

Psikokutanöz Hastalıklarda Tedavi Yaklaşımları[¶]

TREATMENT APPROACHES TO PSYCHOCUTANEOUS DISEASES

Nurgül ÖZPOYRAZ*, Lut TAMAM**

* Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

** Yrd.Doç.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, ADANA

Özet

Deri, açığa vurulmamış bilinçli ya da bilinçdışı duyguların yansıtıldığı, sözsüz iletişime aracılık eden bir organdır. Günümüzde pek çok deri hastalığının başlamasında ve alevlenmesinde ruhsal-toplumsal sorunların etkisinin olduğu, kronik deri hastalıklarına sekonder olarak ruhsal sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir. Psikokutanöz hastalıklar olarak adlandırılan bu grubun tanı ve tedavisinde biyopsikososyal olarak bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Bu yazıda psikokutanöz hastalıkların tedavi sürecinde hastaya yaklaşım, değerlendirme ve tedavi ilkeleri aktarılmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Psikokutanöz hastalıklar, Tedavi, Psikodermatoloji

T Klin Dermatoloji 2001, 11:46-55

Summary

Skin is an organ that mediates non-verbal communication and reflects unclosed conscious and unconscious thoughts or feelings. Currently it is well known that psycho-social factors have prominent effect on onset or precipitation of many skin disorders and several chronic skin diseases occur secondary to psychological problems. A biopsychosocial approach is warranted in diagnosis and treatment of psychocutaneous disease. In this article, approach to the patient, assessment and treatment principles during treatment course of psychocutaneous diseases have been reviewed.

Key Words: Psychocutaneous diseases, Treatment, Psychodermatology

T Klin J Dermatol 2001, 11:46-55

Deri, bedenimizi örten, dış dünyayla arada sınır görevi gören, acı, haz, sıcak ve soğuk gibi duyuları algılayan, bedenin içsel ve çevresel değişikliklerine uyumda önemli işlevi olan bir organımızdır (1). Psikodinamik olarak benliğin organik bir örtüsü, en dış sınırı olarak kabul edilir. Açığa vurulmamış bilinçli ya da bilinçdışı ruhsal ve toplumsal sorunların yansıtıldığı, sözsüz iletişime aracılık eden bir organ olarak da değerlendirilebilir (2). Pek çok deri hastalığının başla-

masında ve alevlenmesinde ruhsal-toplumsal sorunların etkili olduğu ya da kronik deri hastalıklarında sekonder olarak ruhsal sorunların çıktığı artık benimsenen bir gerçektir (1,3-6). Dermatoloji kliniklerinde yapılan çalışmalarda yatan hastaların %60'ında, ayaktan izlenen hastaların %30'unda ruhsal sorunlar bulunduğu belirlenmiştir (6,7).

Psikokutanöz hastalıkların birbirleri arasındaki geçişlerin kesin olmaması ve birbirleri ile çakışmaları nedeniyle çok değişik sınıflamalar yapılmıştır. Genel olarak psikodermatolojik ilişki temelinde değerlendirdiğimizde, dört ana ilişki biçimi tanımlanabilir (1,5,8,11-15).

1. Primer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili dermatolojik bozukluklar:

Bunlar kesin olarak ruhsal kökenli olarak değerlendirilen, primer psikiyatrik bozukluklar sonucu ortaya çıkan durumlardır. Delüzyonel parazitoz, dismorfofobia (Beden Dismorfik

Geliş Tarihi: 31.12.1999

Yazışma Adresi: Dr.Nurgül ÖZPOYRAZ
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD
Balcalı 01330 ADANA

[¶]Bu yazının kısaltılmış şekli 19-24 Ekim 1998 tarihinde Kuşadası/İzmir'de yapılan 17.Ulusal Dermatoloji Kongresinde, "Psikosomatik Dermatoloji" panelinde birinci yazar tarafından sunulmuştur.

Bozukluk), dermatitis artefakta, nörotik ekskori-asyon, trikotilomani, glossodinia, glossopirozis, psikojenik pruritis, psikojenik purpura sendromu bu gruptandır. Bu tablolar çoğu zaman major depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, monosemptomatik hipokondriasis, psikotik durumlar, borderline kişilik bozukluğu ile ilişkilidir.

2. Psikosomatik faktörlerle ilişkili dermatolojik hastalıklar:

Bunlar; atopik dermatit, psoriasis, ürtiker, alopesi areata, liken planus, akne ve siğillerdir. Bunlar psikosomatik faktörlerden etkilenen primer olarak dermatopatolojik zeminde gelişen hastalıklardır. Bu hastalıkların etyolojilerinde psikonöro-immünolojik süreçler rol oynar. Özellikle bu süreçte önemli rolleri olan nöropeptitler (enkefalin, endorfin, vasoaktif intestinal peptid, substance P) ağrı ve kaşınma duyarlarının iletiminde görev alırlar. Bunların reseptör alanları limbik sistemdedir ve limbik sistem ruhsal süreçlerin en önemli alanlarından biridir.

3. Sekonder psikiyatrik bozukluklar:

Psoriasis, vitiligo gibi hastalıklar sonrasında gelişen depresyon, anksiyete bozuklukları bu grup içinde değerlendirilir.

4. Psikotrop ilaçların kullanıldığı psikiyatrik olmayan durumlar:

Postherpetik nevralji, angioödem gibi durumlarda psikotrop ilaçlardan yararlanılabilir.

Psikokutanöz Hastalıklarla Başetme

Psikokutanöz hastalıklar dermatolojide tedavisinde güçlüklerle karşılaşılan bir hastalık grubu olarak düşünülmektedir. Çünkü bu hastalıklarda karmaşık ruhsal ve bedensel süreçler birbirleriyle etkileşim içerisindedir. Bu etkileşimi tanıyabilme ve bu hastalıklarla başedebilme süreci bir dermatologun bakış açısıyla ele alındığında 3 aşamada incelenebilir.

I. Değerlendirme

II. Psikiyatrik yardım gereksinimi olup olmadığını belirleyip psikiyatriste gönderme

III. Gereken durumlarda psikotrop ilaçlardan yararlanma

I. Değerlendirme

Dermatolog bir hastada psikokutanöz hastalık tanısı düşündüğünde öncelikle hastayı bir bütün olarak, bedensel ve ruhsal yönden birlikte değerlendirmelidir. Bu değerlendirme süreci uzun zaman ve sabır gerektiren bir süreçtir. Eğer bu zaman ayrılabilir ve sabır gösterilebiliyorsa hastaların bir çoğunda bu durumla başetmek mümkündür. Ancak dermatolog her zaman bu yükü taşımak, hastanın ruhsal durumunu ayrıntılı incelemek zorunda değildir. Önemli olan bu grup hastalarla uğraşıp uğraşmama kararı ve isteğinin olup olmasıdır. Eğer dermatologun bu zorlu ve uzun süren uğraşı için zamanı ve sabrı yoksa psikiyatri konsültasyonu yardımı istemeli, yükü ve sorumluluğu psikiyatristle paylaşmalıdır. Bu yardımın isteneceği dönemde hastanın tolere edemeyeceği "hastalığınız sinirsel" gibi kesin ve doğrudan yorumlar yapmamaya özen göstermelidir. Çünkü psikokutanöz hastalıklarda hastanın anksiyetesi bir bedensel belirtiyeye yani derisine yer değiştirmiştir. Bu belirti sayesinde hasta anksiyetesiyle başedebilir durumdadır. Bunu doğrudan yüzeletirmek, açık ve direkt yorumlar yapmak hastanın görece olarak koruduğu ruhsal dengesini bozabilir. Durumun "sinirsel" olduğunu söylemek çoğu zaman yararlı olmaz ve hastaların doktor doktor gezmelerine, yanlış yöntemler uygulamalarına ve durumun ağırlaşmasına neden olur. Burada dermatologun görevi, hastaya hastalığın bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiğini anlatmak, ruhsal alanda da yardıma gereksinimlerinin (birlikte-hem hasta hem hekim olarak-) olduğuna inandırmak olmalıdır (16).

Hastayı değerlendirme sürecinde ilk hedef hastada bir ruhsal sorun olup olmadığını belirlenmesidir. Ardından altta yatan ruhsal patolojinin ne olduğunun araştırılması gelir. Çünkü psikodermatolojik durumlar, ağır psikopatolojik durumlardan değişik ruhsal problemlere kadar geniş bir yelpazede yer alabilir. Örneğin kendi kendine (self-induced) yapılmış bir lezyonun altında depresyon, anksiyete, psikoz ya da kompulsif bir davranış olabilir. Bunları birbirinden ayırdedebilmek önemlidir. Ayrıca yaşam olayları ile belirtiler arasında nasıl bir ilişki olduğunun, deri belirtilerinin ruhsal duruma ne amaçla hizmet ettiğinin araştırılması ve belirlenmesi gerekir. Belirtilerin şiddeti ile ruhsal durum arasında tutarlı bir ilişki olup ol-

madığı, anksiyete, depresyon ya da psikozun olup olmadığı araştırılmalıdır (1,5,16). Ayrıca çevresel faktörlerin nasıl azaltılabileceği ya da hastanın engellenmesinin, suçluluğunun ya da agresyonunun nasıl rahatlatılacağı değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sürecinde önemli olan ayrıntılı, hastayı her yönüyle ele alan bir öykünün alınmasıdır. Ev ve sosyal durumun (aile ilişkileri, okulu, iş sorunları, cinsel yaşam gibi) tam bir değerlendirilmesi, bunun için kendisi ve yakınlarından alınan öykünün incelenmesi gerekir. Yakınlarının desteği istenmeli, eğer kendileri de bu duygusal durumun parçası iseler onların kaygıları da önlenmelidir (5).

Dermatolog birçok hastada açık depresyon ya da anksiyeteyi çoğu zaman farkedebilir. Ruhsal sorun dışarıdan ayırt edilemiyor ya da reddediliyorsa dikkatli bir sorgulama gerekir. Burada dermatologun görevi, ruhsal durumun ne zaman kontrol dışında olduğunu ve ne zaman yardım istenmesi gerektiğini belirleyebilmek olmalıdır (5,6). Bu hastayla terapötik ilişki kurabilmeyi gerektirir. Bu ilişkiyi kurabilmek, hastalara ulaşabilmek için üç anahtar yaklaşımdan söz etmek yerinde olur.

1. Kişilerin hastalıklarından çok hastalığı algılayış ve yorumlayış biçimleri önemlidir. Aynı şiddetteki bedensel yakınmalar farklı hastalar tarafından farklı hastalık olarak algılanırlar. Örneğin psoriasis olan hastaların bir çoğu kaşınma yakınması getirmezken bazılarında bu yakınma ön plandadır. Bu nedenle "hastanın dilini anlamak" hasta ile terapötik ilişkinin ilk anahtarıdır. Bu dil anlaşılırsa hastaya özel kaygılar, endişeler anlaşılabilir ve hastayla iletişim için, hastaya ulaşılacak yol bulunmuş olur (5,11).

2. Bu dili anlayabilmek için dermatologun sabrı, empati gücü, iletişim kurma ve dinleyebilme becerisi, kişiliği çok önemlidir. Hastanın duygusal güçlüklerini açığa çıkarmak gerektiğinde dinleyen bir kulak gören bir göz kadar önemlidir. Bir dermatolog için "baktığından daha çok dinleyebilme becerisi" iletişimde önemli ikinci anahtardır. İletişim sırasındaki ses tonunda titreme, geçici bir kekemelik, iki uçlu duygular hastanın duygusal sıkıntısı için birer ipucudur (5,7).

3. Eğer tedaviye hızla yanıt alınmışsa önemli bir yönetim sorunu yoktur. Hastalığın nedenini belirlenememişse, tedavi uzamışsa hastanın bek-

lentilerini karşılamak güçleşir. Deri hastalıklarında da yaşamın diğer alanlarında olduğu gibi korkulan şey bilinmeyendir. Hasta ve hekim aynı lezyona baktıklarında farklı şeyler görebilirler. Örneğin akneli hasta ve dermatolog aynı lezyona baktığında farklı şeyler görürler. Burada "tedavi edilmesi gereken dermatologun değil hastanın gördükleridir". Bu anlaşıldığında tedavi için üçüncü anahtar elde edilmiş olur (5).

Bu üç anahtar ele geçirildiğinde kapalı kutu olan hastalarla iletişim kolaylaşacaktır. Hasta ile iyi bir terapötik iletişim; hastanın dilini anlayabilen, dinleyebilen, sabırlı, empati yapabilen, hastanın sorunlarını anladığı mesajını verebilen, gerektiğinde hastanın suçluluk ve iğrenme duygularını azaltmak için dokunabilen bir hekimle olur.

Bu terapötik iletişim sırasında yapılacak bireysel görüşme, empati yapabilen, yargılamayan, destekleyici, açık uçlu sorular içeren, duyguları açığa çıkarmaya yönelik bir görüşme olmalıdır. Böyle bir görüşmeye hemen tüm hastalar yanıt verirler. Hastaya sıkıntı ve kaygısını doğrudan, açıkça sormak çoğu zaman inkara neden olur. Bunun yerine neler hissettiği, ne tür sorunlar yaşadığını açığa çıkarmak için araştırıcı olunmalıdır. Hasta serbest konuşması için heveslendirilmeli ve ilgiyle dinlendiği hissettirilmelidir. (5)

II. Psikiyatrik Yardım Gereksinimi Olup Olmadığını Belirleyip Psikiyatriste Gönderme

Psikokutanöz hasta grubu içinde hastaların yaklaşık %10'u "nefret dolu hastalar (hateful patients)" olarak adlandırılırlar. Bunlar çoğu zaman öfkeli, kızgın ve gergin hastalardır. Bu hastalar dermatologun tedavide karşılaştığı sorunların %90'ını oluştururlar. Bu hastaların öfke ve kızgınlık duyguları hekimde de öfke ve kızgınlık duygularının oluşmasına yani bir "ayna tepkisine" yol açabilir. Bu duygular aynaya yansır gibi hastadan hekime, hekimden hastaya yansır. Bu hastaların kontrole gelmesi hekimde gerginlik yaratır. Çünkü bu hastalar ne yaparsanız yapın iyileşmeyecek hastalardır. Bunlar bilinçli ya da bilinçdışı gereksinimleri nedeniyle hastalığı sürdürme, sonuçtan memnun olmama eğilimindedirler, ruhsal dengelerini bu durumu sürdürerek korurlar (14,16).

Örneğin; böyle bir hasta hekime kaşıntıyla başvurduğunda hekim uygun ilacını vererek tedaviye başlar. Ancak hastanın yakınması sürer. Hekime yansıtılan tepkiler nedeniyle hekim sorunu çabuk halletmek için daha agresif tedavi yollarına (steroid gibi) başvurabilir. Bu tedavilerin çıkardığı yan etkiler hastanın öfke ve kızgınlığını daha da arttırır. Hekimde ayna tepkisini doğurur, öfke kızgınlık ve anksiyete çıkmasına neden olur ve bu kısır döngü sürer gider. (14,16).

Bu tür hastaların yönetiminde neler yapılmalı?

Hasta anksiyetesini, öfke ve kızgınlığını doğrudan göstermeyebilir, değişik biçimlerde yansıtabilir. Bunlar; tedaviye ara verme, uyumsuzluk, inatçılık, bağımlılık, yapışma, depresyon şeklinde olabilir. Hekim bu etkileşimde ne olduğunun farkına varamazsa kendini tehdit edilmiş olarak algılayabilir. Böyle bir durumda hastanın ve kendinin duygularını anlamaya çalışmalıdır. İyi bir hasta bakımı için temel olan, hekimin her sorunun mutlak çözümlenebilir olmadığını kabullenmesi gerekir. Hekim bütün sorunları çözebilecek güçte olduğu duygusu "tüm güçlülük (omnipotans)" içinde olmamalıdır. Hastaya bu durum anlatılabilmeli, başka tür bir yardımın gerektiğine karar verebilmeli ve bunu hastaya aktarabilmelidir. Sonuç olarak tüm hastaların hepsi gerçekten tedavi olmak istemezler, bir kısmı bilinçli ya da bilinçdışı nedenlerle hastalığı sürdürme eğilimindedirler, buna gereksinimleri vardır. Özellikle bu grup hastada psikiyatrik yardım gerekir (14,16).

Psikiyatrik yardım gereken durumları şu biçimde sıralayabiliriz (7,8,14):

1. Hastanın tedaviye yanıtı yeterli değilse ise,
2. Altta yatan fiziksel bir neden bulunamıyorsa,
3. Hastalığın nedeni hastanın yaşamındaki belirgin sorunlarla ilişkili ise,
4. Emosyonel destek ve psikotrop ilaç verilmesi yetersiz geliyorsa,
5. Tedaviye uyumsuzluk tedavinin başarısızlığının bir nedeni ise,
6. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, psikoz gibi profesyonel yardım gerektiren durumlar varsa,
7. 100 mg/gün eşdeğerinden fazla imipramin kullanmak gerekiyorsa bir psikiyatriste gönderilmelidir.

Ancak psikiyatriste göndermek her zaman kolay değildir. Bunun bazı nedenleri vardır. Ruhsal hastalıklara karşı toplumda tepkisel bir durum olması, hastanın savunucu ya da düşmanca tavır içinde olması, kişiliği nedeniyle duygularına dokunulmasına izin vermemesi, belirtilerin kişi için bilinçdışı anlamlar taşıması bu nedenler arasında sayılabilir (6,14). Bu sorunları çözmek için en iyi yollarından biri dermatoloji kliniği içinde, tedavi ekibinin bir üyesi olarak psikiyatristin bulunmasıdır. Her zaman bu koşulu sağlamak özellikle ülke-mizde- mümkün olmaz. Bu nedenle psikiyatriste gönderilmesi düşünülen hastalar için bir hazırlık aşaması gerekir.

Hastayı psikiyatriste göndermeden önce, hazırlık aşamasında, öncelikle hastanın yakınmaları kendisine yansıtılır. Örneğin deri lezyonunun yaşamını nasıl etkilediği, hangi işlevlerde yetersizliğe düştüğü, kendisiyle ilgili ne tür kötü duygular hissetmesine yol açtığı hastaya sorularak, bunları farketmesi sağlanır. Hastalığın yarattığı engellenmelerin anlaşıldığı mesajı verilmeli, gereken tıbbi araştırmaların yapıldığı ve tıbbi nedenlerin dışlandığı belirtilmelidir. Bu nedenle başka çözümler aranması gerektiği açıklanıp "Elinizden geleni yaptınız, birlikte çözmeye çalıştık, ama bu sorunlardan kurtulacak kadar yol katedemedik" şeklinde bir ifadeyle hasta bilgilendirilebilir. Ardından bu hastalıkların biyopsikososyal nedenleri olan, çok faktörlü, karmaşık hastalıklar olduğu, günümüzde bu hastalıklara yaklaşımın farklı olduğu bilgisi hastaya anlatılmalı, hasta bu konuda eğitilmelidir. Doktor hastadan aldıklarını hastaya yansıtarak emosyonel yaşantıdaki sorunların bedene yansıyabileceği konusunda hastanın dikkatini çekmelidir. Bu arada da psikiyatriste gönderse bile deri sorununun tedavisini bırakmayacağını, sürdüreceğini, birlikte çözüm arayacaklarını anlatmalıdır. Bu ilk öneriden sonra red gelirse hastanın ihtiyacının daha fazla olduğu bellidir. Bu konuda uğraşarak yavaş yavaş kabul ettirilebilir. Ancak tüm uğraşılara karşın tedaviyi reddeden hastaların olabileceği unutulmamalıdır (5,11,14).

III. Gereken Durumlarda Psikotrop İlaçlardan Yararlanma

Psikokutanöz hastalıklarda ruhsal sorunlar ağır psikopatolojik durumlardan değişik ruhsal

problemlere kadar geniş bir yelpazede yer alabilir. Bu hastalarda altta yatan ruhsal patolojiyi (depresyon, anksiyete, obsesyon, kompulsiyon, psikoz) ayırdedebilmek, uygun psikofarmakolojik ajanı seçmek açısından da önemlidir. Örneğin "yapay dermatit" gibi bir psikodermatolojik tanıyı koymak altta yatan psikopatolojiyi tanımlamak ve tedavi edici ajanı seçebilmek için yeterli değildir. Çünkü kendi kendine yapılmış bir lezyonun altında depresyon, anksiyete, psikoz ya da kompulsiyon olabilir. Bundan dolayı dermatolojik tanıya göre psikofarmakolojik ajanı seçmek yerine altta yatan psikopatolojiyi tanımayaya yönelik değerlendirmeler önem kazanmaktadır. (9,11)

Her zaman bu grup hastaların psikiyatristlere gönderilmesi mümkün olmamakta, çoğu zaman dermatologların önerdiği psikofarmakoterapiden hastalar yararlanmaktadır. Böylece psikofarmakolojik ajanlarla ilgili bilgilendirme dermatoloji kliniklerinde önem kazanmaktadır.

Psikotrop ilaçlarla ilgili bilgilendirilmenin dermatolojideki önemini 4 başlıkta sıralayabiliriz (7,8).

1. Ruhsal sorunlara bağlı deri lezyonunun tedavisi
2. Psikokutanöz hastalıklara sekonder gelişen ruhsal sorunların tedavisi
3. Nonpsikiyatrik durumların tedavisi (antikolinergik ve antihistaminergik etkileri nedeniyle)
4. Psikotrop ilaç yan etkilerinin yönetimi

Psikokutanöz hastalıkların tedavisinde sık kullanılan psikotrop ilaçlar antidepresanlar, anksiyolitikler ve antipsikotiklerdir. Burada özellikle bu ilaçların dermatolojideki kullanımına yönelik bilgiler sunulmaktadır.

Trisiklik antidepresanlar

Antidepresanlar içinde, dermatoloji pratiğinde özellikle trisiklik antidepresanlar (TCA) kullanılmaktadır. Bu grup antidepresanlar antikolinergik ve antihistaminergik etkileri nedeniyle ruhsal sorunlar olmasa da kronik ürtiker, idiyomatik pruritus, postherpetik nevralji, atopik ekzema, soğuk ürtikeri, diabetik nöropati, angiödem gibi durumlarda kullanım alanı bulmaktadır (5,7,17).

TCA'lar 1940'ların sonlarında antihistaminik olarak sentezlenmişlerdir. H₁, H₂, muskarinik, α₁, α₂ adrenerjik ve serotonin reseptörlerine etkileri

olan ilaçlardır. Antidepresan özelliklerini sağlayan adrenerjik ve serotonerjik etkileri 1958 yılından sonra gündeme girmiştir. Dermatologları ilgilendiren etkileri H₁ reseptör blokajı, antikolinergik potansiyelleri ve α₁ adrenerjik blokaj özellikleridir. Çünkü dermal kan damarları H₁ ve H₂ reseptörler içerir. Kronik ürtikerde H₁ ve H₂ reseptörlerinin birlikte blokajının sadece H₁ blokajından daha etkili olduğu gösterilmiştir. Antipruritik etkileri yanında , ağrı ve kaşıntı duyuları endojen opiyatlar aracılığıyla, aynı sinirlerle iletildikleri için analjezik etkileri de vardır. TCA içinde doksepin, triimipramin ve amitriptilin H₁ ve H₂ antagonistik etkileri nedeniyle antipruritik etkileri kuvvetli olan ilaçlardır. Doksepinin H₁ reseptör afinitesinin hidroksizinden 56 kat, difenhidraminden 775 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (17). TCA'lar kronik ürtiker, angioödem, dermatografizm, soğuk ürtikeri, atopik ekzema, postherpetik nevralji, diabetik nöropatiler, trikotillomani, nörotik ekskoriyasyon, glossodini gibi durumlarda etkin olarak kullanılmaktadır ve bu alanda yapılmış pek çok çalışma vardır. Özellikle yüz, saçlı deri ve genital bölgelerdeki yanma ve kaşıntı duyuları depresyon eşdeğeri olarak kabul edildiği için antidepresanlardan yararlanılmaktadır. Altta yatan depresif hastalığın tedavisi, antipruritik ve analjezik etkileri ile birlikte olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (5,7,9,15,17,18). Tablo 1'de TCA'ların reseptör blokaj etkileri gösterilmiştir.

TCA'lar oldukça yoğun yan etkiler gösteren ilaçlardır. Bu yan etkiler 7 başlıkta değerlendirilebilir (7,8,15,17);

Tablo 1. Trisiklik antidepresanların reseptör blokaj etkileri (8,17)

	H ₁ res blokajı	Antikolinergik etki gücü	α ₁ adrenerjik blokajı
İmipramin	Düşük	Orta	Düşük
Amitriptilin	Yüksek	Yüksek	Yüksek
Triimipramin	Yüksek	Yüksek	Yüksek
Doksepin*	Yüksek	Yüksek	Yüksek
Klomipramin	Orta	Orta	Orta
Desimipramin*	Düşük	Düşük	Düşük
Nortriptilin*	Düşük	Düşük	Düşük

* işareti olanlar ülkemizde bulunmamaktadır.

1. Periferik antikolinergik yan etkiler: Sıklıkla görme bulanıklığı, kabızlık, idrar retansiyonu, ağız kuruluğu görülür. Glokom, ileus ve prostat hiperplazisi olan hastalarda kullanılmamalıdır.

2. Kardiyovasküler sistem yan etkileri: Antikolinergik ve kinidin benzeri etki nedeniyle intraventriküler iletiyi etkileyerek QT uzaması, taşikardi, T dalgası düzleşmesi, ventriküler aritmeye (bening ve geri dönüşümlü) neden olabilirler. Ayrıca α adrenerjik blokaj etkisiyle ortostatik hipotansiyona yol açabilirler. Klinik olarak bu yan etkiler antidepresan dozunda kullanıldığında çıkar, dermatolojik hastalıklarda çoğu zaman daha düşük dozlar yeterli olmaktadır. Antihistaminiklerle birlikte kullanıldığında yan etki riski artar. Kalp yetmezliği, iletim sorunları olan hastalarda kullanılmamalıdır.

3. Nörolojik yan etkiler: Epileptik nöbet eşiğini düşürme, sedasyon, konfüzyon (öz.yaşlı hastalarda) gibi yan etkiler gözlenebilir.

4. Dermatolojik yan etkiler: Yaygın değildir. Fotosensitivite (UVA alan hastalarda ve yatkın hastalarda dikkatli kullanılmalı), papuler rash, ürtiker, peteşi, patolojik terleme (sempatomimetik etkiye bağlı), kutanöz vaskülit, toksik epidermal nekrolizis, eritema multiforme, akne, alopesi gibi durumlar nadir olarak görülebilir.

5. Hematolojik yan etkiler: Lökopeni, trombositopeni gözlenebilir.

6. Gastrointestinal sistem yan etkileri: Hepatik toksisite, bulantı, kusma oluşabilir.

7. Diğerleri: Kilo alma, iştah artışı ve gebelikte kullanıldığında teratojenik etkileri vardır.

Tablo 2'de TCA'ların sık görülen yan etkileri ilaçlarla ilişkilendirilerek gösterilmiştir.

Dermatolojide TCA kullanımında dikkat edilmesi gerekenler

TCA'lara başlanmadan önce sık görülen yan etkileri nedeniyle hastaların tıbbi öyküleri ve fizik muayeneleri yapılmalıdır. İlaç etkileşimleri değerlendirilmelidir. İlaç başlamadan önce tam kan sayımı, kan şekeri, tiroid, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, EKG ve gereken hastalarda ANA yapılmalıdır. TCA'lar 10-25 mg/gün başlanıp hastanın toleransına göre 5-7 günde bir 25 mg artırılarak etkin doza ulaşılır. Genel olarak edinilen izlenim psikodermatolojik durumlarda doz gerek-siniminin psikiyatrik durumlara göre daha az olduğu şeklindedir. Depresyon tedavisinde günlük ortalama doz 100-300 mg/g'dür. Oysa psikokutanöz hastalıklarda çoğu zaman 10-75 mg/gün dozu yeterli olmaktadır. Antidepresan dozlarda kullanıldığında yan etkiler daha sık ve ağır olarak göz-lenmektedir. Eğer altta yatan bir depresyonun varlığı düşünülüyor ve antidepresan dozunda kullanmak gerekiyorsa ya da 100mg/gün imipramin eşdeğeri dozdan fazla kullanmak gerekiyorsa psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Çünkü dep-resif durumlar için depresyon alt tipleri değerlendirilerek farklı antidepresan tipleri ve dozları gerekebilir. Yarı ömürlerinin uzun olmaları (yaklaşık 24 saat) ve sedasyon etkilerinin fazla olması nedeniyle günlük doz yatarken verilebilir. Yaşlı hastalarda kardiyovasküler ve nörolojik yan etkiler nedeniyle doz arttırımı daha yavaş olmalıdır ve ortalama dozun yarısı ya da üçte biri verilmelidir. Yan etkileri tolere edemeyen hastalarda ve kaşıntı yakınması yoğun olanlarda toplam doz üçe bölünebilir (7,8,11,17).

Tablo 2. TCA'ların sık görülen yan etkileri (11)

	Antikolinergik yan etkiler	Sedasyon	Nöbet	Ortostatik hipotansiyon	Aritmi	Antihistaminik yan etkiler
İmipramin	++	++	+++	+++	++++	++
Amitriptilin	++++	++++	+++	++	++++	++++
Doksepin*	++	+++	+++	++	++	+++
Klomipramin	+++	+++	++++	++	+++	+-
Desimipramin*	+	+	++	+	+++	+
Nortriptilin*	++	++	++	+	+++	+

* işaretli olanlar ülkemizde bulunmamaktadır.

TCA'lar absorbsiyondan sonra özellikle lipofilik dokulara iyi yayılır, plazma proteinlerine kuvvetli bağlanırlar. Bu nedenle ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalıdır. Karaciğerde metabo-lize edilirler. Hepatik ve renal hastalıklarda düşük doz kullanılmalıdır. Psikodermatolojik durumlarda terapötik etkileri 2-4 hafta sonra ortaya çıkar. Oysa antidepresan etki için 4-6 hafta beklemek gerekir. Antihistaminik ve analjezik amaçlı kullanıldıklarında daha hızlı etki ve daha düşük doz gereksini-mi olmasının farklı farmakolojik etkileri nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Psikodermatolojik hastalıklarda psikotrop ilaç kullanma süresi kesin olarak bilinmemektedir. Ancak semptomsuz 3-6 aylık dönem sonunda psikotrop ilacın azaltılarak kesilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. İlacın ani kesilmesinden sonraki ilk 48 saat içinde huzursuzluk, anksiyete, terleme, ateş basması, bulantı, diyare gibi antikolin-erjik çekilme belirtileri görülebilir. Bu nedenle ilaç azaltılarak yavaş yavaş kesilmelidir (8,9,15,17,18).

Selektif Serotonin Geri Alım (Reuptake) İnhibitörleri (SSRI)

Son yıllarda SSRI grubu antidepresanlardan fluoksetin ve sertralinin, ürtikerde kullanımına ilişkin çalışmalar vardır. Etkisinin serotonerjik meka-nizma aracılığı ile oluştuğu, anksiyete ile ilişkili durumlarda yararlı olduğu düşünülmektedir. Antikolin-erjik ve antihistamin-erjik etkileri çok azdır. Sedasyon, ortostatik hipotansiyon yapmazlar ve kardiyotoksik yan etkileri yoktur. Tek doz kullanılabilirler. Bulantı, kusma, başağrısı, uykusuzluk, huzursuzluk, anksiyete, libido azalması gibi yan etkileri vardır. Terleme, rash, pruritus, saç dökülmesi gibi dermatolojik yan etkilere de neden olabilirler (8,15,19).

Antidepresan grubu ilaçları kullanırken dikkat edilmesi gereken önemli bir durum da hastanın daha önceden geçirdiği bir ruhsal hastalığının olup olmaması ve bu nedenle tedavi görüp görmemesidir (8). Bu durum mutlaka sorgulanmalıdır. Böyle bir durum söz konusuysa, hasta mutlaka bir psiki-yatrıste gönderilmelidir. Çünkü bipolar bozukluk ya da psikotik bozukluk öyküsü olan hastalarda antidepresanlar bu tabloları

tetikleyebilirler. Epileptik nöbet öyküsü olan hastalarda da nöbet eşiğini düşü-rerek epileptik nöbetlerin ortaya çıkmasına neden olabilirler.

Anksiyolitik ilaçlar

Anksiyete ruhsal ve bedensel fizyolojik görünümüleri ve belirtileri olan bir durumdur. Ruhsal belirtileri içinde nedensiz ve aniden ortaya çıkan aşırı endişe, kaygı, gerginlik, huzursuzluk, sıkıntı duy-guları, her an kötü bir şey olacakmış hissi, aklını kaçıracağı ya da öleceği endişeleri gözlenir. Bu durum basit bir sıkıntı duygusundan yoğun kaygı ve endişeye hatta panik durumuna kadar varabilir. Fizyolojik belirtileri içinde taşikardi, tremor, terleme, sık idrara çıkma, nefes darlığı, boğulma hissi, kan basıncı değişiklikleri şeklinde kendini gösterir. Bu belirtiler hastanın günlük işlevlerini yerine getirmesini engelleyecek düzeyde ise anksiyolitik ilaçlar kullanılmalıdır. Ayrıca psoriasis, liken planus, liken simpleks kronikus, atopik dermatit, kronik pruritus, nörotik ek-skoriasyon, akne vulgaris gibi durumlar anksiyete ile alevlenebilen durumlar olduğu için anksiyolitik ilaçlardan yararlanılabilir (7,8).

Başlıca iki tip anksiyolitik ilaç grubu vardır. Birincisi, etkisi çabuk başlayan, hızlı etkili benzodiazepinlerdir. Uzun süreli ve denetimsiz kullanıldıklarında bağımlılık riskleri olabilir. En yaygın olarak kullanılanı Alprazolam (Xanax 0,5mg)'dir. Özellikle anksiyete ve depresyonun birlikte olduğu durumlarda iyi bir seçenektir. Alprazolam dozu her hastanın durumuna göre düşük dozdan başlanıp yavaş arttırılarak anksiyeteyi kontrol edecek, sedasyon yapmayacak şekilde ayarlanmalıdır. Alprazolam reçete edilirken yan etkileri ve bağımlılık riskini en az indirmek için, total dozu 2 mg/gün ile sınırlamaya, psikiyatri konsültasyonu olmaksızın 2-3 haftalık dönemlerden fazla kullanılmamasına özen gösterilmelidir (7-9,11,18).

İkinci tip anksiyolitikler ise benzodiazepin grubundan olmayan, bağımlılık yapıcı ve sedasyon etkisi bulunmayan Buspiron (Buspon 5mg)'dur. Terapötik etkisi en az 2 haftalık kullanımdan sonra ortaya çıkar. Ortalama olarak 15 mg/gün dozunda kullanılabilir. Yan etkileri içinde bulantı, diyare, başağrısı, huzursuzluk, halsizlik, başdönmesi sayılabilir. Etkisinin yavaş başla-

ması, uzun süre kullanım güvenliği nedeniyle kronik anksiyetesi olan hastalarda ideal seçenektir (8).

Ayrıca klasik antihistaminik ilaçların santral sinir sistemine geçmeleri nedeniyle antiprüritik etkileri yanında sedasyon yapıcı etkileri vardır. Bu ilaçlar anksiyolitik ve sedasyon amaçlı olarak tercih edilebilirler. Özellikle difenhidramin ve hidrosizin gibi antihistaminiklerden uyku sorunu olan, görünür anksiyetesi olan hastalarda yararlanılabilir (11).

Antipsikotikler

Dermatolojide en sık görülen psikotik bozukluk "delüzyonel parasitöz"dür. Bu psikozda kullanılan spesifik antipsikotik pimozid (Nörofren 2mg)dir. Ekstrapiramidal sistem yan etkileri en sık görülen yan etkileridir. Ayrıca uzamış QT aralığı, T dalgası değişiklikleri, U dalgası gibi EKG değişikliklerine neden olabilir. Bu nedenle tedavi öncesi ve sırasında EKG takibi gereklidir. Ortalama 2-4mg'lık günlük doz tedavi için yeterli olmaktadır. Belirtilerin düzelmesinden sonra 6 ay kullanılıp kesilmelidir.

Dermatoloji pratiğinde özellikle düşük potanslı antipsikotik ilaçlardan (fenotiyazinler-klorpromazin, tioridazin) yararlanılabilir. Bunların dopamin blokaj etkileri yanısıra antikolinergik ve antihistaminik etkileri de vardır. Bu etkilerinden yararlanmak ve sedasyon sağlamak amacıyla 25-75 mg/gün dozlarında kullanılabilirler. Ortostatik hipotansiyon, karaciğere toksik etki ve konfüzyon açısından özellikle yaşlı hastalarda dikkatli olunmalıdır. İlaça başlamadan önce tam kan sayımı, kan şekeri, tiroid, karaciğer ve böbrek işlevleri değerlendirilmelidir. Ayrıca bu grup ilaçların dermatolojik yan etkileri vardır. Fenotiyazinler özellikle klorpromazin deride mavi-gri renk değişiklikleri ve fotosensitivite geliştirebilir. PUVA tedavisi alan hastalarda dikkatli olunmalıdır. Uzun süre fenotiyazin kullanımı sonrasında %63 ANA pozitifliği ve %48 antiDNA pozitifliği, lupus benzeri belirtiler, makulopapüler, eritomatoz allerjik rashlar (başlangıçtan 2-10 hafta sonra), kolestatik hepatite bağlı kaşıntı, seboreik dermatit, eritema multiforme görülebilir. Bu nedenle tedaviye başlamadan önce, ANA ve AntiDNA testlerin pozitifleşmesinin önemli olduğu hastalarda bu değerlere bakılmalıdır (7,8,15).

Dermatolojide kullanılan ilaçların ruhsal yan etkileri

Dermatolojide kullanılan ilaçların ruhsal yan etkilerini değerlendirmek ayrıca önem taşımaktadır. Sistemik glukokortikoidler sıklıkla depresyon, mani ya da psikoz ortaya çıkarabilirler. Uzun süre ve yüksek doz steroid kullanan hastalarda yapılan bir çalışmada %37,5 depresyon, %65 anksiyete, %20 mani, %77,5 uykusuzluk belirlenmiştir (5). Steroid dozu 50 mg/gün üzerinde iken mani benzeri tablolar yarattığı görülmüştür. Bu nedenle manik depresif hastalık öyküsü olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. Antimalarial ilaçlar ve dapson psikoz oluşturabilirler. Asiklovire bağlı psikoz da bildirilmiştir (5).

Son yıllarda izotretinoin kullanımına bağlı depresif belirtiler ve intihar riski gündemdedir. Nodüler ve kistik akne izotretinoin tedavisi 1982 yılından itibaren kullanılmaya başlanmış, 80 ülkede 8 milyon dolayında insan bu ilacı kullanmıştır. FDA kurumuna 1989 yılından bu yana depresyon ve intihar girişimlerinin gözlemlendiği 12 olgu bildirilmiştir (20-23). Gelişen depresyon ve intihar girişimlerinin doğrudan ilaca bağlı olduğunun belirlenememesine karşın, izotretinoinin depresyon, libido azalması, uykusuzluk, intihar düşünce ve girişimlerine yol açabileceği, bu konuda dikkatli olunması gerektiği uyarısında bulunmuştur (20,22, 23). Bu alanda yapılan çalışmalarda %1-10 arasında değişen depresyon oranları bildirilmiştir (24-26). Bu çalışmalardan çıkarılan ortak görüş, özellikle adölesan yaş grubunda, ailesinde ya da kendisinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan olguların tedavi süresince depresyon açısından yakından izlenmesinin gerekli olduğu şeklindedir. Bu çalışmalarda, depresif belirtilerin ilaç kesildikten sonra 5-7 gün içinde kendiliğinden düzeldiği bildirilmektedir.

İzotretinoin ile ilgili olarak akne vulgaris tablosunun da kişinin ruhsal durumunu bozan, depresif tablolar ortaya çıkaran bir durum olması ve aknenin tedavisi sonrasında ruhsal durumun düzelmesinin de önemli olduğunu düşünenler vardır. Çünkü akne dermatolojik hastalıklarda intihar riskinin arttığı durumlar içinde beden dismorfik bozukluğundan sonra ikinci sırada gelmektedir. Beden algısının bozulması, kendilik saygısının (self-esteem) azalmasına ve depresy-

ona yol açabilmektedir. Akne skarlarının aynı zamanda psikolojik skar anlamına geldiği düşünülmektedir. Aknenin tedavisiyle psikolojik skarın da iyileştiği, bu durumun da dikkate alınması gerektiği bildirilmektedir (23,27-29).

Tüm bu yorumlar birlikte değerlendirildiğinde, akne vulgaris tedavisinde önemli bir yeri olan izotretinoinin özenli kullanıldığında, kullanım süresi boyunca depresyon gelişimi açısından uyanık olduğunda önemli bir sorun çıkarılmadığı sonucu çıkarılabilir. Mart 1998'de Orlando'da yapılan Amerikan Dermatoloji Akademisi'nin toplantısında yapılan tartışmada izotretinoin ile ilgili olarak "çok kolay kullanılan bir ilaç olmadığı, kapıdan geçen her akneliye yazılacak bir ilaç olmadığı" şeklinde bir yorum yapılmıştır (23).

İlaçlar dışında kullanılan diğer ruhsal tedavi yöntemleri

Psikodermatolojik sorunların tedavisinde bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, bilişsel davranışçı psikoterapi kullanılan ve yararlanan tedavi yöntemleridir (5,11,19,30). Son yıllarda psikokutanöz hastalıkların tedavisinde öğrenme teorisi temeline dayanan tedavi yöntemleri ön plana çıkmaktadır. Özellikle gevşeme egzersizleri anksiyeteyi azaltarak dermatolojik semptomların oluşmasında ya da alevlenmelerini önlemekte yararlı olmaktadır. Ayrıca belirtilere toleransı arttırmakta, ağrı ya da kaşıntı gibi belirtilerle başetmesini kolaylaştırmaktadır. En yaygın olarak kullanılan yöntem değişik kas gruplarını kasmak ve gevşetmek suretiyle yapılan progresif relaksasyondur. Ayrıca nefes egzersizleri, self-hipnoz, hoş giden imaj çalışmaları ve müzik gibi yöntemler kullanılabilir (30).

Sonuç

Psikokutanöz hastalıklar tanınması kolay, ancak başedilmesi oldukça güç, sabır ve zaman gerektiren durumlardır. Bu zorlu süreçle başedebilmek için dermatologların hastalarını biyopsikososyal yönden bir bütün olarak ele almaları gerekir. Bu bütüncül yaklaşım artık günümüzün yaklaşımıdır. Hastasını dinleyebilen, onun dilini anlayabilen, hastasının gördüklerini tedavi etmeyi amaçlayan, empati yapabilen bir dermatolog bu grup hastada çoğu zaman başarılı olabilir. Gereken durumlarda psikiyatri ile yapılan işbirliği, konsültasyon-liyazon bağlamında kurulan ilişki ile psikokutanöz hastalıklarda tedavi sonuca ulaşacaktır. Günümüzde dünyada psikodermatoloji

klinaleri kurulmakta, kongreleri düzenlenmekte ve bu konunun önemi giderek artmaktadır. Ülkemizde de her iki disiplin arasında kurulacak işbirliği, bu hastalıklarla başetme yolunda modern yaklaşıma ulaşmakta yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Özpoyraz N, Ünal M, Özpoyraz M. Deri hastalıkları ve ruhsal-toplumsal özellikler. *Psycho Med* 1995; 1: 60-6.
2. Özkan S. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi. İstanbul: Roche, 1993: 113-4.
3. Engels WD. Skin disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol 2, 4th ed. Baltimore: Williams&Wilkins, 1985: 1178-84.
4. Gupta MA, Voorhees JJ. Psychosomatic dermatology. *Arch Dermatol* 1990; 126: 90-3.
5. Savin JA, Cotterill JA. Psychocutaneous disorders. In: Champion RH; Burton JL, Elbling FJ, eds. *Textbook of dermatology*, Vol 4, 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ 1992; 2479-96.
6. Woodruff PWR, Higgins EM, du Vivier WP, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology - psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 29-35.
7. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Psychotropic drugs in dermatology: A review and guidelines for use. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14: 633-45.
8. Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: An update. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1030-46.
9. Koo JYM. Psychotropic agents in dermatology. *Dermatol Clin* 1993; 11: 215-224.
10. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 51-54.
11. Koo JYM, Pham CT. Psychodermatology: Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol* 1992; 128: 381-8.
12. Gupta MA, Voorhees J. Psychosomatic dermatology. *Arch Dermatol*, 1990; 126: 90-3.
13. Farber EM, Nall L. Psoriasis: A stress related disease. *Cutis* 1993; 51: 322-6.
14. Koblenzer CS. Psychosomatic concepts in dermatology: A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol* 1983; 119:501-2.
15. Koblenzer CS. Pharmacology of psychotropic drugs useful in dermatologic practice. *Int J Dermatol*, 1993; 32:162-8.
16. Novak M. The "Don'ts" in treating psychocutaneous disease. *Cutis*, 1979; 23:528-529.
17. Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN. Antidepressant drugs in dermatology: An update. *Arch Dermatol* 1987; 113: 647-52.
18. Koo JYM, Gambia C. Psychopharmacology for dermatologic patients. *Dermatol Clin* 1996; 14: 509-23.
19. Koo JYM. The use of psychotropic medications in clinical dermatology. *Dermatol Clin* 1992; 10:641-3.

20. Josefson D. Acne drug is linked to severe depression. *BMJ* 1998; 316:723.
21. Gatti S, Serri F. Acute depression from isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25:132.
22. Peck GL, DiGiovanna JJ, Rubinow DR. Acute depression from isotretinoin: Reply. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25:132.
23. Lamberg L. Acne drug depression warnings highlight need for expert care. *JAMA* 1998; 279:1057.
24. Hazen PG, Carney JF, Walker AE, Stewart JJ. Depression—a side effect of 13-cis-retinoic acid therapy. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:278-9.
25. Bruno NP, Beacham BE, Burnett JW. Adverse effects of isotretinoin therapy. *Cutis* 1984;33:484-9.
26. Scheinman PL; Peck GL, Rubinow DR, DiGiovanna JJ, Abangan DL, Ravin PD. Acute depression from isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:1112-4.
27. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137: 246-50.
28. Rubinow DR, Peck GL, Squillace KM, Gantt GG. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:25-32.
29. Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for life?. *Dermatol* 1997; 195 (suppl1):15-21.
30. Van Moffaert M. Psychodermatology: an overview. *Psychother Psychosom* 1992;58 (3-4):125-36.