

Psikodermatolojik Hastalıklarda Tedavi Modelleri

Treatment Modalities for Psychodermatological Diseases

Şenol Turan, Mine Özmen

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

Özet

Tedavisi tanınmasına oranla oldukça zor olan psikodermatolojik hastalıklar sıklıkla psikolojik çatışmalarla ilişkilidir ve depresyon, anksiyete bozuklukları, sanrısız bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar da eşlik eder. Bu nedenle psikodermatolojik hastalıklarda dermatolojik tedavi modellerinin tek başına uygulanması, yeterli olmayabilir. Tedavi başarısı için, dermatolojik ve psikiyatrik patolojilerin ve bunların birbirleriyle olan ilişkisinin bilinmesi gerekmektedir. Dermatolojik tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda hastanın psikolojik değerlendirmesini de göz önüne alarak tedavinin planlanması ve hastanın gereksinimine göre psikofarmakoloji, psikoterapi, biofeedback, hipnoz gibi tedavilerin eklenmesi gerekebilir. Bu çalışmada, ruhsal etkenlerle ilişkili psikodermatolojik hastalıkların ve onlara eşlik eden psikiyatrik hastalıklar için günümüzde uygulanan psikofarmakolojik, psikoterapötik tedaviler ve diğer tedavi modelleri gözden geçirilmektedir. (*Türkderm 2010; 44 Özel Sayı 1: 46-51*)

Anahtar Kelimeler: Psikodermatoloji, psikofarmakoloji, depresyon, anksiyete

Summary

Although psychodermatologic diseases are diagnosed very easily, their treatment often poses a great deal since they are often associated with psychological conflicts and psychiatric disorders such as depression, anxiety disorders and delusional disorders. Therefore dermatological treatment modalities might be insufficient for psychodermatologic diseases. Associations between dermatological and psychiatric diseases and their pathological basis need to be known very well for the treatment success. In case of treatment failure or insufficient treatment, the patient's psychological assessment should be considered and psychopharmacology, psychotherapy, biofeedback and hypnosis may need to be added to treatment plan. Psychopharmacologic, psychotherapeutic and other treatment modalities for treatment of psychodermatological diseases that are associated with psychological conflicts and comorbid major psychiatric diseases are reviewed in this article. (*Turkderm 2010; 44 Suppl 1: 46-51*)

Key Words: Psychodermatology, psychopharmacology, depression, anxiety

Giriş

Deri ve beyin embriyolojik olarak ektodermden köken alır¹ ve bu iki organ nöroendokrin ve immün sistemler aracılığıyla etkileşim içerisindedir (nöro-immüno-kutanöz sistem). Çeşitli dermatolojik ve psikiyatrik hastalıklarda bu etkileşimin dengesi değişmekte ve ya bozulmaktadır².

Bu iki organ arasındaki etkileşim, stres, dinamik ve analitik görüşler bağlamında bir çok çalışmanın da araştırma konusu olmuştur. Stresin, çeşitli dermatolojik has-

talıkların ortaya çıkmasını ya da varolan dermatolojik hastalığın belirtilerinin şiddetlenmesini tetiklediği bilinmektedir^{3,4}. Deri ile bilinç dışı arasındaki etkileşimi açıklamaya çalışan klasik psikanalitik görüşe göre, psikodermatolojik deri hastalıklarının temelinde çoğunlukla sadomazoşistik eğilimler yatmaktadır. Buna göre deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır⁵. Psikolojik etkenlerin etkilerinin yanı sıra psikodermatolojik hastalıklara depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, hezeyanlı bozukluk gibi psikopatolojik durumlar eşlik ede-

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

Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.



bilir⁶. Bu psikiyatrik bozuklukların tedavisi deri lezyonlarının seyrini de olumlu etkiler. Bu nedenle psikodermatolojik hastalıkların tedavisinde her hasta bireysel özellikleri, psikolojik çatışmaları, psikiyatrik komorbidite açısından değerlendirilerek kişinin gereksinimine göre bir tedavi planı hazırlanması ve tedavide hem psikotrop ajanların hem de psikolojik çatışmalara yönelik psikoterapötik yaklaşımların kullanılması gerekebilir.

Psikodermatolojik Hastalıkların Sınıflandırılması

Psikodermatolojik hastalıklar beş farklı gruba ayrılabilir: 1. Psikofizyolojik bozukluklar, 2. Primer Psikiyatrik bozukluklar, 3. Sekonder psikiyatrik bozukluklar, 4. Deri duyuşal bozuklukları, 5. Psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar⁶.

1. Psikofizyolojik Bozukluklar

Bu bozukluklar, psikolojik stres oluşturan emosyonel faktörlerle varolan deri hastalığının şiddetinin arttığı durumları ifade eder. Psikofizyolojik durumlar, atopik dermatit, akne vulgaris, psoriasis, seboreik dermatit ve dizhidrozistir.

2. Primer Psikiyatrik Bozukluklar

Bu grupta gerçekte deri hastalığı yoktur, altta yatan neden psikiyatriktir. Bu hastalar psikodermatolojik hastalıkların prototipi olarak dermatoloğa başvurmayı tercih ederler ve varolan psikiyatrik durumu reddetme eğilimi gösterirler. Nörotik deri yolma, sanrısız parazitoz, artefakt dermatiti, trikotillomani ve deriyle ilgili hipokondriak uğraşlar bu gruptaki hastalıklardır.

3. Sekonder Psikiyatrik Bozukluklar

Deri hastalıklarının sonucu olarak, kişide çeşitli psikolojik etkilenmeler görülebilir. Özellikle ortaya çıkan şekil bozukluğu etkilenmeyi oluşturan en önemli değişken olarak söylenebilir. Hastanın yaşı, kendilik algısı, lezyonların yerleşimi ve doğası diğer değişkenlerdir⁷. Bu deri hastalıkları, vitiligo ve ya alopesi areata gibi, kişinin yaşamını tehdit etmez ancak yaşam kalitesini bozarak psikolojik ve sosyal etkilenmeler oluşturabilir. Varolan deri hastalığına uyum göstermekte sorun yaşayan hastalarda sıklıkla depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkmaktadır⁸.

4. Deri Duyuşal Bozuklukları

Organik bir etyoloji olmaksızın hastada kaşınma, yanma, batma, iğnelenme gibi hoş olmayan deri duyumları bu grupta sınıflandırılır. Bu durumlar psikiyatrik bir hastalıkla ilişkili olabilir veya olmayabilir.

5. Psikotrop İlaçların Kullanıldığı Psikiyatrik Olmayan Durumlar

Psikotrop ilaçlar, bazı dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Örneğin bir antidepresan ajan olan doksepin antipruritik olarak kullanılmaktadır.

Psikokutanöz hastalıkların tanınması kolay, ancak tedavi edilmesi oldukça güçtür⁹. Bu hastalar için uygun olan tedavi modelinin seçimi, altta yatan psikopatolojinin bilinmesi ile yapılabılır görülmektedir. Dermatoloji hastalarıyla yapılan çalışmalarda, yatan hastaların %60'ında, ayaktan izlenen hastaların ise %30'unda psikiyatrik sorunlar olduğu tesbit edilmiştir^{10,11}. Psikodermatolojik vakaların çoğunda 4 önemli psikiyatrik tanıya rastlanır: depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), anksiyete ve hezeyanlı bozukluk.

Depresyon

Psoriasis, atopik dermatit, ürtiker, alopesi areata ve akne gibi dermatolojik hastalıklarda depresyona sıklıkla rastlanır¹². Psoriasis ve atopik dermatitte kaşınma şiddetinin depresyon şiddeti ile doğrudan ilintili olduğu gösterilmiştir. Dolayısı ile depresyonun kaşınma algısını module ettiği düşünülmektedir. Dermatolojik hastalığın sonucunda kişinin yaşam kalitesinin bozulması ve oluşan kozmetik sorunlar, depresif tablonun oluşmasında ve varolan depresif belirtilerin şiddetinin artmasında önemli rol oynar¹³. Bu nedenle dermatolojik hastalarda depresyonun tedavisi önem kazanmaktadır.

DSM-IV'e göre major depresif bozukluk tanısı koyabilmek için depresif duygudurum ya da ilgi kaybı veya zevk alamama belirtilerinden birine ek olarak şu belirtilerden de en az 4'ünün bulunması gerekmektedir: yorgunluk ve ya enerji kaybı, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, değersizlik veya aşırı veya uygun olmayan suçluluk düşünceleri, konsantrasyonda azalma veya kararsızlık, uyku artışı veya azalması, iştah artışı veya azalması, tekrarlayan ölüm düşünceleri. Dermatoloji pratiğinde dilde veya kafa derisindeki yanma hissi ve açıklanamayan anormal deri duyumları depresyona işaret edebilir¹⁴.

Genel Özellikler

Antidepresan kullanan hastaların %60-80'inde yeterli cevap alınabilmektedir. Klinik yanıt 2-4 hafta içerisinde başlamakla birlikte antidepresan etkinin gözlenmesi 4-8 haftayı bulabilir. Hasta uyumunun kolaylığı açısından etkin olan en düşük dozun yarısı, günde tek doz olarak başlanabilir ve kademeli bir şekilde doz artırılması yapılabilir. Tedaviye, hedeflenen semptomların ortadan kalktığı dozda, en az 6 ay devam edilmelidir. Tam etkinliğin değerlendirilmesi için en yüksek doza çıkıldıktan sonra en az 6 hafta kadar beklemek gerekebilir. En yüksek dozda 6 hafta kadar devam edildikten sonra yanıt alınmazsa diğer bir antidepresan tedaviye geçilebilir. Uyarıcı antidepresanlar sabah, sedatif antidepresanlar gece önerilebilir. Yarılma ömrü kısa olan antidepresanlarla (örneğin paroksetin) huzursuzluk, baş dönmesi, bulantı, anksiyete gibi çekilme belirtileri ortaya çıkabileceğinden, bu antidepresanlar tedricen kesilmelidirler. Günümüzde kullanılmakta olan antidepresanlar, kimyasal yapıları, farmakolojik özellikleri ve etki mekanizmalarına göre beş farklı grupta sınıflandırılabilir; seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ), serotonin-nöradrenalin gerialım inhibitörleri (SNGİ), trisiklik antidepresanlar (TSA), monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO) ve diğer antidepresanlar.

Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri

SSGİ'ler en yaygın kullanılan antidepresanlardır ve depresyon için ilk basamak tedavi ajanlarıdır¹⁵. TSA'lara oranla uygun yan etki profilleri vardır. SSGİ'ler, fluoksetin, paroksetin, sertralin, fluvoksamin, sitalopram ve essitalopramdır. Fluvoksamin hariç tüm SSGİ'ler depresyon tedavisi için FDA tarafından onaylanmıştır. Fluvoksaminin birçok ilaç ile sitokrom P450 üzerinden etkileşime girmesi nedeniyle tercih edilmemektedir^{15,16}.

SSGİ'lerin yan etki profilleri birbirlerine oldukça benzerdir. Bulantı ve diare gibi gastrointestinal yan etkileri oldukça sıktır ve bu yan etkilerin engellenmesi için yemeklerle birlikte kullanımı önerilmektedir. Bulantı sıklıkla, ilaç kullanımına devam

edildiğinde birkaç gün içerisinde kendiliğinden düzelmektedir. Uykusuzluk tüm SSGİ'lerde görülebilir ancak daha çok fluoksetin ve sertralinle görülmektedir. Uykusuzluk gelişmişse ilacın sabah kullanımı önerilir. Sedasyon ise daha çok paroksetinle görülmektedir ve bu nedenle yatmadan önce kullanılması gerekebilir. Cinsel yan etkiler %40 oranında görülmektedir ve sıklıkla orgazm güçlüğüyle ilişkilidir¹⁷. Cinsel yan etki sorun olursa, bupropion gibi cinsel işlevlere yönelik yan etkisi olmayan diğer bir antidepresana geçilebilir.

Serotonin-Nöradrenalin Gerilim İnhibitörleri

Venlafaksin, milnasipran ve duloksetin, hem serotonin hem de noradrenalin gerilimini inhibe ederek etki gösterirler. Prospektif, 12 haftalık, randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmada venlafaksin depresyon ve birliktelik gösteren anksiyetede fluoksetinden daha etkili olduğu gösterilmiştir¹⁸. Venlafaksin için başlangıç dozu 37,5 mg'dır ve 150-225 mg'a kadar artırılabilir. Sık görülen yan etkileri uykusuzluk, sinirlilik ve anksiyetedir. Bunların dışında bulantı, sedasyon, yorgunluk, terleme, baş dönmesi, baş ağrısı, iştah azalması, kabızlık ve ağız kuruluğu da görülebilir. Hastaların %0,5-3'ünde hipertansiyon gelişebilir. Bu nedenle venlafaksin tedavisi sırasında kan basıncı takibi yapılmalıdır. Venlafaksin tedavisinin birden kesilmesi sırasında baş dönmesi, ajitasyon, bulantı ve terleme gibi çekilme belirtileri gelişebileceği için ilaç aşamalı olarak kesilmelidir.

Trisiklik Antidepresanlar

SSGİ'lerin kullanıma girmesinden sonra TSA'lar, daha fazla yan etki profiline sahip oldukları için eskisi kadar klinisyenler tarafından tercih edilmemektedir. Ancak dermatolojik hastalıklarda TSA'ların özel bir yeri vardır. Bu grup antidepresanlar muskarinik, alfa-1, alfa-2 adrenerjik, H1, H2 ve serotonerjik reseptörler üzerinden etki gösterirler. Özellikle antikolinerjik ve anti histaminik etkilerinden dolayı psikiyatrik bozukluk olmasa da kronik ürtiker, idiopatik pruritus, postherpetik nevralji, atopik egzema, soğuk ürtikeri, diabetik nöropati, anjiyoödem gibi durumlarda kullanılırlar^{11,19,20}. TSA'lar içinde doksepin ve amitriptilin H1 ve H2 antagonistik etkileri nedeniyle antipruritik etkileri kuvvetli olan ilaçlardır. Doksepinin, H1 reseptörleri üzerine hidrosizinden 56 kat, difenhidraminden 775 kat daha fazla afinitesi vardır²¹. Doksepin için başlangıç dozu 25 mg/gün'dür. Her 5-7 günde bir, 10-25 mg/gün dozu eklenecek şekilde kademeli olarak depresyon için gerekli olan 100-300 mg/gün dozuna çıkılabilir. Psikodermatolojik durumlarda gereken doz, depresyondaki kadar yüksek değildir. Psikodermatolojik hastalıklarda günde 10-75 mg kullanılması yeterli olmaktadır. Özellikle idiopatik pruritusta kullanılır. Antipruritik etkisi hızlı başlar ancak antidepresan etkisi için en az 2 hafta beklemek gerekir. En sık görülen yan etkisi sedasyondur, bu nedenle akşam alınması önerilir. Kardiyak ileti bozuklukları, ortostatik hipotansiyon, kilo artışı, ağız kuruluğu, bulanık görme, kabızlık, üriner retansiyon gibi yan etkiler görülebilir. Nöbet eşliğini düşürdüğü için nöbet riski artar ve manik depresif hastalarda manik epizod tetiklenebilir. Ani kesilmesi sırasında baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı, uykusuzluk gelişebileceğinden kademeli olarak kesilmesi önerilir. Diğer bir TSA olan amitriptilin de depresyon tedavisinde, kronik ağrıda ve kutanöz ağrı sendromlarında tercih edilebilir²².

Mirtazapin, tetrasiklik antidepresandır ve nöradrenalin ve seçici serotonin reseptör blokajı yapar ancak temel etkisini alfa-2 adrenerjik reseptör blokajı yaparak gösterir. H-1 reseptör blokajı da yapar ve yan etki olarak oldukça sık ortaya çıkan kilo artışı ve sedasyon etkileri buna bağlıdır. İnatçı pruritusta etkili olabileceği bildirilmiştir²³.

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluğu gelişen hastalar aşırı bir kaygı ve sıkıntı içindedir. Sıklıkla huzursuzluk, konsantrasyon zorluğu ve çabuk sinirlenme gibi durumlar tanımlarlar; kas gerginliği, çarpıntı, terleme, uyku bozukluğu gibi bedensel belirtiler gösterirler. Özgül fobiler, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) bu hastalık grubu içerisinde yer alır.

OKB, hasta tarafından da aşırı ya da anlamsız olarak nitelenen obsesyon, (kişinin rahatsız edici bulduğu, girici, sıkıntı oluşturan, yineleyici düşünce dürtü ya da düşlemlerdir) ve kompulsiyonlarla (bir obsesyona tepki olarak, obsesyonların verdiği sıkıntıyı hafifletmek amacıyla oluşan motor ya da mental eylemlerdir) seyredir.

Dermatolojide OKB bir çok farklı klinikle karşımıza çıkabilir. Tekrarlayan aşırı el yıkama sonucu dermatit ve ya trikotillomaniye görülen kompulsif saç yolma sonucu deri lezyonları oluşabilir. Yine deri yolma nedeniyle Koebner fenomeninin bir sonucu olarak psoriasisin kliniğini ağırlaştırabilir.

Günümüzde OKB için en etkili yöntemler, psikofarmakoterapi ve bilişsel davranışçı tedavilerdir. SSGİ'ler ilk seçenek olmasına rağmen, bir TSA olan ve etkin bir tedavi seçeneği olan klomipramin de kullanılabilir. OKB tedavisinde SSGİ dozlarının, depresyondaki dozlardan daha yüksek olması gerekmektedir. Kullanılan ilacın etkili olup olmadığını değerlendirmek için 4-8 hafta kadar beklemek gerekebilir. OKB'de en etkili yöntem ilaç tedavisiyle birlikte bilişsel davranışçı terapinin kombinasyonudur. Davranışçı terapilerde, yüzleştirme (exposure) ve yanıtı engelleme (response prevention) teknikleri kullanılır. Yüzleştirme, yeterli süre ve anksiyete düzeyinde, hastanın kaçındığı şeyleri yapmasını istemektir. Yanıtı engelleme ise, hastanın kendini yapmaktan alıkoymadığı motor veya mental uğraşlara karşı direnmesidir. Obsesyonlarla baş etmenin bir başka yolu da bilişsel tekniklerin tedaviye eklenmesidir. Böylelikle kişinin bilişsel çarpıtmaları hasta ile birlikte gözden geçirilerek obsesyonların kişide oluşturduğu anksiyete düzeyi azaltılabilir.

Özellikle sosyal fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu dış görünümü etkileyen deri hastalıklarına eşlik edebilir.

TSSB, kişinin kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayını içeren travmatik bir duruma maruz kalması sonucu oluşan, travmatik durumun yeniden yaşantılanması, uyarılardan kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma ve artmış uyarılmışlık belirtileriyle karakterize bir bozukluktur. Trikotillomani ve artefakt dermatitlerinde altta TSSB yatabilir ve sıklıkla gözden kaçır. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde de paroksetin, sertralin, fluoksetin, essitalopram, doksepin, venlafaksin gibi antidepresanlar kullanılmaktadır.

Sanrısız Bozukluk

Dermatoloji pratiğinde en sık görülen sanrısız bozukluk monoseptomatik hipokondriak psikozdur (MHP). MHP'nin en sık tipi ise sanrısız parazitozdur. Bu tür hastalar psikiyatrik açıdan tamamen normal olarak görülebilirler, ancak gerçeğin yerini almış yanlış algılamalar mevcuttur. Delüzyonel parazitozlu hastalar derilerinde karıncalanma, batma, yanma, deri altında ısırık, gezen böceklerin olduğunu söylerler, ancak bu halüsinatuar bir deneyimdir. MHP hastaları şizofrenlerden, tek bir somatik sanrılar olmasından dolayı ayrılırlar. Şizofrenide, multipl bizar sanrılar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma ve davranışlar ve künt duygudurum önde gelen belirtileridir.

Pimozid

Delüzyonel psikozda en yaygın kullanılan antipsikotik pimozid dir^{24,25}. Ekstrapiramidal yan etkileri nedeniyle doz ayarlaması dikkatle yapılmalıdır. 1 mg/gün dozuyla tedaviye başlanıp 4-7 günde bir istenen etki elde edilene kadar doz artırımı yapılabilir. 4-6 mg/gün üzerindeki dozlar kalıcı hareket bozuklukları oluşturma riski nedeniyle önerilmemektedir. Sanrısız durum günlük yaşamı bozmayacak hale geldiğinde ya da hasta sanrısız olmayan ya da sessiz sanrısız döneme geçtiğinde optimal klinik iyilik elde edilmiş kabul edilebilir. Bu durumda etkili doz yaklaşık bir ay daha sürdürülüp daha sonra ilaç 1-2 hafta içerisinde tedricen kesilmelidir. Eğer klinik durum kötüleşirse ilaca tekrar başlanabilir; ancak kullanım zamanını sınırlamak gerekir. Zira sürekli kullanımda, yüzde, ağızda, gövde ve ekstremitelerde kaslarında anormal istemsiz hareketlerle şekillenen tardif diskineziler ortaya çıkabilir. Pimozid QT uzaması yaparak aritmilere neden olabilir. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce ve tedavi sonrasında EKG takibi yapılması gerekebilir.

MHP hastalarının tedaviye uyumları konusunda oldukça dikkatli olunmalıdır. Hastayı ilaç kullanmaya ikna etmek oldukça zor olabilir. Sanrısız parazitozlu hastalar, hastalığın psikolojik doğası ile ilgili içgörüyü sahip olmadıklarından, ya da çok sınırlı bir içgörülerini olabildiğinden, hastalığın psikiyatrik olduğunu ifade eden en ufak bir yaklaşıma şiddetle karşı koyabilirler. Bu nedenle, ilgi ve güven temeline dayalı bir hekim hasta ilişkisi kurulduktan sonra ilaç tedavisine başlanmalıdır^{26,27}.

Risperidon

Atipik antipsikotik bir ajandır ancak etkisi tipik antipsikotiklere oldukça benzerdir. Sanrısız parazitozda etkili olduğu bildirilmiştir²⁸. 0,5 mg/gün dozuyla başlanır ve 4 mg/gün dozuna kadar çıkılabilir. Başlangıçta sedasyon yapabildiği için gece kullanımı önerilir. Başdönmesi, anksiyete ve QT uzaması yapılabilir.

Olanzapin

Atipik antipsikotiktir. Literatürde sanrısız parazitozda etkili olduğunu bildiren olgu bildirimleri bulunmaktadır. 5 mg/gün ile tedaviye başlanıp, 20 mg/gün'e kadar doz arttırılabilir. Genellikle iyi tolere edilir. En önemli yan etkileri sedasyon, kilo artışı ve antikolinergik yan etkilerdir (ağız kuruluğu, bulanık görme, kabızlık ve üriner retansiyon).

Ketiapin

Atipik antipsikotiktir. Sanrısız parazitozda kullanılabilir görünmektedir. Psikozlardaki etkin dozu 150-750 mg/gündür. En sık görülen yan etkileri somnolans ve hafif düzeyde antikolinergik yan etkilerdir.

Psikoterapiler

Psikoterapi, kişinin sosyal mesleki ve özel yaşamında uyum bozan davranışlarını gidermek, içgörü geliştirmek ya da semptomu ortadan kaldırmak amacıyla, normal ve patolojik gelişim kuramları temel alınarak uygulanan, terapist ile hastanın sözlü iletişimlerine ve dinamik bir ilişki içerisinde etkileşimlerine dayanan, değişim oluşturmayı amaçlayan psikiyatrik bir tedavi yöntemidir.

Psikoterapilerde yaşam deneyimlerinin kişinin iç dünyasında ne gibi değişimlere yol açtığı üzerinde odaklanılır. Birçok psikiyatrik hastalıkta uygun olan yaklaşımın belirlenmesi koşuluyla psikoterapi uygulanabilir. Dermatoloji hastalarının deri belirtilerine odaklanmaları ve bu belirtilerin ruhsal etkenlerle olan ilişkisini kuramamaları nedeniyle psikoterapi motivasyonları oldukça düşüktür²⁹ ancak, davranış terapileri, bilişsel davranışçı tedaviler, psikanalitik psikoterapiler, grup tedavileri gibi değişik tedavi seçenekleri uygun hastalıklarda kullanılabilir.

Davranışçı ve Bilişsel Davranışçı Tedaviler

Davranış terapileri, öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir biçimde uygulanışıdır³⁰. Bilişsel yaklaşımlar ise olay-düşünce-duygu-davranış arasındaki mental süreçleri inceler. Bilişsel yaklaşımlara göre kişinin uyumunu bozan davranışları, bilişsel çarpıtmalara ve düşünce hatalarına yol açan düşünceleri nedeniyle ortaya çıkar. Terapilerde, uyum bozucu davranışları oluşturan düşünceler (otomatik düşünce) saptanır ve bunların yerine farklı düşünceler bulunarak olumsuz duygu ortadan kaldırılmaya çalışılır. Davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin psikodermatolojik hastalıklarda etkili olduğu gösterilmiştir^{31,32}.

Psikanalitik Psikoterapi

Bu tedavilerde temel amaç, hastanın çözümlenmemiş çocukluk çağı örselenmeleri temelinde oluşan ve semptom olarak ortaya çıkan bilinçdışı çatışmalarına içgörü kazanarak erişkin iletişim ve davranım özelliklerini kazanmasıdır. Özellikle ürtiker ve ekzema tanısı konmuş hastalar başta olmak üzere tedaviye psikanalitik psikoterapi eklenmesi ile olumlu sonuç alınmış olgu bildirimleri mevcuttur³³. Hastanın sorununun şimdiki olaylardan çok geçmişten kaynaklandığı düşünülüyorsa bu psikoterapi yöntemi uygun bir seçim olabilir. Kişilik bozukluklarının eşlik ettiği dermatolojik tablolarda uygun bir terapi yöntemi olabilir.

Davranış ve bilişsel davranışçı terapiler, psikanalitik psikoterapiler dışında, destekleyici psikoterapiler kişiler arası ilişki tedavileri, aile ve eş terapileri, grup tedavileri gibi değişik tedavi seçenekleri de psikodermatoloji hastalarında kullanılabilir.

Diğer Tedaviler

Hipnoz

Hipnoz Yunanca'da uyku anlamına gelmektedir ve telkin ile oluşturulan özel bir bilinç hali olarak tanımlanabilir. Hipnozda çevreye karşı farkındalık azalmaktadır ancak fokal bir farkındalık artışı olmaktadır. Hipnozun ağrı ve anksiyeteyi kontrol

edici etkisi yüzyıllardır bilinmektedir. Hipnoz, stresle başa çıkma, travmatik durumlar, kronik ağrı, disosiyasyon ve psikosomatik hastalıklarda tedavi amacıyla kullanılabilir³⁴. Dermatolojide hipnoz, telkine aşırı yatkınlığın yardımı ile yolma, kaşıma gibi hedef davranışları azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Hipnozun dermatolojide kullanıldığı alanlar akne ekskoriye, alopesi areata, atopik dermatit, eritrodermi, ekzema, liken planus, nörodermit, pruritus, psoriasis, trikotillomani, ürtiker, verrukalar, vitiligo ve benzeri hastalıklar olmak üzere oldukça fazladır³⁵⁻³⁸.

Biofeedback (Sinir Geribildirimi)

Biofeedback, hastanın kan basıncını, kalp hızını, deri sıcaklığını, kas gerilmesini çeşitli aletlerle ölçmeyi içeren, noninvazif bir şartlanma yöntemidir. Biofeedback ile hastaya, fizyolojik ölçümlerle, kendisinde gelişen deri ve emosyonel fonksiyonlarındaki pozitif değişimler öğretilir. Böylece hasta bedensel belirtilerinin farkına varır. Bedensel belirtilerinin farkına varan hastaya, bu belirtilerle baş etmesi için yapılandırılmış nefes egzersizleri veya gevşeme egzersizleri gibi bir takım yöntemler öğretilir. Tıpta bu yöntem, hipertansiyon, ağrı sendromları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, interstisyel sistit gibi hastalıklarla başetmede kullanılmaktadır. Dermatolojik olarak akne, ekzema, ürtiker ve psoriasisde kullanılmaktadır³⁹⁻⁴¹.

Gevşeme Teknikleri

Bu teknikler kas ve ruhsal gerginliğin giderilmesi amacıyla önerilirler ve sempatik tepkiyi azaltarak ve parasempatik aktiviteyi artırarak bu etkilerini gösterirler. İmajinasyon, meditasyon, kas gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, bu amaçla kullanılan tekniklerdir. Bu teknikler, akne, ekzema, ürtiker, psoriasis, hiperhidroz ve nörotik ekskoriyasyon gibi dermatolojik hastalıkların tedavisinde ilaç tedavilerinin yanında etkili bulunmuştur^{42,43}.

Sonuç

Psikodermatolojik hastalıklara psikolojik çatışmalar ve depresyon, anksiyete bozuklukları, sanrısız bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik eder. Bu nedenle dermatolojik tedavi modellerinin tek başına uygulanması, yeterli olmayabilir. Tedavi başarısı için, dermatolojik ve psikiyatrik patolojilerin ve bunların birbirleriyle olan ilişkisinin bilinmesi ve her hasta için değerlendirilmesi gerekmektedir. Dermatolojik tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda hastanın psikolojik değerlendirmesini de göz önüne alarak tedavinin planlanması ve hastanın gereksinimine göre psikofarmakoloji, psikoterapi, biofeedback, hipnoz gibi tedavilerin eklenmesi gerekebilir. Bu süreçte dermatolog ve psikiyatristin yakın bir işbirliği içerisinde çalışması gereklidir.

Kaynaklar

1. Koblenzer CS: Psychosomatic concept in dermatology. Arch Dermatol 1983;119:501-12.
2. Misery : 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. Fenichel O: Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Bornova, İzmir. (çev) Tuncer S. Ege Ün Matbaası, 1974;234-6.
6. Lee CS, Koo J: Psychocutaneous Drug Therapy. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery 2003;22:222-3.
7. Holter RF, Burgoon C: Psychological considerations of the skin in childhood. Pediatr Clin North Am 1961;8:719-36.
8. Higgins EM, Du Vivier AW: Cutaneous disease and alcohol misuse. Br Med Bull 1994;50:85-98.
9. Özpoyraz N, Tamam L: Psikokutanöz hastalıklarda tedavi yaklaşımları. T Klin Dermatoloji 2001;11:46-55.
10. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier WP et al: Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatric clinic. Gen Hosp Psychiatry 1997;19:29-35.
11. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF: Psychotropic drugs in dermatology: A review and guidelines for use. J Am Acad Dermatol 1986; 14:633-45.
12. Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients: a comparison of patient with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998;139:846-50.
13. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S et al: A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: a study of 127 patients. Gen Hosp Psychiatry 1989;11:166-73.
14. Gupta MA, Gupta A: The use of antidepressant drugs in dermatology. European Academy of Dermatology and Venereology JEADV 2001;15:512-18.
15. Lee CH, Accordino R, Howard J et al: Psychopharmacology in dermatology. Dermatol Therapy 2008;21:69-82.
16. Hart W, Seikowski K, Gieler U et al.: Psychopharmacological treatment of dermatological patients-when simply talking does not help. JDDG 2007;5:1101-7.
17. Settle EC Jr: Antidepressant drugs: disturbing and potentially dangerous adverse effects. J Clin Psychiatry 1998; 59:25-30.
18. Silverstone PH: Ravindran Afor the Venlafaxine XR 360 Canadian Study Group: Once-daily venlafaxine extended release (XR) compared with fluoxetine in outpatient with depression and anxiety. J Clin Psychiatry 1999;60:22-8.
19. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN: Antidepressant drugs in dermatology: An update. Arch Dermatol 1987;113:647-52.
20. Koo JY, NG TC: Psychotropic and neurotropic agents in dermatology: Unapproved uses, dosages, or indications. Clinics in Dermatology 2002;20:582-94.
21. Bernstein JE, Whitney DH, Soltani K: Inhibition of histamine-induced pruritus by topical tricyclic antidepressant. J Am Acad Dermatol 1981;5:582-5.
22. Graff-Radford SB, Shaw LR, Naliboff BN: Amitriptyline and fluphenazine in the treatment of postherpetic neuralgia. Clin J Pain. 2000;16:188-92.
23. Hundley JL, Yosipovitch G: Mirtazapine for reducing nocturnal itch in patients with chronic pruritus: o pilot study. J Am Acad Dermatol 2004;50:889-91.
24. Damiani JT, Flowers FP, Pierce DK: Pimozide in delusions of parasitosis. J Am Acad Dermatol 1990;22:312-3.
25. Driscoll MS, Rothe MJ, Grant-Kels JM, Hale MS: Delusional parasitosis: a dermatologic psychiatric and pharmacologic approach. JAAD 1993;29:1023-33.
26. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW: Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic review. Br J Psychiatry 2007;191:198-205.
27. Mercan S, Altunay IK, Taskintuna N, Ogutcen O, Kayaoğlu S: Atypical antipsychotic drugs in the treatment of delusional parasitosis. Int J Psychiatry in Medicine 2007;37:29-38.
28. De Leon OA, Furmaga KM, Canerbury AL, Bailey LG: Risperidone in the treatment of delusional of infestation. Int J Psychiatry Med 1997;27:403-409.
29. Koblenzer CS: Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. Int J Dermatol 1993;32:82-8.
30. Sungur M : Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. Psikiyatri Temel Kitabı. Ed. Güleç C, Köroğlu E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998;895-907.
31. Fortune DG, Richard HL, Kirby B et al: A cognitive behavioral symptom management program as an adjunct in psoriasis therapy. Br J Dermatol 2002;146:458-65.

32. Galassi F: Cognitive-Behavioral Techniques. *Clinics in Dermatology* 1998;16:715-23.
33. Van Moffaert M: Psychodermatology: an overview. *Psychotherapy&Psychosomatics*, 1992;58:125-36.
34. Spiegel H, Greenleaf M, Spiegel D: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed. Sadock B, Sadock V. (Çev. Aydın H, Bozkurt A) 8. Baskı, İstanbul, Güneş Kitabevi, 2007;2548-56).
35. Shenfeld PD: Hypnosis and dermatology. *Arch Dermatol* 2000;136:393-9.
36. Stewart AC, Thomas SE: Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br J Dermatol* 1995;132:778-83.
37. Schertzer CL, Lookingbill DP: Effects of relaxation therapy and hypnotizability in chronic urticaria. *Arch Dermatol* 1987;123:913-6.
38. Willemsen R, Vanderlinden J, Deconinck A, Roseeuw D: Hypnotherapeutic management of alopecia areata. *JAAD* 2006;55:233-7.
39. Hughes HH, England R, Goldsmith DA: Biofeedback and psychotherapeutic treatment of psoriasis: a brief report. *Psychol Rep* 1981; 48:99-102.
40. Haynes SN, Wilson CC, Jaffe PG, Britton BT: Biofeedback treatment of atopic dermatitis. *Biofeedback Self Reg* 1979;4:195-209.
41. Manuso JSJ: The use of biofeedback hand warming training in the eczematous dermatitis of the hands: a case study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1977;8:445-6.
42. Winchell SA, Watts RA: Relaxation therapy in the treatment of psoriasis and possible pathopsychological mechanisms. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:101-4.
43. Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T: Influence of mindfulness meditation based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom Med* 1998;6:63542.