

Vitiligonun Psikiyatrik Yönü

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

ÖZET

Bu derleme yazısında cildiye ve psikiyatrinin ortak konusu bir hastalık olan vitiligoda sosyodemografik, klinik özellikler, psikolojik etkiler ve tedaviye ilişkin yazın gözden geçirilmiştir. Cilt ve psişe aynı embriyonik kökeni paylaştığı için, psikolojik etmenler çeşitli cilt hastalıklarının başlangıcını ve alevlenmesini etkileyebilmektedir. Vitiligo toplumun % 1-4' ünü etkileyen, yaygın, kazanılmış, depigmente edici bir bozukluktur. Beyaz Leke Hastalığı, lökoderma ve beyaz lepra olarak da adlandırılmaktadır. Sebebi ve gelişimi tam olarak bilinmemesine rağmen otoimmün, nöral ve özyıkım kuramları öne sürülmektedir. Günümüzde en geçerli olanı, melanosit özyıkım varsayımıdır. Vitiligonun ileri safhasında melanositlerin yıkımı ortaya çıkmaktadır. Bu yıkıma melanosit reseptörlerinin aktivasyonu sonucu melanogenez düzeninin bozulması neden olur. Hastalığı tetikleyici etmenler olarak ciddi güneş yanıkları, mantar ve bakteri enfeksiyonları, yineleyici travma ve emosyonel stres vurgulanmıştır. Vitiligo lezyonları utanma, öfke, kaygı, engellenme, sosyal geri çekilme, hayal kırıklığı, damgalanma duygusu, sosyal, iş, okul yaşamında aksamalara, karşı cinsle ilişki sorunlarına ve cinsel sorunlara neden olabilmektedir. Vitiligo hastalarında, dermatolojik tedaviyle birlikte, psikotrop ilaç tedavisi, psikoterapi önemli olup, dermatolog ve psikiyatrist işbirliğinin en etkili tedavi yaklaşımı olduğu gözlenmektedir.

Anahtar kelimeler: Vitiligo, psikokutanöz hastalık, stres, psikiyatri, dermatoloji

Düşünen Adam; 2005, 18 (1): 21-31

ABSTRACT

Psychiatric Aspect of Vitiligo: A Review

In this article, literature has been reviewed about the sociodemographical, clinical features, psychological impact and treatment in a psychocutaneous disorder, vitiligo. The skin and psyche share embryonic origins so psychological factors may affect the onset and progression of various skin conditions. Vitiligo is a common, acquired and depigmentating disorder which has a prevalence 1-4 % in general population. It is also named as White Spot Disease, leucoderma and white leprosis. Although pathogenesis of vitiligo is not accurately known, oto-immune, neural and self-destruction theories have been proposed. Currently, the most valid theory is self-destruction of melanocytes. In the terminal phase of vitiligo, the self-destruction of melanocytes occurs. Melanogenesis disregulation which is caused by the activation of melanocyte receptors leads to this destruction. Severe sun burns, mycotic and bacterial infections, repeated trauma and emotional stress have been emphasized as precipitating factors in vitiligo. Vitiligo lesions may lead to the feeling of shame, rage, anxiety, frustration, social isolation, disappointment, stigmatization and patients experience troubles in social, professional and school life, problematic relations with opposite sex and sexual problems. Psychotropic medications and psychotherapy together with dermatological therapy in the treatment of vitiligo patients and the collaboration of dermatologists and psychiatrists are crucial.

Key words: Vitiligo, psychocutaneous disease, stress, psychiatry, dermatology

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

GİRİŞ

Tanım

Vitiligo, toplumun % 1-4'ünü etkileyen, nispeten yaygın, kazanılmış depigmente edici bir bozukluktur (1). White Spot Disease olarak da adlandırılır (2). Hindistan'da bu hastalık için 'lökoderma' teriminin kullanımı yaygındır. Cilt ve psişe aynı embriyonik kökeni paylaştığı için, psikolojik etmenler çeşitli cilt hastalıklarının başlangıcını ve alevlenmesini etkileyebilmektedir.

Tarihçe

Dermatoloji literatüründe cilt hastalıklarının psikolojik ve psikanalitik yönüyle ilgili makalelere giderek daha sıkça rastlanmaktadır. Brosig ve ark., çocuklukta cinsel tacize uğradığını hatırladığında ürtikeri başlayan 34 yaşında bir kadın olgusu bildirmiştir. Kısa psikoterapi sırasında, hasta önceden bastırılmış olduğu olay ve duyguları hatırladığında, cilt belirtilerinin kaybolduğu görülmüştür (3).

Antik çağlardan beri vitiligo hastaları, lepralılara benzer şekilde toplum tarafından kötü muameleye maruz kalmıştır. Sweta Kustha'nın sözünü ettiği gibi vitiligo, 'beyaz lepra' olarak tanımlanmıştır. Vitiligo bütün ırklarda şekil bozukluğu yaratmakla birlikte, güçlü kontrast oluşturduğundan, koyu renkli kişilerde daha çok göze çarpmaktadır (4,5). Sıcak yaz aylarında güneşlenme sonucu lezyonlar daha belirgin hale geldiğinden, vitiligo hastaları bu sorunu daha ağır olarak yaşarlar. Hindistan gibi koyu renklilerin çoğunluğu oluşturduğu ülkelerde, yüzünde vitiligo olan kadın, erkek ve çocuklar; ciddi psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır. Genç kadın ve çocuklarda bu durum, daha fazla sıklığı yaratmaktadır. Hindistan'ın ilk Başbakanı Ja-

waharlal Nehru, lepra ve malaryadan sonra, vitiligoyu 3. önemli sağlık sorunu olarak sıralamıştır. Hindistan'da sıklıkla 'lökoderma' olarak da bilinen vitiligo, bazı dini inanışlarla da ilişkilidir. Bazı dini Hint kitaplarında reenkarnasyon inancından söz edilir ve önceki yaşamlarında 'Guru Droh' yapmış olan kişilerin, şimdiki yaşamlarında vitiligo oldukları inancı yaygındır. Guru kelimesinin anlamı mürşit, rehber yani özünde yol gösteren anlamına gelmektedir. Burada hassas nokta 'götüren' değil, yolu gösteren insan olmasıdır. Guruların getirilme amaçlarından birisi, dünyaya farklı bir bakış, bir vizyon edinme isteği, "ne yapılabilir?" sorusuna yanıt aramadır.

Ülkemizde çeşitli cilt hastalıklarının psikiyatrik yönü ile ilgili çalışmalar yapılmış olmakla birlikte, vitiligoya ilişkin bir çalışma ya da makaleye rastlanmamıştır.

Epidemiyoloji

Beyaz ırkta vitiligo epidemiyolojisi üzerine yapılan çoğu çalışma, 1970 yılından önce yapılmıştır ve görülme sıklığının % 1-2 olduğu tahmin edilmektedir. Bazı kaynaklara göre ise bu oran % 1 ile 4 arasındadır (6-8). Yakın tarihlerde yapılan yayınlarda, bu değerlerin olduğundan fazla tahmin edildiği bildirilmiştir. Görülme sıklığının Danimarka'da % 0.36, Kalküta'da % 0.46, Libya'da % 0.33 olduğu saptanmıştır (9). Siyah ırktaki az sayıda yapılan çalışmalardan biri olan Nijerya'da hastanede yapılan bir çalışmada, % 6 oranında görülme sıklığı saptanmış olup; bu yüksek değer hastane örnekleminde alınışına bağlı olduğu var sayılmıştır ve vitiligonun siyah ırkta daha belirgin ve rahatsız edici görüntüsü, hastaneye daha fazla başvurma nedeni olabilir (10).

Vitiligo herhangi bir yaşta başlayabilmesine

karşın; genç erişkinleri ve özellikle kadınları daha sıklıkla tutmaktadır (1). Tüm ırklarda görülebilir. En çok görülme sıklığı 10-30 yaş arasındadır. Hastaların yarısında 20 yaşından önce görülmektedir. Olguların % 30'unda ise hastalık yaklaşık 20 yaşında başlar. Hastalığın kendisi kalıtsal olmamasına rağmen, vitiligoya yakalanma yatkınlığı kalıtsaldır. HLA antijenleri ırklara göre farklılık gösterir. Siyah ırkta HLA-DR, Faslı Musevilerde B13, Yemen Musevileri'nde B35 sıklığı daha fazladır. Vakaların % 25-30'unda ailede vitiligo öyküsü mevcuttur. Genetik aktarım henüz net olarak ortaya konmamıştır; ancak ya poligenik ya da otozomal dominant geçiş öne sürülmektedir (1).

Boisseau-Garsaud, Martinik'te, bir üniversite dermatoloji kliniğinde hastaların % 72'sini kadın, % 28'ini erkek, başlama yaşını 29 olarak bildirmiştir (11).

Nedenleri

Vitiligonun oluşum nedenleri tam olarak bilinmemesine rağmen, üç kuram öne sürülmektedir:

1) Otoimmün kuram: Otoimmün bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmında vitiligo saptanması ve immüno-presipitasyon yöntemleriyle bu hastaların laboratuvar bulgularında melanositlere karşı antikörlere rastlanmasına dair klinik gözleme dayanmaktadır. Bir çalışmada, vitiligo antikörlarının düzeyleri, depigmentasyon yaygınlığıyla ilişkili bulunmuştur.

2) Nöral kuram: Bu kurama göre, vitiligoya sinir uçlarında seçici olarak melanositleri yok eden bir nörokimyasal aracı yol açmaktadır. Vitiligonun segmental dermatomal şekilleri, bu kuramı destekleyen bir bulgudur.

3) Özyıkım kuramı: Vitiligonun sitotoksik me-

lanin prekürsörlerine karşı, melanositlerdeki koruyucu düzeneklerin kendi kendini yıkım sürecinden kaynaklandığı öne sürülmektedir. Bu kuramlar hastalığın nedenlerini tek başına açıklamada yetersiz olduğundan, başka yazarlar tarafından bileşik bir varsayım öne sürülmüştür. Ancak günümüzde en geçerli olanı, melanosit özyıkım varsayımıdır (12).

Güncel vitiligo nedenleri olarak melanositlere karşı patolojik otoimmün yanıt sonucu vitiligonun oluştuğu yada vitiligonun otoimmün yanıt aktive edecek olan melanositlerin kendi kendilerini yıkımını tetikleyen genetik, çevresel yada nöral etmenler sonucu ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Vitiligo nedenleri arasında melanosit reseptörlerinin olası rolü üzerinde Slominski ve ark'nın varsayımı önemlidir (13). Burada vitiligoda sonunda melanositlerin yıkımı, melanosit reseptörlerinin aktivasyonu sonucu oluşan, melanogenez düzeninin bozulması ile başlayan bir dizi tepki sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu olaylar sonucunda yüksek oranda, kontrol edilemeyen, serbest radikaller ve toksik melanogenez ürünleri ortaya çıkmakta ve bunlar melanosit ve keratinositleri harap etmekte ya da yok etmekte, sonunda karşılaştıkları hücre içindeki ya da hücre yüzeylerinde değişmiş antijenlere karşı otoimmün yanıt oluşturmakta ve melanositlerin habis değişime doğru gitme eğilimini arttırmaktadır (14).

Hastalığı tetikleyici etmenler olarak; ciddi güneş yanıkları, mantar ve bakteri enfeksiyonları, yineleyici travma ve emosyonel stres vurgulanmıştır. Savaşlarda bombalı saldırılar sonrası vitiligoya sıklıkla rastlanmıştır; ancak bu ilişkilerin doğrulanması zordur. Vakaların yaklaşık % 10'unda tirotoksikoz görülebilir. Vitiligo belirin olarak; pernisiyöz anemi, Hashimoto tiroiditi, diabetes mellitus, Addison Hastalığı, alopesia areata, sistemik lupus eritematosus, myasten-

a gravis, Crohn Hastalığı, skleroderma ve biliyer sirozla birlikte sıkça görülür. Ayrıca vitiligoda tiroid hücreleri, tiroglobülin, midenin pariyetal hücreleri ve suprarenal kortekse karşı otoantikörler görülebilir. Malign melanom seyri sırasında da vitiligonun gözlenme olasılığı anlamlı derecede yüksektir (1).

Salzer ve Schallreuter (1995), hücre dışı kalsiyum geri alımının bozuk olması ile bağlantılı olarak vitiliginöz keratinositlerin farklılaşmasında, β 2-adrenoseptör yoğunluğunun artmış olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada hastaların % 31'inin idrarlarında ve % 98'inin plazmalarında norepinefrin düzeylerinin artmış olduğu bulunmuştur; plazmadaki norepinefrin değerleri anlamlı olarak kontrollere göre daha yüksek olup, epinefrin düzeyleri normal sınırlardadır. Hastaların yaklaşık % 75'i orta derecede ya da dayanılmaz ölçüde şekil bozukluğu ya da psikolojik rahatsızlık bildirmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, katekolaminlerle ilişkili stres ve bu depigmente edici hastalığın başlangıcı, ilerlemesiyle ilgili genetik yatkınlık arasında muhtemel bir bağlantı olduğu ileri sürülebilir. Hastalığın başlangıcı ve ilerlemesine ilişkin, hastaların 2/3'ü fizik, psikolojik, çevresel, hormonal etkilerin varlığını bildirmiştir. Bu kişilerde acelecilik, aşırı hassasiyet, stres altında kalma ve aşırı yüklenme duygusu gibi özellikler gözlenmiştir (15).

Le Poole ve ark. (1993), stresin katekolamin üretimini arttırdığını ve böylece depigmentasyonu doğrudan etkileyebileceğini öne sürmektedir. Stres ayrıca adrenokortikotropik hormon (ACTH) düzeylerinde yükselmeye neden olarak, kortikosteroidlerin salınımını artırabilir. Bunun sonucunda glukoz ve yağ asitleri mobilize olarak, insülin salınımı uyarılır. Beyinde doğrudan L-triptofanı uyararak, serotonin sentezinin artmasına yol açabilir. Melatonin bir seroto-

nin metabolitidir ve melatonin reseptörlerinin hiperaktivitesinin vitiligoda rolü olduğu düşünülmektedir. Bu şekildeki bir hiperaktivasyon, melanogenezi baskılayan enzimlerin aktivasyonunun artmasına yol açabilmektedir (16).

Klinik Görünüm ve Hastalığın Seyri

Hipopigmente ve depigmente lezyonlar; güneşe maruz kalan yerler, kıvrım büklüm yerleri ve kabaca simetrik olarak yerleşimli kemik çıkıntılarının üstündeki alanları yeğler. Burun ve ağız gibi beden açıklıkları da sıklıkla tutulur. Etkilenen bölgede saç beyazlayabilir. Depigmente bölgeler genellikle iyi sınırlanmıştır ve hiperpigmente bir halka ile çevrelenebilirler (trikrom vitiligo). Sınırlar hafif olarak yangı sonucu kabarmış ise, 'marjinal inflamatuvar vitiligo' olarak adlandırılır. Seyrek olmayarak vitiligolu alanların dağılımı, segmental ya da lineer biçimde uçuk benzeri (zosteriform) olabilir. Ender olarak süreç, melanin pigmentinin sadece gözlerde bulunduğu, tüm cildi tutan yaygın bir biçime dönüşebilir. Sıklıkla vitiligo pigmente nevüslerin yuvarlak (halo) formuna dönüşmesiyle başlar. Merkezi nevüs sıklıkla zaman içinde bütünüyle ortadan kaybolur. Diğer birçok cilt bozukluğunda olduğu gibi hastalar, vitiligo başlangıcının öncesinde ciddi fiziksel ya da emosyonel stres bildirmektedir (17).

Vitiligo hastalarının çoğunluğu sağlıklı olmakla birlikte, melanin yokluğuna bağlı olarak diğer enfeksiyonlara yatkınlık gösterirler (12). Otoimmün özelliklerin birlikte olduğu olgular nadir değildir. Göz tutulumu sıklıkla görülür. Bir çalışmada, vitiligo hastalarının % 40'ında retina- nın koroid tabakası ya da pigment epitelinde melanositlerin yıkımı saptanmıştır. Bununla birlikte genellikle görme keskinliği, bu sürecin daha çok foveanın distal kısımlarında meydana gelmesinden dolayı etkilenmemiştir (1,14).

Vitiligo ilerleyici bir hastalık olmasına karşın, bazen sessiz (latent) dönemlerle seyredebilir, hastaların küçük bir kısmında kendi kendine düzelme görülebilir (12). Genç hastalarda lezyonların ilk dönemlerinde ve saçlı bölgelerde prognoz daha iyidir. Tedavi ile repigmentasyon kendiliğinden ortaya çıkabilir ve repigmentasyon, kıl foliküllerinden ya da çevresindeki normal ciltten, melanositlerin depigmente deriye yeniden toplanması ile sağlanır.

George, Nijerya'da 1980-1983 yılları arasında vitiligo görülme sıklığını % 6 bularak, inceledikleri 64 olguda erkek/kadın oranını 2/1, yaş dağılımını 3-68 yaşları arası, yaklaşık % 70'inin 30 yaş yada daha aşağısında olduğunu, aile öyküsü saptanmadığını, % 51.6'sının başvurudan bir yıl ya da daha kısa sürede lezyonların oluştuğunu, bir olguda ise, başlangıçtan 20 yıl sonra klinik başvurusu olduğunu, % 63'ünün yüz, boyun, kol, bacak gibi görünen yerlerinin, % 37.5'unun dudaklarının (tek ya da diğer bölgelerle birlikte) tutulduğunu, tüm sosyokültürel düzeylerde ortaya çıkabildiğini bildirmiştir (18).

Singh ve ark., Libya Benghazi polikliniklerinde 9 aylık süre içerisinde 192 olgu saptayarak, vitiligo görülme sıklığını % 33, ortalama başlangıç yaşını 19.38 (5-39 yıl), kadın erkek oranını hemen hemen eşit (% 49.47, % 50.52 sırasıyla), hastaların yaş ortalamasını 23.06 (1-63 yıl), % 1.56'sında ailede vitiligo öyküsü olduğunu, hastalık süresinin bir ay ile 39 yıl arasında olup, çoğunluğun başlangıçtan 9 yıl sonra klinik başvurusu yaptıklarını, tuttuğu bölgelere göre prognozunu değiştirdiğini, vitiligo areata (VA) olgularının vitiligo akrofasiyalis (VAF), vitiligo vulgaris (VV) ve vitiligo mukoza (VM)'ye göre tedaviye daha olumlu yanıt verdiklerini, VAF ve VM'nin en dirençli tipler olduğunu, iyi prognozunu daha genç yaş, kısa hastalık süresi, küçük alanların tutuluşu, lökotrişiya yokluğu, çevresel hiperpig-

mentasyon varlığı, lezyonların bedeninin açıkta kalan bölgelerinde olmaması ile bağlantılı olduğunu, tutulan bölgeler açısından kadın ve erkek arasında farklar bulunduğunu, en çok kadınlarda göğüsler ve sırt, erkeklerde ise güneşe maruz kalan bölgelerin tutulduğunu bildirmiştir (19).

Handa ve Kaur'a ait, şimdiye dek yapılmış en kapsamlı klinik vitiligo araştırmasında, 1989-1993 yılları arasında 1436 hastayı inceleyerek, % 54.5'inin erkek, % 45.5'inin kadın, ortalama yaşın 25, hastalık başlangıcından sonra hastaneye başvuru süresinin ortalama 3.7 yıl, % 69.8'inin vitiligo vulgaris, % 14.9'unun fokal, % 5'inin segmental vitiligo, başlangıç bölgelerinin en sık yüz, gövde ve bacaklar olduğunu, % 94.4'ünde bedeninin % 20'den az kısmında lezyon görüldüğünü, % 11.5'inde lökotrişiya, % 5'inde Koebner fenomeni, % 2'sinde halo nevi, hastaların bir kısmında vitiligo ile birlikte başka hastalıklar da olup, bunların % 1.4'ünde atopik/numuler ekzema, % 0.7'sinde bronşiyal astma, % 0.6'sında diyabet, % 5'inde tiroid hastalığı, % 0.4'ünde alopesia saptandığını, % 11.5'inde ailede vitiligo öyküsü bildirmiştir (7).

Papadopoulos ve ark.'nın (1998) Londra'da Vitiligo Derneği'ndeki 73 hasta ve kontrol grubunu karşılaştırdığı çalışmasında, vitiligo grubunun en sık olarak ekonomik durumlarında önemli bir değişiklik bildirmesine rağmen, bunun kontrol grubundan anlamlı bir farkının olmadığı, vitiligo grubunun % 28'inin yakın bir akraba, % 13'ünün yakın bir arkadaş ölümünü bildirdiği, sonuçta yaşın en sık rastlanan stresör etmen olduğu saptanmıştır (20).

Vitiligonun Sınıflandırması

Güncel Sınıflandırma:⁽¹⁾

1. Lokalize

a) Fokal: Tek ya da birçok vitiligo makülü vardır.

b) Segmental: Tek ya da birçok vitiligo makülüdür. Dermatomal ya da hemen hemen dermatomaldır.

2. Yaygın

a) Akrofasiyal: Yüzde ve ekstremitelerin distal kısımlarında pek çok lezyon vardır.

b) Vulgaris: Lezyonlar klasik olarak simetrik yada asimetrik şekilde dağılmıştır.

3. Üniversal (Total): Tam ya da tama yakın olarak tüm beden tutulmuştur.

Karışık form: Segmental ve vulgaris ya da akrofasiyal şekil birlikte bulunur.

Vitiligonun Ruhsal Etkileri ve Psikiyatrik Yönü ile İlişkili Yapılmış Çalışmalar

Vitiligo lezyonları utanma, öfke, engellenme ve hayal kırıklığına yol açabilir. Hastalar, diğerlerinin kendilerini nasıl algıladıklarına çok duyarlıdır ve dışlanacakları beklentisiyle sıklıkla geri çekilirler. Bazen tanımadıkları kişiler, hatta yakın ark., oldukça yaralayıcı ve aşağılayıcı yorumlarda bulunabilir. Bunların etkisiyle, derin emosyonel rahatsızlık yaşayarak, iş hayatlarında sorunlar; alkol-madde dahil gerilimi azaltıcı maddeler kullanabilirler (21). Ciddi depresyon, özkıyım girişimlerine neden olabilir (22).

Görünen yerlerdeki vitiligo lezyonları, yeni iş başvurularındaki görüşmelerde, hastanın şansını azaltır, iş seçimlerini sınırlandırır. Çocuklukta başlayan vitiligo, özgüvende uzun süre olumsuz etkilenmeye yol açan psikolojik travma ile de ilişkilidir. Vitiligo lezyonu olan çocuklar, ebeveyn, akran, kardeş, akraba, öğretmenleri, bakıcı ve ark.'nin tutumlarına bağlı olarak, hastalıklarıyla başa çıkabilir ya da yıkıcı biçimde etkilenirler (23).

Çalışmalar, vitiligo hastalarının üçte ikisinin utanma duygusu içinde olduğunu, yarıdan fazlasının sosyal kaygı yaşadıklarını, bunların kendilerini çirkin hissettiğinden, o bölgeleri saklamak için uygunsuz giyindikleri ve karşı cinsle rahatlıkla ilişki kuramadıklarını göstermektedir. Hastaların 2/3'ü yabancıların onlara sürekli baktığından bahsetmişlerdir; % 75'i yabancıların bu konuda soru sorduğunu (23) ve % 16'sı da insanların onlara bakıp, yüzlerini buruşturduğunu, kaba sözlere maruz kaldıklarını ve % 13'ü iş başvurularında bir ayrımla karşılaştıklarını belirtmiştir (24).

Kent ve Al-Abadie (1996), İngiltere'de Vitiligo Derneği'nden 640 hastaya Genel Sağlık Anketi (GHQ) uygulamış ve % 35'inin GHQ skorlarının yüksek olduğunu, GHQ skorları yüksek bulunanların damgalanma duygusunu daha çok algıladıklarını, çevresindeki kişilerle olumsuz ilişkiler yaşadıklarını, etkinliklerden kaçındıklarını ve % 59'unun son 3 hafta içinde lezyonları etkileyen bir yaşam olayı yaşadıklarını bildirmiştir (25).

Porter ve ark., 326 vitiligo hastasını değerlendirerek, % 65'inin hastalıklarına ilişkin endişe yaşadıklarını, % 41'inin çevresindekilere ve çocuklarına bulaşacağından, yeni tedavilerin bulunamayacağından korktuklarını, % 57'si insanların kendilerine baktıklarını, % 20'si tanımadıklarının kaba ifadelerine maruz kaldıklarını, % 23'ü karşı cinsle ilişkilerinde vitiligonun olumsuz etkilerini, % 8'i işe alınma konusunda sorun yaşayacaklarına inandıklarını, depigmente bölgelerini kapatmak için % 44'ünün makyaj yaptığını, % 51'inin uzun kollu elbiseler, şapka, eldiven ve uzun çorap giydiklerini, % 7'sinin ağır derecede depresyon yaşadığını, bunlardan yarısına yakınının özkıyım düşünceleri olduğunu, % 32'sinin hastalıklarından çok utandıklarını, % 27'sinin hafif derecede utandıklarını, ancak % 34'ünün

herhangi bir sosyal sorun ya da utanma hissi yaşamadıklarını bildirmiştir (26).

Hastalığa uyumu kötü olanlar daha çok kadın, lezyonları ileri derecede ve görünen yerlerde olanlar, ergenlik ve genç erişkin dönemdeki-ler, tek yaşayan kişiler, sosyoekonomik alt sınıfta olanlar, siyah cilde sahip olanlar, görünümüne önem verenler, özgüveni düşük olanlar ve ayırmacılık yapıldığını sürekli belirtenlerdir (27).

Porter ve ark., 158 vitiligo hastasının % 10-15'inde cinsel ilişkilerde hastalığın olumsuz etkisi olduğunu, 1/4-1/2'sinde yeni kişilerle tanıştıklarında ya da soyunurken utanma duygusu hissettiklerini, 1/2'sinde olumsuz etkinin utanma sorunları ile ilişkili olduğunu, hastalığından etkilenenlerin özgüveni düşük, erkek, görünümüne önem veren ve tek kişiler olduğunu bildirmiştir (28).

Porter ve Beuf (1991), 158 hastada beyaz ve siyah ırklar arasında dağılım açısından farklılık olmadığını, özgüven ve damgalanma hissinin her iki ırkta da hastalıktan rahatsızlık şiddeti ile bağlantılı olduğunu, cinsiyet, yaş ve lezyonların görünürlüğünün, her iki ırkta farklılık göstermemesine rağmen, hastalıktan rahatsızlık şiddeti ile ilişkili olduğunu, görünümün öneminin sadece beyazlarda rahatsızlık şiddeti ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Oysa siyahların damgalanmayı, depigmentasyonun siyah ciltte, daha çok göze çarpacağı ve kozmetiklerle daha zor saklanacağı için beyaz ırka göre daha fazla yaşadığı var sayılmaktadır (29).

Weiss ve ark., Hindistan'da vitiligo hastaları ve lepra hastalarının yaşadığı zorlukları karşılaştırmıştır ve ayaktan tedavi edilen vitiligo hastalarında % 37 oranında psikiyatrik bozukluk oranı bildirmiştir (30). Leprada % 50, tinea versikolorda % 8 oranında psikopatoloji saptamışlardır.

Porter ve ark., hastaların çoğunluğunun, bir yabancıyla karşılaştıklarında ya da yeni bir eşle duygusal ve cinsel ilişki başlattıklarında sıkıntı ve utanç yaşadıklarını, birçoğunun kendilerini kaba, kırıcı sözlere maruz kalmış kurbanlar olarak hissettiklerini bildirmiştir (23,24,26,27). Salzer ve Schallreuter (1995), hastaların % 75'inin şekil bozukluklarını orta ya da ağır derecede tolere edilemez olarak algıladıklarını bildirmiştir (31).

Al'Abadie ve ark., psikososyal stresin nöroendokrin hormonların düzeyini artırdığını, bunun da immün sistemi etkilediğini ve beynin özgün bölgelerinde nöropeptid düzeylerini değiştirdiğini göstermiştir (32). Liu, Bondesson ve Johansson, vitiligo vulgariste nöropeptidler ve ciltteki sinir uçlarının ortaya çıkışını incelemiş ve emosyonel travma ve stres yaratan yaşam olaylarının, böbreküstü bezinde aşırı salgılanmaya neden olduğunu ve bunun sonucunda akut başlangıçlı vitiligonun ortaya çıkabileceğini ileri sürmüştür (33).

Hautmann ve Panconesi, 27 yaşında ağzının sol köşesine yakın, düzensiz pigmente alanların 7 yıldır devam ettiği bir kadından bahsetmiştir. Evlenerek ailesinden uzağa yerleştikten hemen sonra vitiligo ortaya çıkan kadın hasta, eşinin ailesiyle birlikte yaşamakta ve eşiyle ilişkileri pek yolunda gitmemektedir. Eşi, işine eşinden daha çok vakit ayırmaktadır. Hipnoterapi seansları sırasında depresyon, utanç ve suçluluk duyguları üzerine odaklanılmıştır. Hipnozun 6. seansından sonra, kadının yüzü renklenmeye ve beyaz noktalar ufalmaya başlamıştır. 3. seans sırasında, beyaz alanlar % 50 azalmış; 6. seans sonrasında tamamen kaybolmuştur. Doktorun önerisiyle kocası kadına daha fazla zaman ayırmaya başlamış; onu sinemaya, piknik ve yürüyüşe çıkarmıştır. Takip sonunda kadın tamamen iyileşmiştir. Bu olgu, hipnozun immün sistem

yetersizliğini düzeltmede rolü olabileceğini yanı sıra, her olgunun hipnozla bu kadar dramatik bir şekilde düzelebileceği beklenemez (34,35).

Duygusallıkla yüzleşmeme, olumsuz duygusal-liklardan kaçınma, kendiyi barışık olma, stres duyarlılığının azlığı, aşırı genelleştirmeden ve içine kapanmadan kaçınma gibi başa çıkma yöntemlerini kullanabilen hastalar; cilt bozukluklarından daha az etkilenirken, kendi kendisiyle fazla meşgul olma eğilimi, hastalıktan aşırı etkilenmeye neden olmaktadır. Kişide başa çıkma düzenekleri yüksek ise, bedensel belirtilere bakmaksızın, ruhsal sağlığın iyiliği ve yaşam kalitesi artmaktadır (36).

Papadopoulos ve ark., 16 vitiligo hastasında 5 ay süre ile bilişsel-davranışçı terapi (BDT) etkilerini, kontrol grubuyla karşılaştırmış ve 8 hafta süre ile psikoterapi yapılmış olup, 8. haftada ve 5. ayın sonunda değerlendirmeye tabii tutmuşlardır. Psikoterapi uygulanan grupta, bu süreler sonunda kontrol grubuna göre, özgüven, beden imgesi ve yaşam kalitesi skorlarında anlamlı bir yükselme saptamışlardır. Tedaviyi takiben en yüksek derecede düzelme, Rosenberg Kendilik Saygısı Envanteri skorlarında olmuş; hastalar daha önce zorlandıkları davranışları daha kolay yapabilmeye başlamışlardır. Örneğin lezyonlu bölgeleri açıkta bırakarak giyinme, makyajla gizlemeksizin toplum içine çıkma, rahatsızlıklarıyla ilgili daha rahat konuşabilme becerisine sahip olmuşlardır. Tedavi sırasında hastalar, kendilerini kötü hissettikleri durumları belirleyerek tedavi sonlandıktan sonra, destek almaları konusunda cesaretlendirilmiştir. Bu, özellikle hastaların kazandıkları yeni davranışları devam ettirmeleri açısından önemlidir. BDT'nin olumlu düşünceleri arttırmaktan ziyade, olumsuz düşüncelerin azalması üzerinde büyük etkisi olmuştur. Psikoterapi yapılan hastaların üçünde,

lezyonların boyutunda % 25'ten daha fazla oranda gerileme ve tedavi almayan grupta lezyonlarda kötüleşme; kontrol grubunda 3 üyede lezyon boyutlarında % 50'den daha fazla oranda genişleme saptanmıştır (37).

Hipo veya depigmentasyonla ilgili stigma, çoğu gelişmiş ülkelerde yaşayan renkli irklarda muhtemelen daha ağırdır (38). Vitiligo hem ilerleyici, hem de epizodik bir hastalık olduğundan dolayı, hastalar karşı karşıya kaldıkları bedensel değişimlere uyum yapmayı öğrenmeli ve hastalıklarının yaygınlaşma ya da daha kötüleşme olasılığına karşı da hazırlıklı olmalıdır. Hastalar, vitiligonun ilerlemesi konusunda belirsizlik hissedebilir ve bu durumla nasıl başa çıkacağına ilişkin hazırlıklı olmayabilir. Hastalık nedenlerinin tam olarak bilinmemesi de ayrıca sıkıntı yaratan bir durumdur. Sonuçta vitiligo hastası, yeni vitiligo lezyonlarının ortaya çıkmasına ilişkin bir korku duyabilir (37).

Çocuklukta görülen vitiligoya ilişkin olarak ise, birçok çalışmada başlangıç yaşının çoğunlukla 4-12 yaşları arasında (38), başvuru yaşının ise, çoğunlukla 9-12 yaşları arasında olduğu bildirilmektedir (7). Handa ve Dogra (2003), kızlarda erkeklere oranla vitiligo görülme sıklığının anlamlı olarak daha fazla olduğunu bildirmiştir (% 57.1, % 42.9) ($p < 0.001$). Yazarlar, vitiligo lezyonu olan çocukların % 4'ünde ailede otoimmün ve/ya da endokrin bozukluk öyküsü bildirmektedir. Çocukluk çağı vitiligosu olanlarda % 1.1 oranında otoimmün hastalık kaydedilmiştir (8). Halder ve ark. da (1987) 82 vitiligo lezyonu olan çocukta iki alopesia areata varlığını bildirmiştir (40). Ayrıca tiroid bozuklukları daha fazla görülmektedir (41). Vitiligo saptanan okul çağındaki 13 çocukla yapılan bir çalışmada, yeni bir ortama girdiği ya da yeni okula başladığı durumlarda, bozuk görüntüleri ile bağlantılı olarak daha çok psikososyal huzursuzluk ya-

şadığı; spor, akademik başarı ya da sanatsal yetenekleri yoluyla yeteneklerini ispatlayan çocukların kendilerini çabuk topladıkları bildirilmiştir (42,43).

Hastaların yakınmalarından biri de, doktorların onların gereksinim ve sorunlarına duyarsız kalmasıdır. Hastalar daha fazla bireysel ilgiye, cesaretlendirilmeye ve desteğe ihtiyaç duyar. Hasta bu isteklerinin tamamen doğal olduğunu düşünmesine rağmen, cildiye uzmanı daha çok hastalığa yönelik davranır. Dolayısıyla hastaları tatmin etmek için psikoterapi, hastaya destek olma ve hastalığa uyum açısından faydalı olabilir (26).

Tedavi

Birçok tedavi seçeneği olmasına rağmen, vitiligonun tedavisi kişiye özel olmalıdır. Hastalara bilgi vermek, prognoz hakkında konuşmak, avantaj ve dezavantajlarıyla birlikte tedavi seçeneklerinin anlatılması önemlidir. Vitiligo tedavisinde dermatoloji kliniklerinde PUVA tedavisi, Khellin (UVA ile birlikte), beta karotenler, sistemik fotokemoterapi, potent topikal kortikosteroidler, homeopati, cerrahi yaklaşımlar, güneş ekranları (sunscreens) kullanılmaktadır (17).

Farmakoterapi dışındaki tedavi yaklaşımları

1) Biofeedback terapi (Biyogeribildirim tedavisi): Bir çeşit koşullama yöntemidir. Kas gerilimi, kan akımı ve temperaturü kontrol etme eğitimi en sık kullanılan biçimleridir. Kas geriliminin azalması ve kan akımının artmasına ek olarak, biyogeribildirim eğitimiyle gevşeme yanıtı elde edilir. Hastanın kendi otonom belirtilerini tanıması ve onları yatıştırması (37), gevşeme duygusunda artış, kendini daha iyi hissetme, belirtilerin azalması ve hastanın bedensel kontrol

hissinin artması sağlanır. Eğitim süresi genellikle 45-60 dakika süreli olup, 8-20 oturum halindedir.

2) Gevşeme eğitimi: Amaç sempatik aktiviteyi en aza indirerek, parasempatik aktiviteyi arttırmaktır. Bu yaklaşımlar arasında, ilerleyici kas gevşemesi, kendi kendisinin eğitimi (autogenic training), yönlendirerek hayal kurma (guided imagery), transandantal ve diğer meditasyon yöntemleri ve gevşemeye yönelik diğer yaklaşımlar (nefes alma egzersizleri, kendi kendine konuşma ve diğerleri) yer alır.

3) Hipnoz: Yoğun zihinsel odaklanma durumu olarak tanımlanır.

4) Psikoterapi: Hastalar başlangıçta herhangi bir psikolojik sorunun varlığını yadsıyabilir ve psikiyatrik tedaviyi kabul etmeyebilir. Fruensgaard, bazı hastalarda tek başına psikiyatrik müdahalenin iyileşmeyi başlattığını gözlemlemiştir (44). Empatik, destekleyici bir yaklaşımın, içgörü yönelimli terapilerden daha etkili olduğu bildirilmiştir (45). Kronik ya da şekil bozukluğu ile seyreden cilt bozukluğu olan hastaların, daha uzun süreli, destekleyici ya da içgörüyeye yönelik psikoterapiye gereksinimleri olabilir. Hastalığın hoşnutsuzluk yaratan gerçeklerini kabullenme ve bu hastalığın yarattığı kısıtlamalar ve zorluklarla başa çıkma stratejilerini geliştirmeye yardımcı olma hedeflenir. Psikoterapi bireysel ya da grup şeklinde olabilir. Psikoterapi sonucunda cilt bozukluğunda düzelme yanısıra, yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme gözlenir (46).

5) Psikoeğitim ve destek: Hastalara cilt hastalıkları hakkında nedenleri, tedavi seçenekleri ve hastalığın seyri dahil olmak üzere bilgi vermek, tedaviye uyumunu artırır ve hastanın emosyonel durumunu düzeltir (47). Hastayı cilt hastalığına karşı emosyonel tepkileri hakkında eğitme-

yi amaçlayan psikoeğitim, yalnızlık ve karmaşa duygusunu azaltır.

Cilt bozukluklarında sıklıkla karşılaşılan psikiyatrik sendromlar için seçici serotonin gerilim inhibitörlerinin (SSGI) yararlı olduğu bilinmektedir.

SONUÇ

Vitiligo hastalarında, cilt tedavisiyle birlikte, psikotrop ilaç tedavisi, psikoterapi önemli olup, cildiye uzmanı ve psikiyatrist işbirliğinin en etkili tedavi yaklaşımı olduğu gözlenmektedir.

KANAKLAR

1. Moschella SL, Hurley HJ: *Dermatology*. W.B. Saunders Company, third edition, volume two, Philadelphia, 1442-1474, 1992.
2. Braun O, Plewig FG, Wolff HH, Winkelmann RK: *Dermatology*. Springer-Verlog, Berlin, third edition, 686-709, 1991.
3. Brosig B, Niemeier V, Kupfer J, et al: Urticaria and the recall of sexual trauma. *Dermatol Psychosom* 1:72-75, 2000.
4. Mattoo SK, Handa S, Kaur I et al: Psychiatric morbidity in vitiligo: prevalence and correlates in India. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 16(6):573-578, 2002.
5. Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ: Quality of life in patients with vitiligo. *Health Qual Life Outcomes* 23:1(1):58, 2003.
6. Bologna JL, Pawelek JM: Biology of hypopigmentation. *J Am Acad Dermatol* 19(21):217-255, 1988.
7. Handa S, Kaur I: Vitiligo: clinical findings in 1436 patients. *J Dermatol* 26(10):653-657, 1999.
8. Handa S, Dogra S: Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from north India. *Pediatr Dermatol* 20(3):207-210, 2003.
9. Singh M, Singh G, Kanwar AJ, Belhaj MS: Clinical pattern of vitiligo in Libya. *Int J Dermatol* 24(4):233-235, 1985.
10. George AO: Vitiligo in Ibadan, Nigeria. Incidence, presentation, and problems in management. *Int J Dermatol* 28(6):385-387, 1989.
11. 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.
12. Gupta G, Gupta N, Singh V: Efficacy of homoeopathic drugs in cases of leucoderma: A clinical study. *The Homoeopathic Heritage*, 2002.
13. 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.
14. Lerner AB: On the etiology of vitiligo and gray hair.

Am J Med. 51(2):141-147, 1971.

15. Salzer BA, Schallreuter KU: Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with impaired catecholamine metabolism. *Dermatology* 190(2):109-15, 1995.
16. Le Poole IC, Das PK, van den Wijngaard RM, et al: Review of the ethiopathomechanism of vitiligo: a convergence theory. *Exp Dermatol* 2(4):145-53, 1993.
17. Nordlund JJ, Halder RM, Grimes P: Management of vitiligo. *Dermatol Clin* 11(1):27-33, 1993.
18. George AO: Vitiligo in Ibadan, Nigeria. Incidence, presentation, and problems in management. *Int J Dermatol* 28(6):385-387, 1989.
19. Singh M, Singh G, Kanwar AJ, Belhaj MS: Clinical pattern of vitiligo in Libya. *Int J Dermatol* 24(4):233-235, 1985.
20. 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):243-8, 1998.
21. Ginsburg IH: The psychosocial impact of skin disease. An overview. *Dermatol Clin* 14(3):473-484, 1996.
22. Cotterill JA, Cunliffe WJ: Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 137(2):246-250, 1997.
23. 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.
24. Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J: Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with "normal" control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *J Am Acad Dermatol* 15 (21):220-224, 1986.
25. Kent G, Al-Abadie M: Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *J Am Acad Dermatol* 35(6):895-898, 1996.
26. Porter J, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J: Response to cosmetic disfigurement: patients with vitiligo. *Cutis* 39(6):493-494, 1987.
27. Porter J, Beuf A: Response of old people to impaired appearance: the effect of age on disturbance by vitiligo. *J Aging Stud* 2:167-181, 1988.
28. Porter JR, Beuf AH, Lerner AB, Nordlund JJ: The effect of vitiligo on sexual relationships. *J Am Acad Dermatol* 22 (21):221-222, 1990.
29. Porter JR, Beuf AH: Racial variation in reaction to physical stigma: a study of degree of disturbance by vitiligo among black and white patients. *J Health Soc Behav* 32(2):192-204, 1991.
30. 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* 160:819-830, 1992.
31. Salzer BA, Schallreuter KU: Investigation of the personality structure in patients with vitiligo and a possible association with impaired catecholamine metabolism. *Dermatology* 190(2):109-115, 1995.
32. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrodger DJ: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol* 130 (2):199-203, 1994.
33. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Arch Dermatol* 119(6): 501-512, 1983.

34. Silvan M: The psychological aspects of vitiligo. *Cutis* 73(3): 163-167, 2004.
35. Shenefelt PD: Hypnosis in dermatology. *Arch Dermatol* 136(3):393-399, 2000.
36. Wahl A, Hanestad BR, Wiklund I, Moum T: Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Qual Life Res* 8(5):427-433, 1999.
37. 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 (3):385-396, 1999.
38. 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.
39. Halder RM: Childhood vitiligo. *Clin Dermatol* 15(6):899-906, 1997.
40. Halder RM, Grimes PE, Cowan CA, et al: Childhood vitiligo. *J Am Acad Dermatol* 16(51):948-954, 1987.
41. Schallreuter KU, Mann M, Weintraub R, Hashimoto K: Focal dermal hypoplasia presenting with an initial inflammatory stage. *Pediatr Dermatol* 7:278-282, 1991.
42. Hill-Beuf A, Porter JD: Children coping with impaired appearance: social and psychologic influences. *Gen Hosp Psychiatry* 6(4):294-301, 1984.
43. Rauch PK, Jellinek MS, Murphy JM, et al: Screening for psychosocial dysfunction in pediatric dermatology practice. *Clin Pediatr* 30(8):493-497, 1991.
44. Fruensgaard K: Neurotic excoriations. A controlled psychiatric examination. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 312:1-52, 1984.
45. Welkowitz LA, Held JL, Held AL: Management of neurotic scratching with behavioral therapy. *J Am Acad Dermatol* 21(4):802-804, 1989.
46. Spiegel D, Sephton SE, Terr AL et al: Effect of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmun pathways. *Ann N Y Acad Sci* 840:674-683, 1998.
47. Roberts AH, Kewman DG, Mercier L et al: The power of nonspecific effects in healing: Implications for psychosocial and biological treatments. *Clinical Psychology Review* 13:375-391, 1993.

beciya