

Cinsel Travma Sonrası Gelişen İki Vitiligo Olgusu

Meltem SUKAN *, Fulya MANER **, Musa TOSUN ***

ÖZET

Cilt hastalıkları ile psikolojik etmenler arasındaki ilişkiye çeşitli yazarlar tarafından dikkat çekilmiştir. Bir psiko-kutanöz hastalık olarak değerlendirilen vitiligonun ortaya çıkışında otoimmünite, psikososyal ve emosyonel etmenlerin önemi vurgulanmaktadır. Bir erojen bölge olarak cilt, tüm yaşlarda büyük psikososyal önem taşır. Bu yazıda ortaya çıkışında cinsel travmanın önemli rol oynadığı iki vitiligo olgusu sunularak, klinik görünümleri ve stresör etmenler tartışılmıştır. Cinsel travma herhangi bir kişiye kendi isteği dışında, cinsel istek içererek yapılan her türlü cinsel eylemi içerir. Her iki olguda da vitiligonun neden olduğu görüntü bozukluğuna ilişkin olumsuz duygular yanısıra cinsel tacizin yarattığı utanma, öfke gibi duygular yoğun olarak yaşanmaktadır. Olumsuz emosyonlar vitiligo belirtilerinin başlamasıyla yeteri kadar boşalamayıp, birinci olguda distimik bozukluk, ikinci olguda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtilerinin de ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Anahtar kelimeler: Cinsel travma, distimik bozukluk, TSSB, OKB, vitiligo, cinsellik

Düşünen Adam; 2005, 18 (1): 55-62

ABSTRACT

Two Cases of Vitiligo Due to Sexual Trauma

The importance of psychogenic factors in the development of a variety of dermatological diseases have been debated by many authors. The prominent role of autoimmunity, psychological and emotional factors are emphasized as contributing to the expression of vitiligo which can be viewed as a psychocutaneous disorder. The skin has a great psychosocial impact as an erogenic region all through life. In this article two cases of vitiligo in which sexual trauma has a precipitating role are presented and the clinical manifestations and stressor factors are discussed. Sexual trauma involves any kind of activity correlated with sexual desire without the consensus of the individual. Besides the negative effects associated with the disfiguring features of vitiligo, emotions like shame, rage due to sexual assaults have been deeply experienced in both of the cases. Negative emotions which have not been totally released with the occurrence of vitiligo, lead to dysthymic disorder in the first case and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Obsessive Compulsive Disorder (OCD) in the second one.

Key words: Sexual trauma, dysthymic disorder, PTSD, OCD, vitiligo, sexuality

GİRİŞ

Cilt bir iletişim organıdır ve tüm yaşam boyunca gelişim ve toplumsallaşma üzerinde önemli bir rolü vardır. Cilt duygusal uyarımlara yanıt

verir. Çoğunlukla cilt hastalıkları, başkalarının gözüne çarpar. Bu nedenle, cilt sorunları olan hastalar, sosyal ve emosyonel sonuçlardan etkilenilebilir. Ciltteki renk ve şekil bozuklukları, psikososyal işlevsellik üzerine etkili olabilmek-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 10. Psikiyatri Birimi, Ass. Dr., ** Klinik Şef Yrd., Doç. Dr., *** Klinik Şefi, Prof. Dr.

tedir. Vitiligo hayati tehlikesi olmamasına karşın, hastanın yaşamında sadece bozuk görüntünün etkili olduğu tek cilt hastalığıdır (1).

Cilt hastalıkları ile psikolojik etmenler arasındaki ilişkiye çeşitli yazarlar tarafından dikkat çekilmiştir (2). Sağlıklı, normal cilt, kişinin fizik ve ruhsal iyiliği açısından önemlidir. Cinsel çekicilik, kendini iyi hissetme duygusu ve özgüven açısından cildin önemi büyüktür. Ciltte görülebilen herhangi bir lekenin, kişiyi ve karşındakini derinden etkileyebileceği bildirilmiştir (3).

Vitiligo, hastaların yaşam kalitesinde büyük etkileri olan, çoğu hastanın bu durumdan rahatsızlık duyduğu ve kendisini damgalanmış hissettiği ciddi bir cilt hastalığıdır. Toplum, vitiligo hastalarının, farklı görüntüleri olduğunu hissettirebilir; yorum yapabilir, hastalığı hakkında soru sorabilir, aşağılayabilir ya da dışlayabilir. Hastalığın kronik doğası, tedavi süresinin uzunluğu, etkili bir tedavi yönteminin henüz bulunamaması, öngörülemeyen seyir, genellikle moral bozucudur. Bu hastalığın psikolojik belirtilerini tanımak ve bununla mücadele etmek, yaşam kalitesini arttırmak ve daha iyi tedavi yanıtı almak açısından önemlidir (3).

Çoğu cilt hastalıklarında olduğu gibi (4), vitiligo hastalarda, ortaya çıkışı ve seyrinde psikolojik etmenlerin rol oynamasına karşın, öncelikle dermatoloji kliniklerine başvurmakta; genellikle dermatolojik tedaviler önerilmekte ve psikiyatriye yönlendirme ya hiç olmamakta ya da birçok hastada gecikmektedir.

Rook ve Wilkinson, duygusal etmenlerin cilt hastalıkları üzerindeki etkisinin önemini vurgulamış, dikkate alınmadıklarında dermatoloji bölümlerine başvuran hastaların en az % 40'ının verimli tedavisinin olanaksız olacağını ileri sürmüştür. Dermatoloji hastaları arasındaki psiko-

jen etkilerin oranını Obermeyer % 66, Medansky ve Handler ise % 80 olarak vermektedir (5).

Cilt bozukluklarına yol açan psikolojik düzenekle ilgili çalışmalar mevcut olup, stigma, şekil bozukluğu ve özgüven konuları üzerinde durulmaktadır. Bilindiği gibi cilt, sosyal kabul ve sosyal etkileşimde önemli rol oynamakta; cilt kusurları, sözel-sözel olmayan reddedilmeyle karşı karşıya kalmaya yol açmaktadır. Reddedilme, emosyonel olarak acı vericidir. Hastalar yüzme, güneşlenme gibi cildin görünürde olduğu eylemlerden sıklıkla kaçınırlar (6).

Cilt bozuklukları yeti yitimine neden olabilir (7). Yeti yitimi ve öznel damgalanma duygusu, cilt hastalıklarında huzursuzluk yaratabilir.

Vitiligoyu psikolojik etmenler tetikleyebilir. Örneğin, vitiligonun otoimmün yetersizliklerin sonucu ortaya çıkabildiği ve katekolamin ve serotonin metabolitlerinin doğrudan depigmentasyonu etkileyebileceği bildirilmiştir (8). Sonuçta depresyon ya da anksiyeteye neden olabilecek bir olayın, otoimmün ve serotonin işlevselliğini etkileyebileceği ve depigmentasyonla sonuçlanabileceği var sayılabilir (1).

Embriyolojik gelişme bile, merkezi sinir sistemiyle cilt arasındaki sıkı ilişkiye işaret etmektedir. Hem epidermis, hem de merkezi sinir sistemi, nöral plakadan nöral boruya gelişir. Şekil bozukluğu yaratan sendromlar sıkça cildi ve merkezi sinir sistemini birlikte etkilemektedir (9,10).

Cormia, psikodermatolojik hastalığı olan kişilerin yaşamlarındaki zor durumların üstesinden gelemediklerini ve bu zorlanmanın yarattığı gerginlik, stres sonucunda otonom mekanizmaların kullanılmasının deri hastalıklarına yol açabileceğini

ifade etmiştir (11).

Musaph, psikosomatik bir belirtinin, agresif bir dürtünün enerjisinin organik işlevler üzerine aktarılmasıyla ortaya çıkabildiğini ifade etmiştir (12). Shannon, psikolojik çatışmayla ortaya çıkan psikodermatolojik hastalığı olan kişilerin, belirgin bir cezalandırma korkusu ve gereksinimi olduğunu söylemiş ve toplama kampından sağ kalan 128 hastayla yaptığı çalışmada, cilt sorunlarının stresle ya da id-superego arasındaki çatışma nedeniyle ortaya çıkabileceğini ifade etmiştir (13).

Vitiligonun getirdiği sıkıntılarla başa çıkabilmiş hastalar, çok iyi özbakımları ve ego güçlerinin yüksek olması ile karakterizedir. Kendileriyle ilgili bu durumu benimseyebilmişlerdir.

Cilt hastalığı olanlarla sağlıklı bireyler arasında cinsel haz alma deneyimleri ve emosyonel davranışların ifadesinde farklılık olduğu var sayılmaktadır. Bu varsayım, haz alma biçiminin psikosomatik patolojinin başlangıcını tetikleyebileceği gerçeğine dayanmaktadır. Cildin etkinlikleri arasında, erojen işlev çok önemlidir (14).

Bir psikokutanöz hastalık olarak değerlendirilen vitiligonun, nedenleri ve klinik özellikleri göz önüne alındığında, otoimmünite yanısıra psikososyal, emosyonel etmenlerin önemi vurgulanmakla birlikte, DSM-IV-TR ve ICD-10 tanı sınıflamalarında fizyolojik bozukluklar ya da fiziksel etkilerle bağlantılı davranış sendromları başlığı altında yer almamaktadır (15,16).

Bu yazıda ortaya çıkışında cinsel travmanın önemli rol oynadığı iki vitiligo olgusu sunulurken, klinik görünümleri ve stresör etmenler tartışılmıştır.

OLGU 1

Sİ, 33 yaşında, Çanakkale doğumlu kadın hasta. Meslek lisesi mezunu, ev hanımı. 12 yıllık evli. Sosyoekonomik durumu iyi derecede, 2 çocuklu. Eşi deri konfeksiyon işçisi. 1972 yılında Çanakkale'den İstanbul'a, 1 yaşındayken göç etmişler. 9 yıldır cilt belirtileriyle eş zamanlı başlayan isteksizlik, yorgunluk, anlamsızlık, karamsarlık, iştah azalması, uyku bozukluğu, cinsel isteksizlik, cilt belirtilerinden dolayı özgüvende azalma, çevresindekilerin kendisine olumsuz düşünceleri olduğunu düşünme ve kendisine bakmalarından rahatsız olma yakınmaları mevcuttu. Son 2 yıldır hem cilt, hem de depresif belirtilerinin şiddetinde artma söz konusuydu. İlk tedavi arayışı 8 yıl önce bir dermatoloji polikliniğine başvurarak olmuş. Fokal vitiligo tanısı almış. Elleri, dizler, dirsekler, ayak bilekleri tutulmuş. İlk belirtileri 9 yıl önce fark edilmesinden sonra, tanı 1,5 yıl sonra konmuş ve psoralen ve güneş ışınlarından koruyucu krem şeklinde, düzensiz tedavi görmüş. Son 1 yıldır aralıklı olarak PUVA tedavisi görüyor, ancak tedaviyi bırakmış.

Stresör Faktörler: Ekonomik sıkıntılar, hazır olmadığı halde hamile kalıp çocuk doğurması, eşinin 1 yıl önce koroner by-pass ameliyatı geçirmesi.

Özgeçmiş: Hepatit B geçirmiş. 7 yıl önce uterustan polipektomi yapılmış. 15 yıldır 5-6 adet/gün sigara kullanıyor.

Soygeçmiş: Annesi hepatit B taşıyıcısı. Kızkardeşi travma sonrası stres bozukluğu tedavisi görüyor.

Travma öyküsünde: Çocukken cinsel tacize uğradığı, bugüne kadar bu olaydan hiç kimseye bahsetmediği, bu konuyla ilgili hiçbir şekilde

henüz kendini konuşmaya hazır hissetmediği, çocukluğunda fiziksel ve duygusal istismara uğradığı, ısrarla sorulmasına rağmen konuşmaktan kaçındığı, ayrıca sevdiği bazı yakınlarının ölümünden çok etkilenecek ağır bir kayıp olarak yaşadığı, 1999 Marmara Depremi'nden çok etkilendiği öğrenildi.

Psikiyatrik Muayene: Yaşında gösteren, normal boy ve kiloda, özbakımı orta olan kadın hasta. İşbirliği kurmakla birlikte, görüşme sırasında savunucu tutumu ve durgun olduğu dikkati çekiyordu. Yakınmalarını olduğundan daha hafif göstererek, gizleme eğilimindeydi. Duygulanımı hafif kısıtlı, zaman zaman sıkıntılı izlenimde olup, aleksitimi özellikleri gözleniyordu. Sorulan sorulara alçak sesle, kısa yanıtlar veriyordu. Çağrışımları hafif yavaşlamakla birlikte, düzgündü. Duygulanımı düşünce içeriğine uygundu. Preoküpyasyon, obsesyon ve kompülsiyon tanımlamıyordu. Algılaması doğaldı. Uzak, yakın ve anlık bellek kusuru saptanmadı. Gerçeği değerlendirme ve soyut düşünme yetileri doğaldı. Muhakeme kusuru yoktu. Uykuya dalma zorluğu ve sık uyanma tanımlıyordu. İştahı normaldi. Kendini çirkin, başarısız bulduğunu, kendisinden utandığını, diğer insanlardan daha aşağı gördüğünü, aptal gibi görünmekten korktuğunu, duygularını başkalarıyla paylaşmak istemediğini, sevilmediğini, başka biri olmayı isteyecek kadar kendisinden memnun olmadığını, kendine sıklıkla kızdığını ifade etti. Sıcak, yakın, duygusal ilişki kurmada sorunlar yaşıyordu. Cinsel isteksizliği olduğunu, cinselliği bir görev olarak yaşadığını belirtti.

Tanı: Distimik bozukluk ve fokal vitiligo.

Tedavi: Psikiyatrik muayene sonucunda hasta-ya paroksetin 20 mg/gün başlandı.

OLGU 2

GD, 20 yaşında İstanbul doğumlu, bekâr, kadın hasta. Marmara Üniversitesi Tarih Bölümü 3. sınıf öğrencisi. İstanbul'da oturuyor; anne-baba ve iki kardeşiyle yaşıyor. Ailesinin sosyoekonomik durumu orta düzeyde. 3 yıldır düzenli cinsellik yaşadığı bir birlikteliği var. 13 yıl önce göğüs altları, kalça yan kısımları, genital bölge ve boynundaki beyaz lezyonlar nedeniyle, bir dermatoloji polikliniğine başvurarak, segmental vitiligo tanısı almış. Yaklaşık 10 yıldır giderek artan kirlenme obsesyonları ve temizlenme kompülsiyonları, ayrıca düzen-simetri ve kontrol kompülsiyonları, zaman zaman uykuya dalma güçlüğü tanımlıyordu. Uğradığı cinsel tacizlerle ilgili rüyalar görüyor, kendisine tacizi hatırlatan her türlü ortam ve konuşmadan kaçınıyordu. Zaman zaman aşırı uyarılmışlık ve flashback tanımlıyordu. Dermatolojik tedavilerin yeterli yanıt vermemesi üzerine psikiyatrik konsültasyon istenmişti.

Stresör Faktörler: Babası üç kez miyokard enfarktüsü (MI) geçirmiş, iki kez kardiyak arrest olmuş. 4 yıl önce kendisine aşık olan bir genç, aşkına kendisi tarafından karşılık verilmeyince intihar etmiş. Gencin ailesi ve arkadaşları onu suçlamış. Bu olaydan sonra huzursuzluk, uykusuzluk, olayın sorumluluğunu hissetme ve geceleri sayıklamaları başlamış.

Özgeçmiş: Özellik tanımlanmadı.

Soygeçmiş: Babasında koroner kalp hastalığı ve hiperkolesterolemi; annesinde depresyon ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu, obezite, lomber disk hernisi mevcut. Babasının yeğeni şizofreni hastası.

Travma öyküsü: 7 yaşındayken pazarda tanımadığı bir adam tarafından genital bölgesi, ken-

di ifadesiyle 'mıncıklanmak' suretiyle, 9 yaşındayken bakkalın 17 yaşındaki oğlunun cinsel organını sürterek uzun süreli tacizine maruz kalmış. Ardından bakkala gitmemeye başlamış. 13 yaşındayken bir sınıf arkadaşı elle, sıkıştırmak şeklinde onu taciz edermiş. Depremden orta derecede etkilenmiş, ciddi bir trafik kazasına tanık olmuş, babası iki kez kardiyak arrest durumundayken görmüş.

Psikiyatrik Muayene: Yaşında gösteren, öz bakımını iyi olan kadın hasta. Görüşmeye istekli. Sorunlarını ayrıntılı bir biçimde anlatabiliyor. Çağrışımları düzgün. Duygulanımı labil, ancak düşünce içeriğiyle uygun. Varsanı ve hezeyan tanımlamıyor. Muhakeme, soyutlama ve bellek kusuru saptanmadı. İştahı normaldi. Segmental vitiligo lezyonlarına rağmen özgüveni yüksekti; kendisini güzel, çekici ve zeki buluyor, yine de başkalarına aptal gibi görünmekten korkuyordu. Bedenindeki duyularına fazla odaklanmıştı. Duyguları için uygun kelimeleri bulmada zorlanma, duygularını tanımlayamama gibi aleksitimik özellikleri belirgindi. Klinisyen tarafından uygulanan travma sonrası stres bozukluğu ölçeğinde (CAPS), TSSB tanısı aldı (Skoru: 70).

Tanı: TSSB, OKB ve segmental vitiligo.

Tedavi: 13 yıldır topikal kortikosteroid pomadlar ile düzensiz dermatolojik tedavi görmüş. Psikiyatrik muayene sonucunda hastaya fluvoksamin 200 mg/gün başlandı.

TARTIŞMA

Sunduğumuz iki kadın vitiligo olgusunda, stresör etmenlerin oluşturduğu psikolojik durum SCID-I'e göre I. eksen tanıları koyduracak düzeydedir.

Vitiligo olgularımızın ikisi de kadındır. Pek çok

kaynakta vitiligo sıklığının kadınlarda erkeklerden daha sıkça görüldüğü vurgulanmaktadır (17,18).

Her iki olguda da vitiligonun neden olduğu görüntü bozukluğuna ilişkin olumsuz duygular yanı sıra cinsel tacizin yarattığı utanma, öfke gibi duygular yoğun olarak yaşanmaktadır. Olumsuz emosyonlar vitiligo belirtilerinin başlamasıyla yeteri kadar boşalamayıp, birinci olguda distimik bozukluk, ikinci olguda TSSB ve OKB belirtilerinin de ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ayrıca her iki olguda da erken yaşlarda yaşanan cinsel taciz, daha sonra yaşanan olumsuz yaşam deneyimlerinin travmaya dönüşmesini kolaylaştırmıştır. Birinci olguda çocuklukta yeterli bakım, ilgi, empatik duygu yaşanmaması sonucu klinik belirtilerle başa çıkamama, yaşam kalitesinin azalması söz konusudur. Henüz yaşadığı travmayı konuşamayacak derecede ağır duygusal baskı hissetmektedir. İkinci olguda ise, çoğul cinsel taciz öyküsü olmasına rağmen, ego gücünün daha yeterli olduğu dikkati çekmekte olup, suçluluk duyguları ve sevilen obje kaybı söz konusudur.

Vitiligo cinsel travmanın ardından ortaya çıkabildiği gibi, cinsel yaşamı ve eş ilişkilerini de olumsuz etkileyebilir. Örneğin, Hindistan'da vitiligosu olan kişilerin, diğer ülkelere göre, özellikle genç, evlenmemiş kadınlarda daha fazla sosyal sorun yarattığı söylenebilir. Evli kadında sonradan vitiligo oluşursa, çoğunlukla boşanmaya kadar giden evlilik sorunları yaşamayı kaçınılmaz olabilir (3,19).

Vitiligo olgularda depresyonun görülme sıklığının daha az tahmin edilmesi söz konusu olabilir. Porter ve ark.'ın (1979) çalışmasında, hastaların % 40'ının hastalıklarına karşı pasif bir tutum sergileyerek, hiç tedavi görmedikleri ya da çok az tedavi gördükleri bildirilmiştir (20). Hastala-

rın belirtilerini görmezliğe gelmelerine karşın, pasif tutumları ve inkar etmeleri gerçekte, depresyon belirtileri olabilir (1).

Papadopoulos ve arkadaşları, yaşam olaylarının vitiligo başlangıcını nasıl tetikleyebileceğine ilişkin kapsamlı bir çalışma yapmıştır. 3 yıldan daha kısa hastalık süresi olan, vitiligo tanısı almış 100 hastayı, kontrol grubu olarak psikolojik etmenlerle ilişkili olmayan şekil bozukluğu saptanmış hastalarla karşılaştırmış; vitiligo hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, hastalıkları başlamadan önceki bir yıl içerisinde istatistiksel olarak anlamlı sayıda stresli yaşam olayları yaşadıklarını; özellikle vitiligo hastalarının daha yüksek oranda kayıp ya da yas, yaralanma, hastalık yaşadıklarını; yeme ve uyuma alışkanlıklarında daha büyük değişiklikler olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada dikkati çeken başka bir bulgu da, vitiligo hastalarının % 40'ından fazlasının, hastalığın ilk ortaya çıkışından bir yıl önce yakın bir arkadaşı ya da akrabasının ölümünü bildirmeleridir. % 25'inden fazlasında, aile, arkadaş, çevresindekilerin kaybıyla birlikte seyreden, yaşam koşullarında bir değişiklik, yer değiştirme bildirdikleri saptanmıştır. Tüm bu bulgular, travmatik yaşam olaylarının vitiligonun ortaya çıkmasına neden olabileceğini ortaya koymaktadır (21).

Capoore ve ark.'nın bir çalışmasında, kronik ya da tedaviye dirençli cilt hastalığı olan 64 hastanın % 69'unda cilt sorunu ortaya çıktığı sırada önemli bir yaşam olayı tanımlanmıştır (22).

Picardi ve arkadaşları, ayaktan tedavi gören ve yakın zamanda vitiligo başlangıcı ya da alevlenmesi yaşayan 31 hastada vitiligonun stresli yaşam olaylarıyla artmadığını, ancak kontrol edilemeyen birçok olayla arttığını göstermiştir (23).

Mattoo ve arkadaşlarına göre, psikiyatrik mor-

bidite, vitiligoda % 34 oranında olup, bunların % 56'sı uyum bozukluğu, % 22'si depresif epizod, % 9'u ise distimi olarak saptanmıştır (24). Porter ve ark. (25) ve Picardi ve ark. (26), ayaktan tedavi edilen vitiligo hastalarının % 65'inin hastalıkları hakkında endişelendiğini bildirmiştir. Önceki çalışmalarda vitiligoda nörotik depresyon % 50, anksiyete nörozu % 20 bulunmuştur (27,28). Attah Johnson ve Mostaghimi, ayaktan tedavi edilen vitiligo hastalarında % 67 (27), Weiss ve ark. % 37 oranında psikiyatrik bozukluk oranı bildirmişlerdir (28).

Papadopoulos ve ark., vitiligo hastalarında beden imgesinin, özgüvenin, yaşam kalitesinin geliştirilmesinin gerektiğini, bunun da hastalığın seyrine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir (29).

Cilt hastalıkları, iletişimi, bedensel yaşamı ve özellikle de cinselliği doğrudan etkiler (30). Cildin etkinlikleri arasında, erojen işlev çok önemlidir (14). Bir erojen bölge olarak cilt, tüm yaşlarda büyük psikososyal önem taşır (31,32). Papadopoulos ve ark., vitiligoluların % 16'sının cinsel sorunları olduğunu bildirmiştir (21).

Literatür gözden geçirildiğinde, vitiligo başlangıcını tetikleyen cinsel travmayla ilgili herhangi bir yayına rastlanmamıştır. Cinsel travma herhangi bir kişiye kendi isteği dışında, cinsel istek sonucu yaklaşılarak yapılan her türlü cinsel eylemi içerir. Çocukluklarında fizik ve cinsel istismar yaşayan kadınların, erişkinlik dönemlerinde strese karşı verilen hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen yanıtlarının anormal olduğu bildirilmiştir (33).

Her ne kadar vitiligo ile ilgili bir olgu bildirimini bulunamamasına rağmen, cinsel travmanın hatırlanmasıyla ortaya çıkan akut ürtiker olgusu, Brosig ve ark. (2000) tarafından yayınlanmıştır. Bu olguda 34 yaşında, anneannesinin ikinci eşi

tarafından 12 yaşındayken uğradığı cinsel tacizini hatırladığı sırada gelişen akut ürtiker gelişen bir kadından söz edilmektedir. İş ve eşi ile evlilik sorunları sonucu depresif düşünceleri, değersizlik fikirleri, mahvolmuşluk, yıkılmışlık hissi, öfke ve saldırganlık yakınmaları ile, psikodinamik yönelimli psikoterapi görüşmeleri sırasında, bastırıldığı cinsel travma ile ilgili anılarını birdenbire hatırladığında, akut ürtiker ortaya çıkmış, katarsis oluşmuş ve iki yıl süren o dönemi ayrıntılı olarak anlatmıştır. 11 yaşındayken anne ve babası şiddetli geçimsizlik sonucu boşanmış, hasta babası yanında kalmış ve bu arada anneannesinin ikinci eşi tarafından bir yandan cinsel taciz yaşarken, diğer yandan anne-babasından göremediği yakınlığı, ilgiyi de yaşamaktan memnun olduğunun farkına varmıştır (31).

Vitiligo sadece kozmetik bir sorun olarak ele alınabilmesine rağmen, emosyonel etmenlerin bu bozuklukla yakın ilişkisi oldukça açık olarak görülmektedir.

SONUÇ

Dermatolog ve psikiyatrist arasında düzenli bir işbirliği olması tedavi için gereklidir. Somatizasyon ve kişiler arası çatışmaların önemini vurgulayan daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Silvan M: The psychological aspects of vitiligo. *Cutis* 73(3):163-7, 2004.
2. Calikusu C, Yucel B, Polat A, Baykal C: The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: a comparative study. *Compr Psychiatry* 44(3):256-261, 2003.
3. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ: Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes* 23:1(1):58, 2003.
4. Çalikuşu C: Nörotik Ekskoryasyonun Psikiyatrik Tanılar, Aleksitimi ve Öfke İfade Biçimleriyle İlişkisi, Uzmanlık tezi: İstanbul 1998.
5. Schneider VG, Gieler U: Die haut als spiegel der seele: Psychosomatische Dermatologie-aktueller forschungsstand. *Z psychosom Med Psychother* 47:307-331, 2001.
6. Kent G, Al-Abadie M: Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 35(6):895-898, 1996.
7. Ryan TJ: Disability in dermatology. *Br J Hosp Med* 46(1):33-36, 1991.
8. Slominski A, Paus R, Bomirski A: Hypothesis: possible role for the melatonin receptor in vitiligo: discussion paper. *J R Soc Med* 82(9):539-541, 1989.
9. Rasmussen JE: Psychosomatic dermatology. Is it relevant? *Arch Dermatol* 126:90-93, 1990.
10. Panconesi E, Hautmann G: Psychophysiology of stress in dermatology. *Dermatologic Clinics* 14:399-421, 1996.
11. Fruensgaard K, Hjortshj A, Nielsen H: Neurotic exco-riations. *Int J Dermatol* 17:761-767, 1978.
12. Musaph H: Agression and symptom formation in dermatology. *Journal of Psychosomatic Research* 13:257-264, 1969.
13. Shannon J: The subconscious motivation for the appearance of psychosomatic skin disorders in concentration camp survivors and their rehabilitation. *Psychosomatics* 11:178, 1970.
14. Ruggieri V, Milizia M, Angeli F: Reaction to cutaneous (tickle) and sexual pleasure by normal and dermapathic subjects. *Percept Mot Skills* 61(3 Pt 1):903-910, 1985.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
16. World Health Organization. Classification of Mental and Behavioural Disorders-ICD-10, Geneva: World Health Organization, 1992.
17. Boisseau-Garsaud AM, Garsaud P, Cales-Quist D, et al: Epidemiology of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). *Int J Dermatol* 39(1):18-20, 2000.
18. Kent G, Al-Abadie M: Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 35(6):895-898, 1996.
19. Niemeier V, Winckelsesser T, Gieler U: Hautkrankheit und Sexualität. Eine empirische Studie zum Sexualverhalten von Patienten mit Psoriasis vulgaris und Neurodermitis im Vergleich mit Hautgesunden. *Hautarzt* 48:629-633, 1997.
20. Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB: Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry* 1(1):73-77, 1979.
21. Papadopoulos L, Bor R, Legg C, Hawk JL: Impact of life events on the onset of vitiligo in adults: preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clin Exp Dermatol* 23(6):243-248, 1998.
22. Capoore HS, Rowland Payne CM, Goldin D: Does psychological intervention help chronic skin conditions? *Postgrad Med J* 74(877):662-4, 1998.
23. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, et al: Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. A case-control study. *Psychother Psychosom* 72(3):150-158, 2003.
24. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, et al: Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. *J Dermatol* 28(8):424-432, 2001.
25. Porter J, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J: Response to cosmetic disfigurement: patients with vitiligo. *Cutis* 39(6):493-494, 1987.
26. Picardi A, Abeni D, Melchi CF, et al: Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of dermatology* 143: 983-991, 2000.

27. Attah Johnson FY, Mostaghimi H: Co-morbidity between dermatologic diseases and psychiatric disorders in Papua New Guinea. *Int J Dermatol* 34(4):244-248, 1995.
28. Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, et al: The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry* 160:819-30, 1992.
29. Papadopoulos L, Bor R, Legg C: Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. *Br J Med Psychol* 72 (Pt 3):385-396, 1999.
30. Hausteil UF, Seikowski K: Psychosomatische Dermatologie. *Dermatol. Monatschrift* 176:725-733, 1990.
31. Brosig B, Niemeier V, Kupfer J et al: Urticaria and the recall of sexual trauma. *Dermatol Psychosom* 1:72-75, 2000.
32. Niemeier V, Kupfer J, Gieler U: Observations during an itch-inducing lecture. *Dermatol Psychosom* 1(suppl 1):15-18, 2000.
33. Heim C, Newport DJ, Heir S: Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 284:592-597, 2000.

becya