy, hogy továbbra is használni szeretné a rendszert, és ha lenne rá lehetősége, barátainak is ajánlaná. A válaszadók több mint kétharmada hajlandó lenne havi díjat fizetni a szolgáltatásért, és az összes résztvevő kijelentette, hogy szívesen alkalmaznának technikai eszközöket az egészségük önmenedzselésében (Pena-Robichaux és mtsai, 2010).

Az adherencia növelését a szakorvosi látogatások gyakoribbá tételével is próbálták fokozni. Húsz, takrolimusz kenőccsel kezelt beteget a kezelés 1. és 4. hetén is vizsgálatra hívtak, míg a kontrollcsoportba tartozókkal csak a kezelés 4. hetén találkoztak újra (Sagransky és mtsai, 2010). A beavatkozási csoportban az átlagos adherencia 69%, míg a kontrollcsoportban 54% volt. Az adherencia javulása statisztikailag nem tekinthető szignifikánsnak, ami a vizsgálatot végzők következtetése szerint az alacsony mintaelemszám miatt alakult így (Bass, Anderson, & Feldman, 2015).

Az AD fent áttekintett szakirodalma rávilágít arra, hogy a páciensek *komplex ellátást* igényelnek kezelésük során. Ennek első lépéseként az interaktív edukációs programok tervezése és megvalósítása lehet célravezető. A résztvevők aktiválása segíti, hogy jobban rögzüljenek az elhangzott információk. Továbbá, ha a páciensek interaktív módon maguk is részt vesznek a komplex kezelési terv kidolgozásában/véleményezésében, akkor a kezeléssel szembeni ellenállás és az ambivalencia kisebbnek mutatkozik (Faller és mtsai, 2017). Az edukációs programok megvalósulása mellett a betegség kezelése szempontjából a multidiszciplináris megközelítés hasznosságát fontos kiemelni, amelyben a

szakorvosok és klinikai, egészségfejlesztő, illetve alkalmazott egészségpszichológus szakpszichológusok, valamint az atópiás dermatitisszel élő személyek közös munkája szolgálhat megoldásokkal. Ennek egyik lépéseként szükséges lenne a kezelő szakemberek számára különböző kommunikációs tréningek elérhetővé tétele. Az orvos és a beteg közötti kapcsolat erőssége és nyílt kommunikáció kritikus fontosságú az adherencia javításához és fenntartásához az akár évtizedekig tartó kezelés során (Patel & Feldman, 2017).

Az atópiás dermatitis és a vele együtt járó életminőség-csökkenés kezelésében számos pszichológiai intervenció módszert is előszeretettel használnak. Ezekkel a lehetőségekkel és hatékonyságukkal, valamint a komplex bőrgyógyászati ellátás szükségességével jelen tematikus szám egy-egy külön tanulmánya foglalkozik.

5. ÖSSZEFOGLALÁS

A szakirodalmi áttekintésből láthatjuk, hogy az atópiás dermatitis kialakulásának, kifejlődésének folyamata összetett, különböző mechanizmusok szoros összekapcsolódása jellemzi. A nemzetközi kutatásokban széleskörűen vizsgálják az atópiás dermatitist, a kutatási eredmények mégis azt sugallják, hogy a pszichoszociális kérdések nagyobb figyelmet érdemelnek a mindennapi bőrgyógyászati gyakorlatban (Picardi & Pasquini, 2007). Az AD káros hatásai a betegek életének számos területére – pl. érzelmi élet, mentális egészség, szociális működés, fizikai aktivitás – kiterjedhetnek, negatívan befolyásolva ezzel az életminőséget, a beteg önmagáról alkotott képét és nem utolsósorban az adherenciáját. A bemutatott eredmények rávilágítanak arra, hogy az atópiás dermatitisszel élők komplex ellátást igényelnek. Ebből a szempontból a multidiszciplináris megközelítés hasznosságát fontos kiemelni, amelyben a szakorvosok és különböző szakpszichológusok, valamint az atópiás dermatitisszel élő személyek közös munkája szolgálhat megoldásokkal. Ennek során kiemelten fontos lenne, hogy a fizikai tüneteken túlmutatva a pszichoszociális nehézségek is megjelenhessenek és megoldást nyerjenek a kezelés során. Egészségpszichológiai szempontból szükség lenne egészségfejlesztő programok kidolgozására, melynek részeként az interaktív edukáció javasolt, hiszen ez által az érintettek pontos és hiteles információkat kaphatnának a betegségükről és annak kezeléséről. A stressz és az atópiás dermatitis összefüggésével kapcsolatos szakirodalmi ajánlásokat megfogadva javasolt lenne különböző stresszkezelési technikákat, illetve relaxációs módszereket is beépíteni a programba. A betegek számára a támogatói csoportok szervezése is hasznosnak bizonyulhatna. A támogatói csoportokban a személyes tapasztalatok megosztásán túl a betegek pszichés támogatásban részesülnének, illetve a csoport lehetőséget adna a betegségükhöz kapcsolódó, őket foglalkoztató kérdések megbeszélésére is. Mivel a látható bőrbetegségek kapcsán a betegek gyakran találkoznak a stigmatizáció jelenségével, érdemes lenne a stigmatizáció csökkentésére irányuló intervenciókat is tervezni. Bár a szakirodalmi ajánlások

¹ A SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis)-pontszám az atópiás dermatitis súlyosságának mértékére vonatkozó szám. A SCORAD pontszám objektív és szubjektív részre osztható fel. Az objektív részben hat tünet, míg a szubjektív részben a beteg által panaszolt viszketés és alvásihiány mértékét méri.

kidolgozó a komplex intervenció programok esetében többségében csoportos programokban gondolkodnak, ez a lehetőség nem mindig elérhető. Amennyiben a személy egyéni pszichológiai tanácsadásba, illetve pszichoterápiába tud bekapcsolódni, szintén a felsorolt módszerek és témák (pszichoedukáció, adherencia emelése, életminőséget leginkább befolyásoló tényezők feltárása, társas kapcsolatok nehezítettsége, a stigmatizáció élményének csökkentése) lehetnek alapvető elemei a közös munkának.

A szerzők munkamegosztása: A tanulmány elkészítésében minden szerző részt vett. Magyar Adrienn és Albert Dorottya nagyobb munkát fektetett a kézirat első változatának elkészítésébe, Rigó Adrien pedig a tartalmi, logikai és szerkezeti korrekciókba. Schweibert Ágnes a kézirat orvosi részeinek szakmaiságát felügyelte, javította és egészítette ki.

Nyilatkozat érdekütközésről: A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

IRODALOM

- Altemus, M., Babar, R., Firdaus, S. D., Wanhong, D., & Granstein, R. D. (2001). Stress-induced changes in skin barrier function in healthy women. *Journal of Investigative Dermatology*, 117(2), 309–317. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1747.2001.01373.x>
- Arndt, J., Nananamibia, S., & Tausk, F. (2008). Stress and atopic dermatitis. *Current Allergy and Asthma Reports*, 8(4), 312–317. <https://doi.org/10.1007/s11882-008-0050-6>
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008>
- Bachen, E. A., Manuck, S. B., Cohen, S., Muldoon, M. F., Raible, R., Herbert, T., & Rabin, B. et al. (1995). Adrenergic blockade ameliorates cellular immune responses to mental stress in humans. *Psychosomatic Medicine*, 57(4), 366–372. <https://doi.org/10.1097/00006842-199507000-00008>
- Baiardini, I., Braido, F., Brandi, S., & Canonica, G. W. (2006). Allergic diseases and their impact on quality of life. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology: Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 97(4), 419–428. [https://doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)60928-3](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60928-3)
- Balieva, F., Finlay, A., Kupfer, J., Aragones, L., Lien, L., Gieler, U., Poot, F., Jemec, G., Misery, L., Kemeny, L., Sampogna, F., Middendorp, H., Halvorsen, J., Ternowitz, T., Szepletowski, J., Potekae, N., Marron, S., Altunay, I., Salek, S., & Dalgard, F. (2018). „The role of therapy in impairing quality of life in dermatological patients: a multinational study”. *Acta Dermatologica Venereologica* 98(6), 563–569. <https://doi.org/10.2340/00015555-2918>
- Barilla, S., Kayla, F., & Jorizzo, J. L. (2017). Stressors in Atopic Dermatitis. In: E. A. Fortson, S. R. Feldman, & L. C. Strowd (Eds.), *Management of atopic dermatitis* (pp. 71–77). Springer International Publishing
- Bass, A., Anderson, K., & Feldman, S. (2015). Interventions to increase treatment adherence in pediatric atopic dermatitis: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*. 4(2), 231–242. <https://doi.org/10.3390/jcm4020231>
- Bata-Csörgő, Zs. (2017). Systemic treatment of atopic dermatitis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 93(5), 240–242. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.8>
- Beikert, F. C., Langenbruch, A. K., Radtke, M. A., Kornek, T., Purwins, S., & Augustin, M. (2014). Willingness to pay and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Archives of Dermatological Research*, 306(3), 279–286. <https://doi.org/10.1007/s00403-013-1402-1>
- Bényi, M., Kéki, Zs., & Muzsik, B. (2021). Krónikus gyermekbetegségek alakulása 1999-2017. években az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program (OSAP 1021) jelentések alapján. *Egészségtudomány*, 65(1), 50–65. <https://doi.org/10.29179/EgTud.2021.1.50-65>
- Bos, J. D., Sillevs Smitt, J. H., & Kapsenberg, M.L. (1994). Pathogenesis of atopic eczema. *The Lancet*, 343(8909), 1338–1341. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)92473-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)92473-2)
- Braun, C., Bourrel-Bouttaz, M., Revol, O., Verdu, V., Montagnon, A., Bérard, F., & Nosbaum, A. (2023). Atopic dermatitis and self-image design: a real-life study in children using drawings. *Dermatitis*. <https://doi.org/10.1089/derm.2022.0056>
- Braun-Falco, O., Plewig, G., French, L. E., Ruzicka, T., Kaufmann, R., & Hertl, E. (2022). *Braun-Falco's dermatology* (Volume 2., 4th ed.). Springer
- Buske-Kirschbaum, A., Geiben, A., & Hellhammer, D. (2001). Psychobiological aspects of atopic dermatitis: an overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(1), 6–16. <https://doi.org/10.1159/000056219>
- Buske-Kirschbaum, A., Gierens, A., Höllig, H., & Hellhammer, D. H. (2002). Stress-induced immunomodulation is altered in patients with atopic dermatitis. *Journal of Neuroimmunology*, 129(1–2), 161–167. [https://doi.org/10.1016/S0165-5728\(02\)00168-6](https://doi.org/10.1016/S0165-5728(02)00168-6)
- Buske-Kirschbaum, A., Jobst, S., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W., & Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 419–426. <https://doi.org/10.1097/00006842-199707000-00012>
- Carvalho, D., Aguiar, P., Mendes-Bastos, P., Palma-Carlos, A., Freitas, J., & Ferrinho, P. (2020). Quality of life and characterization of patients with atopic dermatitis in Portugal: The QUADep Study. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 30(6), 430–438. <https://doi.org/10.18176/jiaci.0443>
- Chernyshov, P. (2016). Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 9, 159–166. <https://doi.org/10.2147/CCID.S91263>
- Chida, Y., Steptoe, A., Hirakawa, N., Sudo, N., & Kubo, C. (2007). The effects of psychological intervention on atopic dermatitis. *International Archives of Allergy and Immunology*, 144(1), 1–9. <https://doi.org/10.1159/000101940>
- Choi, E.-H., Brown, B. E., Crumrine, B. E., Chang, S., Man, M.-Q., Elias, P. M., & Feingold, K. R. (2005). Mechanisms by which psychologic stress alters cutaneous permeability barrier



- homeostasis and stratum corneum integrity. *Journal of Investigative Dermatology*, 124(3), 587–595. <https://doi.org/10.1111/j.0022-202X.2005.23589.x>
- Cunliffe, W. J. (1986). Acne and unemployment. *The British Journal of Dermatology*, 115(3), 386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1986.tb05757.x>
- Elenkov, I. J., & Chrousos, G. P. (2002). Stress hormones, pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines, and Autoimmunity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 966(1), 290–303. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2002.tb04229.x>
- Elias, P. M., Sun, R., Eder, A. R., Wakefield, J. S., & Man, M.-Q. (2013). Treating atopic dermatitis at the source: corrective barrier repair therapy based upon new pathogenic insights. *Expert Review of Dermatology*, 8(1), 27–36. <https://doi.org/10.1586/edm.12.73>
- Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Koch, U., & Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: a comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1934–1942. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.031>
- Felten, S. Y., Madden, K. S., Bellinger, D. L., Kruszezwska, B., Moynihan, J. A., & Felten, D. L. (1997). The role of the sympathetic nervous system in the modulation of immune responses. *Advances in Pharmacology*, 42, 583–587. [https://doi.org/10.1016/S1054-3589\(08\)60818-2](https://doi.org/10.1016/S1054-3589(08)60818-2)
- Garg, A., Chren, M.-M., Sands, L. P., Matsui, M. S., Marenus, K. D., Feingold, K. R., & Elias, P. M. (2001). Psychological stress perturbs epidermal permeability barrier homeostasis: implications for the pathogenesis of stress-associated skin disorders. *Archives of Dermatology*, 137(1), 53–59. <https://doi.org/10.1001/archderm.137.1.53>
- Germain, N., Augustin, M., François, C., Legau, K., Bogoeva, N., Desroches, M., Toumi, M., & Sommer, R. (2021). Stigma in visible skin diseases – a literature review and development of a conceptual model. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(7), 1493–1504. <https://doi.org/10.1111/jdv.17110>
- Gielert, U., Ehlers, A., Höhler, T., & Burkard, G. (1990). Die psychosoziale Situation der Patienten mit endogenem Ekzem. Eine clusteranalytische Studie zur Korrelation psychischer Faktoren mit somatischen Befunden. *Der Hautarzt; Zeitschrift Fur Dermatologie, Venerologie, Und Verwandte Gebiete*, 41(8), 416–423.
- Ginsburg, I. H. (1996). The psychosocial impact of skin disease. An overview. *Dermatologic Clinics*, 14(3), 473–484. [https://doi.org/10.1016/s0733-8635\(05\)70375-2](https://doi.org/10.1016/s0733-8635(05)70375-2)
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster Inc.
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *The British Journal of Dermatology*, 139(5), 846–850. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02511.x>
- Hajdu, K., & Szegedi, A. (2017). Pathomechanism of atopic dermatitis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 93(5), 195–201. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.1>
- Hall, J. M. F., Cruser, D. A., Podawiltz, A., Mummert, D. I., Jones, H., & Mummert, M. E. (2012). Psychological stress and the cutaneous immune response: roles of the HPA axis and the sympathetic nervous system in atopic dermatitis and psoriasis. *Dermatology Research and Practice*, 2012, Article 403908. <https://doi.org/10.1155/2012/403908>
- Heim-Ohmayer, P., Freiberger, A., Gedik, M., Beckmann, J., Ziehfrend, S., Zink, A. (2022). The impact of stigmatization of psoriasis, atopic dermatitis and mastocytosis in different areas of life—a qualitative interview study. *Skin Health and Disease*, 2(4), Article e62. <https://doi.org/10.1002/ski2.62>
- Herbert, T. B., Cohen, S., Marsland, A. L., Bachen, E. A., Rabin, B. S., Muldoon, M. F., & Manuck, S. B. (1994). Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor. *Psychosomatic Medicine*, 56(4), 337–344. <https://doi.org/10.1097/00006842-199407000-00009>
- Hsieh, B.-J., Shen, D., Hsu, C.-J., Chan, T. C., Cho, Y.-T., Tang, C.-H. & Chu, C.-Y. (2022). The impact of atopic dermatitis on health-related quality of life in taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(1), 269–277. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.03.024>
- Humphreys, F., & Humphreys, M. S. (1998). Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see: Psychiatric morbidity and skin disease. *British Journal of Dermatology*, 139(4), 679–681. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1998.02467.x>
- Jafferany, M. (2007). Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 09(03), 203–213. <https://doi.org/10.4088/PCC.v09n0306>
- Jobling, R. G. (1976). Psoriasis – a preliminary questionnaire study of sufferers’ subjective experience. *Clinical and Experimental Dermatology*, 1(3), 233–236. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.1976.tb01424.x>
- Jowett, S., & Ryan, T. (1985). Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Social Science & Medicine* 20(4), 425–429. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90021-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90021-8)
- Kárpáti, S. Gyulai, R., Kemény, L., Remenyik, É., & Sárdy, M. (2019). *Bőrgyógyászat és venerológia* (2. javított, bővített kiadás). Medicina
- Kauppi, S., Jokelainen, J., Timonen, M., Tasanen, K., & Huilaja, L. (2022). Atopic dermatitis and the risk of eating disorders: a population-based cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 87(2), 474–476. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.10.021>
- Kemény, L., Varga, E., & Novak, Z. (2019). Advances in phototherapy for psoriasis and atopic dermatitis. *Expert Review of Clinical Immunology*, 15(11), 1205–1214. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1672537>
- Kiebert, G., Sorensen, S. V., Revicki, D., Fagan, S. C., Doyle, J.J., Cohen, J., & Fivenson, D. (2002). Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. *International Journal of Dermatology*, 41(3), 151–158. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2002.01436.x>
- Kinyó, Á. (2017). Topical therapy in atopic dermatitis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 93(5), 231–233. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.6>



- Kiriyama, K., Sugiura, H., & Uehara, M. (2003). Premenstrual deterioration of skin symptoms in female patients with atopic dermatitis. *Dermatology*, 206(2), 110–112. <https://doi.org/10.1159/000068463>
- Koszorú, K., Borza, J., Gulácsi, L., & Sárdy, M. (2019). Quality of life in patients with atopic dermatitis. *Cutis*, 104(3), 174–177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31675393/>
- Koszorú, K., Hajdu, K., Brodszky, V., Bató, A., Gergely, L. H., Kovács, A., Beretzky, Zs., Sárdy, M., Szegedi, A., & Rencz, F. (2023). Comparing the psychometric properties of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L descriptive systems and utilities in atopic dermatitis. *The European Journal of Health Economics*, 24(1), 139–152. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01460-y>
- Koszorú, K., Hajdu, K., Brodszky, V., Szabó, Á., Borza, J., Bodai, K., Pónyai, Gy., Szegedi, A., Sárdy, M., & Rencz, F. (2022). General and skin-specific health-related quality of life in patients with atopic dermatitis before and during the COVID-19 pandemic. *Dermatitis*, 33(6S), 92–103. <https://doi.org/10.1097/DER.0000000000000908>
- Krowchuk, D. P., Stancin, T., Keskinen, R., Walker, R., Bass, J., & Anglin, T. M. (1991). The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatric Dermatology*, 8(4), 332–338. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.1991.tb00945.x>
- Kwak, Y., & Kim, Y. (2017). Health-related quality of life and mental health of adults with atopic dermatitis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 516–521. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.06.001>
- Langenbruch, A., Radtke, M., Franzke, N., Ring, J., Foelster-Holst, R., & Augustin, M. (2014). Quality of health care of atopic eczema in Germany: results of the national health care study atopic health. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28(6), 719–726. <https://doi.org/10.1111/jdv.12154>
- LeBovidge, J. S., Elverson, W., Timmons, K. G., Hawryluk, E. B., Rea, C., Lee, M., & Schneider, L. C. (2016). Multidisciplinary interventions in the management of atopic dermatitis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 138(2), 325–334. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.04.003>
- Lee, Kh., Oh, Sh., Bae, Bg., Park, Co., Noh, Jy., Park, Ih., & Wu, Wh. (2010). Association of stress with symptoms of atopic dermatitis. *Acta Dermato Venereologica*, 90(6), 582–588. <https://doi.org/10.2340/00015555-0933>
- Lee, S. H., Lee, S. H., Lee, S. Y., Lee, B., Lee, S-H., & Park, Y. L. (2018). Psychological health status and health-related quality of life in adults with atopic dermatitis: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Acta Dermato Venereologica*, 98(1), 89–97. <https://doi.org/10.2340/00015555-2797>
- Leung, D. Y. M. (2000). Atopic dermatitis: new insights and opportunities for therapeutic intervention. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 105(5), 860–876. <https://doi.org/10.1067/mai.2000.106484>
- Lin, T.-K., Zhong, L., & Santiago, J. (2017). Association between stress and the HPA axis in the atopic dermatitis. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(10), Article 2131. <https://doi.org/10.3390/ijms18102131>
- Linnert, J., & Jemec, G. B. E. (2001). Anxiety level and severity of skin condition predicts outcome of psychotherapy in atopic dermatitis patients. *International Journal of Dermatology*, 40(10), 632–636. <https://doi.org/10.1046/j.1365-4362.2001.01272.x>
- Lu, Y., Duller, P., Van Der Valk, P. G. M., & Evers, A. W. M. (2003). Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatology and Psychosomatics / Dermatologie Und Psychosomatik*, 4(3), 146–150. <https://doi.org/10.1159/000073991>
- Lundberg, L., Johannesson, M., Silverdahl, M., & Lindberg, M. (2000). Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta Dermato-Venereologica*, 80(6), 430–434. <https://doi.org/10.1080/000155500300012873>
- Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D., & Smith, W. (2006). Psychological sequelae of acne vulgaris: results of a qualitative study. *Canadian Family Physician*, 52, 978–979. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17273501/>
- Mikolajczyk, J., Rzepa, T., Król, J., & Żaba, R. (2017). Body image assessment and quality of life in patients with atopic dermatitis. *Dermatology Review*, 2, 92–102. <https://doi.org/10.5114/dr.2017.67383>
- Misery, L., Finlay, A. Y., Martin, N., Boussetta, S., Nguyen, C., Myon, E., & Taieb, C. (2007). Atopic dermatitis: impact on the quality of life of patients and their partners. *Dermatology*, 215(2), 123–129. <https://doi.org/10.1159/000104263>
- Misery, L., Seneschal, J., Reguiai, Z., Merhand, S., Héas, S., Huet, F., Taieb, C., & Ezzedine, K. (2019). The impact of atopic dermatitis on sexual health. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(2), 428–432. <https://doi.org/10.1111/jdv.15223>
- Morren, M.-A., Przybilla, B., Bamelis, M., Heykants, B., Reynaers, A., & Degreef, H. (1994). Atopic dermatitis: triggering factors. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 31(3), 467–473. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(94\)70213-6](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(94)70213-6)
- Murota, H., Koike, Y., Morisaki, H., Matsumoto, M., & Takenaka, M. (2022). Exacerbating factors and disease burden in patients with atopic dermatitis. *Allergology International*, 71(1), 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2021.10.002>
- Nagy, G. (2017). Clinical characteristics of atopic dermatitis in childhood. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 93(5), 209–216. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.3>
- Németh, D., Temesvári, E., Holló, P., & Pónyai, Gy. (2022). Preservative contact hypersensitivity among adult atopic dermatitis patients. *Life*, 12(5), Article 715. <https://doi.org/10.3390/life12050715>
- Nguyen, C. M., Koo, J., & Cordoro, K. M. (2016). Psychodermatologic effects of atopic dermatitis and acne: a review on self-esteem and identity. *Pediatric Dermatology*, 33(2), 129–135. <https://doi.org/10.1111/pde.12802>
- Odhiambo, J. A., Williams, H. C., Clayton, T. O., Robertson, C. F., & Asher, M. I. (2009). Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC phase three. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 124(6), 1251–1258.e23. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.10.009>
- Pandher, K., Patel, K., Wang, J. V., & Saedi, N. (2021). The other side of atopic dermatitis: an evaluation of psychosocial comorbidities. *Clinics in Dermatology*, 39(2), 296–298. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2020.07.002>



- Patel, N., & Feldman, S. R. (2017). Adherence in atopic dermatitis. In: E. A. Fortson, S. R. Feldman, & L. C. Strowd (Eds.) *Advances in experimental medicine and biology* (139–159). Springer International Publishing
- Pena-Robichaux, V., Kvedar, J. C., & Watson, A. J. (2010). Text messages as a reminder aid and educational tool in adults and adolescents with atopic dermatitis: a pilot study. *Dermatology Research and Practice*, 2010, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2010/894258>
- Picardi, A., Mazzotti, E., & Pasquini, P. (2006). Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 54(3), 420–426. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.11.1103>
- Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M., & Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders: psychiatric morbidity in patients with allergic skin disorders. *International Journal of Dermatology*, 50(10), 1217–1222. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.04910.x>
- Pónyai, Gy. (2017). Adult atopic dermatitis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 93(5), 218–224. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.4>
- Pónyai, Gy. (2020a). Az atópiás bőr ápolása, fürdetők és emollientek a barriervédelem szolgálatában. *Magyar Családorvosok Lapja*, 5, 17–18.
- Pónyai, Gy. (2020b). Az atópiás dermatitis lokális terápiája: fókuszban a gyulladáscsökkentés. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 25(4), 236–238.
- Potocka, A., Turczyn-Jabłońska, K., & Kieć-Świerczyńska, M. (2008). Self-image and quality of life of dermatology patients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21(4), 309–317. <https://doi.org/10.2478/v10001-008-0034-8>
- Ramsay, B., & O'Reagan, M. (1988). A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *The British Journal of Dermatology*, 118(2), 195–201. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1988.tb01774.x>
- Roosta, N., Black, D. S., Peng, D., & Riley, L. W. (2010). Skin disease and stigma in emerging adulthood: impact on healthy development. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 14(6), 285–290. <https://doi.org/10.2310/7750.2010.09053>
- Rork, J. F. (2012). Parental response to written eczema action plans in children with eczema. *Archives of Dermatology*, 148(3), 391–392. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.2267>
- Sagransky, M. J., Yentzer, B. A., Williams, L. L., Clark, A. R., Taylor, S. L., & Feldman, S. R. (2010). A randomized controlled pilot study of the effects of an extra office visit on adherence and outcomes in atopic dermatitis. *Archives of Dermatology*, 146(12), 1428–1430. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2010.368>
- Schlachter, S., Sommer, R., Augustin, M., Tsianakas, A., & Westphal, L. (2023). A comparative analysis of the predictors, extent and impacts of self-stigma in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 103, Article 3962. <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.3962>
- Schmid-Ott, G., Kuensebeck, H.-W., Jaeger, B., Werfel, T., Karin, F., Ruitman, J., Kapp, A., Lamprecht, F. (1999). Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 79(6), 443–447. <https://doi.org/10.1080/000155599750009870>
- Seiffert, K., Hosoi, J., Torii, H., Ozawa, H., Ding, W., Campton, K., Wagner, J. A., & Granstein, R. D. (2002). Catecholamines inhibit the antigen-presenting capability of epidermal langerhans cells. *The Journal of Immunology*, 168(12), 6128–6135. <https://doi.org/10.4049/jimmunol.168.12.6128>
- Senra, M. S., & Wollenberg, A. (2014). Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 170, 38–43. <https://doi.org/10.1111/bjd.13084>
- Silverberg, J. I., Gelfand, J. M., Margolis, D. J., Boguniewicz, M., Fonacier, L., Grayson, M. H., Simpson, E. L., Ong, P. Y., & Fuxench, Z. M. C. (2018). Patient burden and quality of life in atopic dermatitis in US adults. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 121(3), 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2018.07.006>
- Sroka-Tomaszewska, J., & Trzeciak, M. (2021). Molecular mechanisms of atopic dermatitis pathogenesis. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(8), Article 4130. <https://doi.org/10.3390/ijms22084130>
- Steinhoff, M., Suárez, A., Feramisco, J. D., & Koo, J. (2012). Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis: pathophysiologic and therapeutic updates. *Acta Dermato Venereologica*, 92(1), 7–15. <https://doi.org/10.2340/00015555-1188>
- Steuer-Hajdu, K., & Szegedi, A. (2021). New therapies in atopic dermatitis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 97(5), 236–243. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2021.97.5.1>
- Szalai, Zs. (2019). *Gyermekbőrgyógyászat*. Budapest: Medicina
- Szőcs, H., Horváth, Zs., & Vizin, G. (2021). A szégyen mediációs szerepe a stigma és az életminőség kapcsolatában coeliakiában szenvedő betegek körében: A 8 tételes Stigmatizáció Krónikus Betegségekben Kérdőív magyar adaptálása. *Orvosi Hetilap*, 162(49), 1968–1976. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32258>
- Temesvári, E., & Pónyai, Gy. (2021). *Gyakorlati allergológia*. Medicina
- Tiringer, I., Nagy, A., Teleki, Sz., Žilinski, N., & Szabados, E. (2020). Egy standardizált betegedukációs program lehetőségei az osztályos kardiológiai rehabilitációban. *Cardiologia Hungarica*, 50(5), 348–357. <https://doi.org/10.26430/CHUNGARICA.2020.50.5.348>
- Topp, J., Andrees, V., Weinberger, N. A., Schäfer, I., Sommer, R., Mrowietz, U., Luck-Sikorski, C., & Augustin, M. (2019). Strategies to reduce stigma related to visible chronic skin diseases: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(11), 2029–2038. <https://doi.org/10.1111/jdv.15734>
- Tsakok, T., Woolf, R., Smith, C. H., Weidinger, S., & Flohr, C. (2019). Atopic dermatitis: the skin barrier and beyond. *British Journal of Dermatology*, 180(3), 464–474. <https://doi.org/10.1111/bjd.16934>
- Urbán, R. (2017). *Az egészségpszichológia alapjai*. ELTE Eötvös Kiadó
- Varga, E., & Kemény, L. (2017). The use of calcineurin inhibitors in atopic dermatitis. *Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle*, 93(5), 235–239. <https://doi.org/10.7188/bvsz.2017.93.5.7>
- Wiener, J., Malone, M., Varma, A., Markel, C., Biondic, D., Tannock, R., et al. (2012). Children's perceptions of their ADHD symptoms: positive illusions, attributions, and stigma. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(3), 217–242. <https://doi.org/10.1177/0829573512451972>



- Wiis, M. A. K., Heilskov, S., Sørensen, J. A., Bang, K., Egekvist, H., Deleuran, M., Thyssen, J. P., Thomsen, S. F., & Vestergaard, C. (2022). Self-reported stigmatisation among patients with atopic dermatitis (AD) or chronic spontaneous urticaria (CSU): a cross-sectional study. *JEADV Clinical Practice*, 1(3), 288–298. <https://doi.org/10.1002/jvc2.46>
- Wittkowski, A., Richards, H. L., Griffiths, C. E. M., & Main, C. J. (2004). The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 195–200. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00572-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00572-5)
- Wollenberg, A., Kinberger, M., B., Arents, B., Aszodi, N., Valle, G. A., Barbarot, S., Bieber, T., Brough, H. A., Pinton, P. C., Christen-Zäch, S., Deleuran, M., Dittmann, M., Dressler, C., Fink-Wagner, A. H., Fosse, N., Gáspár, K., Gerbens, L., Gieler, U., Girolomoni, G., Gregoriou, S., et al. (2022). European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema: Part I – Systemic therapy. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 36(9), 1409–1431. <https://doi.org/10.1111/jdv.18345>
- Wu, J. H., & Cohen, B. A. (2019). The stigma of skin disease. *Current Opinion in Pediatrics*, 31(4), 509–514. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000792>
- Wu, S. F., Kinder, B. N., Trunnell, T. N., & Fulton, J. E. (1988). Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with the severity of the disorder. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 18(2), 325–333. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(88\)70047-x](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(88)70047-x)
- Zelaya, C. E., Sivaram, S., Johnson, S. C., Srikrishnan, A. K., Suniti, S., & Celentano, D. D. (2012). Measurement of self, experienced, and perceived HIV/AIDS stigma using parallel scales in Chennai, India. *AIDS Care*, 24(7), 846–855. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.647674>

Open Access nyilatkozat: A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

