



Dermatolojide psikosomatik yaklaşım

Psychosomatic approach in dermatology

İlknur Kıvanç ALTUNAY* , Sibel MERCAN**

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

**Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Psikosomatik teriminin kullanımı ilk kez 1980'lerin başlarında ortaya çıkmıştır. Psikosomatik tıp terimi ise açıkça 1922 de Felix Dutch tarafından kullanılmış ve bilimsel çalışma alanı olarak Helen Flanders Dunbar tarafından düzenlenmiştir.

Psikosomatik Tıp genelde fizyolojik olaylar ve özelde ise hastalık patogenezi ile psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi araştıran bir disiplindir.

Bu ilginç çalışma alanının ilk mesajları antik Yunan dönemine dek uzanmaktadır. Hipokrat, Aristo, Sokrat tarafından psikosomatik teoriye ilk entellektüel yaklaşımlar yapılmıştır. Hipokrat problemi vücut sıvıları arasındaki bir dengesizlik olarak görmüş ve duyguların fiziksel değişimlere yol açabileceğini düşünmüştür. Böylece Hipokrat antik psikosomatik tıbbın temellerini humoral teori üzerinde kurarken ardından Galen sahneye çıkarak hastalıkların patogenezinde duyguların önemli rolünü vurgulamıştır.

Descartes ve Freud gibi belli başlı isimlerden sonra Franz Alexander belli psikodinamik çatışmaların otonomik uyarı kanalıyla belli hastalıklara sebep olduğuna dikkat çekerken aralarında nörodermatitin de olduğu peptik ülser, yüksek tansiyon astma gibi yedi hastalığın altını çizmiştir (1, 2, 3).

Yazışma Adresi:

İlknur Kıvanç Altunay

E-mail: derma14@tnn.net

Tel : (0212) 231 22 09/1271

Fax : (0216) 449 33 33

1943 lerde Dunbar A tipi kişilik ile kişilik profilleri ve psikosomatik hastalıklar arasında ilişki kurarak modern psikosomatik tıbbın kurucusu olmuştur (4).

Nihayet 1946 da Hans Selye deneyler üzerinde temellendirilmiş bir stres modeli geliştirmiş ve "genel adaptif sendrom" teorisini kurmuştur ki bugün psikonöroendokrinimmünolojinin dolayısıyla dermatolojide psikofizyolojik stresle ilişkili hastalıkların da temeli buna dayanmaktadır (5, 6).

Psikosomatik tıp böyle iken psikosomatik dermatolojinin geçmişinde ilk dökümanente edilen kayıtların MS 1200 yılında Pers prensinin hekimi tarafından oluşturulduğunu ve prensin psoriasis ile anksiyetesi arasında ilişki kurduğunu görmekteyiz. Ancak ruh ve deri arasındaki ilişkiye işaret eden nörodermatit teriminin kullanımı 19. yy son dönemlerine kadar gecikmiş, ilk yayınlanmış çalışmanın ortaya çıkması 62 yıl sonra olmuştur (Emotional factors in skin diseases -Wittkower Russell-1953) (7).

Bugün psikokutan veya psikodermatolojik hastalıkları da kapsayan "Psikosomatik hastalık" terimi için 1996 Klinik Psikiyatri Elkitabında şu tanım kabul görmüştür:

"Psikosomatik hastalıklar psikolojik faktörlerle neden olunan ya da agrave edilen fiziksel hastalıklardır. Her ne kadar birçok fiziksel rahatsızlık stres, çatışmalar veya jeneralize anksiyete'den etkilenirse de bazı hastalıklarda bu etki diğerlerinden çok daha fazladır."

Bu tanıma göre psikosomatik dermatolojik hastalıklarda ana nedensel faktör strestir. Gerçekte nonspesifik teoriye göre herhangi bir uzun süren ya da sürmeyen stres fizyolojik ve-

ya fizyopatolojik değişikliklere zemin hazırlar ve fiziksel hastalıkla sonuçlanır. Her birey temelde genetik olarak kodlanmış strese duyarlı bir çok organa sahiptir. Psikokutan tıpta bu çok organ deridir. Deri insan kişiliğinin gelişiminde bebeklikten başlayarak insanlarla en önemli iletişim ve etkileşim aracı olmaktadır. Esasen dermatologlar deri ve sinir sistemi arasındaki ilişkinin embriyoya kadar uzanan biyolojik öyküsünü bilirler. Bu öykünün ilerleyen bölümlerinde deri hastalıklarının hastada yarattığı psikososyal sonuçların da farkındadırlar. Deri esasen duygusal durumun aynası ve göstergesi gibidir. Korku, sevinç kızgınlık gibi günlük duygusal değişiklikler deride fizyolojik tepkilere neden olurken ağrı, dokunma ve ısı reseptörleri çevresel ve içsel değişikliklere uyumda işlev görür. Organizmanın ısı ve sıvı düzenlenmesinde rol alarak homeostatik denge ve uyuma katkıda bulunur (6, 7, 8, 9).

Klinik bilgilerimiz arttıkça hasta hekim ilişkisinin psikolojik bir boyutu olduğunu daha iyi anlamaktayız. Böylece psikokutan tıbbın temeli hasta hekim ilişkisi üzerinde kurulmalı ve hastayı biyopsikososyal bir birey olarak düşünerek hareket etmelidir.

Dermatolojik hastalıklarla psikiyatrik hastalıkların ilişkisini 3 ana grupta incelemek mümkündür:

1-Psikiyatrik hastalıkların deri hastalığı olarak sunulduğu durumlar (Primer psikiyatrik semptom bir dermatolojik yakınma ya da bulgu olarak mevcuttur).

*Delüzyonlar (Ekbom hastalığı)

* Hipokondriyer (venerofobi,bromhidrosifobi) ve Vücut imaj problemleri (dismorfofobi)

*Halüsinasyonlar

*Hastanın kendisi tarafından oluşturulan hastalıklar (dermatitis atrefakt, nörotik ekskoriyasyonlar, trikotillomani,akne ekskoriye)

2- Deri hastalığının psiko-emosyonel etkilere yol açtığı ya da emosyonel zeminde ortaya çıktığı ve / veya alevlendiği durumlar

*Hiperhidroz

*Dizidroz

*Ürtiker

*Liken simpleks

*Atopik dermatitis

*Akne vulgaris

*Rozase

*Pruritus sine materia

*Telogen effluvium

*Alopesi areata

*Psoriasis

*Seboreik dermatitis

*Numuler ekzema

*Liken plan

*Herpes

*Siğiller

*Vitiligo

3-Karışık sendromlar

*Glossodynia ve glossopirozis

*Psikojenik pruritus

*Psikojenik purpura sendromu

PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN DERMATOLOJİK BİRLİKTELİKLERİ

Delüzyon ve halüsinasyonlar şizofreni gibi bir psikiyatrik sorunun saf deri yakınmasıyla birleştiği durumlardır. En popüler örneği deri altında bir şeyin ısırması ya da gezinmesi şeklinde ifade edilen delüzyonel parazitozlardır. Deriden kötü koku geldiğine ilişkin delüzyonel inanışlar da bu gruptadır (bromhidrosifobi). Bu grupta monosemptomatik hipokondriyal psikoz, paylaşılan psikotik bozukluk ve majör depresyon yer alır (10, 11, 12).

Vücut imaj problemleri (dismorfofobi) olan hastalar derilerinde hayal ettikleri bir kusurla aşırı derecede meşguldürler. Bu durum sıklıkla majör depresyon, obsesif kompulziv bozukluk, sosyal fobi ve narsisistik kişilik bozukluğuna eşlik etmektedir (10, 11).

Dermatitis artefakt'ta yetersiz savunma mekanizmaları ile ciddi bir kişilik bozukluğu var olup hastanın bizzat kendisi tarafından çeşitli

yöntemlerle oluşturulan deri lezyonları yardım için bir çağrıdır. Multipl kişilik bozukluğu, obsesiv-kompulziv bozukluk, depresyon, psikoz, mental retardasyon eşlik edebilir (11-14).

Nörotik ekskoriasyonlar kompulziv ve mükemmeliyetçi eğilimli kişilik tiplerinde sıklıkla. Hasta sürekli olarak deriyi kaşımakta ve yolmaktadır. Depresif hastalık, obsesif kompulziv hastalık, kızgınlığı ifade etmede yetersizlik, evlilik, iş ve aile yaşamına ait stresörler, psikoz, hipokondriazis ve anksiyete hallerinde ortaya çıkabilmektedir (12).

Akne ekskoriye depresyon, zayıf benlik algısı, immatürite ile giden kişilik bozukluğu, bulimia nervozayı da içeren vücut dismorfik bozukluklarında sıklıkla. (11-13).

Trikotillomani'de hasta saçlarını kendisi çekip yolmaktadır. Bu durum ile ilgili son görüşler obsesiv kompulziv hastalık, stresli yaşam olaylarına reaksiyonda uyumsuzluk üzerinde yoğunlaşmaktadır. Depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları, panik hastalığı, yeme bozuklukları, normal altı zeka, borderline kişilik bozuklukları ile birlikte olabilir. Preadölesanlarda emosyonel problemler daha az şiddetlidir ki daha çok bozuk bir ebeveyn-çocuk ilişkisi ön plandadır (11-13).

Diğer durumlar

Glosodini ve glosopiroz yani dilde ve/veya ağızda yanma hissi stresli yaşam olayları, borderline kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluklarında birincil yakınma olarak ortaya çıkabilir (12, 13, 14).

Psikojenik pruritus primer ve sekonder anksiyete bozuklukları, obsesiv-kompulziv hastalık, primer veya sekonder depresyon, sınırda kişilik bozuklukları ve hatta psikoz ile birlikte görülebilir (12, 13, 14). Ancak hastanın bu tanıyı alabilmesi için pruritus yapabilecek diğer tüm nedenlerin dışlanması gerekmektedir.

Psikojenik purpura sendromunda deride ağrılı ekimotik lezyon atakları mevcuttur. İlişkili psikolojik bozukluklar belirgin bir heterojenite gösterir. Esasen psikolojik faktörlerin rolü tam

açık değildir. Hastaların çoğunda ciddi emosyonel stresle birlikte. Konversiyon bozukluğu, histerik ve mazohistik kişilik, depresyon, anksiyete ve düşmanlık duygularıyla birlikte olabilir (16).

DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN PSİKİYATRİK BİRLİKTELİKLERİ

Atopik dermatitis: % 70 olguda stresli yaşam olayları öncülük eder. Anksiyete, depresyon, nörotik ve hipokondriyal semptomlar sıklıkla. Kronik olarak anksiyöz ve kızgınlıkla başa çıkmada yetersiz kalan erişkinlerde semptomlar daha şiddetlidir. Özellikle çocukluk yaşlarda anne-çocuk ilişkisindeki problemler zemin faktörüdür (11, 12, 17).

Psoriasis: Hastaların % 39'unda semptom ortaya çıkışı veya alevlenmesi stresle ilişkilidir. Birçok araştırmada farklı psikolojik özellikler sunulmuştur. Depresyon, yüksek derecede anksiyete ve obsesyonel özellikler ve kızgınlığın sözel ifadelendirilmesinde ciddi zorluklar bildirilmiştir (11, 12, 16, 18).

Ürtiker ve anjiödemle ilgili olarak özellikle kişilik bozukluklarından sözedilmiş, kızgınlık ve düşmanlık duygularının ifade edilemeyişi üzerinde durulmuştur. Psikopatolojik bulguların kadınlarda daha sık olduğu belirlenmiştir (19, 20).

Alopesi areatada stresin rolü ile ilgili değişken sonuçlar vardır. Psikiyatrik hastalık insidansı %33-93 arasında değişir. Majör depresyon, jeneralize anksiyete ve paranoid bozukluk rastlanabilen bozukluklardır (10, 11, 21).

TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Psikosomatik dermatolojide tedavinin iki ana basamağı vardır:

Genel yaklaşımlar ve özel tedavi yöntemleri.

A) GENEL YAKLAŞIMLAR

İki önemli bileşeni vardır:

1- Deri hastalığının hastanın yaşamına etkilerinin sorgulanması

2- Önemli günlük stres ve majör stresli olayların belirlenmesi

Psikososyal faktörlerin hastalığa muhtemel katılımı ile ilgili düşünceler bilhassa zor bir hasta ile karşılaşıldığında ortaya çıkar.

Zor hasta standart tedavilere beklenen yanıtı vermez. Gerekli ve yeterli tedavi ilişkisini nedensiz bir kızgınlık ya da öfke ve güven sorunu nedeniyle kuramaz. Bu durum majör depresiv hastalık, immatür kişilik gibi psikopatolojilere sekonder gelişebilir. Bazı dermatologlar deri hastalıkları nedeniyle emosyonel ya da mental etkilenmelere sahip hastaların sadece psikiyatrist ya da psikoloğa başvurmasını savunur. Oysa ki bu birkaç nedenle yanlıştır:

1. Hasta dermatoloğu hastalığı için en iyi çözümü veya iyileşmeyi sağlayacak kişi olarak düşünür.

2. Psikokütan hastalıklı bireyler sıklıkla psikiyatriye hastalıklarının sistemik bileşenleri yüzünden gitmeyi reddederler.

3. Psikiyatrist dermatolojik problemle ilgili oldukça az bilgiye sahiptir.

Bu faktörler dikkate alındığında üç grup hastadan söz etmek mümkündür:

Grup 1 hasta: Primer psikiyatrik hastalığın göstergesi olan dermatolojik hastalık nedeniyle bu hastalar öncelikle dermatoloğa başvururlar. Psikopatolojiyi reddeder ve görmek istedikleri tedaviyi bilinçsiz bir psikolojik savunma temelinde kendileri belirlerler. Psikopatolojinin düzeyi ciddi psikozdan hafif nevrozlara kadar değişebilir. Psikopatolojinin şiddetine göre psikiyatrik müdahaleden sadece ruhsal desteğe ve uygun topikal dermatolojik tedavilere gereksinim olabilir.

Grup 2 hasta: Ruhsal patofizyoloji fiziksel bulgu olarak ortaya çıkarken stres tetikleyici olarak devreye girer. Bu gruptaki hastalar birinci gruba göre daha az bozulmuş durumdadır. Hastaların sosyal, mesleki ve özel yaşamlarını sorgulama gereği vardır. Psikiyatrik danışmanlık ve semptom ile ruhsal sorunlar arasında iliş-

kinin kurulması gerginlik ve dermatolojik belirtilerin azalmasını beraberinde getirir.

Grup 3 hasta: En zor hasta grubu olup multifaktöryel deri hastalıklarında ruhsal iniş çıkışların ve stresin bir şekilde hastalığı etkilediği gruptur. Özellikle dermatolojik tedaviye direncin olduğu hastalarda bu dirence ruhsal faktörün katkısını sorgulamak gerekir.

B) ÖZELLEŞMİŞ TEDAVİLER

Her hastalığa özel tedavi ve yaklaşımları kapsar.

Delüzyonel parazitoz: Psikoterapötik yaklaşımla birleştirilmiş antipsikotik bir ilaç (pimozide), bazen MAO inhibitörleri ve antidepresanlar yardımcı olabilir (10, 11, 12).

Dermatitis artefakt: Çoğu otör destekleyici ve empatik bir yaklaşım önerir. Direk karşı olmak etkili değildir. Doyurucu tedavi yaklaşımı kurulduktan sonra daha içgörü oryantasyonlu psikoterapötik yaklaşımlara geçilir. Ayrıca relaksasyon egzersizleri, antidepresan ya da anti-anksiyete ilaçları önerilebilir (10, 12).

Nörotik ekskoriasyonlar: Tanı kaşınının diğer lokal ve sistemik nedenleri araştırılarak kurulduktan sonra destekleyici ve empatik bir yaklaşım önerilir. Bu analitik psikoterapiden daha etkilidir. Benzodiazepinler, amitriptiline, pimozide önerilebilir (10, 11, 22).

Trikotillomani: Heterojen bir hastalık olan bu durumda geniş bir skalada incelenen komorbid psikopatolojik durumlar vardır. Bazı hastalarda bilinçsiz bir farkındalık disosiyatif bozukluklar ve psikojenik amneziye dikkat çeker. Tedavi yaklaşımları trisiklik antidepresanlar, MAO inhibitörleri, antipsikotikler, psikoanaliz, hipnoz davranışsal terapi şeklinde değişmektedir (23).

Atopik Dermati: Özellikle çocuk atopik dermatitinde aile içi dinamiklerindeki bozulmalar ön planda olduğundan anne - çocuk ya da ana, baba -çocuk ilişkilerini düzeltmek üzere ebeveyn eğitimi önemlidir. Erişkinlerde ise dermatolojik tedaviye ek olarak yaşam streslerini tanımlamak ve kızgınlık duygularının ifadesini

sağlamak önemlidir. Bu amaçla biofeedback gibi davranışsal teknikler ya da bilişsel- davranışsal terapi gevşeme eğitimleri ile birlikte verilebilir. Yanısıra anksiyolitikler, antihistaminikler, antipsikotikler genel sedasyon için kullanılabilir. Belirgin depresyon durumlarında antidepresanlar yardımcıdır. Özellikle çocuk atopik dermatitinde aile içi dinamiklerindeki bozulmalar ön planda olduğundan anne-çocuk ya da ebeveyn-çocuk ilişkilerini düzeltmek önemlidir (17, 24, 25).

Psoriasis: Bu hastaların %40-80'inde hastalığın ortaya çıkışı ya da alevlenmesinde psikososyal stresin güçlü rolü kanıtlanmış bir durumdur. Strese yanıt vermede daha yetkin olan psoriasisli hastalarda sağlıklı kontrollerle kıyaslamada belirgin derecede daha yüksek gerginlik tespit edilmiştir. Hastanın karşılaştığı günlük zorlukların değerlendirilmesi önemlidir. Hastalığın psikososyal etkileri açısından duyguların açığa vurulmasını sağlayan ve böylece izolasyondan kurtaran ve stresle başa çıkmayı sağlayan destek gruplarının kurulması standart tedaviye yardımcıdır. Ayrıca meditasyon, hipnoz ve psikoterapi, depresif hastalarda antidepresan tedavi çok destekleyicidir. Alkol tüketiminin önlenmesi de destek tedavilerine eklenmelidir (26, 27).

Ürtiker ve anjiödem: Bireysel ve grup terapileri, stresle savaşım yanısıra özellikle panik atak, ansiyete bozukluğu gibi durumların eşlik ettiği hallerde trisiklik antidepresanlar tedavide yardımcıdır. SSRI'lar (serotonin uptake blokerleri biraz daha kısıtlı etki gösterir (11, 28).

Alopesi Areata: Son zamanlarda yapılan bir çalışmada hernekadar imipramine kullanımının saç büyümesinde etkili olduğu bildirilmişse de depresiv semptomların yatışmasında faydalı olmadığı gözlenmiştir (29). Öte yandan psikoterapinin hastanın ruhsal durumunu düzeltmekle

birlikte saç çıkışına etkisi olmamaktadır. Bireysel ve grup tedavileri hastalığın psikososyal etkilerini düzeltmekte faydalıdır (30).

Psikokütan hastalıklar için amaç psikolojik komponentleri olan deri hastalıklarında daha rahat ve daha deneyimli hissedebileceğimiz bir pozisyona gelmektir. Dolayısıyla bu aşamada devreye Liyezon klinikleri girmektedir. Liyezon psikiyatrisi ya da kliniklerarası psikiyatri temelde fiziksel hastalıklar ile psişik ve psikososyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileri araştıran ve bu ilişkiye ait verilerle psikiyatrik sendrom ve psikososyal sorunların tanı, tedavi ve izlemine sağlayan ayrıca araştırma etkinlik ve eğitimi ile uğraşan bir psikiyatri disiplini. Böylece bu ilişkilerin oldukça sıkı bir şekilde işlediği dermatolojik hastalıklarda dermatoloji hastasına daha bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi sağlanmış olmaktadır. ABD de ilk kez 40 yıl önce bir psikiyatrist ve bir dermatoloğun ayrı bir klinikte biraraya gelmesiyle oluşturulan bu kliniklerin sayısı son 35 yıl içinde dünya ülkeleri genelinde artmaya başlamıştır. Bazıları eğitim kliniği formatında iken bazıları sadece hasta bakımı sağlarlar. En basit düzenleme bir dermatolog ve bir psikiyatristin biraraya gelip günlük dermatoloji polikliniğinden gönderilen hastaları görmesi iken idealde aynı birimin gerekli donanımlarla dayanışma grupları ve davranışsal tedavi gibi çeşitli psikiyatrik tedavi modellerini de uygulayabilmesi ve eğitim verebilmesidir. Bu kliniklerin organizasyon ve amaçları değişmekle birlikte temel hedef hastalığın psikososyobiyolojik yönünü tanımlamak ve tedavide istenilen doyuma ulaşmaktır (6, 7, 31).

Özetle çok sayıdaki dermatolojik hastalığın azımsanamayan psikososyal boyutu dermatoloji ve psikiyatrinin birlikte çalışmasına ve bu alandaki araştırmalara ihtiyaç göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Ackerknecht EH, The history of psychosomatic medicine. *Psychological Medicine* 12: 17-24;1982
2. Brown TM: Alan Gregg and the Rockefeller Foundation's Support of Franz Alexander's Psychosomatic Research. *Bulletin of the History of Medicine* 61: 155-187;1987
3. Jackson S: Galen on mental disorders. *Journal of History of Behavioral Sciences* 5:366;1969
4. McGovern CM: Dunbar Helen Flanders. <http://www.anb.org/articles/12/12-00234.html>; American National Biography Online Feb 2000
5. Huethner G: The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and function. *Progress in Neurobiology* 48. 569-612;1996
6. Panconesi E: Psychosomatic dermatology,past and future. *Int J Dermatol* 39: 732-734;2000.
7. Silvan M: Psyche and soma. *Cutis* 71: 267-298;2003
8. Gieler U, Kupfer J, Nimeier V, Brosig B: Psyche and skin. *JEADV* 17: 128-130;2003
9. Picardi A, Abeni D: Stressful life events and skin diseases.Disentangling evidence from myth. *Psychotherapy and Psychosomatics* 70: 118-137;2001
10. Koblenzer CS: Psychiatrice conditions that manifest in the skin. *Psychocutaneous Disease*.1987. Grune&Stratton, Orlando:108-129
11. Gupta MA, Gupta AK: Psychodermatology: an update: *J Am Acad Dermatol* 34: 1030-46 ;1996
12. Koo J, Lebowitz A: Psychodermatology: The mind and skin connection *Am Fam Physician* 11:1873-1879;2001
13. Sneed P: Psyche and skin. *The journal of the Kansas Medical Society* 231-4;1977
14. Sheppard NP, O'Loughlin S, Malone JP: Psychogenic skin disease: a review of 35 cases. *Br J Psychiatry* 149: 636-643;1986
15. Ilana E, Baht R, Littner MM et al: Detection of psychopathological trends in glossodynia patients. *Psychosom Med* 56: 389-94;1994
16. Koblenzer CS: Psychocutaneous disease. In Moschella SL, Hurley HJ (ed). *Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders. 2025-41;1992
17. Ginsburg IH, Prystowsky JH, Kornfeld DS et al: Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis *Int J Dermatol* 32: 656-60;1993
18. Mazzetti M, Mozzetta A, Soavi GC, et al: Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Derm Venerol* 186: 62-4;1994
19. Sheen-Dare RA, Henderson MJ,Cotteril JA: Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus. *Br J Dermatol* 123: 769-74;1990
20. Oğuz Topal İ, Kıvanç Altunay İ, Mercan S, Köşlü A: Kronik ürtikerli hastalarda kişilik bozuklukları, anksiyete, depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. Basımda.
21. Koo JYM, Shellow WVR, Hallman CP, et al: Alopecia areata and increased prevalence of psychiatric disorders *Int J Dermatol* 33:849-50;1994
22. Fisher BK, Pearce KL: Neurotic excoriations:a personality evaluation. *Cutis* 14: 251-4;1974
23. Koblenzer CS: Psychocutaneous disease. In Moschella SL, Hurley HJ (ed). *Dermatology*. Philadelphia: WB Saunders, 138-168;1992
24. Van Moffaert M: Psychodermatology: an overview. *Psychoter Psychosom* 58:125;1992
25. Katsarou-Katsari A, Filippou A, Theoharides TC: Effect of stress and other psychological factors on the pathophysiology and treatment of dermatoses. *Int J Immunopath and Pharmacol* 12:7-11;1999
26. Farber EM, Rein G, Lanigan SW: Stress and psoriasis: psychoneuroimmunologic mechanisms. *Int J Dermatol* 30;1991
27. Zachariae R, Oster H,Bjerring P, Kragbelle K: Effects of psychological intervention on psoriasis: a preliminary report. *J Am Acad Dermatol* 34: 1008;1996
28. Shertzer CL, Lookingbill DP: Effects of relaxation therapy and hipnotisability in chronic urticaria . *Arch Dermatol* 123:913;1987
29. Beard HO: Social and psychosocial implications of alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 14:697-700;1986
30. Perini G, Zara M, Cipriani R et al: Imipramine in alopecia areata: a double-blind, placebo controlled study. *Psychoter Psychosom* 61: 195-8;1994
31. Gould WM: Teaching psychocutaneous medicine: time for a reappraisal. *Arch Dermatol* 140:282-85;2004