

Psoriasisste Psikosomatik Faktörler, Psikolojik Durum ve Psoriasisli Hastaya Yaklaşım

Psychosomatic Factors and Psychological Status in Psoriatic Patients and Approach to the Psoriatic Patients

Ertuğrul H. Aydemir, Meltem Yılmaz Sukan*

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Özet

Psoriasisste psikosomatik köken tam ispatlanmasa da genel kabul gören bir etyolojik özelliğidir ve hastaların önemli bir kısmı başlangıç ve alevlenme dönemlerinde stres ve diğer emosyonel travmalardan söz ederler. Ayrıca deride görünen ve zor geçen bir hastalık olması, hastalarda umutsuzluk, dışlanmışlık, yalnızlık hissi yaratır, kendilerini kirli ve suçlu hissedebilirler. Bu da hastalarda kırılması güç bir kısır döngü yaratır. Her iki neden de hastalara çok özenle ve şefkatle yaklaşılmasını gerektirir. Doktorun hastayı dinlemesi, dokunması sabır ve şefkatle muayenesi çok önemlidir. Bunun yanı sıra bir psikiyatri desteği alınması da tedaviye önemli bir yarar sağlar. (*Turkderm 2008; 42 Özel Sayı 2: 26-30*)

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, stres

Summary

Even if it has not been completely proven, psychosomatic factors are generally agreed and most of the patients talk about stress and the other emotional traumas at the beginning of disease and at the attacks. Furthermore since it is a difficult to treat disease easily seen on the skin, cause to hopeless, loneliness and isolation senses and they feel themselves dirty and guilty. Then it leads to an unbreakable vicious circle. It is very important to make an approach with much care and affection. It is very important that to listen, to examine and to touch the dermatologist to the patient with patience and affection. Besides that to take a psychiatric support may also help too much to the treatment of the diseases. (*Turkderm 2008; 42 Suppl 2: 26-30*)

Key Words: Psoriasis, stress

Giriş

Psoriasis, psikolojik olaylarla ilgisi en çok olan ve bu yönü de en çok çalışılıp, en çok tartışılan, psikosomatik yönü ağır basan deri hastalıklarından biridir^{1,2}. İlişki çift yönlü olup, çıkışında ve alevlenmelerinde ruhsal faktörlerin etkisi genel kabul gören bir özellik olmakla birlikte aynı zamanda derilerinde var olan belirtilerin kendilerinde yarattığı anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklar da bu hastalarda önemli bir sorun yaratmaktadır. Bu etkileşimse sürekli bir kısır döngünün varlığına yol açar^{2,3}. Tüm deri hastalıklarında bu sekonder psikolojik sorunlara rastlanabilir, ama psikosomatik özellik ruhsal etkenlerle tetiklenen, alevlenen belli

hastalıkların özelliğidir ve ispatlanması çok zordur. Çünkü stres, anksiyete, depresyon vb psikolojik durumların saptanması için yapılan çalışmalarda sonuçların tetikleyici mi yoksa hastalığa sekonder mi olduğunu bilmemiz mümkün değildir, stresin simülasyonu, kontrolü de çok zor olduğu için tetikleyici etkileri de kolay ispatlanamaz. Tedavi çalışmalarında psikiyatrik desteğin katkısı çoğu zaman gösterilmiş, zaman zaman da anlamlı bulunmamıştır. Buna karşılık palmoplantar psoriasis olan bir bayan meslektaşımızın tüm belirtilerinin bir tatil köyündeki kongrenin üçüncü gününde tedavimsiz olarak iyileşmesinin bir başka açıklamasının da yapılamayacağı kanısındayım, bunu ne UV'nin, ne de mineral su vb. nin etkileriyle açıklayamayız.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ertuğrul H. Aydemir, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Tel: 0212 414 31 22 Faks: 0212 587 05 05 Türkiye E-posta: ehaydemir2003@yahoo.com

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing. All rights reserved.*

Psikokutanöz hastalık kavramıyla ilgili bildirilen ilk olgu da, 1155 tarihinde, İran prensinin, babasının tahtını geri almasıyla ilgili yaşadığı sıkıntı nedeniyle psoriasis geliştirmesidir⁴. Psikosomatik terimi de ilk kez 1818'de Heinroth tarafından kullanılmıştır. Daha sonraları bir grup araştırmacı tarafından "bedenin tamamen ruhsuz olarak algılanması" zamanımızın en büyük hatası olarak değerlendirilmiş ve "tüm tıbbın bir psikosomatik tıp haline gelmesi gerektiği" düşüncesi savunulmuştur⁵. Psoriasis etyolojisinde tek ve kesin olan hiçbir faktör yoktur. Kalıtım özelliği bile tüm hastaları kapsamaz, %60 civarında kalır. Makul ve mantıklı olan alt yapısı kalıtsal veya bireysel olarak yatkın bir zemin üzerinde multifaktöryel bir çevresel uyaranlar grubundan bir veya birkaçının hastalığı başlattığını ve alevlendirdiğini düşünmektir ki emosyonel faktörler de bu çevresel faktörler arasında çok önemli bir yer alırlar^{2,6}. Bazı çalışmalarda özellikle ilk ataktan önce majör bir stresin bulunduğu bildirilmiştir^{2,6}. Psoriasisın başlaması ve alevlenmesinde ruhsal faktörlerin etkisi değişik çalışmalarda %40-100 arası gösterilmiştir^{3,7-12}. Psoriasis etyolojisinde stresin rolü konusundaki en ikna edici bulgular, bizzat hastaların kendilerinin inanmasından kaynaklanmaktadır. Psoriasisli hastalardaki stresin illaki çok büyük bir stres olması da gerekmemektedir, şekil bozukluğu olan bir hastalığı uzun süre çekmenin stresi gibi sürekli ve zayıf bir stresin de olabileceği bildirilmiştir¹³. Yapılan bazı çalışmalarda psoriasisli hastaların anksiyetelerinin yüksek, suçluluk duygusu, aşağılık duygusu ve bağımlılığın hakim olduğu, kaygısı ve sorumluluk duygusu yüksek, nörotik ve fakir kişilikli, içe dönük, sosyal ilişkileri bozuk, çevreyle uyumsuz, depresif ve obsesif kişiler olduğu gösterilmiştir². Bu kişilerde ayrıca kıskançlık, bastırılmış seksüel duygular, sevgi eksikliği, (özellikle anneyle ilişkilerin bozuk olduğu) görülmüştür³. Psoriasisste psikolojik etmenler, kişilik özellikleri ve distimi hali söz konusudur. Psikodinamik yaklaşımlar, bastırılmış düşmanlık duygularının psikosomatik ifadesi şeklinde değerlendirilebilir ve sembolik biçimde derinin ağlaması olarak düşünülebilir. Bu yazılar, psoriasis hastalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük dominans düzeyleri, daha yüksek çevreyi cezalandırma, kendilerini cezalandırma, anksiyete ve depresyon düzeyleri olduğunu bildirmiştir. Hastaların 2/5'inde nörotik depresyon, 1/5'inde anksiyete, 1/8'inde fobi saptanmıştır¹⁴. Ruhsal faktörlerin nasıl olup da organik bir hastalığa yol açtığı konusu hep tartışılmalıdır. Emosyonel stresin hem humoral, hem de hücrel immün sistem üzerinde etkileri bilinmektedir. Psikofizyolojik etkileşimle ilişkili üç mekanizma ileri sürülmektedir; hastalık süreçlerinin hipofiz adrenokortikal eksen üzerinde etkileri, immün sistemin düzenlenmesinde stresle oluşan etkiler, nöropeptidler^{8,9,15,16}. Strese bedensel yanıt sadece adrenal/ ön hipofiz eksenine değil, hipotalamus, limbik sistem ve beyin korteksi tarafından da düzenlenmektedir. Stres yaşayan insanlarda, lenfositlerdeki interferon sentezinin aktivasyonu, doğal öldürücü hücrelerin aktivitesinin azalması ve nötrofil fosforazının artışı bildirilmiştir^{1,17,18}. Arnetz ve ark.⁷, uygulama öncesi ölçümlerde hiçbir fark olmayan 10 psoriasis hastasını, 10 sağlıklı kontrol grubu ile strese yüzleştirerek psikoendokrin ve metabolik tepkileri incelediği çalışmalarında, stres ile yüzleştirme sırasında plazma glukozu ve idrarda adrenalin atılımında artışın ve serum kortizolünde düşüşün psoriasis grubunda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Hayvan ve insanlarda sinir sistemi ve bağırsık sistemi arasındaki etkileşimler ortaya konmuştur^{19,20}.

Bu sonuçlar psoriasis hastalarının, kontrol grubuna göre, çevresini daha kolay stres yaratabilen bir ortam olarak algıladıkları varsayımını desteklemektedir⁷. Seville, stres yaratan olay ile psoriasis oluşması arasında bir gün ile dört hafta arasında bir süre olduğunu bildirmiştir²¹. Stresin genellikle kişi üzerinde bir ay içerisinde etkilerinin ortaya çıktığı konusunda fikir birliği vardır. Bununla birlikte Al'Abadie ve ark. %27 olguda bu sürenin on haftadan daha uzun olduğunu saptamışlardır. Al'Abadie ve ark., 113 psoriasisli hastasında, diğer deri hastalıklarından daha fazla olarak stresin alevlenmelere neden olduğunu, en sık olarak aile sorunları (ayrılık), iş ve okuldaki zorluklara ve günlük sorunlara rastlandığını bildirmiştir. Stresin şiddeti ile, başlangıç ve alevlenmenin zamanı arasında bir ilişki saptanmıştır⁸. Bazı çalışmalarda da stresin ve diğer emosyonel faktörlerin bu etkisi saptanamamıştır^{10,22}.

Gupta ve ark., 127 psoriasis olgusunu inceleyerek, stresle belirtileri alevlenen grubun, kişisel olarak daha bağımlı olduğunu, kızgınlık duygularını ifade etme zorluğu ve başkaları tarafından onaylanma ihtiyacı gibi özgün kişilik özelliklerine sahip olduklarını bildirmiştir¹⁰. Devrimci-Özgüven ve ark., 50 psoriasis hastasını 50 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırdıkları çalışmada, hasta grubunda depresyon ve bedensel yoldan boşalma düzeylerinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu, psoriasis geliştirme riskinin orta ve ağır derecede depresyonu olan hastalarda daha yüksek olduğunu saptamış olup, belirtilerin şiddeti ile, duygularını ifade etme gücünü ve Beck Depresyon Ölçeği skorlarının yüksekliği arasında da ilişki bulunduğunu bildirmiştir. Sonuç olarak bu bulgular psoriasis ve psikolojik sorunlar arasında karşılıklı bir ilişki bulunabileceğini göstermektedir. Aynı çalışmada 50 hastanın 3/4'ünün, hastalığın başlangıcından önce son 3 ay içinde stres yaratan bir yaşam olayı öyküsü bulunmuştur²³.

Bu konuda son zamanlarda yapılan bir çalışmada Norveç'te 6000 kişide yapılan bir çalışmada %71'inde stresin hastalığın başlangıcıyla ilgili olduğu, %66'sında da yinelemelerde etkili olduğu bildirilmiştir. Otuz sekiz hastalık bir çalışmada yüksek stresli ve düşük stresli grup arasında PASI skoru farkı görülmemiş, fakat yüksek stresli grupta daha çok eklem tutulumu ve daha aktif psoriasis görülmüş ve psoriasisin aktivitesi depresyon, psikosomatik reaksiyonlar ve yaşam olaylarıyla paralel bulunmuştur. Yetmiş üç hastalık bir akut guttat psoriasis, 6 ay içindeki stresli olayların etkili olduğu gösterilmiştir. Yalnızca standart tedavi uygulanan 23 kişilik bir grupta ek olarak bilişsel davranış tedavisi (BDT) (Cognitive behavioral therapy) uygulanan 21 hastanın tedavi sonuçlarının kıyaslamasında BDT uygulanan grupta tek bir hedef lezyonda anlamlı ölçüde, genel şiddette ise anlamlı olmayan düzeyde daha fazla iyileşme görülmüştür. Doksan bir hastalık bir başka grupta ise BDT alan grupta hem objektif hastalık bulguları olarak, hem depresyon ve anksiyete düzeyinde ve kendi bildirdikleri stres ve yetersizlik düzeylerinde yalnız standart tedavi alanlara göre belirgin üstünlük sağlanmıştır. BDT'li grubun %64'ünde PASI değerinde %75 iyileşme varken, kontrol grubunun ancak %23'ünde bu sonuç alınmıştır. Ayrıca hipnoz, müzik dinleme, meditasyon, stres yönetimi eğitimi gibi destek tedaviler de denenmiş, farklı ölçülerde, net bir yol göstermeyen, fikir birliği olmayan fakat ümit veren sonuçlar alınmıştır¹³.

Deride psoriasisle bağlı kötü görünüşlü belirtilerin varlığı da aynı zamanda psikolojik bozukluklara, sosyal uyumsuzluğa yol açar^{16,24}. Birçok hastada utanma, suçluluk, öfke, başkalarının kirli ve mikroplu olduğunu düşüneceği korkusu mevcuttur. Günlük yaşamda çevresindekilerle ilişkilerinde ve kendilerinin

algılamalarında sorunlar yaşarlar^{3,16}. Savin 58 psoriasisli hastanın %50'sinde endişe, %36'sında kendilik farkındalığında artış (self-awareness), %25'inde depresyon, kadınların %39'unda, erkeklerin %22'sinde kendilerini damgalanmış hissetme, sadece %7'sinde ise, cinsel veya sosyal yaşamlarında olumsuz etkilerden söz ettiklerini bildirmiştir²⁵. Jobling, psoriasis hastalarının %84'ünün sosyal ilişkilerde zorlukları olduğunu, %27'sinin utanmalarını, %23'ünün lezyonlarını saklayacak şekilde giyinmeye gereksinim duyduklarını bildirmiştir²⁶. Ramsay ve O'Reagan'da benzer sonuçlar bularak, bu hastaların %50'sinin cinsel yaşantılarını hastalıklarının aksattığını, %10'unda bu hastalığın çocuklarında da ortaya çıkacağı korkusu olduğundan, çocuk yapmaktan kaçındıklarını saptamıştır^{27,28}. Damgalanma hissi, reddedilme, alay edilme korkusu ve ümitsizlik tipiktir. Ümitsizlik ve damgalanma, hastaların tedaviyi ihmal etmelerine ve gidişin daha da kötüleşmesine yol açabilmektedir^{29,30}. Hastalar, cinsel aktiviteden, lokanta, toplantılar, özellikle plaj, sauna, spor alanları vb ortamlarda bulunmaktan kaçınırlar. Reddedilmenin ayrıca alkol tüketimini arttırdığı, ancak hastaların bu duygularının farkında olmadıkları gözlenmiştir^{28,30}. Alkol alımı tedaviye direnci arttırmaktadır²⁸, ayrıca günümüzde alkol tüketiminin de psoriasis arttıran faktörlerden biri olarak kabul edilmesiyle kısır döngüye bir halka daha eklenmiş olmaktadır³¹⁻³³. Birçok araştırmada her ne kadar tipik kişilik özellikleri saptanmasa da, yüksek düzeylerde dışa yönelmiş agresyon, depresyon, anksiyete, obsesyon ve psikastenilerde skorlarında yükselme ve beden imgesi ile ilişkili sorunlar olduğu bildirilmiştir^{9,11,14}. Matussek ve ark.³⁵ psoriasis hastalarının başkalarına karşı agresif olduklarını, Dooley ve Finlay³⁶, psoriasisli hastaların agresyon düzeylerinin en düşük skorlarda olduğunu, Ginsburg ve ark., ise öfkelerini ifade etme güçlükleri olduğunu bildirmiştir³⁷. Sonuç olarak bu bulgular dahi birbirinden oldukça değişkenlik ve farklılıklar göstermektedir.

Bazı hastaların hafif lezyonlardan çok etkilenmelerine karşın, daha ileri lezyonu olan bazıları, hastalıklarından rahatsızlık duymamakta ve birçok sosyal aktivitelerde yer almaktadır³⁸. Hastalar arasında klinik şiddet ve yeti yitimine ilişkin bu değişkenlik ise araştırma konusu olabilir. Geç yaşlarda başlayan hastalarda kabullenme nisbeten daha kolay oluyor görülmektedir ve bu da yaşam deneyimleri, olgunluk, görüntünün öneminin azalması ve bazı başka doyumların varlığına bağlı olabileceği düşünülmüştür^{29,39}. Psoriasisli depresyon (%10-58) primer veya sekonder olabilir^{13,24}. Stigmatizasyon hisseden hastalarda depresyon skorları daha yüksektir²⁴. Kaşınının fazla olduğu hastalarda depresyon bulguları daha fazla görülmüştür ve depresif psikopatolojiyle kaşınının derecesi yakından ilişkilidir. Fakat burada depresyonun mu kaşınıtı, kaşınının mı depresyonu arttırdığını söylemek çok zordur^{13,24,30,40-43}. Depresif durum, kaşınıtı eşliğinde düşürerek, kaşınının algılanmasını kolaylaştırabilir¹³.

Psoriasisli hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğu organik hastalıkların hemen hepsinden fazla bulunmuştur ve özellikle suçluluk ve damgalanma hisleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu hastaların daha küçük bir kısmında da intihar düşüncesine rastlanmıştır^{29,44-46}.

Bütün bunların sonucu olarak yaşam kalitesinde önemli düşmeler saptanmaktadır⁴⁷⁻⁴⁹. Bu etkilenme kadınlarda daha fazladır⁴⁸. Psoriasis ve lepralı hastalarda yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada psoriasis grubunda psikiyatrik morbidite daha fazla bulunmuştur⁴⁸. Genç hastalarda yaşlılardan, kadınlarda erkeklerden, eklem tutulumu olanlarda olmayanlardan daha fazla yaşam kalitesi bozulması vardır^{13,49}.

Tedavi

Psoriasis hastalarında stresin azalmasında psikolojik yaklaşımlardan yararlanabilecekleri bildirilmiş ve gevşeme, stresle başa çıkma, meditasyon, hipnoz, hayal kurma gibi yaklaşımların etkileri gözlenmiştir^{49,50}.

Hastanın eğitimi psoriasis tedavisinde önemli olup, hastanın kontrol duygusunu artırır, hasta-hekim ilişkisinde olumlu çalışma ortamı sağlamaktadır. Özellikle destekleyici gruplar, hastanın özgüvenini artırır, kendisini güçlü hissetmesini sağlar, yalnızlık ve umutsuzluk duygularını azaltır. Hasta-hekim ilişkisi, hastalıklarının ciddiye alındıklarını hissederek, kontrol güçlerini geliştirir. Psikoterapi olarak, bireysel, grup, davranışçı tedaviler yararlıdır.

Psoriasis hastalarında grup terapisi, ilk Dr. R. Celes tarafından 1967'de geliştirilmiştir. Açık grup şeklinde olup, bir dermatolog koordinatör olarak yer almıştır^{51,52}. Grup terapisi yalnızlık, izolasyon duygularını azaltır, duyguların paylaşılmasına olanak sağlar. İçgörü, sorumluluk ve yaşam kalitesini artırır. Reddedilme ve başkalarına karşı olumsuz yargılardan kaynaklanan öfke grup içinde çözülür. Psikiyatrist tarafından açık, haftada bir yapılan destek gruplarında, psikososyal destek, stres idaresi, başa çıkma yeteneklerinin artırılması ve sağlık eğitimi hedeflenir⁵³.

Weinstein sadece PUVA alan hastalarla, davranışçı yöntemlerden gevşeme ve yönlendirerek hayal kurma eğitimi alan grupları karşılaştırdığında, bulgu ve belirtilerin daha çok azaldığını gözlemiştir⁵². Gaston ve ark kontrollü çalışmalarında meditasyon, meditasyonla birlikte hayal kurma, bekleme listesi ve hiçbir tedavi uygulanmayan psoriasis gruplarını karşılaştırarak, psoriasisin sadece tedavi gruplarında düzeldiğini, hayal kurmanın meditasyon üzerine tek başına etkisi olmadığını bildirmiştir⁵⁴.

Biyogeribildirim, küçük hasta gruplarında, kontrolsüz çalışmalarda hipnozun olgu bildirimlerinde olumlu etkileri kaydedilmiştir. Muhtemelen stres ve anksiyete, deriye ilişkin otonom aktiviteyi değiştirmekte, bağırsıklık sistemini olumsuz etkilemektedir. Biyogeribildirim psoriasis tedavisinden başka, birçok deri hastalığı ve ağırlı sendromlarda denenmiştir. Eğitim süresi genellikle 45-60 dakika süreli olup, 8-20 oturum halindedir. Ayrıca hipnoz psoriasis tedavisinde, monoterapi ya da ek tedavi olarak kullanılmaktadır. Özellikle depresyonun eşlik ettiği ve stres yaratan etmenlerin belirgin olduğu olgularda antidepressan tedavi (trisiklikler, SSGI, SNRI) yararlıdır⁵⁵⁻⁵⁷. Gupta ve ark, 308 psoriasis olgusunda psikolojik etmenlerin önemini vurgulayarak, homeopatik ilaçları denemiş ve hastaların %64,93'ünde olumlu sonuçlar almıştır⁵⁸.

Standart psoriasis tedavilerinin hangisi kullanılırsa kullanılsın, psoriasis hastalarını muhakkak bir psikiyatriste (tercihen Liyezon psikiyatrisi deneyimi olan birisi) yönlendirmek, olumsuz kısır döngüyü kırmak için çok önemlidir. Bunun dışında tedavinin başarısı için dermatoloğun hastaya yaklaşımı ve hastanın güveninin kazanılması da çok önemlidir. Burada dermatoloğun hekimlik sanatını kullanması, bir psikiyatrist kadar, belki daha da ustaca ve ilgi ve şefkatle hastaya yaklaşması gerekir. Deri hastalığı olan hastaların neredeyse hepsi, -derideki lezyonların kendisi ve çevresi tarafından yüksek oranda fark edilirliliği nedeniyle- kendilerini kirli, damgalanmış (stigmatizasyon), suçlu, toplumdaki itilmiş, yalnızlaşmış hissederler ki bu durum psikotik hastalıklarda, özellikle de "Psoriasis'de" da-

ha da belirgindir. Hastayla ilk karşılaşmamızda hastaya güler yüzle, sevgi ve şefkatle yaklaşmak, etkin bir dinlemeyle öyküsünü almak ve yine ilgile, sevgi ve şefkatle muayene için hastaya yaklaşmak gerekir. Hastaların en çok yakındığı şey "Yerinden bile kalkmadı, şöyle bir baktı, sonra şunları kullan dedi" şeklindeki doktor yaklaşımıdır. Bunu yapan hekim arkadaşlarımızın doğru tanı koyduğunu varsaysak bile-ki çoğu zaman doğrudur- bu hasta için hiçbir şey ifade etmemektedir, hasta insan yerine konmak ve ilgi görmek istemektedir. Bunlara ek olarak ve daha da önemli bir şekilde muayene sırasında hastamıza yine ilgile, güler yüzle, sevgi ve şefkatle "dokunmamız" çok önemlidir. Bu dokunma "Biz seni benimsiyoruz, seviyoruz, senden tiksiniyor, ürkmüyoruz, sen de bizim gibisin ve toplumda yalnız değilsin" anlamına gelmektedir. Bu dokunma hastadaki olumsuz duyguların azalmasına ve kaybolan özgüvenin yeniden filizlenmesine neden olur. Tabi dokunmanın şekli ve dozu çok önemlidir, parmak ucuyla çekinerek olmamalı, hele kalem, alet vb. hiç kullanılmamalıdır. Ancak bu özenli yaklaşımlarla hastanın güvenini kazandıktan sonra vereceğimiz dermatolojik tedavinin yeterince uygulanabileceğine emin olabiliriz, ayrıca bir psikiyatrya yönlendirmeyi de ancak sağladığımız bu güvenle başarabiliriz³.

Kaynaklar

1. Koblenzer CS: Psychosomatic concepts in dermatology. A dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. Arch Dermatol 1983;119:501-12.
2. Şendur N, Şir A, Mevlitoğlu İ ve ark. Psoriasis ve emosyonel stres faktörü. 13. Ulusal Dermatoloji Kongresi Adana Eds. Memişoğlu H, Acar ve ark. 1990: 275-80.
3. Aydemir EH : Psychocutaneous diseases. 3rd. Congress of Baltic Ass. Of Dermatovenerology. 7-9 Sept. 2000. Riga (Latvia).
4. Shafii M, Shafii SL: Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis. Twelve hundred years ago. Arch Gen Psychiatry 1979; 36:1242-5.
5. Panconesi E. Psychosomatic factors in dermatology: Special perspectives for application in clinical practice. Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics 2005;23:4.629-34.
6. Kohtagel G ve ark. psoriasisin psikosomatik yönü. VII: Ulusal Dermatoloji Kongresi Bursa, Bursa Ü. Basımevi 1980.
7. Arnetz BB, Fjellner B, Eneroth P, Kallner A: Stress and psoriasis: Psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure. Psychosom Med 1985;47: 528-41.
8. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. Br J Dermatol 1994;130:199-203.
9. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF: Psoriasis and psychiatry: An update. Gen Hosp Psychiatry 1987;9:157-66.
10. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, et al. Voorhees JJ: Pruritus associated with nocturnal awakenings: Organic or psychogenic? J Am Acad Dermatol 1989;21:479-84.
11. Fava GA, Perini GI, Santonastaso P, Fornasa CV: Life events and psychological distress in dermatological disorders: Psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. Br J Med Psychol 1980;53:277-82.
12. Nyfors A, Lemholt K: Psoriasis in children: a short review and a survey of 245 patients. Br J Dermatol 1975;92:437-42.
13. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CEM. Psychologic factors in psoriasis: Consequences mechanisms and interventions. Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics 2005;23:4 P: 681-94.
14. Lyketos GC, Stratigos G, Tawil G, Psaras M, Lyketos CG: Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. Psychother Psychosom 1985;44:122-31.
15. Farber EM, Rein G, Lanigan SW: Stress and psoriasis. Psychoneuro-immunologic mechanisms. Int J Dermatol 1991;30:8-12.
16. Gupta MA, Voorhees JJ: Psychosomatic Dermatology. Is it relevant. Arch Dermatol. 1990;126:90-3.
17. Koblenzer CS: Stress and the skin: Significance of emotional factors in dermatology. Stress Med 1988;4:21-4.
18. Panconesi E: Psychosomatic dermatology. Clin Dermatol 1984;2:94-179.
19. Dunn AJ: Psychoneuroimmunology for the psychoneuroendocrinologist: A review of animal studies of nervous system-immune system interactions. Psychoneuroendocrinology 1989;14:251-74.
20. Locke SE: Stress, adaptation and immunity: Studies in humans. Gen Hosp Psychiatry 1982;4:49-58.
21. Seville RH: Psoriasis and stress. Br J Dermatol 1977;97:297-302.
22. Payne RA, Payne CMER, Marks R: Stress does not worsen psoriasis?-a controlled study of 32 patients. Clin Exp Dermatol 1985;10:239-245.
23. Devrimci-Özgüven H, Kundakçı N, Kumbasar H, Boyvat A: The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14:267-71.
24. Fried RG, Gupta MA, Gupta AK. Depression and skin diseases. Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics 2005;23:4 P:657-64.
25. Savin JA: Patients' beliefs about psoriasis. Trans St. John's Hosp Dermatol Soc 1970;56:139-42.
26. Jobling RG: Psoriasis-a preliminary questionnaire study of sufferers' subjective experience. Clin Exp Dermatol 1976;1:233-6.
27. Ramsay B, O'Reagan M: A survey of the social and psychological effects of psoriasis. Br J Dermatol 1988;118:195-201.
28. Ginsburg IH, Link BG: Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. Int J Dermatol 1993;32:587-91.
29. Ginsburg IH, Link BG: Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol 1989;20:53-63.
30. Urpe M, Pallanti S, Lotti T: Psychosomatic factors in dermatology Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics 2005;23:4.601-8.
31. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J, Lauharanta J, Karkkainen P: Alcohol intake: A risk factor for psoriasis in young and middle aged men? Br Med J 1990;300:780-3.
32. Monk BE, Neill SM: Alcohol consumption and psoriasis. Dermatologica 1986;173:57-60.
33. Morse RM, Perry HO, Hurt RD: Alcoholism and psoriasis. Alcohol Clin Exp Res 1985;9:396-9.
34. Gupta MA, Schork NJ, Gupta AK, Kirkby S, Ellis CN: Suicidal ideation in psoriasis. Int J Dermatol 1993;32:188-90.
35. Matussek P, Agerer D, Seibt G: Aggression in depressives and psoriatics. Psychother Psychosom 1985;43:120-25.
36. Dooley G, Finlay AY: Personal construct systems of psoriatic patients. Clin Exper Dermatol 1990; 15:401.
37. Ginsburg IH, Prystowsky JH, Kornfeld DS, Wolland H: Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. Int J Dermatol 1993;32:656-60.
38. Gupta MA, Gupta A, Ellis C, Voorhees JJ: Some psychosomatic aspects of psoriasis. Adv Dermatol 1990;5:21-32.
39. Gupta MA, Gupta AK: Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. Int J Dermatol 1995;34:700-3.
40. Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Weiner HK, Mace TM, Schork NJ, Johnson EH, Ellis CN, Voorhees JJ: Pruritus in psoriasis. A Prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. Arch Dermatol 1988;124:1052-7.
41. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN: Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis and chronic idiopathic urticaria. Psychosom Med 1994;56:36-40.
42. Farber EM, Nall ML: The natural history of psoriasis in 5600 patients. Dermatologica 1974;148:1-18.
43. Gupta MA, Gupta AK: Depression and suicidal ideation in dermatology patients: a comparison of patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998, 139:846-50.
44. Matussek P, Agerer D, Seibt G: Aggression in depressives and psoriatics. Psychother Psychosom 1985;43:120-5.
45. Bennett P, Thomas B, Gawkrödger D: Anxiety and psoriasis. The Practitioner 1993; 237:539-43.
46. Hardy EG, Cotterill JA: A study of depression and obsessionality in dysmorphic and psoriatic patients. Br J Psychiatry 1982;140:19-22.

47. Koblenzer CS. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: A psychoanalytic perspective. *Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics* 2005;23:4 P:619-27.
48. Chaturvedi SK, Singh G, Gupta N. Stigma experience in skin disorders: An Indian perspective. *Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics* 2005;23:4 P:634-42.
49. Lewis WJ, Finley AY. A critical review of quality of life scales for psoriasis. *Psychocutaneous Diseases Dermatologic Clinics* 2005;23:4:P707-16.
50. Gaston L, Lassonde M, Bernier-Buzzanga J, Hodgins S, Crombez JC: Psoriasis and stress: a prospective study. *JAm acad Dermatol* 1987;17:82-6.
51. Cole RB: Group treatment in the skin department. *Transactions of the St John's Hospital Dermatological Society* 1967;53:82-5.
52. Weinstein MZ: Psoriasis-specific relaxation training/ guided imagery as adjunct treatment for intractable psoriasis. Unpublished Doctoral Dissertation, Nova University, 1988.
53. Abel EA, Moore US, Glathe JP: Psoriasis patient support group and self-care efficacy as an adjunct to day care center treatment. *Int J Dermatol* 1990;29:640-3.
54. Gaston L, Crombez JC, Lassonde M, Bernier-Buzzanga J, Hodgins S: Psychological stress and psoriasis: experimental and prospective correlational studies. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1991;156:37-43.
55. Benoit LJ, Harrell EH: Biofeedback and control of skin cell proliferation in psoriasis. *Psychol Rep* 1980;46:831-9.
56. Hughes HH, England R, Goldsmith DA: Biofeedback and psychotherapeutic treatment of psoriasis: a brief report. *Psychol Rep* 1981;48:99-102.
57. Winchell SA, Watts RA: Relaxation therapies in the treatment of psoriasis and possible pathophysiologic mechanisms. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:101-4.
58. Gupta G, Singh V, Singh M: Psoriasis. A cilinical study on the effect of homoeopathic drugs. *The Homoeopathic Heritage*, 2004.