

# Dermatolojik Hastalıklarda Psikosomatik Yaklaşımın Önemi

## Importance of Psychosomatic Approach For Dermatological Diseases

Mine Özmen

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### Özet

Psikosomatik yaklaşımda hastanın olumlu bir hasta hekim ilişkisinin içerisinde kişilik özelliklerinin, sosyal çevre ile ilişkilerinin anlaşılmasını, psikiyatrik komorbiditenin değerlendirilebilmesini içeren çok yönlü bütüncül bir yaklaşımla ele alınması amaçlanır. Hastanın zihinsel yapısı/kişilik özellikleri ve deri hastalıkları arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur; çok çeşitli etkenler dermatolojik hastalığa neden olabileceği gibi, dermatolojik lezyonlar da kişiyi pek çok açıdan etkiler. Kişilik özellikleri deri hastalıklarını algılayış biçimini, hastalığa ve tedaviye uyumu, seyri etkileyebilir. Benzer biçimde deri lezyonlarına bağlı olarak psikiyatrik durumlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle dermatoz gelişen hastaların psikosomatik yönetimi yalnızca görünen lezyonların dışında kapsamlı bir kavrayış gerektirmektedir. Hastaların dermatologların yanısıra, psikiyatristlerin, klinik psikologların, psikoterapistlerin de bulunduğu bir ekiple işbirliği içerisinde izlenmesi yaşam kalitelerine olumlu etki yapacaktır. (*Türkderm 2010; 44 Özel Sayı 1: 7-9*)

**Anahtar Kelimeler:** Dermatozlar, psikosomatik yaklaşım, bütüncül yaklaşım

### Summary

Within psychosomatic approach, patients are evaluated with a multifaceted holistic approach regarding his personality characteristics, his relations with social environment and psychiatric comorbidity in the context of a positive patient-physician relationship. There is a bi-directional relationship between the patients' minds and dermatological diseases; there are a wide variety of factors that cause dermatological disease and dermatological lesions effects persons in many ways. Personality characteristics effect how a person perceives his dermatological illness, adaptation to illness and the course of the illness. In a similar way, psychiatric disorders may be precipitated secondary to the dermatological diseases. Therefore, the management of patients with psychocutaneous diseases necessitates a comprehensive evaluation that moves beyond the visible lesion. Treating these patients with a multidisciplinary team that includes psychiatrist, clinical psychologists and psychotherapists besides dermatologists will increase the quality of health in these patients. (*Turkderm 2010; 44 Suppl 1: 7-9*)

**Key Words:** Dermatoses, psychosomatic approach, holistic approach

Psikosomatik yaklaşım dendiğinde de hastaya psikolojik, biyolojik ve sosyal değişkenler arasındaki ilişki gözönünde bulundurularak yapılan hasta yaklaşımı anlaşılır. Aslında tüm tıp dalları için gerekli ve geçerli olan bir durumdur ve son 60-70 yıl içerisinde kullanılmaya başlanmıştır. Hekimlikte bütüncül görüşü ve yaklaşımı anlatan bir kavramdır.

Deri hastalığına uyum, karmaşık, çok yönlü, sadece bireyle değil, toplumla ilgili yönleri de olan biyopsikososyal bir süreçtir. Beyinle aynı embriyolojik kökeni paylaşan deri, dış dünya ile ve başkaları ile doğu-

ğumuz günden beri ilk temas noktamızdır. Derimizin uyarılara verdiği yanıtların hem fizyolojik hem de psikolojik boyutu vardır. Alerjenle temas edince döküntü ortaya çıkabilir. Korku, kaygı ve utanç gibi duygular da deride meydana gelen değişikliklerle dış vurulur<sup>1</sup>.

Beyin/zihin ve deri nöroendokrin ve immün sistemler aracılığıyla etkileşim içerisinde (nöro-immünokutanöz sistem). Çeşitli dermatolojik ve psikiyatrik hastalıklarda bu etkileşimin dengesi değişmekte ya da bozulmaktadır<sup>2</sup>.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Mine Özmen, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
E-posta: drmineozmen@yahoo.com

Bu iki organ arasındaki etkileşimi açıklamaya yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Stresin, çeşitli dermatolojik hastalıkların ortaya çıkmasını ya da belirtilerinin şiddetlenmesine katkıda bulunduğu bilinmektedir<sup>3,4</sup>. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, hezeyanlı bozukluk gibi psikopatolojik durumların her biri, psikokutanöz hastalıklara eşlik edebilir<sup>5</sup>. Dermatolojik sorunu olan hastaların üçte birinden fazlasında deri lezyonlarının etkili tedavisi ilişkili psikolojik etkenlerle etkili biçimde başedilmesine bağlıdır<sup>6</sup>.

## Psikolojik Etkenlerin Deri Hastalıklarına Etkisi

Psikolojik etkenlerle deri hastalıklarının ilişkisi çok çeşitli açılardan 19 yy dan beri tartışılmış, deri hastalıklarına stresin neden olduğu varsayımı ortaya atılmıştır<sup>7</sup>. Son yıllarda yapılan çalışmalar bu görüşleri desteklemiş ve genel olarak stresli yaşam olayları ile deri hastalıklarının ortaya çıkışı arasında bir ilişki olduğu üzerinde görüş birliğine varılmıştır<sup>8,9,10</sup>. S.Freud'un geliştirdiği psikanalitik söylemden yola çıkan bazı araştırmacılar, deri hastalıklarını psikolojik bazı çatışmaların konversiyon mekanizmaları aracılığı ile bedensel belirtilere neden olmasıyla açıklamış ya da özgün nörofizyolojik bozukluklara bağlamışlardır<sup>11</sup>.

Kişilerin deri hastalıklarına kişilikleri ile ilişkili olarak farklı tepkiler verebildikleri de pek çok araştırmacının dikkatini çekmiştir. Neden bazı kişilerde stresle hastalık gelişirken diğerlerinde gelişmediğini açıklamak için strese yatkınlık modeli geliştirilmiştir. Buna göre dermatolojik hastalarda biyolojik olarak zayıf/hastalığa yatkın organ deridir ve bu nedenle psikolojik sorunlarla başka sistemlerde sorunlar yerine deri lezyonları ortaya çıkar.

İlerleyen yıllarda emosyonel stresin bağışıklık sistemini etkilediği anlaşılmış ve psikokutan fenomenlerin stresin nöroendokrinoinmunolojik dizgelerin karmaşık etkileşimleriyle tetiklenebileceği düşünülmüştür. Psikososyal girişimlerin de aynı mekanizma üzerinden etkili olduğu yönünde ciddi kanıtlar mevcuttur. Özellikle ekzema, prurigo ve psoriasis gibi kronik dirençli hastalıklarda tedavide psikolojik etkenlerin ele alınması önemlidir<sup>12,13</sup>. Benzer biçimde kronik ürtikerde de diğer etkenlerin yanısıra hastanın psikolojik durumunun da hastalığın sürecine etkili olduğu bildirilmiştir<sup>14</sup>. Örneğin allerjik hastalarda gerginlik allerjik tepkilerin artmasına neden olur ve bu tepkiler gevşeme egzersizleri ile azalabilir. Ayrıca stresle T-hücrelerinin işlevlerinde, makrofajların fagozitozunda baskılanma olduğu da ileri sürülmüştür. Olumsuz emosyonlarla doğrudan, kronik ve tekrarlayan enfeksiyonlarla ise dolaylı olarak uyarılan sitokinlerin de pek çok hastalık süreci ile ilişkili olabileceği de bildirilmiştir. Psikolojik stresin epidermal geçirgenliği bozduğu ve böylece atopik dermatit ve psoriasis gibi bazı enflamatuar bozuklukları tetikleyebileceği bildirilmiştir<sup>15,16,17</sup>.

Bazı kişilerin lezyonları bedenlerinin görünür tüm alanını kaplamasına karşın yaşamları etkilenmez. Bazen de bedenin giysilerin altında kalan bölümündeki çok küçük bir lezyonla iş, sosyal yaşamları, cinsel yaşamlarının derinden etkilendiği saptanır. Çocukluk döneminde yeterli bakım alamama erişkin dönemde kendilik algısında, beden imgesinde bozulmaya ve davranış sorunlarına neden olabilir. Bu bireyler derilerindeki

lezyonlara daha şiddetli tepkiler verebilir. Kişilerin deri hastalıklarına verdikleri yanıtlar onların zihninde hastalığı algılama biçimlerinden de etkilenir. Bazı deri hastalıkları alevlenmelerle seyrettiğinden ve etyopatogenezi net olmadığından hastalar bu alevlenmeleri kendi algılamaları doğrultusunda açıklayacak varsayımlar geliştirebilir ve bu varsayımlar doğrultusunda yaşamını kısıtlayabilir. Örneğin aslında deri lezyonlarının alevlenmesi ile nesnel açıdan hiç ilişkili olmasa da bazı besinleri yemeyi reddedebilir, kalabalığa girmeyebilir, açık havadan kaçabilir. Bazı bireylerin bilişsel yapılarında ortaçağdaki dini görüşlerin bir uzantısı olan hastalığın kişinin günahlarının bir sonucu/karşılığı olduğu inancı hüküm sürebilir. Başına geleni (eskiden yaptıkları/günahları nedeniyle) hakettiği tarzında düşünceleri olabilir, derin suçluluk duyguları ortaya çıkabilir. Bazı hastalar cinsel davranışları nedeniyle deri lezyonlarının kendilerine bulaşmasına neden olduklarını düşünebilir. Hastanın zihnindeki olumsuz bilişsel yapılanmalar nedeniyle lezyonlar kendiliğinden bir görünümü gibi algılanabilir. ("derideki lezyonlar çirkin, benim deri lezyonlarım var, o halde ben çirkinim")<sup>18,19</sup>. Bağlanma stili kişinin emosyonel yaşamında önemli rol oynar, Değişik bağlanma stilleri olan hastaların bedensel hastalığın stresine de farklı davranışlarla yanıt verdikleri, kaygılı bağlanma stilleri olan hastaların daha fazla fiziksel semptom geliştirdiği bildirilmiştir<sup>20</sup>.

İlişkilerin güven, iletişim, destek gibi pek çok boyutu güvenli ya da güvensiz bağlanma ile ilişkilidir. Örneğin kaçınan nitelikte bağlanma stili olan bir kişinin otonomisini koruyabilmesi için ilişkide uzak durmaya gereksinimi vardır, kolaylıkla yardım kabul edemez; kendine yetmek ister. Kaygılı-ambivalan bağlanma stili olan bir kişi içinse yakın ilişki bir stres kaynağıdır; gereksinimlerini ve kırılganlıklarını göstermek istemez, sınıklarını açığa vuramayabilir. Güvenli bağlanma geliştirememiş kişiler partnerlerine olumlu emosyonlardan çok olumsuz olanları iletirler. Güvenli bağlanabilen ilişki içerisinde kendilerini daha fazla güvende hissederler ve örneğin bir deri hastalığı ortaya çıktığında yakın ilişkisini hastalığına uyum sürecinde destek alabileceği, tepkilerinin (örn görünümünden utanma) anlaşılabilirliği güvenli bir yer olarak görür.

## Deri Hastalıklarının Psikolojik Etkileri

Birçok fiziksel hastalığın tersine başkaları tarafından ilk bakışta farkedilebilen deri hastalıklarının psikososyal alandaki etkilerini bütün boyutlarıyla ilk görüşte değerlendirmek çok kolay olmayabilir. Deri hastalıkları dokunarak iletişimi, cinsel teması ve bedensel etkileşimi doğrudan etkilediğinden hastaların emosyonel ve sosyal yaşantıları, yakın ilişkileri zarar görebilir. Ancak bu süreçte bazı çiftlerin ilişkilerinde yeni potansiyelleri keşfedip, bağlılık ve yakınlıklarını pekiştirebildiği de bildirilmiştir<sup>21</sup>. Son yıllarda yapılan çalışmalarda deri hastalıklarının yaşam kalitesini, benlik saygısını, beden imgesini, günlük yaşamı, ailelerini, sosyal çevresini çeşitli açılardan etkilediğini, depresyon, anksiyete gibi sekonder psikiyatrik tabloların sık görüldüğünü ortaya koymuştur<sup>19</sup>. Örneğin vitiligosu olan bir hasta kendisini dış dünyaya kapatabilir, başka insanlarla temastan kaçınabilir. Sosyal çekilme hali ile başlayan süreçte giderek

depresyona girebilir, üzgün, umutsuz, kızgın olabilir. Depresyonun etkisiyle etraftan adeta kişiliği değişmiş gibi algılandığından sosyal çevresi de hastadan uzaklaşabilir. Giderek yaşantısı kısıtlanır ve basit bir market alışverişi için dışarı çıkmak bile çok zor bir eylem haline alabilir. Hastalar hekimlerinden bu tepkilerinin de anlaşılmasını bekler. Psoriasis tanısı konmuş hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısında öfke hali saptanmıştır. Hastaların %38'i emosyonel durumlarını tanımlayamamıştır. Hastalar giyinme ve kişisel hijyenle ilgili alışkanlıklarının, sosyal etkileşimlerinin etkilendiğini bildirmişlerdir. Psoriasis hastalar tarafından kavranması zor, tedavisi olmayan ve kontrol edilemeyen bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Hastaların yarısından fazlası hekimlerinin onları daha fazla dinlemesini beklediklerini, hekimin basit bir dil kullanmasını, psikolojik sorunları kavrama ve iletişim becerilerini artırması gerektiğini belirtmişlerdir<sup>22</sup>.

Dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların %40-80'inde önemli psikiyatrik sorunlar saptandığı bildirilmiştir. Bu hastalar arasında bir kısmı, özellikle başkaları tarafından hemen farkedilen lezyonları olanlar, deri hastalıklarına sekonder depresyon geliştirebilir. Bazı hastalar deri lezyonlarının strese bağlı olarak geliştiğine inanır-ki vitiligo, ekzema, sedef, akne ve ürtiker gibi hastalıklarda yapılan bazı çalışmalar bunu destekler<sup>23</sup>. Bazı hastalar yapay bozukluklarla (örn. artefakt dermatiti, trikotilomani, ve ödem) başvurur. Hezeyanlı bozukluk ve ilaçlara bağlı nedenlerle deri yakınmaları geliştirebilirler.

Deri hastalıklarının hastanın ailesinde ve içinde bulunduğu kültürdeki anlamı da hastalığa yönelik tepkilerini etkileyebilir. Deri lezyonu olan kişilerin hijyen kurallarına uymadığı, ya da derideki lezyonun bulaşıcı olduğu önyargıları diğer kişilerin hastaya yaklaşımını olumsuz etkileyebilir. Bu yaftalanma nedeniyle de hastaların beden algıları bozulur ve görülebilecekleri sosyal ortamlardan kaçınmaya çalışırlar<sup>10</sup>. Yapılan başka çalışmalarda da araştırmacılar görünüşleri ortalamadan farklı kişilerin bedenlerinin daha fazla farkında olduklarını, bu farklılığın baskısıyla ilişkilerinin ve kariyerlerinin etkilendiğini ileri sürmüşlerdir<sup>24</sup>.

Bazı yazarlar da diğerlerinin deri belirtileri ortaya çıkan hastalara yönelik olumsuz tutumunu anlamaya çalışmışlardır. Örneğin Updike, deri lezyonu olmayan kişilerin lezyonu olanlarla ödeşim yaptığını ve lezyondan etkilenen kişinin mükemmel olmadığını, incinebilirliğini, otonom olamamızı simgelediğini ve bunu anımsatan kişiden uzak durmayı seçtiğimizi ileri sürmüştür<sup>25</sup>.

## Sonuç

Bütüncül yaklaşımı temel alan biyopsikososyal modele göre sağlık ve hastalık birçok etkene bağlı olarak ortaya çıkar ve çok çeşitli etkileri vardır. Bu modeli deri hastalıkları açısından ele alırsak, hem deri hastalıklarının oluşumundaki etkenlerin hem de lezyonların etkilerinin çok çeşitli olabileceğini varsayabiliriz. Yapılan çalışmalar da bu yaklaşımı desteklemektedir. Hastanın zihinsel yapısı/kişilik özellikleri ve deri hastalıkları arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur; kişilik özellikleri deri hastalıklarını algılayış biçimini, hastalığa ve tedaviye uyumu, hastalığın seyrini

etkileyebilir, benzer biçimde deri lezyonlarına bağlı olarak psikiyatrik durumlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle psikokütan hastalık gelişen hastaların psikosomatik yönetimi deri ve lezyonlarının dışında bir kavrayış da gerektirmektedir. Bu da olumlu bir hasta hekim ilişkisinin kurulmasını, hastanın kişilik özelliklerinin anlaşılmasını, psikiyatrik komorbiditenin değerlendirilebilmesini içeren çok yönlü bütüncül bir yaklaşımla mümkündür. Psikiyatrik komorbiditenin tanınması ve tedavisi, hastanın iç dünyasındaki çatışmalarına, bilişsel çarpıtmalarına, olumsuz koşullarına yönelik psikanaliz, bilişsel davranışçı psikoterapi, biyofeedback, davranışsal koşullama gibi psikolojik tedavilerin gerektiğinde tedavi protokolüne dahil edilmesi, yaşam kalitesini arttıracak ve tedaviyi olumlu yönde etkileyecektir.

## Kaynaklar

1. Koblentz CS: Psychosomatic concept in dermatology. Arch Dermatol 1983;119:501-12.
2. Misery L: Neuro-immuno-cutaneous system (NICS). Pathol Biol 1996;44:867-74.
3. Van Moffaert M: Psychodermatology: an overview. Psychoder Psychosom 1992;58:125-36.
4. Koo JYM, Pham CT: Psychodermatology: Practical guidelines on pharmacotherapy. Arch Dermatol 1992;126:381-8.
5. Lee CS, Koo J: Psychocutaneous Drug Therapy. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery 2003;22:222-33.
6. Jafferany M: Psychodermatology: A guide to understanding common psychocutaneous disorders. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2007;203-13.
7. Teshima H, Kubo C, Kihara H: Psychosomatic aspects of skin disease from the standpoint of immunology. Psychotherapy Psychosomatics, 1983;165-75.
8. Ortonne JP: Vitiligo and other hypomelanoses of hair and skin. New York Plenum Publishing, 1983, 34-9.
9. Liu PY, Bondesson L, Johansson WLO: The occurrence of cutaneous nerve endings and neuropeptides in vitiligo vulgaris: a case control study. Archives of Dermatology 1996;288:670-75.
10. Papadopoulos I, Bor R, Leg C: Coping with disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive behavioral therapy. British Journal of Medical Psychology 1999;72:385-96.
11. Sheppard NP, Malone IP: Psychogenic skin disease: a review of 35 cases. British Journal of Psychiatry 1986;149:636-43.
12. Humphreys F, Humphreys Ms: Psychiatric morbidity and skin disease: what dermatologists think they see. Br J Dermatol 1998;139:679-81.
13. Capoor HS, Rowland PCM, Goldin D: Does psychological intervention help chronic skin conditions? Postgrad Med J 1998;74:662-64.
14. Mlynek A, Maurer MZ, Zalewska M: Update on chronic urticaria: focusing on mechanisms. Curr Opin Allergy Clin Immunol 2008;8:433-7.
15. Ginsburg IH: The psychosocial impact of skin disease: an overview. Dermatol Clin 1996;14:473-84.
16. Laihin A: Psychosomatic aspects in dermatoses. Ann Clin Res 1987; 19:147-9.
17. Amit GM, Chren M, Sands L: Psychological stress perturbs epidermal barrier homeostasis. Arch Dermatol 2001;137:53-9.
18. Koo JYM, Lee CS: General approach to evaluating psychodermatological disorders. Koo JYM, Lee CS eds Psychocutaneous Medicine, New York NY; Marcel Dekker Inc, 2003; 1-29.
19. Papadopoulos L, Walker CJ: Understanding skin problems. John Wiley & Sons Ltd Chichester, 2003, 203-25.
20. Bowlby J: Attachment and Loss. London, Hogarth Press, 1974, 129.
21. Hunter JAA, Savin LA, Dahl MV: Clinical dermatology: London, Blackwell Publishing, 2001, 164.
22. Linder D, Dall'olio E, Gisondi P, Berardesca E, Perception of disease and doctor-patient relationship experienced by patients with psoriasis: a questionnaire-based study. Am J Clin Dermatol. 2009;10: 25-30.
23. Van Moffaert M: Psychodermatology: an overview. Psychotherapy and Psychosomatics, 1992;58:125-36.
24. Lanigan S, Cotterill J: Psychological disabilities amongst patients with port wine stains. British Journal of Dermatology 1989;21:209-15.
25. Updike J: Self consciousness memoirs, London; penguin books, 1990; 23-4.