

Kronik Ürtikerli Hastalarda Kişilik Bozuklukları, Anksiyete ve Depresyon

İlteriş Oğuz Topal¹, İlknur Kıvanç Altunay², Sibel Mercan³

¹Dr., ²Doç. Dr., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, ³Uz. Dr., Psikiyatri Kliniği, İstanbul

ÖZET

Amaç: Kronik ürtiker emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içinde olan, deride kaşıntı, kızarıklık ve kabarmalarla giden polietiyolojik bir dermatolojik hastalıktır. Yapılan bazı çalışmalarda anksiyete, depresyon ve kişilik yapısının hastalığı etkilediği görülmüştür. Çalışmamızda kronik ürtikerli hastalarda anksiyete, depresyon, kişilik bozukluklarının görülme oranı ve bunların birbiriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmamıza Ekim 2003-Mayıs 2004 ayları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne başvuran, altı hafta ve daha uzun süredir sürekli ya da aralıklı ürtiker atakları geçiren, 43 kronik ürtikerli hasta (25 erkek-18 kadın) alındı. Kontrol grubu olarak bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 27 sağlıklı birey çalışmaya dahil edildi. (16 erkek-11 kadın). Kişiler 27 soruluk sosyodemografik klinik soru anketi, 21 soruluk Beck depresyon ölçeği, 21 soruluk Beck anksiyete ölçeği ve 120 soruluk SCID kişilik testine tabi tutuldu. **Bulgular:** Kronik ürtiker ve kontrol grupları arasında da yaş, cinsiyet dağılımı, kişilik bozuklukları ve depresyon sıklıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$). Ancak anksiyete skorları anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). **Sonuç:** Psikosomatik bir hastalık olduğu düşünülen kronik ürtikerde genel olarak depresyon ve kişilik bozukluklarının normal kontrollere oranla daha fazla olmadığı saptandı. Bununla birlikte anksiyete skorlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. Ürtikerli hastalar arasında kadınlarda, ailesinde psikiyatrik hastalığı olanlarda, kronik-sürekli olgularda, bekarlarda, bedensel hastalığı olmayan olgularda, ilaç kullanımı olmayan olgularda belli kişilik bozukluklarının ön plana geçtiği görüldü.

Anahtar Sözcükler: Kronik ürtiker, kişilik bozukluğu, anksiyete, depresyon.

(*Klinik Psikiyatri 2004;7:199-209*)

SUMMARY

Personality Disorders, Anxiety and Depression in the Patients with Chronic Urticaria

Objective: Chronic urticaria is a polyetiological dermatologic disease associated with emotional factors, which causes itch, erythema and wheals on the skin. Some studies have showed that anxiety, depression and personality disorders influence the disease in some ways. We aimed whether there are anxiety, depression, personality disorders in the patients with chronic urticaria by using various psychological tests in this study. **Method:** Forty three patients with chronic urticaria (25 Male, 18 Female) who presented itchy, red lesions on their skin were included for the study between October 2003 and May 2004. Twenty seven healthy persons were taken as a control group (16 male, 11 female). All persons were asked to answer 27 questions of sociodemographic clinical questionnaire, 21 questions of Beck depression scale, 21 questions of Beck anxiety scale and 120 questions of SCID personality. **Results:** There was also no meaningful statistical difference with regard to the distribution of gender, age, the frequency of personality disorder and the frequency depression between urticaria and control groups ($p>0.05$). Anxiety scores were significantly meaningful when compared the control group ($p<0.05$). **Conclusion:** When considered generally, significant difference statistically was not established between chronic urticaria, which is thought to be a psychosomatic disorder, and the control group regarding depression and personality disorder scores. However, anxiety scores were statistically meaningful and therefore, anxiety was more common in chronic urticaria. Statistical analyses for chronic urticaria patients showed that female patients, those having the history of familial psychiatric disorder, those with chronic continuous course, the singles, those without physical disease and those not taking any medicine had particular personality disorders.

Key Words: Chronic urticaria, personality disorder, anxiety, depression.

GİRİŞ

Deri, bedensel ve ruhsal süreçler arasındaki ilişkinin en yoğun yaşandığı yapılardan biridir. İleri derecede emosyonel sembolizm ile yüklü bir organ olarak duygusal durumun aynası ve göstergesidir. Psikosomatik deri hastalıkları gerek hastalığın oluşumunda gerekse nüksünde ruhsal etkenlerin başta geldiği veya en azından rol oynadığı hastalıklardır (Hashiro ve Okumura 1994, Sperber ve ark. 1989, Erdemli ve ark. 1994).

Dermatoloji hastalarının en az üçte birinde derideki durumun etkili tedavisi için emosyonel faktörlerin de dikkate alınması gerektiği tahmin edilir. Ürtiker emosyonel faktörlerle sıkı ilişki içinde olan bir dermatolojik hastalıktır. Vasküler bir reaksiyon sonucu ortaya çıkan hastalığın lezyonlarının özelliği birkaç saat içinde kaybolmalarıdır. Seyri itibarıyla akut ve kronik olmak üzere iki formu bulunan ürtikerin kronik formu baskın olarak erişkinleri etkiler. Kadınlarda iki kat daha sık görülür. Bu formda şiddetli kaşıntı, yanma ve batmalarla ortaya çıkan kızarıklık ve kabartılar altı hafta veya daha uzun bir süredir mevcuttur. Eğer bu lezyonlar hergün çıkıyorsa kronik- devamlı birkaç gün aralarla çıkıyorsa kronik-aralıklı olarak adlandırılır. Her ne kadar etiolojide yiyecek, ilaçlar, enfeksiyonlardan söz edilse de kronik ürtikerin %75'inden fazlasında hala neden bulunmamaktadır.

Hastalığın %30'un üzerinde otoimmün, %7-17 kadarının da fiziksel ajanlara karşı gelişen bir allerjik reaksiyon olduğunu söylemek mümkündür. Ruh ve kronik ürtiker ilişkisi ise 1930'lardan beri dikkat çekmeye başlamıştır. 1960'lardan sonra psikolojik faktörlerin önemiyle ilgili çalışmalar hız kazanmış, anksiyete, depresyon ve kişilik yapısının pek çok çalışmada hastalığı etkilediği görülmüştür (Koblenzer 1987, Champion ve ark. 1969, Green ve ark. 1965, Kraft ve Blumenthal 1959, Hein ve ark. 1996).

Psikolojik faktörlerin kronik ürtikerle ilişkili olması bu hastalığı psikosomatik hastalıklar grubuna sokmaktadır. Kronik ürtikerli hastalarda hastalığı başlatıcı, şiddetlendirici ya da hastalığa sekonder olarak gelişen anksiyete, depresyon gibi faktörlerle ilgili çalışmalar fazla iken kişilik bozuklukları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

Amaç:

Çalışmamızda kronik ürtikerli hastalarda; anksiyete, depresyon, kişilik bozukluklarının var olup olmadığının çeşitli psikometrik testler kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya 2003 Ekim-2004 Mayıs ayları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği'ne 6 hafta ve/veya daha fazla süredir vücutta kaşıntı ve kabarmalar yakınması ile başvuran ve kronik ürtiker tanısı alan 43 hasta (25 erkek-18 kadın) alındı. Kontrol grubu olarak 27 sağlıklı birey (16 erkek-11 kadın) çalışmaya dahil edildi. 27 soruluk sosyodemografik klinik soru anketi, 21 soruluk Beck depresyon ölçeği, 21 soruluk Beck anksiyete ölçeği ve 120 soruluk SCID kişilik testi değerlendirme için kullanıldı. Sosyodemografik testte lezyon lokalizasyonu, ürtikerin kendiliğinden mi yoksa belli bir olayı izleyerek mi çıktığı, yakınmaların hergün (kronik-sürekli) ya da aralıklı (kronik-intermitan) olup olmadığı, başka bir sistemik hastalığın varlığı, ailede psikiyatrik bir hastalık olup olmadığı, herhangi bir nedenle devamlı ilaç alımı olup olmadığı, hastalık başlamadan önceki ruhsal bir travmanın varlığı, medeni durum, eğitim ve iş durumları sorgulandı. Tüm veriler hasta ve kontrol grubunda istatistiksel olarak ki-kare, fisher exact test, student's t, mann whitney u ve kruskal wallis testleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmamıza alınan 43 kronik ürtikerli hasta, 27 sağlıklı kontrol anksiyete, depresyon ve kişilik bozuklukları açısından cinsiyet ve yaş dağılımına göre değerlendirildi.

Kronik ürtikerli hastalar arasında sosyodemografik testte bulunan kriterlere göre daha ayrıntılı istatistiksel analiz yapıldı.

Çalışmamıza alınan 43 kronik ürtikerli hasta (25 E-18 K), 27 sağlıklı kişi (16 E-11 K) arasında yaş, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0.05$) (Tablo 1).

Ürtiker ve kontrol grupları arasında cinsiyet dağılımı, kişilik bozuklukları ve depresyon sıklıkları

Tablo 1. Ürtiker ve kontrol grupları arasında yaş, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları

	Ürtiker grubu		Kontrol grubu		p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Yaş	33.60	13.61	28.44	5.84	0.163
Anksiyete	15.35	12.40	10.52	8.82	0.102
Depresyon	16.19	13.18	14.11	11.03	0.722

Tablo 2. Ürtiker ve kontrol grupları arasında cinsiyet dağılımı, kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklıkları

	Ürtiker grubu		Kontrol grubu		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
Erkek	25	58.1	16	59.3		
Kadın	18	41.9	11	40.7	0.01	0.926
ÇEKİNGEN	11	25.6	8	29.6	0.13	0.711
BAĞIMLI	6	14.0	5	18.5		0.739
OBSESİF	27	62.8	15	55.6	0.36	0.548
PASİF AGRESİF	16	37.2	12	44.4	0.36	0.548
Self-DEFEATING	24	55.8	15	55.6	0.01	0.983
PARANOİD	23	53.5	10	37.0	1.80	0.180
ŞİZOTİPAL	9	20.9	6	22.2	0.01	0.898
ŞİZOID	-	-	-	-	-	-
HİSTRİYONİK	28	65.1	14	51.9	1.21	0.270
NARSİSİSTİK	12	27.9	7	25.9	0.03	0.856
BORDERLINE	26	60.5	20	74.1	1.36	0.243
ANTİSOSYAL	2	4.8	3	11.1		0.373
DEPRESYON	18	41.9	10	37.0	0.16	0.688
ANKSİYETE	16	37.2	4	14.8	4.07	0.044

bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 2). Fakat anksiyete puanı 17 ve üstünde olanların oranı, ürtiker grubunda anlamlı derecede fazlaydı ($p<0.05$).

Kronik ürtikerli grup kendi içinde incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre pasif-agresif kişilik bozukluğu anlamlı derecede daha fazlayken aşırı stres, terleme gibi belli bir olayı takiben ortaya çıkan ürtikeri olan olgularda çekingen kişilik bozukluğu anlamlı derecede daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo 3,4).

Kronik-sürekli ürtikerli olgularda pasif-agresif,

borderline kişilik bozukluğu ve depresyon sıklığı anlamlı derecede daha fazla saptandı ($p<0.05$) (Tablo 5).

Bekar olgularda self-defeating (kendine zulmeden) kişilik bozukluğu, bedensel hastalığı olmayan olgularda pasif-agresif kişilik bozukluğu anlamlı derecede daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo 7,9).

İlaç kullanımı olmayan olgularda self-defeating (kendine zulmeden) kişilik bozukluğu anlamlı derecede daha fazlaydı ($p<0.01$) (Tablo 10).

Ailede psikiyatrik hastalığı olan olgularda anti-

Tablo 3. Ürtikerli erkek ve kadın hastalarda kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı

	Erkek		Kadın		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	5	20.0	6	33.3		0.480
BAĞIMLI	4	16.0	2	11.1		-
OBSESİF	15	60.0	12	66.7	0.19	0.655
PASİF AGRESİF	6	24.0	10	55.6	4.46	0.035*
Self-DEFEATING	14	56.0	10	55.6	0.001	0.977
PARANOİD	15	60.0	8	44.4	1.01	0.313
ŞİZOTİPAL	5	20.0	4	22.2		-
HİSTRİYONİK	16	64.0	12	66.7	0.03	0.856
NARSİSİSTİK	5	20.0	7	38.9	1.85	0.173
BORDERLİNE	13	52.0	13	72.2	1.79	0.181
ANTİSOSYAL			2	11.8		0.158
DEPRESYON	9	36.0	9	50.0	0.84	0.359
ANKSİYETE	11	44.0	5	27.8	1.17	0.278

Tablo 4. Ürtikerli hastalarda kendiliğinden lezyon çıkışı olan olgularda stres, hastalık vs. gibi belli bir olayı takiben lezyon çıkışı olan olguların kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı açısından karşılaştırılması

	Gün içinde kendiliğinden		Belli bir olayı takiben		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	6	19.4	4	66.7		0.045*
BAĞIMLI	6	19.4				0.259
OBSESİF	19	61.3	5	83.3		0.464
PASİF AGRESİF	13	41.9	2	33.3		0.492
Self-DEFEATING	17	54.8	4	66.7		0.827
PARANOİD	15	48.4	5	83.3		0.286
ŞİZOTİPAL	7	22.6				0.333
HİSTRİYONİK	21	67.7	4	66.7		0.703
NARSİSİSTİK	8	25.8	2	33.3		0.885
BORDERLİNE	18	58.1	5	83.3		0.436
ANTİSOSYAL	2	6.5				0.666
DEPRESYON	12	38.7	4	66.7		0.402
ANKSİYETE	10	32.3	3	50.0		0.558

sosyal kişilik bozukluğu anlamlı derecede daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo 11).

Ürtikeryal lezyonları baş ve ekstremiteler veya karın-sırt bölgesinde çıkan olgular, ilkokul mezunu,

lise ve üniversite mezunu olan, düzenli işi olan, çalışmayan, ürtiker öncesi travmatik olay yaşayan ve yaşamayan olgular arasında kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon puanları bakımından ista-

Tablo 5. Ürtikerli olgular arasında sürekli olgular ve remitten+intermittan (aralıklı) olgular arasında kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı

	Sürekli		Remitten+intermittan		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	9	34.6	2	11.8		0.154
BAĞIMLI	2	7.7	4	23.5		0.193
OBSESİF	17	65.4	10	58.8	0.18	0.663
PASİF AGRESİF	13	50.0	3	17.6	4.60	0.032*
Self-DEFEATING	15	57.7	9	52.9	0.09	0.759
PARANOİD	17	65.4	6	35.3	3.74	0.053
ŞİZOTİPAL	7	26.9	2	11.8		0.281
HİSTRİYONİK	19	73.1	9	52.9	1.83	0.176
NARSİSİSTİK	7	26.9	5	29.4		-
BORDERLİNE	20	76.9	6	35.3	7.45	0.006**
ANTİSOSYAL	2	7.7				0.511
DEPRESYON	14	53.8	4	23.5	3.88	0.049*
ANKSİYETE	12	46.2	4	23.5	2.25	0.133

Tablo 6. Ürtikerli olgular arasında lezyon lokalizasyonu kişilik tipleri ve anksiyete depresyon ilişkisi

	Baş ve ekstremiteler		Karın Sırt		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	6	35.3	5	19.2		0.295
BAĞIMLI	3	17.6	3	11.5		0.666
OBSESİF	11	64.7	16	61.5	0.4	0.834
PASİF AGRESİF	9	52.9	7	26.9	2.97	0.084
Self-DEFEATING	11	64.7	13	50.0	0.90	0.342
PARANOİD	10	58.8	13	50.0	0.32	0.571
ŞİZOTİPAL	6	35.3	3	11.5		0.122
HİSTRİYONİK	11	64.7	17	65.4	0.01	0.964
NARSİSİSTİK	7	41.2	5	19.2		0.168
BORDERLİNE	12	70.6	14	53.8	1.20	0.272
ANTİSOSYAL	1	5.9	1	3.8		-
DEPRESYON	10	58.8	8	30.8	3.32	0.068
ANKSİYETE	9	52.9	7	26.9	2.97	0.084

tistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 6,8,12,13).

TARTIŞMA

Ürtiker gelişiminde kişilik özellikleri, bilinç dışı çatışmalar ve psikososyal stresler gibi bir çok fak-

Tablo 7. Ürtikerli bekar ve evli hastalar arasında kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı

	Bekar		Evli		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	5	35.7	6	20.7		0.457
BAĞIMLI	1	7.1	5	17.2		0.645
OBSESİF	10	71.4	17	58.6	0.66	0.416
PASİF AGRESİF	7	50.0	9	31.0	1.45	0.228
Self-DEFEATING	11	78.6	13	44.8	4.35	0.037*
PARANOİD	7	50.0	16	55.2	0.10	0.750
ŞİZOTİPAL	5	35.7	4	13.8		0.124
HİSTRİYONİK	10	71.4	18	62.1		0.735
NARSİSİSTİK	6	42.9	6	20.7		0.160
BORDERLİNE	10	71.4	16	55.2	1.04	0.307
ANTİSOSYAL	2	14.3				0.101
DEPRESYON	6	42.9	12	41.4	0.01	0.927
ANKSİYETE	7	50.0	9	31.0	1.45	0.228

Tablo 8. Ürtikerli olgularda eğitim durumu ve kişilik tipleri depresyon/anksiyete ilişkisi

	İlkokul		Lise ve üstü		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	8	28.6	3	20.0		0.719
BAĞIMLI	6	21.4				0.076
OBSESİF	19	67.9	8	53.3	0.88	0.348
PASİF AGRESİF	12	42.9	4	26.7	1.09	0.295
Self-DEFEATING	17	60.7	7	46.7	0.78	0.377
PARANOİD	16	57.1	7	46.7	0.43	0.512
ŞİZOTİPAL	6	21.4	3	20.0		-
HİSTRİYONİK	17	60.7	11	73.3	0.68	0.408
NARSİSİSTİK	8	28.6	4	26.7		-
BORDERLİNE	18	64.3	8	53.3	0.49	0.484
ANTİSOSYAL	2	7.1				0.535
DEPRESYON	13	46.4	5	33.3	0.68	0.407
ANKSİYETE	11	39.3	5	33.3	0.14	0.700

törün önemli ölçüde rol oynadığı bir hastalık olup ruhsal etmenlerle ilişkisi bakımından 1930'lu yıllarda dikkati çekmiş, bazı gözlemciler ürtikerli hastaları aceleci, aşırı gerilimli ve yarışmacı olarak tanımlamışlardır (Koblenzer 1987). Champion ve

arkadaşları (1969) olguların %11.6'sında emosyonel bozukluğun asıl sebep iken %23.8'inde yardımcı bir faktör olduğunu ileri sürmüşlerdir (Champion ve ark. 1969). Green ve arkadaşları (1965) ise 236 kronik idiopatik ürtikerli hastada bu

Tablo 9. Ürtikerli hastalar arasında hipertansiyon, diyabet, kanser gibi bedensel hastalığı olan ve olmayan olgular arasında kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı

Bedensel Hastalık	Yok		Var		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	7	25.0	4	26.7		-
BAĞIMLI	4	14.3	2	13.3		-
OBSESİF	19	67.9	8	53.3	0.88	0.348
PASİF AGRESİF	14	50.0	2	13.3	5.62	0.018*
Self-DEFEATING	16	57.1	8	53.3	0.05	0.811
PARANOİD	14	50.0	9	60.0	0.39	0.531
ŞİZOTİPAL	5	17.9	4	26.7		0.696
HİSTRİYONİK	18	64.3	10	66.7	0.02	0.876
NARSİSİSTİK	9	32.1	3	20.0		0.492
BORDERLİNE	17	60.7	9	60.0	0.001	0.964
ANTİSOSYAL	2	7.1				0.535
DEPRESYON	10	35.7	8	53.3	1.24	0.264
ANKSİYETE	9	32.1	7	46.7	0.88	0.348

Tablo 10. Ürtikerli hastalar arasında herhangi bir ilaç kullanımı olan ve olmayan olgularda kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı

İlaç Kullanımı	Yok		Var		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	9	30.0	2	15.4		0.456
BAĞIMLI	6	20.0				0.155
OBSESİF	19	63.3	8	61.5		-
PASİF AGRESİF	13	43.3	3	23.1		0.307
Self-DEFEATING	21	70.0	3	23.1	8.09	0.004**
PARANOİD	15	50.0	8	61.5	0.48	0.486
ŞİZOTİPAL	7	23.3	2	15.4		0.699
HİSTRİYONİK	21	70.0	7	53.8		0.324
NARSİSİSTİK	9	30.0	3	23.1		0.727
BORDERLİNE	19	63.3	7	53.8	0.34	0.559
ANTİSOSYAL	2	6.7				-
DEPRESYON	11	36.7	7	53.8	1.10	0.294
ANKSİYETE	12	40.0	4	30.8		0.735

oranı %70 gibi yüksek bir oranda saptamışlardır (Green ve ark. 1965).

Kraft ve Blumenthal (1959) iyi standardize edilmiş Minnesota Multiphasic Personality Inventory testi-

ni kullanarak sonuçları değerlendirmişler ve buna göre ürtikerli hastaları daha fazla sayıda olan pasif bağımlı, kişilik bozukluğunun olduğu grup ile agresif özellik sergileyen grup olmak üzere iki ana ka-

Tablo 11. Ürtikerli hastalar arasında ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan ve olmayan olgular arasında kişilik bozuklukları, anksiyete/depresyon sıklığı

Ailede Psikiyatrik						
hastalık	Yok		Var		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	8	21.1	3	60.0		0.096
BAĞIMLI	5	13.2	1	20.0		0.547
OBSESİF	22	57.9	5	100.0		0.139
PASİF AGRESİF	13	34.2	3	60.0		0.344
Self-DEFEATING	19	50.0	5	100.0		0.056
PARANOİD	19	50.0	4	80.0		0.351
ŞİZOTİPAL	7	18.4	2	40.0		0.277
HİSTRİYONİK	24	63.2	4	80.0		0.643
NARSİSİSTİK	10	26.3	2	40.0		0.608
BORDERLİNE	21	55.3	5	100.0		0.139
ANTİSOSYAL			2	40.0		0.011*
DEPRESYON	14	36.8	4	80.0		0.144
ANKSİYETE	14	36.8	2	40.0		-

Tablo 12. Ürtikerli olgularda düzenli işi olan ve olmayan olgular arasında kişilik bozuklukları anksiyete/depresyon ilişkisi

	Düzenli işi var		Çalışmıyor		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	1	12.5	10	28.6		0.656
BAĞIMLI	1	12.5	5	14.3		-
OBSESİF	5	62.5	22	62.9		-
PASİF AGRESİF	4	50.0	12	34.3		0.443
Self-DEFEATING	3	37.5	21	60.0		0.432
PARANOİD	4	50.0	19	54.3		-
ŞİZOTİPAL			9	25.7		0.171
HİSTRİYONİK	6	75.0	22	62.9		0.692
NARSİSİSTİK	2	25.0	10	28.6		-
BORDERLİNE	4	50.0	22	62.9		0.692
ANTİSOSYAL			2	5.7		-
DEPRESYON	3	37.5	15	42.9		-
ANKSİYETE	2	25.0	14	40.0		0688

tegoriye ayırmışlardır. Bu çalışma ile tanımlayıcı sonuçların istatistiksel analizlerle birlikte daha net ortaya çıkabileceği daha geniş kapsamlı çalışmalara yönelim olmuştur (Kraft ve Blumenthal 1959).

1996'da Almanya'da Berlin Üniversitesi'nde kronik ürtiker somatizasyon bozukluğu, depresyon arasındaki korelasyon incelenmiş, 100 kronik ürtikerli hastaya standardize kişilik testi (Giessen) ile bir-

Tablo 13. Ürtiker öncesi hastalık stres gibi travmatik olay yaşayan ve yaşamayan olgular arasında kişilik tipleri depresyon/anksiyete ilişkisi

Ürtiker öncesi						
önemli olay	Bekar		Evli		Ki-kare	p
	n	%	n	%		
ÇEKİNGEN	4	15.4	7	41.2		0.080
BAĞIMLI	3	11.5	3	17.6		0.666
OBSESİF	14	53.8	13	76.5	2.25	0.133
PASİF AGRESİF	10	38.5	6	35.3	0.04	0.834
Self-DEFEATING	14	53.8	10	58.8	0.10	0.748
PARANOİD	11	42.3	12	70.6	3.30	0.069
ŞİZOTİPAL	6	23.1	3	17.6		-
HİSTRİYONİK	19	73.1	9	52.9	1.83	0.176
NARSİSİSTİK	7	26.9	5	29.4		-
BORDERLİNE	14	53.8	12	70.6	1.20	0.272
ANTİSOSYAL	1	3.8	1	5.9		-
DEPRESYON	10	38.5	8	47.1	0.31	0.576
ANKSİYETE	7	26.9	9	52.9	2.97	0.084

likte semptomlar, hikaye, semptomlar süresince olan davranışları içeren ayrıntılı bir test doldurtulmuş, hastaların 1/3'ünde depresyon için yüksek skorlar ve depresyonla ilişkili semptomların fazla olduğu görülmüştür (Hein ve ark. 1996).

Ülkemizde Erdemli ve arkadaşları (1994) ürtiker tanısı olan 60 olguda (20 E-40 K) Cornell index testi kullanarak ürtikerle belirli kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi bulmaya çalışmışlar, olguları hem birbirleriyle hem de 50 sağlıklı kontrol grubuyla ruhsal yapı ve semptom dağılımına göre karşılaştırmışlardır. Sonuçta ruhsal yapı değerlendirilmesinde ürtiker grubunda çok kuvvetli nevrotik yapı fazla iken kontrol grubunda normal yapı fazla saptanmış, semptom dağılımı açısından ise ürtikerli olgularda çevreye uyumsuzluk ve endişe, depresif belirtiler anksiyete, hipokondri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Erdemli ve ark. 1994).

Bir başka çalışmada, Ünal ve arkadaşları (1991) tarafından 90 soruluk semptomlardan oluşan bir değerlendirme (SCL90) yapılarak somatizasyon, anksiyete, psikotizm ve obsesif kompulsif belirtilerin ürtikerlilerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Ünal ve ark. 1991).

1989'da Houston'da Sperber ve arkadaşları tarafından 19 kronik ürtikerli hastaya 90 soruluk semptomlardan oluşan bir değerlendirme (SCL90) yapılmış, kontrol grubuna göre somatizasyon bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, depresyon ve anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Sperber ve ark. 1989).

1994'de Japonya'da psikosomatik semptom tahmini için EKG ile R-R intervalleri, anksiyete skalası (MAS), depresyon skalası (SDS), Cornell medikal Index (CMI) testi kullanılmıştır. 30 kronik ürtikerli, 39 normal kontrol grubu değerlendirilmiştir. Kronik ürtikerli hastaların %70'inde testlerin her birinde pozitif yanıt varken, kontrol grubunda bu oran %25.6 idi. Kronik ürtikerlerin hem dermatolojik hem psikolojik tedavi görmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Hashiro ve Okumura 1994).

Sheehan Dare ve arkadaşları (1990), 34 kronik ürtiker hastasında Beck Depresyon Skalasını kullanarak depresif semptomatolojiyi sorgulamışlar ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını görmüşlerdir (Sheehan Dare ve ark. 1990).

Lindemayr ve arkadaşları (1981) 37 kronik aralıklı yineleyen ürtikerli hastada Freiburg kişilik testi ve Freiburg agresyon testini kullanarak ürtiker

grubunda içe dönüklük, sinirlilik ve psikosomatik bozuklukların daha fazla olduğunu, bu kişilerin daha az ilişki kuran ve daha agresif bir yapıda olduklarını göstermişlerdir (Lindemayr ve ark. 1981).

Bu çalışmaların genelinde semptom dağılımı bakımından anksiyete ve/veya depresif belirtiler ve somatizasyon skorlarının kronik ürtikerlilerde yüksek olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda ise, depresyon puan ortalamaları ve kişilik bozuklukları bakımından ürtikerli ve normal kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Bu sonuç Sheehan Dare ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu görünmektedir. Bununla birlikte ürtikerlilerde anksiyetenin fazla bulunması diğer çalışmalarla uyumlu bir sonuçtur.

Ürtiker ve kontrol grubunda kişilik bozukluklarına bakıldığında ürtiker grubunda %53 kontrol grubunda %37 oranında paranoid kişilik bozukluğu ile uyumlu cevapların elde edilmiş olması düşündürücüdür. Bununla birlikte istatistiksel farklılık saptanmamıştır.

Kronik ürtikerli grup içindeki analiz sonucu erkeklerle (%24) oranla kadınlarda (%55) pasif-agresif kişilik yapısının fazla olması dikkat çekicidir. Bazı çalışmalarda ürtikerli hastaların seksüel ve ekshibisyonistik yasaklarla engellenen bir sevgi ve ilgi arayışı içinde oldukları ve bu çatışmayı derideki döküntü ile yansıttıkları, dolayısıyla ürtiker lezyonlarının seksüel bir sembolik anlamı olduğu üzerinde durulmuştur (Menninger ve Kemp 1935, Saul ve Bernstein 1941, Shoemaker 1963, Wittcower 1953). Toplumumuzun sosyokültürel yapısı dikkate alındığında kadınlarda bu tür engellemelerin daha fazla olması böyle bir sonuca yol açmış olabilir. Badoux ve arkadaşlarının (1994) 74 kronik ürtikerli hastada Kısa Semptom Envanterini (BSI) kullanarak psikolojik semptomları araştırdıkları çalışmalarında, kadınlarda BSI skorları erkeklere ve normal kontrollere göre daha yüksek saptanmıştır (Badoux ve Levy 1994).

Her gün lezyon çıkışı olan kronik-devamlı olgularda kronik-aralıklı olgulara göre pasif-agresif (%50.0) borderline (%76.9) kişilik bozukluğu ve depresyon (% 53.8) oranları fazla bulunmuştur. Bu

da haftalar veya bir kaç gün ara ile lezyon çıkan olgularda psikolojik durumun daha iyi olduğu, hastanın yaşam kalitesinin daha az etkilenmesi bakımından uyumlu bir sonuçtur.

Bekar olgularda evlilere göre %78.6 ve ilaç kullanımını olmayan olgularda ilaç kullananlara göre %70.0 oranında self-defeating kişilik bozukluğunun saptanması bu kişilerin kendini zora sokma, acı çekme davranışının bir sonucu olabilir.

Aşırı stres, fiziksel uyarılar gibi belli olayları takiben ürtiker atakları geçiren kişilerde %66.7, buna karşılık kendiliğinden ürtikeryal lezyonları çıkan olgularda %19.4 oranında çekingen kişilik bozukluğu mevcuttu. Yani başkaları tarafından kabul görmeme, küçümsenme, eleştirilme, dışlanma endişelerini, sosyal ilişki gerektiren işlerden uzak durma davranış eğilimi olan hastaların ürtiker ataklarını yaşama olasılığı daha fazlaydı.

Öte yandan eğitim durumu, kişilerin düzenli işlerinin olup olmaması, ürtiker öncesi travmatik olay yaşanılıp yaşanmaması, ailede dermatolojik hastalık bulunup bulunmaması, alkol kullanılıp kullanılmaması gibi faktörler ürtikerli hastalar arasında anksiyete, depresyon ve kişilik bozukluğu sıklığını etkilemiyor görünmektedir. Ayrıca düzenli işi olmayanlarda anksiyete ve depresyon sıklığının yüksek saptanması olasıdır. Fakat çalışmamızda herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Sonuç olarak psikosomatik bir hastalık olduğu düşünülen kronik ürtikerde depresyon puan ortalaması ve kişilik bozuklukları oranı ile normal toplumdaki oran arasında önemli bir farklılık saptanmamış, ancak anksiyetenin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşılık kadınlarda, ailesinde psikiyatrik hastalığı olanlarda, kronik-sürekli olgularda, bekarlarda, bedensel hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan olgularda belli kişilik bozukluklarının ön plana geçtiği görülmüştür.

Yazışma adresi: Dr. İlteriş Oğuz Topal, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Fatih Ormanı Kampüsü Orman Bölge Müdürlüğü 52/4 İstanbul, drilteris@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Badoux A, Levy DA (1994) Psychological symptoms in asthma and chronic urticaria. *Ann Allergy*, 72 (Suppl 3) 229-234.
- Champion RH, Roberts SOB, Carpenter RG (1969) Urticaria and angioedema: a review of 554 patients. *Br J Dermatol*, 81:558-597.
- Erdemli N, Kırpınar İ, Parlak M ve ark. (1994) Ürtikerli Hastalarda Cornell İndex Testi İle Ölçülen Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: XV Ulusal Dermatoloji Kongresi Bildiri Kitabı, 391-394.
- Green GR, Koelsche GA, Kierland RR (1965) Etiology and pathogenesis in chronic urticaria. *Ann Allergy*, 23: 30-33.
- Hashiro M, Okumura M (1994) Anxiety, depression, psychosomatic symptoms and autonomic nervous function in patients with chronic urticaria. *J Dermatol Sci*, 8:129-135.
- Hein UR, Henz BM, Hausteil UF ve ark. (1996) Correlation between chronic urticaria and depression/somatization disorder. *Hautarzt*, 47:20-23.
- Koblentz CS (1987) *Psychocutaneous Disease*. Grune Stratton Inc, Orlando.
- Kraft B, Blumenthal DL (1959) Psychological components in chronic urticaria. *Acta Allergol*, 13: 469-475.
- Lindemayr H, Gathmann P, Cermak T ve ark. (1981) Is chronic recurrent urticaria a psychosomatic disease? *Z Hautkr*, 56:28-40.
- Menninger WC, Kemp J (1935) Psychogenic urticaria. *J Allergy*, 6:467-473.
- Saul LJ, Bernstein C Jr (1941) The emotional settings of some attacks of urticaria. *Psychosom Med*, 4:349-369.
- Sheehan Dare RA, Henderson MJ, Cotteril JA (1990) Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol*, 123 (Suppl 6) 769-774.
- Shoemaker RJ (1963) A search for effective determinants of chronic urticaria. *Psychosomatics*, 3:125-132.
- Sperber J, Shaw J, Bruce S (1989) Psychological components and the role of adjunct interventions in chronic idiopathic urticaria. *Psychother Psychosom*, 51 (Suppl 3) 135-141.
- Ünal S, Berksun O, Kınıklı G ve ark. (1991) Kronik ürtiker ve allerjik nezle olgularında psikolojik semptomlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 (Suppl 4) 289-293.
- Wittcower BD (1953) Studies of the personality of patients suffering from urticaria. *Psychosom Med*, 15:116-126.

IX. Bahar Sempozyumu

13-17 Nisan 2005

Belek -Antalya

Bilimsel Yazışma Adresi:

Kültegin Ögel

e-posta: baharsempozyumu@psikiyatri.org.tr

Organizasyon:

Topkon Turizm Ltd.

Bağdat Cad. 374/7 Şaşkınbakkal, İstanbul 34740 Türkiye

Tel: 0216 467 06 47 - Faks: 0216 467 06 51

e-posta: congress@topkon.com

www.topkon.com

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ