

Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji

Dr. Sibel MERCAN¹, Dr. İlknur KIVANÇ ALTUNAY²

ÖZET

Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde dermatolojinin özel bir yeri vardır. Deri ve beyin, embriyoda aynı germ yaprağından, ektodermden köken alır. Bu iki organın yaşamın ileri evrelerinde birbirlerini çeşitli şekillerde etkilemeleri birçok araştırmaya konu olmuş ve bu konuda çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar üç grup altında toplanabilir: 1- stres araştırmaları, 2- deri hastalıklarında analitik ve dinamik çalışmalar, 3- psikosomatik dermatolojik araştırmaların klinik değerlendirilmesi ve tedavisi. Son yıllarda konunun önemini fark eden bazı ülkelerde bu iki bilimsel disiplinin birlikte çalıştığı psikodermatoloji bölümlerinde psikiyatri, dermatoloji doktorları ve psikologlar birlikte çalışmakta, hastaların tanı ve tedavi planları ortaklaşa düzenlenmektedir. Gerçekte psikiyatri ve dermatolojinin bu ortak çalışmasının birçok olguda bir gereklilik olduğu artık kabul edilmektedir. Böyle bir işbirliği, bir taraftan birincil rahatsızlığı psikiyatrik olmasına rağmen dermatolojiye başvuran ve doğrudan psikiyatrye başvuruyu reddeden olgularda tedavide başarı şansının artırılmasını ve hastaya psikiyatrik desteğin sağlanmasını hedeflerken, diğer taraftan birincil sorunu dermatolojik olan ve ikincil olarak psikiyatrik sorunlar geliştiren hastalarda dermatolojik tedavinin yanısıra psikiyatrik tedavi desteğinin sağlanması ile de hekim ve hasta açısından daha doyurucu ve bütüncül bir yaklaşım getirmektedir. Bu yazıda psikodermatoloji araştırmaları ve bu bağlamda deri-ruh ilişkisi, bu grupta yer alan hastalıklarla bu hastalıklarda psikiyatri ve dermatolojinin kesişme alanları özetlenmeye çalışılmış ve bu konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Dermatoloji, psikiyatri, psikoloji-psikosomatik tıp dermatolojik hastalık

SUMMARY: Psychodermatology: A Collaboration Between Psychiatry and Dermatology

Dermatology is of special importance in consultation-liaison practice. The brain and the skin originate from the same germ layer, the ectoderm, in the embryo. In later periods of life, the various ways these two organs influence each other has been the subject of many studies published in this field. These studies are divided into three groups: 1- studies about stress and dermatologic diseases, 2- psychoanalytic and psychodynamic approaches to psychodermatologic diseases, and 3- clinical research and treatment of psychodermatologic diseases. Recently, in some countries which are aware of the importance of the subject, in the psychodermatology section psychiatrists, dermatologists, psychologists and residents work together as a team. In fact, it has been already accepted that there is a need for association between psychiatry and dermatology in many cases. This association between the two disciplines aims to enhance the success of therapy and psychiatric support for patients who primarily have psychiatric disease, but project that as a dermatologic disease, on the one hand. On the other hand, it provides a more holistic, and satisfying approach for both doctors and patients having primarily dermatologic disease, but who develop psychiatric problems secondarily. In this article, psychodermatology investigations and the relationship between the skin and psyche, diseases discussed in this context, and overlapping areas of psychiatry and dermatology are reviewed, and it is aimed to attract attention to this topic.

Key Words: Dermatology, psychiatry-psychology, psychosomatic medicine, dermatologic disease

¹Uzm., Psikiyatri Bl., ²Doç., Dermatoloji Bl., Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
Dr. Sibel Mercan, e-posta: rmercan@superonline.com

GİRİŞ

Derinin, rahatlıkla görülebilen ve dokunulabilen bir organ olarak psikiyatride özel bir yeri vardır. Deri; öfke, korku, utanç ve kızgınlık gibi duyguları açıkça ifade etme, emosyonel uyarılara yanıt verme, kişinin kendilik imajı ve özgüvenini sağlama ile bebeklikten yetişkinliğe doğru seyreden sosyalleşme sürecinde önemli rol oynar (Domonkos 1971, Koblenzer 1983). Ingram, derinin zihnin bir uzantısı olduğunu, bu nedenle huy ve kişiliğin değerlendirilmesinde gerekli kısımlarından biri olduğunu belirtir (1933). Derinin beyinle olan ilişkisi embriyonik döneme kadar uzanır; deri ile beyin ektodermden köken alır ve aynı hormonlar ve nörotransmitterlerden etkilenir (Koblenzer, 1983).

Psikodermatoloji ise psikiyatri ile dermatoloji arasındaki ilişki ve etkileşime dayanan ortak bir çalışma alanıdır ve pratikte bu birliktelik farklı nedenlerle olabilir:

- Psikiyatrik hastalıktan köken alan deri hastalıkları (artefakt dermatit)
- Dermatolojik hastalıkla ortaya çıkan ve gerçekte deri hastalığı ile maskelenen psikiyatrik hastalıklar (sanrisal parazitoz, beden dismorfik bozukluğu)
- Psikosomatik etmenlerle oluşan ya da alevlenen deri hastalıkları (psöriasis, nörodermatit, hiperhidrosis v.b.)
- Sosyal yalıtma ve damgalamaya ikincil olarak ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar (psöriasis, vitiligo gibi hastalıklarda depresyon görülmesi)
- Genetik ve çevresel etkilerle bir araya gelen deri ve psikiyatrik hastalıklar (mani ve psöriasis gibi)
- Süregen psikiyatrik hastalığı olan kişilerde ortaya çıkan deri hastalıkları (şizofrenlerde hijyene dikkat etmeme sonucu oluşan deri enfeksiyonları)
- Deri hastalıklarının tedavisinde kullanılan steroid, izotretonin gibi ilaçlarla ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklar
- Psikiyatride kullanılan bazı ilaçlarla ortaya çıkan deri hastalıkları (klorpromazin, lityum vb.) (Bhatia ve ark. 1996).

Sözü geçen tüm bu nedenlerin incelenmesi, hastalıklar arasında neden sonuç ilişkilerinin kurulması ve etiyojilerin ortaya çıkarılması amacıyla

çeşitli araştırmalar yapılmış ve yapılagelmektedir. Bu araştırmalar da başlıca üç grup altında toplanabilir:

I. Dermatolojik hastalıkların ortaya çıkması ve alevlenmesinde stresin rolü

II. Dermatoloji ve dermatolojik hastalıklarla ilgili dinamik ve analitik çalışmalar

III. Psikosomatik dermatolojik hastalıklarla ilgili klinik ve ilaç araştırmaları

I. Stres araştırmaları

Stres ve diğer psikolojik etmenler birçok dermatolojik hastalığın ortaya çıkmasını ya da belirtilerin alevlenmesini tetikler (Van Moffaert 1992, Koo ve Pham 1992). Herkesin genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen strese duyarlı bir şok organı vardır ve bu şok organı stresle dermatolojik belirtiler gösteren kişilerde deridir. Panconesi, duygusal stresörlerle aktive olan ve belirtileri şiddetlenen deri hastalıklarına “dermatolojik stres hastalığı” denmesini önermektedir (2000). Deri hastalıklarında stresin rolü ile ilgili çok sayıda araştırma göze çarpmaktadır ve bu araştırmalar üç ana başlık altında toplanmaktadır:

I. Stres yaratan çevresel etkenler

II. Özgül durumlarda kişilerin stres karşısında yaşadıkları subjektif deneyimler

III. Strese verilen biyolojik yanıtlar (Cohen ve ark. 1995).

Stres yaratan belirli durumlarla belirli psikosomatik hastalıkların ortaya çıktığı görüşü bugün geçerliğini yitirmiştir. Kişilerin stres karşısında yaşadığı öznel deneyimin stres yaratan durumdan daha önemli olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Alexander ve arkadaşları psikosomatik belirtilerin otonom sinir sistemi ile innerve olan organlarda ortaya çıktığını, bilinç dışı bastırılmış çatışmaların etkisi ile gelişen uzamış fizyolojik değişiklikler sonucunda oluştuğunu ve özgül bilinç dışı çatışmaların özgül psikosomatik hastalıklara yol açtığını belirtmiştir (1968). Günümüzde de bazı araştırma sonuçları bu görüşü destekler niteliktedir. Gastrointestinal ülser oluşumunda neden olarak hemofilus helikobakter pylori ve antienflamatuvar ilaçlar dışında ilk akla gelen stresdir ve depresyon, ekonomik kriz gibi sosyal stres yaratan durumlarda gastrointestinal ülser ve kanamalarda artma olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Bu durum stres

sonrası bölgesel kan akımında azalma ve gastrik asit sekresyonunda artma ile açıklanmaktadır (Levenstein ve ark. 1999). Aynı şekilde Kodama ve arkadaşları, Japonya'daki büyük depremden sonra 1500 kişi üzerinde yaptığı kontrollü araştırmada atopik egzemanın normal kontrollere göre çok arttığını göstermiştir (1999). Depreme maruz kalan A ve B bölgelerinde bu hastalığın alevlenme oranı % 38 ve % 34 iken etkilenmeyen bölgede bu oranın % 7 olduğu, deprem sonrası A ve B bölgelerinde stres görülme oranlarının ise sırasıyla % 63 ve % 48 iken diğer bölgede bu oranın % 19 olduğu görülmüştür. Strese verilen biyolojik yanıtlar kişiden kişiye farklılık göstermekte, stres sonucu vazoaaktif peptitler, lenfokinler ve kimyasal mediatörler salınmakta ve immün sistemin etkilenmesi ile yanğı gelişmektedir. Deneysel çalışmalarda endokrin, immün ve sinir sistemlerinin otonom çalışmadığı, aralarında karmaşık bir etkileşim olduğu gösterilmiştir (Ader ve arkadaşları 1995). Psikosomatik deri hastalıkları Selye'nin geliştirdiği strese üç aşamalı yanıt modeline göre özellikle uyum sürecinde ortaya çıkmaktadır (1949).

Stresin sadece hastalığı ortaya çıkarıcı bir etmen olmadığı atopik ekzema, psoriasis ve akne vulgaris gibi birçok süregen deri hastalığında belirtilerin alevlenmesine yol açtığı bilinmektedir (Katsorou-Katsari 1999 ve ark. Weigl 2000). Katsorou-Katsari ve arkadaşları tarafından alopesi areata hastalarında saç folliküllerinde üç türlü kortikotropin salgılatıcı hormon reseptörlerinden 2β alt türünün daha yaygın olduğu tespit edilmiş ve emosyonel stresin alopesi areatayı alevlendirdiği belirtilmiştir (2001).

II. Deri hastalıklarında dinamik ve analitik yorumlar

Fenichel, Winnicott ve Anzieu gibi bazı analistler, deri ve bilinç dışı arasındaki etkileşime dikkat çekmişler ve bazı deri hastalıkları ile bilinç dışı çatışmalar arasındaki etkileşimi analitik olarak açıklamaya çalışmışlardır. Fenichel'e göre organizma ve dış dünya arasındaki sınırı belirten derinin, organizmanın bir dış örtüsü olarak dört özelliği önemlidir (1974): I. Deri, örtücü bir tabaka olması yanında iç ve dış uyaranlara karşı koruyucudur. Bastırılmış dürtülerin kaslarda sertleşme oluşturması gibi vazomotor fonksiyonlarda da değişiklikler olur ve dermatozlara yol açar. II. Deri önemli bir erojen bölgedir ve dokunma, ısı ve ağrı da erojen haz kaynaklarıdır. Dermatozların bilinç dışı

temelinde de çoğunlukla sadomazoşistik eğilimler bulunur. Winnicott bu durumu papüller ürtikerin psikodinamik formülasyonunda şöyle açıklamıştır: "Derinin uyarılabilirliğinin bir göstergesi olan papüller; giysi, sıcak-soğuk gibi fiziksel uyaranlar yanında ruhsal nedenlerle de uyarılır ve papül oluşumu ereksiyona eşdeğer bir anlam taşır. Bilinç dışı fantezilerden köken alan uyarılma ve buna bağlı gelişen çatışmalar deride papül oluşumuna yol açar, kaşıma ve yolma davranışları da elle genital masturbasyona karşılık gelir ve haz yolu ile rahatlama sağlar" (1934). III. Deri, organizmanın yüzeyi olarak dışarıdan görünür ve teşhircilik çatışmalarında yer alır. Bu, güvenlik duygusunun gelişimi açısından önemli narsistik gereksinimlerle ilgilidir. Bu nedenle güzellik-çirkinlik fobilerinde, teşhircilikte ve sosyal fobide rastlanan bilinç dışı çatışmalar aynen dermatozlarda da bulunur. IV. Anksiyete belirtileri de deri belirtileri şeklinde lokalize olabilir. Anksiyete ile deride semptomatik uyarılma olur ve bazı belirtiler ortaya çıkar.

Anzieu'ya göre bebek ve anne arasında dokunma yoluyla kurulan ilişki diğer tüm duyu organlarının algıladığı ve kaydettiği duyumların ilk formlarını içerir. Bebeğin çevresindeki yetişkinlerin bebeğin istek gereksinim ve kaygılarını anladığını gösterme yoludur. Bu iki taraflı iletişim ağı enerjileri harekete geçirir, ortak anlamların üretilmesine yol açar ve egonun ilk uyarlaması olan "deri ego" sunu oluşturur (Anzieu 1990).

Derinin özel hastalıklarında, örneğin süregen kaşıntıda bastırılmış cinsellik söz konusu olabilir. Yine erkek homoseksüelliğinde anüs ve perinede, cinselliği engellenen kadınlarda ise vulvada kaşıntı dikkati çekmektedir (Drueck 1943, Saul 1938). Benzer şekilde Winnicott, ürtikerin ortaya çıkış nedenlerinden birinin boşalma yolu bulamamış şiddetli arzular olabileceğini ileri sürmüştür (1934).

Pines yazısında egzemalı bir hastasının aktarım ve karşı aktarım dinamiklerini erken dönem anne bebek ilişkisi açısından ele almış ve konuyu şöyle özetlemiştir: "Yaşamın ilk yılında ortaya çıkan ekzema, anne ile bebek arasındaki ilişkinin temelde bozuk olmasının bir sonucudur ve daha sonraki dönemlerde diğer insanlarla tekrarlayan ilişki sorunu bu rahatsızlığın tekrar tekrar alevlenmesine yol açar. Kendiliğin bozulması ya da yok olması kaygısının ortaya çıkması, tutulma ve bütün olarak muhafaza edilme ihtiyacı karakter oluşumunu etkiler. Bebeğin sakinleştirilme, yatıştırılma ihtiyacını karşılamak üzere ruhsal acılarını görülebilir

hale getirmesi, bedeniyle dile getirmeye başlaması ve bu yolla bakım elde etmesi bu hastalarda öğrenilen birşeydir. Bu hastaların analizinde kendiliğin narsistik ihtiyaçlarının karşılanmadığı ve nesne ilişkilerinde aşırı derecede hassas oldukları göze çarpmaktadır. Annenin, bebeğin görünümü ile uğradığı hayal kırıklığı bebeğin kendilik imajında bozulmaya yol açmakta ve gerçek kendilikte sorunlar ortaya çıkmaktadır” (1980).

Deri hastalıklarının psikiyatrik tedavisinde farmakolojik tedavi yaklaşımı yanında psikodinamik açıdan ele almak önemli, hatta bazı vakalarda zorunlu olmaktadır.

III. Psikosomatik dermatolojik hastalıklar

Kliniğe saf dermatolojik, saf psikiyatrik ya da her ikisinin bir bileşkesi olarak yansıyan bu hastalıklar üzerinde en fazla çalışan yazarlardan biri Koblenzer'dir. Dermatolog ve aynı zamanda psikanalist olan yazarın yaptığı sınıflama daha sonra ufak değişikliklerle birçok yazar tarafından benimsenmiştir. En sık kullanılan sınıflamada hastalıklar üç gruba ayrılır (1987).

1. Birincil psikiyatrik hastalıklar

Artefakt dermatiti, sanrısız parazitöz, nörotik deri yolma, trikotillomani, deriyle ilgili hipokondriak uğraşlar bu grupta sayılırlar. Bu grupta altta yatan neden psikiyatriktir ve hastalar bilinç dışı savunmalarla derilerine zarar verirler. Bu hastaların ağır olanları dermatoloğa başvurduklarında psikopatolojilerini reddetmekte, dermatolog tarafından tedavi olmayı istemektedirler. Bu hastaların savunmalarını hemen yıkıp kısa sürede psikiyatrik değerlendirmeye yönelmek intihar eğilimi ya da ağır psikiyatrik tablolar ortaya çıkma olasılığı nedeniyle sakıncalıdır. Kısa ve sık dermatoloji görüşmeleri hastanın iyi bir ilişki geliştirmesine olanak verir ve psikiyatriye geçişi kolaylaştırır.

Bu grupta yer alan hastalıklardan bazıları şunlardır:

Sanrısız Parazitöz (SP): Bu olgular ICD-10'da monosemptomatik hipokondriak psikoz olarak tanımlanmakla beraber bazı olgular, belirtilen tanı ölçütlerini birebir karşılamayabilirler (Trabert 1995). Etiyolojiye göre SP üç gruba ayrılır; altta yatan psikiyatrik ya da organik neden olmadığında “birincil psikotik sanrısız parazitöz” ya da monosemptomatik hipokondriak psikoz, şizofreni, depresyon gibi psikiyatrik bir hastalık

zemininde geliştiğinde “ikincil işlevsel sanrısız parazitöz” ve multipl skleroz, vit B₁₂ azlığı, se-rebrovasküler hastalıklar gibi organik bir neden olduğunda “ikincil organik sanrısız parazitöz” olarak adlandırılır (Le ve Gonski 2003). Bedensel hastalık eşlik ettiğinde DSM-IV'te “genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk” olarak sınıflandırılmıştır (Johnson ve Anthan 1985). Temel belirti, hastalara herhangi bir mikroorganizmanın bulaştığı inancıdır. Organizmalar deride çoğalıyor, dolaşıyor ve bazen de deriden dışarı çıkıyor şeklinde düşünürler. Bazı hastalar da deriden yoldukları ufak parçaları biriktirip doktora getirirler ve buna kibrit kutusu belirtisi (match box sign) adı verilir (Mercan ve ark. 2005). Sanrılara bağlı deri yolma ise çok nadirdir.

Nörotik deri yolmalar: Deride hissedilen kaşıntı ve duyu kaybı ya da deride görülen iyi huylu düzensizlikler sonucunda hastanın tekrarlayan deri yolması ile karakterizedir (Freunsgaard 1984). Bazı hastalarda bu kaşıntı ve yolma döngüsü kompulsif bir tören alışkanlığına dönüşmektedir (Hatch ve ark. 1992). Nörotik deri yolmada hastalar tırnakları ile derilerini yolarlar ve artefakt dermatitin aksine bu yaraları kendilerinin oluşturduğunu kabul ederler. Bu deri rahatsızlığına sıklıkla eşlik eden psikiyatrik durumların mükemmeliyetçi ve takıntılı kişilik yapısı, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon olduğu ve psikososyal stresörlerin % 33-98 oranında belirtileri şiddetlendirdiği bildirilmektedir (Gupta ve ark. 1987a). Histopatolojik görünüm deride tekrarlayan lokal travma ile uyumludur (Van Dijk ve vanVoorst 1979).

Artefakt dermatiti: Artefakt dermatiti, hastanın reddetmesine rağmen kişinin kendisi tarafından tırnakla, sigara izmariti, keskin cisimler ya da kimyasallar kullanarak derisinde meydana getirdiği lezyonlardır (Gupta ve ark. 1987a, Fabish 1980). Lezyonlar, çevresindeki normal dokudan keskin geometrik sınırlarla ayrılır ve yapış şekillerine göre birçok deri hastalığını taklit edebilirler. Artefakt dermatitine eşlik eden psikiyatrik bozukluklar arasında ağır kişilik bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, psikoz, zeka geriliği, Munchausen sendromu sayılmaktadır (Gupta ve Gupta 1993a, Stein ve Hollander 1992). Bu hastalar kendilik imajları ve duygulanımlarını kontrol edemediklerinden kişilerarası ilişkileri sürdürmekte zorluk çekerler. Boşluk duygusu ve öfke ile kendine zarar verici davranışlarda bulunurlar. Gelişmemiş başa çıkma mekanizmaları ile stresle

karşılaşılan bir durumda bu lezyonlar bir yardım çağrısı olmaktadır. Bu hastalarda hastalık, kaza ya da yas gibi ağır stres yaratan durumların ardından yaraların görülme oranının % 19-33 olduğu ve stres yaratan durumun ortadan kalkması ile yaraların gerilediği belirtilmektedir (Sneddon ve Sneddon 1975). Sınır kişilik bozukluğu olan hastalarda derisine zarar verme davranışının yanında intihar eğilimi, madde kullanımı ya da aşırı yemek yeme davranışları sık görülmekte ve intihar eğilimleri fazla olmaktadır. Lezyonların garip görünüşü ve hastaların bunların nasıl olduğunu açıklayamaması, tanı koymayı kolaylaştırmaktadır (Hollender ve Abraham 1973). Lezyonların kişinin kendisi tarafından yapıldığının doğrudan söylenmesi önerilmemektedir (Spraker 1983). Erken tanı, hastalığın süregenleşmesini önlemektedir.

Trikotillomani: Dermatolojik anlamda kişinin kendi kıllarını yolması iken, psikiyatrik tanımlamada kıl yolmanın yanında dürtüsellik eşlik etmelidir (Stein ve ark. 1995). Trikotillomani hastalarında saçlarını yolmadan hemen önce yoğun bir sıkıntı oluştuğu, kılları yolduktan sonra ise gerginliğin azaldığı, haz ve tatmin hissedildiği belirtilmektedir. Genelde saçların alın ve temporal bölgeleri, kaşlar, kirpikler, sakallar ya da pubik bölgelerdeki kıllar yolunmakta ve yolunan kıl emilip yutulabilmektedir (Gupta ve ark. 1987a). Etkilenen bölgede kıllar değişik uzunluktadır. Hastaların % 50'si başlangıçta alopesi areata ile karışmakta, kaş ve kirpik yolma da eklendiğinde trikotillomani olduğu anlaşılmaktadır (Muller ve Winkermann 1972).

Hastalığın bu güne kadar yapılan tanımlamaları birçok hastaya uygulanamamakta ya da çok kısır kalmaktadır (Stanley ve ark. 1992, Reeve ve ark. 1992). DSM IV'te başka türlü adlandırılmayan dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanmış ancak daha sonraları takıntılar arasında sayılmaya başlanmıştır. Buna karşın trikotillomani hastalarının PET çalışmasında beyin glukoz metabolizması sonuçlarının obsesif kompulsif bozukluk hastalarından farklı olduğu görülmüştür (Swedo ve ark. 1991). Başka bir görüşe göre hastaların % 43'ünün saç yolma sırasında bilinçli olmadıkları bulgusuna dayanarak trikotillomaninin disosiasyon ve psikojenik amnezi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Christenson ve ark. 1991). Bugün trikotillomani nedenlerinin değişken olduğu kabul edilmekte ve başka hastalıklarla birlikte görülme oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. En sık görülen psikiyatrik bozukluk obsesif kompulsif bozukluktur ve

bazen DSM IV kriterlerini karşılamayabilir (Mc Elroy ve ark. 1994). Trikotillomaninin diğer nedenleri arasında basit alışkanlık, strese tepki, zeka geriliği, depresyon, anksiyete, nadir olgularda sanrılar sayılabilir. Sanrısız olgularda saç dibinde birşey olduğu, saç yolduğunda bunun ortadan kalkıp normal saçın çıkacağı inancı vardır. Bu nadir durum "trikofobi" olarak adlandırılır. Altta yatan psikopatolojinin belirlenmesi ve tedavinin ona göre düzenlenmesi önemlidir. Trikotillomani, derinin histopatolojik değerlendirmesinde tanısız belirtiler gösteren nadir deri hastalıklarından biridir. Bu değişiklik trikomalasi olarak tanımlanır ve sadece trikotillomani hastalarında görülür (Lachapelle ve Pierard 1977). Olguların % 43'ü kıllarını kendilerinin yolduğunu inkar ederler ve bu olgularda patolojik değerlendirme ile doğru tanı konabilir (Christenson 1991).

2. İkincil psikiyatrik hastalıklar

Bu grupta temelde deri hastalıkları vardır ancak bu hastalıklar psikosomatik etmenlerden çok etkilenmektedir. Hastalığın ortaya çıkışını fizyolojik olmasına rağmen psikolojik etmenler ve stres dermatolojik belirtileri alevlendirmekte, hastalığın psikososyal etkisi de stresin artmasına yol açmaktadır. Deri hastalıklarında ortaya çıkan şekil bozukluğu ruhsal etkilenmeyi oluşturan en önemli değişkendir. Bu etkinin büyüklüğü kişinin kendilik algısı ve diğerleriyle ilişkisi ile yakından ilgilidir. Hastanın yaşı, lezyonların yerleşimi ve doğası diğer önemli değişkenlerdir (Holter ve Burgoon 1961). Lezyon ne kadar küçük olursa olsun ortaya çıkan ruhsal tepki çok farklı olabilir ve bu da altta yatan psikopatolojinin büyüklüğü ile ilgilidir (Medansky ve Handler 1981). Deri hastalıkları, yaşamı tehdit etmemekle beraber yaşam kalitesini bozmakta ve hastaların çoğunda psikolojik ve sosyal yıkım görülmektedir. Sosyal ortamlarda yalıtıma uğrayan birçok hasta bu duruma uyum göstermekte ancak bazılarında ciddi uyum güçlükleri olabilmekte ve sıklıkla depresyon, anksiyete, sosyal fobi gibi ruhsal hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Higgins ve Du Vivier 1994). Temel nedenin fizyolojik ve temel tedavi yaklaşımının dermatolojik olmasına rağmen psikiyatrik yaklaşımın eklenmesi hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve yaşam standardını yükseltmektedir (Medansky ve Handler 1981). Dermatolojik tedaviye yanıt veren hastalarda uygulanmasa bile; dermatolojik yanıt alınamayan hastalarda psikiyatrik değerlendirme

ve stres yaratan durumların araştırılması özellikle önem taşımaktadır.

3. Birlikte görülen grup (kollaboratif)

Tedavisi en zor hasta grubu budur. Hastalığın ortaya çıkışı yine çok etmenlidir. Bir yandan stres yaratan durumlar, diğer yandan karmaşık fizyolojik ve psikolojik savunma mekanizmaları dikkati çeker. Dermatozların, duygusal durumla ilişkisi en az anlaşılan grubudur. Bu hastalarda bir yandan organik nedenleri araştırırken diğer yandan psikolojik nedenlere de dikkat etmek gerekir. Hastalıkları ortaya çıkaran karmaşık mekanizmalarla ilgili çeşitli kuramlar öne sürülmektedir. Liken planus, atopik dermatit, psoriasis, süregen idiopatik ürtiker ve alopesi areata gibi hastalıkların birçoğunda psikonöroimmünolojik faktörler rol oynamaktadır (Gupta ve Voorhees 1990). P maddesi (substans P) ve vazoaaktif intestinal peptit gibi nöropeptitler psoriasis ve atopik dermatit gibi bazı hastalıkların patofizyolojisinde rol almaktadır (Anand ve ark. 1991). Bu nöropeptitlerin nöroregülasyon yapıcı etkisi majör depresyon gibi psikopatolojilerden ve psikolojik stresten etkilenmektedir. Bu konuda ileri araştırmalar yapmaya gerek vardır. Bu grupta yer alan hastalıklardan bazıları şöyle sıralanabilir:

Atopik dermatiti: Atopik dermatiti başlangıcından önce stresli yaşam olayı görülme oranı % 70'tir (Faulstich ve Williamson 1985). Hastalığın şiddetinin artmasında hastalığa bağlı ya da ailevi nedenlerle ortaya çıkan stres önemli rol oynamaktadır (King ve Wilson 1991). Bu hastalarda aile problemlerini değerlendirmeden önce majör depresyon dışlanmalıdır (Allen 1989). Yetişkin hastalarda depresyon, hipokondriak semptomlar, sürekli kaygı, ve öfke kontrol güçlüğü kontrollerine göre anlamlı derecede yüksektir (Ginsburg ve ark. 1993). Kaşıntı şiddeti depresyon şiddeti ile uyumluyken psikopatolojinin şiddeti ile atopik dermatitin şiddeti uyumlu bulunmamıştır (Gupta ve ark. 1994). Tedaviye dirençli süregen ekzema da işlevsel olmayan aile dinamikleri ile sorunlu ana baba/çocuk ilişkisine dikkat çekilmektedir. Bazı araştırmalarda çocukluk atopik dermatitinde reddeden anne figürü ve yeterli olmayan dokunma uyarısının sorumlu olduğu belirtilmesine rağmen yakın zamanda yapılan diğer araştırmalarda erken çocuklukta ağır atopik ekzema ile güvenli olmayan anne çocuk bağlanmasının ilişkisi olmadığı belirtilmektedir (Daud ve ark. 1993).

Psoriasis: Yetişkin psoriasis hastalarında hastalığın başlangıcı ya da alevlenmesinde psikososyal etmenlerin etkisi % 40-80 oranındayken çocuk psoriasis hastalarında bu oran % 90'dır (Gupta ve ark. 1987b, Çetin ve ark. 1991). Psoriasisın başlangıcı ve alevlenmesi ile stres etkenleri arasında bir bağ kurulamamıştır. Bunun nedeni kişilerin stresle başa çıkma mekanizmalarının ve yaşanan olaydan çok, kişide yarattığı etkinin farklı olması sayılabilir. Buna karşın hastalığın başlangıcı ya da alevlenmesinde stresin oluşturduğu etkinin ürtiker, akne, alopesi ve atopik olmayan ekzemaya göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Al'Abadie 1994). Psikolojik stres psoriasis hastalarının tedaviye yanıt vermelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar ve alkol bağımlılığı gibi çeşitli ruhsal hastalıklar psoriasis hastalarında siktir (Vidoni ve ark. 1989, Rubino ve ark. 1989, Higgins ve du Vivier 1994, Devrimci-Özgüven ve ark. 2000). Psoriasisın duygulanım bozuklukları ve tedavileri ile ilişkisi çok yönlüdür. Psoriasis, normalde kaşıntılı bir hastalık değildir ancak depresyon şiddeti arttıkça kaşıntı şiddeti de artmakta, intihar riski yükselmekte ve antidepresan tedavi ile kaşıntı ve uykusuzluk yakınmaları ortadan kalkmaktadır (Gupta ve ark. 1988, Gupta ve ark. 1993b, Gupta ve ark. 1994). Psoriasisde alkol kullanımı tedaviye yanıtı azaltmakta, kaşıntı ve uyku bozukluğu ortaya çıkmaktadır (Gupta ve ark. 1993c). Valproik asit, karbamazepin, fenotiyazin grubu antipsikotikler ve bazı antidepresanların ışık duyarlılığına yol açarak, hastalığın tedavisinde kullanılan PUVA ve UVB ile etkileşebildiği unutulmamalıdır (Gupta ve ark. 1989, Kochevar 1980). Yine lityum psoriasis ortaya çıkarıcı ya da şiddetlendirici etkisi vardır ve psoriasisin kontrol altına alınmadığı olgularda lityum tedavisi kesilmelidir (Deandrea ve ark. 1982, Selmanowitz 1986).

Ürtiker ve anjiödem: Ürtiker ve anjiödem hastalarının % 79'unda neden bulunamazken, hastalığın ortaya çıkışında % 11-21 oranında psikolojik etmenlerin doğrudan rolü olduğu ve % 24-68 oranında da kolaylaştırıcı rol oynadığı bildirilmektedir (Champion ve ark. 1969, Michaelsson 1969). Ağır emosyonel stres nedeni ne olursa olsun ürtikeri alevlendirmekte, deprem gibi yıkıcı olaylar ise hastalığı başlatabilmektedir (Arnold ve ark. 1990, Stewart ve Goodman 1989). Ürtiker olgularının % 51'inde stresli yaşam olayları ile hastalık başlamakta, bu oran kolinerjik ürtikerde % 77, dermografizmde ise % 82'ye ulaşmaktadır (Czubalski ve Rudzki 1977). Bu hastalarda depresyonun da

sık görüldüğü ve depresyon şiddeti arttıkça ürtiker plaklarının daha fazla kaşındığı belirtilmiştir (Gupta ve ark. 1994). Kişilik özelliği ile hastalık eşleştirildiğinde bu hastaların öfke ve düşmanlıklarını çok dile getiremedikleri ve diğer insanlardan onay alma ihtiyaçlarının fazla olduğu belirtilmiştir (Juhlin 1981). Ünal ve arkadaşları (1991) kronik ürtiker hastalarında anksiyete ve depresyonun üç kat fazla olduğunu belirtirken Topal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada kronik ürtiker hastaları ile kontrol grubu arasında depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları açısından farklılık saptanmadığı ancak bekar, kadın, bedensel hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan olgularda ve ailesinde psikiyatrik hastalık olanlarda belirli kişilik bozukluklarının anlamlı oranda yüksek olduğu belirtilmiştir (2004).

Alopesi areata: Alopesi areatanın ortaya çıkışında psikososyal nedenlerin etkisi çocuklarda % 22-29, yetişkinlerde ise % 17 oranında olmakla beraber alopesinin şiddeti ile hastanın ruhsal durumu ve duygusal stresin şiddeti arasında doğrudan ilişki bulunamamıştır (De Waard ve ark. 1989). Bazı araştırmalarda son bir yıl içinde yaşanan önemli olaylar açısından alopesi ve kontrol grubu arasında bir fark olmadığı gösterilmiştir (Picardi ve ark. 2003, Demet 2003). Psikolojik stresin en önemli kaynağı kozmetik yönle ilgilidir (Beard 1986). Bu grup hastalarda başta anksiyete ve depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların görülme oranı % 33 ile % 93 arasında değişmekte ve bu psikolojik problemler saçlar çıktıktan sonra da yıllarca sürebilmektedir (De Waard ve ark. 1989). Psikozu da içeren ağır psikiyatrik hastalıklar, has-

taların % 11'inde görülebilmektedir (Koo ve ark. 1994). Bu hastaların bağlanma ilişkilerinde kaçınma yaşadığı, daha fazla aleksitimi gösterdikleri ve sosyal desteklerinin daha az olduğu belirtilmektedir (Picardi ve ark. 2003).

Tüm bu konular dikkate alındığında psikodermatoloji hastalarının ele alınmasında psikiyatri ve dermatoloji uzmanlarının birlikte çalışması gereği açıkça ortaya çıkmaktadır. Psikodermatoloji birimlerinin nasıl çalışacağı ve nasıl eğitim vereceği konusunda tartışmalar yapılmakta ve değişik modeller öne sürülmektedir. Ağırlıklı olarak dermatoloji bölümlerinde kurulan bu birimler psikodermatoloji birimi adı altında işlev görmekte ve biriminin içinde psikiyatrist, psikolog, dermatoloji asistanları ve uzmanları yer almaktadır. Psikiyatristin ekibin içinde yer alması ve hazır bulunması bu hastaların psikiyatrik tedaviyi kabul etmelerini kolaylaştırmaktadır (Gould 2004). Dermatolojinin bu amaçla seçilmesi raslantı değildir. Bu nedenle psikodermatoloji gibi ortak çalışma alanının oluşturulduğu bir yapıdan psikiyatrye yumuşak geçişin yapılması, hastanın tedaviye uyumunu ve tedavi şansını artırmak açısından önem taşımaktadır. Psikodermatolojik yaklaşımda deri hastalıklarının tedavi edilmesinin yanında hastanın kişilik özellikleri, eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar, ailevi durumu, mesleği, sosyal durumunun ele alınması ve bu alanlardaki sorunlara işaret edilmesi tedavi planı içinde yer almalıdır.

Bu konuda çalışan birimler oldukça kısıtlı sayıdadır ancak bu sayı günden güne artmaktadır. Yurdumuzda da bu yapıların kurulması ve bu konudaki araştırmaların özendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

AderR, CoenN, FeltenDL ve ark. (1995) Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. *Lancet*, 345:99.

Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ ve ark. (1994) The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol*, 130:199-203.

Alexander F, French TM, Pollack GH ve ark. (1968) Psychosomatic Specificity: Experimental Study and Results. Chicago, University of Chicago Press, s.97.

Allen AD (1989) Intractible atopic eczema suggest major affective disorder: a poor parenting is secondary. *Arch Dermatol*, 125:567-568.

Anzieu D (1990) A Skin for Thought: Interviews with Gilbert Tarrab on Psychology and Psychoanalysis. London, Karnac Books s.167.

Anand P, Springal DR, Blank MA ve ark. (1991) Neuropeptides in skin disease: increased VIP in eczema and psoriasis but not axillary hyperhidrosis. *Br J Dermatol*, 124:547-549.

Arnold HL, Odom KB, James WD ve ark. (1990) Disease of the skin. 8th ed., Philadelphia, WB Saunders, s.131-158.

Beard HO (1986) Social and psychological implications of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol*, 14:697-700.

Bhatia MS, Gautam RK, Bedi GK ve ark. (1996) Psychiatric profile of patients with neurodermatitis. *J Indian Med Assoc*, 94:445-446.

Champion RH, Roberts SO, Carpenter RG ve ark. (1969) Urticaria and angio-oedema: a review of 554 patients. *Br J Dermatol*, 81:588-597.

Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE ve ark. (1991) Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *Am J Psychiatry*, 148:365-370.

Cohen S, Kessler RC, Underwood GL ve ark. (1995) Strategies for Measuring Stress in Studies of Psychiatric and Physical Disorders, New York, Oxford University Press.

Czubalski K, Rudzki E (1977) Neuropsychiatric factors in physical urticaria. *Dermatologica*, 154:1-4.

Çetin M, Doğruöz K, Tarkan N, Ceylan ME (1991) Psoriasis

olgularının kişilik özellikleri ve psöriasisin etyopatogenezinde psikososyal stresörlerin rolü. 27. Ulusal psikiyatrik bilimler kongresi, Bildiri kitabı, Antalya.

Daud LR, Garralda ME, David TJ ve ark. (1993) Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Arch Dis Child*, 69:670-676.

De Waard-Van Der Spek FB, Oranje AP, De Raey Maecker DM (1989) Juvenile versus maturity onset alopecia areata: a comparative retrospective clinical study. *Clin Exp Dermatol*, 14:429-433.

Deandrea D, Walker L, Mehlmauer M ve ark. (1982) Dermatological reactions to lithium: a critical review. *J Clin Psychopharmacol*, 2:119-204.

Demet MM, İnanır I, Yurtsever F ve ark. (2003) Alopesi areata ve yaşam olayları. 39. Ulusal psikiyatri kongresi bildiri kitapçığı, Antalya, s.307-309.

Devrimci-Özguven H, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A (2000) The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 14:267-271.

Domonkos AN (1971) Pruritus, Cutaneous Neuroses and Neurocutaneous Dermatoses. Andrew's Disease of the Skin, 6th ed. Philadelphia, WB Saunders C., s.61-76.

Drueck CJ (1943) Essential pruritus perine. *J Nerv Ment Dis*, XCVII.

Fabish W (1980) Psychiatric aspects of dermatitis artefacta. *Br J Dermatol*, 102:29-34.

Faulstich ME, Williamson DA (1985) An overview of atopic dermatitis: toward a bio-behavioral integration. *J Psychosom Res*, 29:415-417.

Fenichel O (1974) Nevrozların psikoanalitik teorisi (çev) Tuncer S, Ege Ün matbaası, Bornova, İzmir, s.234-236.

Freunsgaard K (1984) Neurotic excoriations: a controlled psychiatric examinations. *Acta Psychiatr Scand*, 69:1-52.

Ginsburg IH, Prystowsky JH, Kornfeld DS ve ark. (1993) Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *Int J Dermatol*, 32:656-660.

Gould WM (2004) Teaching psychocutaneous medicine: time for a reappraisal. *Arch dermatol*, 140:282-285.

Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF ve ark. (1987a) The self inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry*, 9:45-52.

Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF ve ark. (1987b) Psoriasis and psychiatry: an update. *Gen Hosp Psychiatry*, 9:157-166.

Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S ve ark. (1988) Pruritus in psoriasis: a prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. *Arch Dermatol*, 124:1052-1057.

Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S ve ark. (1989) A psychocutaneous profile of psoriasis patients who are stress reactors: a study of 127 patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 11:166-173.

Gupta MA, Voorhees JJ (1990) Psychosomatic dermatology: is it relevant? *Arch Dermatol*, 126:90-93.

Gupta MA, Gupta AK (1993a) Dermatitis artefacta and sexual abuse. *Int J Dermatol*, 32:825-826.

Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK ve ark. (1993b) Suicidal ideation in psoriasis. *Int J Dermatol*, 32:188-190.

Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK ve ark. (1993c) Alcohol intake and treatment responsiveness of psoriasis: a prospective study. *J Am Acad Dermatol*, 28:730-732.

Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ ve ark. (1994) Depression modulates pruritus perception: a study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med*, 56:36-40.

Hatch ML, Paradis C, Freidman S ve ark. (1992) Obsessive compulsive disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. *J Am Acad Dermatol*, 26:549-551.

Higgins EM, Du Vivier AW (1994) Cutaneous disease and alcohol misuse. *Br Med Bull*, 50:85-98.

Hollander MH, Abraham HS (1973) Dermatitis factitia. *South Med J*, 66:1279-1285.

Holter RF, Burgoon C (1961) Psychological considerations of the skin in childhood. *Pediatr Clin North Am*, 8:719-736.

Ingram JT (1933) The personality of the skin. *Lancet*, 1:889.

Johnson GC, Anton RF (1985) Delusions of parasitosis: differential diagnosis and treatment. *South Med J*, 78:914-918.

Juhlin L (1981) Recurrent urticaria: clinical investigations of 330 patients. *Br J Dermatol*, 104:369-381.

Katsarou-Katsari A, Filippou A, Theoharides TC ve ark. (1999) Effect of stress and other psychological factors on the pathophysiology and treatment of dermatoses. *Int J Immunopathol and Pharmacol*, 12:7-11.

Katsarou-Katsari A, Singh LK, Theoharides TC ve ark. (2001) Alopecia areata and affected skin CRH receptor upregulation induced by acute emotional stress. *Dermatology*, 203:157-61.

King RM, Wilson GV (1991) Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J Psychosom Res*, 35:697-706.

Koblener CS (1983) Psychosomatic concepts in dermatology. *Arch Dermatol*, 119:501-512.

Koblener CS (1987) Psychocutaneous Disease. First ed., Orlando, Grune Stratton s:77-78.

Kochevar IE (1980) Possible mechanisms of toxicity due to photochemical products of protriptyline. *Toxicol Appl Pharmacol*, 54:258-264.

Kodama A, Horikawa T, Suzuki T ve ark. (1999) Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol*, 1999 Jul;104:173-6.

Koo JYM, Pham CT (1992) Psychodermatology: Practical guidelines on pharmacotherapy. *Arch Dermatol*, 126:381-388.

Koo JYM, Shellow WVR, Hallman CP ve ark. (1994) Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders. *Int J Dermatol*, 33:849-850.

Lachapelle JM, Pierard GE (1977) Traumatic alopecia in trichotillomania: a pathogenic interpretation of histologic lesions in the pilosebaceous unit. *J Cutan Pathol*, 4:51-67.

Le L, Gonski PN (2003) Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. *Med J Aust*, 179(4):209-210.

Levenstein S, Ackerman S, Kiecolt-Glaser JK ve ark. (1999) Stress and peptic ulcer disease. *JAMA*, 281:10.

McElroy SL, Phillips KA, Keck P ve ark. (1994) Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry*, 55:33-53.

Medansky RS, Handler RM (1981) Dermatopsychosomatics: classification, physiology, and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol*, 5(2):125-136.

Mercan S, Ögütçen Ö, Altunay IK, Karamustafalıoğlu O (2005) Folie á famille ve delüzyonel parazitöz: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15:71-78.

Michaelsson G (1969) Chronic urticaria. *Acta Dermatol Venereol*, 49:404-416.

Muller SA, Winkelmann RK (1972) Trichotillomania: a clinicopathologic study of 24 cases. *Arch Dermatol*, 105:535-540.

Panconesi E (2000) Psychosomatic dermatology: past and future. *Int J Dermatol*, 39:732-734.

Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MT ve ark. (2003) Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 44(5):374.

Pines D (1980) Skin communication: early skin disorders and their effect on transference and countertransference. *Int J Psychoanal*, 61:315-323.

Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA ve ark. (1992) Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with

trichotillomania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31:132-138.

Rubino IA, Sonnino A, Stefanto CM ve ark. (1989) Separation-individuation, aggression and alexithymia in psoriasis. Acta Derm Venereol, 146:87-90.

Saul LI (1938) Incidental observations in pruritus ans. Psychoanalytic quarterly. VII.

Selmanowitz VJ (1986) Lithium, leukocytes and lesions. Clin Dermatol, 4:170-175.

Selye H (1949) General adaptation syndrome and the diseases of adaptation. Practitioner, 163:393-405.

Sneddon I, Sneddon J (1975) Self inflicted injury: a follow up of 43 patients. Br Med J, 1:527-530.

Spraker MK (1983) Cutaneous artifactual disease: an appeal for help. Pediatr Clin North Am, 30:659-668.

Stanley MA, Swann AC, Bowers TC ve ark. (1992) A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive compulsive disorder. Behav Res Ther, 30:39-44.

Stein DJ, Hollander E (1992) Dermatology and conditions related to obsessive compulsive disorder. J Am Acad Dermatol, 26:237-242.

Stein DJ, Mullen L, Islam MN ve ark. (1995) Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. Psychopathology, 28:208-213.

Steward JH, Goodman MM (1989) Earthquake urticaria. Cutis, 43:340.

Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL ve ark. (1991) Regional

cerebral glucose metabolism of women with trichotillomania. Arch Gen Psychiatry, 48:828-833.

Trabert W (1995) 100 years of Delusional Parasitosis. Psychopathology, 28:238-246.

Topal IO, Mercan S, Altunay IK ve ark. (2004) Kronik ürtikerli hastalarda kişilik bozuklukları, anksiyete ve depresyon. 40. Ulusal psikiyatri kongresi program ve bildiri özet kitabı, Kuşadası, s.610-612.

Unal S, Berksun O, Kınıklı G, Kaya E (1991) Kronik ürtiker ve allerjik nezle olgularında psikolojik semptomlar. Turk Psikiyatri Derg, 2:289-293.

Van Dijk E, Van Voorst Vader PC (1979) Dermatillomania. Dermatologica, 158:65-71.

Van Moffaert M (1992) Psychodermatology: an overview. Psychother Psychosom, 58:125-136.

Vidoni D, Campiutti E, D'Aronco R ve ark. (1989) Psoriasis and alexithymia. Acta Derm Venereol, 146:91-92.

Weigl BA (2000) The significance of stress hormones glucocorticoid, catecholamines for eruptions and spontaneous remission phases in psoriasis. Int J Dermatol, 39:678-688.

Winnicott DW (1934) Papular urticaria and the dynamics of skin sensation. Br J Children's disease, 31:5-16.

Şizofreni Dernekleri ruh hekimlerinin ilgi ve desteğini bekliyor

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Kuveyt Cad. (Güven Sokak) 7/18, Aşağıyancı, ANKARA • Tel. 0312 466 54 66

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ • Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR • Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA • Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA • Tel: 0 236 239 64 71