

Psikosomatik deri hastalıkları

Dr. Ali C. ARIK, Dr. Hande ÖZSAN

Ondokuzmayıs Üni.Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı

Psikosomatik hastalıklar bedende yapısal bir değişiklik ya da işlev bozukluğu gösteren ve oluş, alevlenme, iyileşme nedenleri arasında psikososyal etkenlerin de önemli bir yer aldığı somatik bozukluklardır.

Önce "psikofizyolojik bozukluk", daha sonra "fiziksel durumu etkileyen psikolojik faktörler" olarak değiştirilmekle birlikte psikiyatri klinikleri dışında genellikle "psikosomatik hastalık" deyimini kullanılmaktadır²⁻⁴. Ondokuzuncu yüzyıl sonlarında bazı deri hastalıkları üzerinde çalışma yapan araştırmacılar deri hastalıkları ile nörolojik hastalıklar arasında bağlantı kurmaya çalışmışlardır. Yirminci yüzyıl başlarında psikoanalitik düşüncenin ortaya çıkmasıyla psikosomatik dermatolojiye ilgi artmıştır. Ancak "öfkeden kıpkırmızı, korkudan bembeyaz olmak" gibi deyimler, psikosomatik düşüncenin ortaya atılmasından çok önce de kullanılmıştır⁵.

Koblenzer⁶ stresin immunolojik ve nöroendokrin mekanizmaları üzerindeki rolünü ve yaşantımızdaki bilinç dışı güçlerin etkisini düşünerek tüm hastalıkların bir dereceye kadar psikosomatik olarak kabul edilmesi gerektiğini savunmuştur.

Psikosomatik deri hastalıkları biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörlerin kompleks bir etkileşimi ile başlar. Kişinin herhangi bir hastalığa karşı kalıtsal yatkınlığına ek olarak yaş, cinsiyet, geçmişte yaşadığı olaylar ve günlük sosyal şartlarda önemlidir. Hastalık ortaya çıkmadan önce genellikle kişinin üstesinden gelemediği bir psikolojik rahatsızlık dönemi vardır. Hastalığı etkileyen koşullar bir dereceye kadar kişinin geçmişte yaşadığı olaylara bağlıdır⁷⁻⁹. Yaşamdaki değişiklikler, fiziksel hastalığın başlangıcı ve şiddeti arasında önemli bir po-

zitif korelasyon varlığı istatistiki olarak gösterilmiştir¹⁰. Psikosomatik çalışmalar en azından hastaların bir kısmında, bilinç dışı çatışmaların ve semptomların bilinç dışı sembolik anlamlarının psikosomatik deri hastalığının seçiminde rol oynadığını öne sürmektedir⁹.

Psikosomatik deri hastalıkları içinde en çok psoriasisin psikiyatrik yönü incelenmiştir. Bu hastaların %40-80'inde olayı başlatan ya da alevlendiren önemli bir psikososyal faktör vardır^{10, 11}. Yapılan çalışmalarda bu hastalarda agresyon, depresyon, anksiyete ve obsesyonların yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir¹²⁻¹⁴. Psikosomatik deri hastalığı olan hastaların genel popülasyondan ve diğer tıp dallarındaki hastalardan daha yüksek sıklıkla psikiyatrik bozukluğa yakalandıkları saptanmıştır¹⁵.

Psikosomatik deri hastalıklarının sıklığını saptamak olanaksızdır, ancak bu hastalıkların çok yaygın olarak bulunduğu bir gerçektir.

Dermatolojik hastalarda organik bir açıklama bulunamadığında ve psikolojik bir stresin varlığı belirlendiğinde hemen psikosomatik tanısı koymak yanlıştır. Gerçek bir psikosomatik tanı, yalnız herediter somatik dispozisyonun araştırılmasını değil, çatışma yaratan durumun da açıklanmasını içermelidir¹⁶. Ayrıca dermatolog deri sorunlarının hastası için özel önemini bulmalıdır, bazıları için hastalık bir kazanç olabilir. Semptomlarında organik açıklama yapılamayan hastalarda dikkatli bir değerlendirme yapılmalı ve gerekirse psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Emosyonel şartlarla semptomlar arasındaki geçici bağlantı, emosyonel etkilerin hasta ve ailesi tarafından kabul edilmemesi, elde edilen sekonder kazanç, işten kaçma belirtileri ve

psikososyal değişikliklerle semptomlarda belirgin değişikliklerin olması psikosomatik deri hastalığını düşündürmelidir. Diagnostik and statistical manual (DSM-III-R) 'de ⁴ psikosomatik hastalığın tanı kriterleri şöyle belirlenmiştir:

1. Spesifik fiziksel hastalık ya da durumların başlamasında ya da alevlenmesine neden olan psikolojik anlamlı çevresel stimülasyonların olması,

2. Bu fiziksel durumların organik patolojiyle açıklanabilir olması ya da patofizyolojik mekanizmasının bilinmesi,

3. Bu durumların somatoform bozukluk kriterlerine uymaması.

Psikosomatik deri hastalıkları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır:

A. Kesin psikolojik kökenli olan hastalıklar:

1. Dermatit artefakta,
2. Deri ve ilgili delüzyonlar,
3. Kompulsif alışkanlıklar,
4. Obsesyonel düşünceler (sifilofobi, kanserofobi),
5. Psikojenik purpura sendromu.

B. Psikolojik faktörlerin kuvvetle rol oynadığı hastalıklar:

1. Kronik ürtiker,
2. Jeneralize prurigo,
3. Anogenital pruritus,
4. Alopesi areata,
5. Hiperhidroz.

C. Kliniği emosyonel streslerden etkilenen ve muhtemelen genetik veya çevresel faktörlere bağlı olan hastalıklar:

1. Atopik dermatit,
2. Psoriasis,
3. Dishidrotik ekzema,
4. Akne vulgaris,
5. Seboreik dermatit,

6. Liken simpleks kronikus,
7. Rekürren herpes simpleks,
8. Liken plan.

Psikosomatik deri hastalıklarında, aktif olarak yardım eden, karar veren doktorla, pasif, bağımlı hasta ilişkisi yetersiz kalmaktadır. Psikosomatiğe yönelmiş dermatolojide bu şekilde tek taraflı sorumluluk iyi sonuç vermemektedir. Tam bir kooperasyon kurulmadan psikojenik etkenlerin deri sorunlarına etkisini görmek mümkün olmayacaktır. temelde yatan psikiyatrik sorunlar hastaya açıkça tartışılmazsa, hastanın kızgınlığını ifade etmesine izin verilmezse, hasta-doktor ilişkisi etkilenerek ve hasta agresif olabilecektir. O zaman yeni lezyonlar ortaya çıkarak ya da başka bir dermatolojik hastalığı taklid ederek yoğun bir ilgi gösterilmesini bekleyecektir. Hekimin doğru tanıyı koymasını güçleştirecek ve özellikle gerçek nedeni bulmasını engelleyerek doktora yetersizlik duygularını provake etmeye çalışacaktır ¹⁶. Kendi ciltlerinde lezyon oluşturan, hastalığı bir suçlamadan kurtulmak için kullanan, bir deri hastalığını taklit edip kazanç sağlayan ve hipokondriak hastalar hekimi en çok uğraştıran hastalardır. Bu hastalar psikiyatrik nedenleri kabullenmeyen ve yüzleştirildiğinde başka bir hekime giden hastalardır. Hastaların bilinçli olarak yaptıkları lezyonlar yanıklar, sıyrıklar erozyonlar ya da yakıcı madde uygulanımı olabilir¹⁷.

Psikosomatik deri hastalıklarında tek yönlü yaklaşım sıklıkla etkisiz olmaktadır. Etiyolojide psikolojik çatışmaların etkileri atlanmaktadır, aynı eleştiri yalnız psikoterapötik yaklaşım yapıldığında da geçerlidir ¹⁸. Emosyonel faktörler spesifik deri sorunlarını presipite ettiğinde strese karşı tedavinin önemli olduğu gösterilmiştir. Emosyonel stres faktörlerini tanımak için dermatoloğun bir psikiyatrist olması şart değildir. Yalnızca sempatik bir yaklaşımla ve ortak duygularla bu faktörleri hastalarla tartışmaya istediğini göstermesi yeterlidir ¹⁶.

Farmakolojik tedavide anksiyolitik etkisi olan antihistaminikler ve trisiklik antidepressiflerle başarılı sonuçlar bildirilmiştir ^{5,18,19}. Dermatolojik hastalıkların tedavisinde benzodiazepinlerin uzun süre kul-

lanımı, bağımlılık yapma ve kötü kullanım riski taşıdıklarından sakıncalıdır. Psikotrop ilaçlar genel olarak en çok affektif semptomlarla birlikte olduğunda dermatolojik hastalarda iyilik sağlarlar. Psikosomatik deri hastalıklarında bireysel ve grup tedavileri ile yapılmış çalışmalar vardır. bu çalışmalarda, psikoterapi uygulanan vakalarda iyileşmenin daha çabuk olduğu, psikoterapiler ne kadar yoğunsa remisyonların o kadar uzun olduğu bildirilmiştir^{5,20}.

Psikosomatik deri hastalıklarında dermatolog ve psikiyatrist tanı ve tedavi için, bu hastalıklarda karşılıklı etkileşen biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenler üzerinde birlikte çalışmalı, farmakolojik tedaviye ek olarak psikoterapötik bir yaklaşım yapılmalıdır.

Geliş Tarihi: 6.12.1990

Yayına Kabul Tarihi: 11.3.1992.

KAYNAKLAR

- Öztürk MO. Ruhsal etkenlere bağlı olan fizyolojik işlev ve yapı bozuklukları, Öztürk MO, Ruh Hastalıkları, Ankara, Evrim Basım, 1989, 303-309.
- Fava GA, Wise TM, molnar G, et al. The medical psychiatric unit. *Psychoter Psychosom* 43: 1985,194-201.
- Mc Kegney FP, Mc Wahon T and King J. The use of Gen Hosp Psychiatry 5: 115-121, 1983.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition. Revised. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- Engels DI. Skin disorders. Kaplan HI and Saddock BJ (ed). *Comprehensive textbook of Psychiatry* Baltimore Williams and Wilkins. 1985,409-428.
- Koblentz CS. Reply to review of psychocutaneous disease *J Am Acad Dermatol* 21: 587,588, 1989.
- Holmes TH. Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics* 19: 747-754, 1978.
- Murphy E and Brown GW. Life events psychiatric disturbances and physical illness. *Br J Psychiatry* 136:326-338, 1980.
- Koblentz CS. Psychosomatic concepts in dermatology *Arch Dermatol* 119: 501-512, 1983.
- Wyler AR, Masuda M and Holmes TH. Magnitude of life events and seriousness of illness. *Psychosom Med* 33: 115-122, 1971.
- Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol* 97: 297-302, 1977.
- Hughes JE, Barnacloagh BW, Hawblin LG and White WE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 143: 51-54, 1983.
- Matzasek P, Agerer D and Seibt G. Agression in depressives and psoriatics. *Psychoter Psychosom* 40: 120-125, 1985.
- Baughman R and Sobe R. Psoriasis, stress and strain. *Arch Dermatol* 103: 599-605, 1971.
- Morse RM, Perry HO and Hurt RD. alcoholism and psoriasis alcoholism 9: 396-399, 1985.
- Moffaert MU. Psychosomatics for the practising dermatologist. *Dermatologica* 165:73-87, 1982.
- Neilsen H and Frisenquard K. Controlled neuropsychological investigation of patients with neurotic excoriations. *Psychoter Psychosom* 34: 52-62, 1980.
- Beveridge GV. Today's treatment diseases of the skin-infantile eczema. *Br Med J* 27:154-155, 1974.
- Harto A, Jendogarta E and Ledo A. Doxepin in the treatment of chronic urticaria. *Dermatologica* 170: 90-93, 1985.
- Schulte MB, Corwane RH, Dijk E adn While J. Group therapy of psoriasis. *J Am Dermatol* 12: 61-66, 1985.

