

Psikokütanöz Hastalıklarda Psikoterapötik Destek: Bilişsel Davranışçı Teknikler

Alper Hasanoğlu*, Aydın İşçimen**

* Dr., Basel Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı/İsviçre

** Prof. Dr., İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

Tel: 0041 76 232 9737

E-mail: alper_hasanoglu@yahoo.com

ÖZET

Dermatolojik hastalıklar üzerine yapılan birçok çalışma deri hastalıklarıyla ilişkili psikososyal etkenlere dikkat çekmiştir. Bu etkenler arasında depresif duygudurum, bozulmuş beden imajı, azalmış özgüven, cinsel hayatın ve ilişkilerin bozulmasıyla hayat kalitesindeki genel bir kötüleşme sayılabilir. Zedelenabilirlik-stres modeli fiziksel hastalıkların oluşumunda ruhsal etkenlerin rolü hakkında en çok kabul gören açıklama modelidir. Bu modele göre, genetik bir yatkınlık varsa, diğerleriyle birlikte emosyonel etkenler fiziksel hastalığın ortaya çıkmasına ve gidişine etki eder. Genelde yaşamsal tehdit içermemesine rağmen dermatolojik hastalıklar, diğer organik bozukluklar kadar sık uyum bozukluklarına neden olurlar. Son yıllarda, özellikle atopik dermatit ve psoriasis vulgaris gibi süregen deri hastalıklarına özgü terapi programları geliştirilmiştir. Dermatolojik tedaviyle bilişsel davranışçı tekniklerin kombine edildiği bu entegratif tedavi programları hastanın hastalığı ve sonuçlarıyla başa çıkma becerileri edinmesini ve hastalık üzerindeki kontrol duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Bu programlarda dermatolojik psikoedukasyon, sosyal beceri eğitimi, kaşıntı/kaşıma döngüsünün kırılmasına yönelik davranışsal stratejiler, gevşeme teknikleri ve gözlem protokolleri yer almaktadır. Tedavinin başarısı kendini deri belirtilerinin düzelmesi, hastanın anksiyetesinin azalması, depresif duygudurumun düzelmesi ve hayat kalitesinin artmasıyla belli eder.

Anahtar Kelimeler: psikokütanöz hastalık, psikososyal müdahaleler, bilişsel davranışçı terapi

ABSTRACT

Psychotherapeutic Support by Psychocutaneous Diseases: Cognitive Behavioral Techniques

Research into the onset and manifestations of psychocutaneous diseases had drawn attention to the psychosocial effects associated with skin diseases. These include depression, an impaired sense of body image, decreased self-esteem, sexual and relationship difficulties and a general reduction in quality of life. Vulnerability-stress model is the most recognized model to explain the role of the psychological factors in the onset of diseases. According to this model, with the existence of a genetic disposition, the emotional burden and other factors influence the onset or course of the physical disease. Although they are not generally life-threatening, dermatological diseases lead to adjustment disorders so frequently as other organic disorders. In the last years, special programs have been developed for chronic skin diseases like atopic dermatitis and psoriasis vulgaris. Integrative therapy programs in which dermatological treatment and cognitive-behavioral techniques are combined, can be considered an effective method in patients with a psychocutaneous disease to increase their self-control by optimizing the skills in dealing with the consequences of the skin disease. Such programs include dermatological psychoeducation, social skill training, behavioral strategies to break the vicious circle of itching/scratching, relaxing techniques and observation protocols. The success of the treatment shows itself with improvement of the skin symptoms, reduction in the anxiety and depressive symptoms and increased quality of life.

Keywords: psychocutaneous diseases, psychosocial interventions, cognitive-behavioral therapy

GİRİŞ

Klinik gözlemler ve çalışmalar dermatolojik hastalıkların ortaya çıkması, kötüleşmesi veya süregenleşmesinde ruhsal etkenlerin önemli rol oynadığını

göstermektedir (Picardi ve ark. 2000, Gupta ve Gupta 2001). Deri hastalıkları nedeniyle oluşan görünür değişiklikler ve hastalığın sonucunda ortaya çıkan ruhsal sıkıntılar depresif ruh hâli, beden imajının bozul-

Tablo I: Uyum Bozuklukları (DSM IV)

Gösterilebilir stres etkenlerine bir tepki olarak stresin başlangıcından sonraki 3 ay içinde duygusal veya davranışsal semptomların gelişmesi.

Aşağıdakilerden birinin varlığı ile bu semptomlar ve davranışlar klinik açıdan önemlidir:

Stres etkeniyle karşı karşıya kalma sonucu, ortaya çıkması beklenene göre daha aşırı olan belirgin bir sıkıntı
Toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulma

Stresle ilişkili bozukluk başka özgül bir Eksen I bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamaz ve sâdece önceden var olan bir Eksen I ya da Eksen II bozukluğunun alevlenmesi değildir.

Bu semptomlar yasa bağlı değildir.

Bu bozukluk 6 aydan kısa sürerse akut, 6 aydan uzun sürerse kronik olarak belirtilir.

6 tipe ayrılır:

Depresif duygudurumla giden
Anksiyeteye giden
Karma anksiyete ve depresif duygudurumla giden
Davranım sorunlarıyla giden
Karma duygu ve davranım sorunlarıyla giden
Belirlenmemiş tip

Tablo I

ICD 10'da dermatolojik hastalıklarla ilişkili ruhsal etkenler "başka bir yerde sınıflandırılmamış hastalıklardaki ruhsal ve davranışsal etkenler" (F54) tanısı altında toplanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 1992). Ruhsal etkenler "endişe, emosyonel çatışma ve kaygılı beklenti" olarak tanımlanmaktadır. DSM-IV'de ise "tıbbi hastalıkları etkileyen ruhsal etkenler" tanısı kullanılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Kaygı ve anksiyete hastalıkların ortaya çıkması, alevlenmesi ve süregelenleşmesine etki eden emosyonel belirtilerdir. Bu emosyonel belirtiler dermatolojik hastalığa ikincil ortaya çıksalar bile hastalığın gidişini etkileyebilmektedir. Hastalık sonucu oluşan sorunlardan kaçınma gibi işlevsel olmayan davranış biçimleri de hastalığın gidişine olumsuz etki etmektedir.

ması, azalmış özgüven, cinsel hayatın ve ilişkilerin bozulmasıyla hayat kalitesinde genel bir kötüleşme-yi de beraberinde getirir (Papadopoulos 1999, Porter ve ark. 1987). Bütün bunların yanında kökeni ruhsal etkenlere dayanan ve deriyle ilgili belirtilerle seyreden ruhsal bozukluklar da bulunmaktadır (Harth ve Gieler 2006). Dermatolojik ve ruhsal bozuklukların etkin bir tedavisi için dermatolojik ve ruhsal belirtiler arasındaki etkileşim iyi bilinmeli ve ayırıcı tanı doğru yapılmalıdır.

Ruhsal etkenlerin deri hastalıklarına etkisi çok uzun zamandır bilinmektedir. Alexander'ın "özgül-lük teorisi" uzun yıllar psikosomatik hastalıkların anlaşılmasında en sık kullanılan açıklama modeli olmuştur (Alexander 1950). Alexander'a göre her hastalık özgül bir bilinçdışı çatışma nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Örneğin nörodermit teşhircilik, suçluluk duygusu, mazoşizm gibi duygu ve bilinçdışı isteklerle başkalarının sevgisine duyulan derin özlemin fiziksel ifâdesinin karmaşık bir dışavurumudur.

Bu tez sonraları bilimsel olarak ispatlanamadığı için terkedilmiştir. Günümüzde psikoimmünolojik çalışmalarından yola çıkarak, bütün bedensel hastalıkların az veya çok ruhsal etkenlerce etkilenebileceği kabul edilmektedir. Ruhsal sıkıntılar bedensel hastalıkların nedeni olabileceği gibi sonucu da olabilirler. Dermatolojik hastalıklar bedensel bütünlüğün zarar görmesi ve belirtilerin görünür olması nedeniyle hastanın damgalanmaya mâruz kalmasına neden olarak birçok ruhsal sıkıntıya yol açabilir (Stangier ve Ehlers 2000). Ruhsal sıkıntı çok ağırsa ya da hastanın başa çıkma (coping) yetileri sıkıntılarla baş etmek için yeterli değilse uyum bozuklukları ortaya çıkabilir (Tablo I). Uyum bozukluğu, bireyin olumsuz yaşam koşullarına gösterdiği ruhsal bir tepkidir. Tanısal olarak "artık kategori" gibi değerlendirilmesine rağmen süregelen hastalıklara ikincil olarak gelişen ruhsal bozuklukları tanımlamak için çok uygundur. Çalışmalar hayatı tehdit eden süregelen hastalığı olanlarda uyum bozukluğu sıklığının arttığını göstermektedir

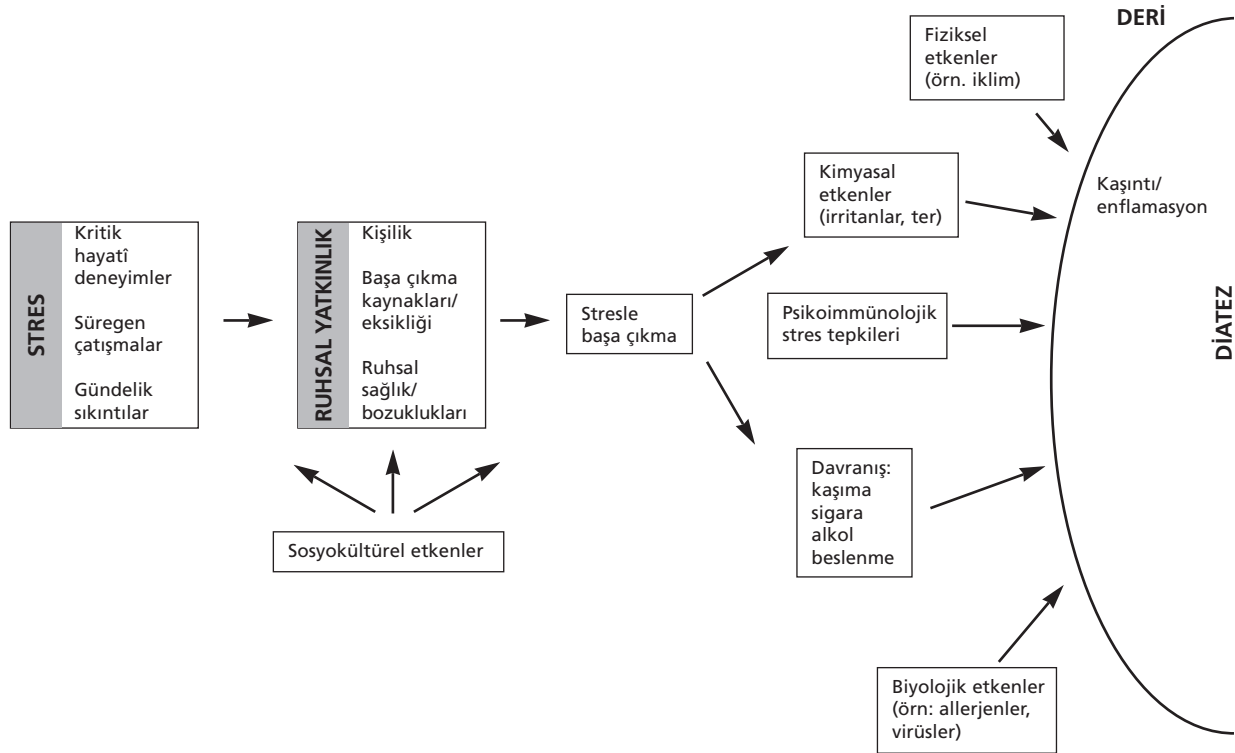
(Popkin ve ark. 1990). Malign melanom gibi çok az sayıda dermatolojik tablo yaşamı tehdit eden bir gidiş ya da sklerodermi ve epidermolizis bülloza gibi ilerleyici bir karakter gösterir. Bununla beraber nörodermit ve psoriasis gibi süregelen hastalıklar sonucu ortaya çıkan ruhsal sıkıntılar çoğunlukla küçümsemektedir. Oysa yapılan çalışmalar süregelen deri hastalıkları sonucu ortaya çıkan ruhsal sıkıntılarının, uyum bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olacak kadar ağır seyredebildiğini göstermektedir. En çok sıkıntı yaratan etkenler arasında deri belirtilerinin görünür olmasından dolayı gelişen olumsuz beden imgesi, çevre tarafından damgalanma korkusunun yarattığı sosyal kaygılar, kaşıntıdan dolayı bedensel ve ruhsal iyilik hâlinin azalması ve hastalık ile hastalık sonuçları üzerindeki kontrolün kaybedildiği duygusu sayılabilir (Stangier 2002). Bir çalışmada ayakta tedavi edilen dermatoloji hastalarının %30'unda uyum bozukluğu tespit edilmiştir (Wessley ve Lewis 1989). Başka bir çalışmada hastalıkla uyumsuz başa çıkma çabaları nedeniyle ayakta tedavi edilen hastaların %30-40'ında yatarak tedavi edilen hastaların ise %60'ında depresyon ve anksiyete belirtileri bulunmuştur (Hughes ve ark. 1983).

DERİ HASTALIKLARINDAKİ RUHSAL ETKENLERİN ROLÜ: ZEDELENEBİLİRLİK-STRES MODELİ

Sayırsız teorik model fiziksel hastalıkların oluşumunu ruhsal etkenlerle açıklamaya çalışmıştır (Köhler 1995). Bu açıklama modellerinin çoğu hastalık gelişiminin biyolojik, sosyal ve psikolojik birçok etkene bağlı olduğunu göz ardı eden bakış açıları taşımaktadır. Psikoimmünolojik çalışmalar ruhsal süreçlerin immün sisteme farklı şekillerde etki ederek fiziksel hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynadıklarını göstermiştir (Köhler 1995, Buske-Kirschbaum ve ark 1997). Günümüzde zedelenebilirlik-stres modeli hastalıkların oluşumunun açıklanmasında en çok kabul gören modeldir (Şekil I).

ŞEKİL I

Genetik bir yatkınlık varsa diğerleriyle birlikte emosyonel etkenler de fiziksel hastalığın ortaya çıkmasına ve gidişine etki eder. Birçok dermatolojik hastalıkta çeşitli uyaranlara karşı gelişen kaşıntı veya enflamatuvar yanıtı genetik bir yatkınlık tespit edilmiştir (Stangier 2002). Buna en iyi örnek atopidir. Biyolojik yatkınlık yanında psikolojik yatkınlık da fi-



Şekil 1

ziksel hastalıkların gelişimine zemin hazırlayabilir (Cohen 1979). Örneğin nörodermit, psoriasis, ürtiker, alopesi areata, herpes genitalis, vitiligo, sklerodermi ve akne hastalarında endişe ve kaygının artmış olduğu gösterilmiştir (Welzel-Ruhrmann 1995, Stangier ve Ehlers 2000). Bunun yanında önemli yaşam olaylarının hastalıkların ortaya çıkışında önemli rol oynadıkları bilinmektedir (Gupta ve Gupta 2004). Nörodermit ve kronik ürtikerli hastalar, günlük sıkıntıların ("daily hassles") dermatolojik belirtilerin kötüleşmesine, özellikle kaşıntı hissinin artmasına neden olduğunu ifade etmektedir (Stangier 1995). Son yıllarda ruhsal etkenlerin dermatolojik hastalıklara etkilerinin psikoimmünolojik mekanizmaları üzerine yapılan çalışmalar artmıştır. Süregen-enflamatuar deri hastalıklarında stres koşullarında sistemik ve lokal işlev bozukluklarının karşılıklı etkileşimi neticesinde kutanöz immün sistemin, özellikle de mast hücrelerinin regülasyonunun bozulduğu ve bunun da enflamatuar yanıtta sorumlu olduğu bildirilmiştir (Münzel 1995). Stres koşullarında nörodermitli (Buske-Kirschbaum ve ark. 1997) ve psoriazisli hastalarda (Schmid-Ott ve ark. 1998) kortizol salıverilmesinin azaldığı, dolayısıyla hipotalamo-hipofizo-adrenal sistemde işlev bozukluğu olduğu gösterilmiştir. Bunun dışında nörodermitli hastalarda stres koşullarında çeşitli T-lenfosit alt tiplerinden interlökin salıverilmesinde bozukluk olduğu tesbit edilmiştir (Schmid-Ott ve ark. 2001). Stres altında serbest sinir uçlarında P-maddesi ve nötrofin (Singh ve ark. 1999), ayrıca "nerve growth factor" (Niemeier ve ark. 1999) salıverilmesinin arttığı, bunun da psöriazis ve nörodermitli hastalarda enflamatuar yanıtı neden olarak kaşıntı hissinin arttırdığı gösterilmiştir.

Deri yalnızca stresle ilişkili vejetatif, immünolojik ve endokrin yanıtlardan değil, doğrudan fiziksel manipülasyondan da etkilenir (Münzel 1995). Örneğin kaşıma nörodermit ve diğer kaşıntıyla giden dermatozların gidişini olumsuz etileyen davranışsal bir etkidir. Kaşıma kısa bir süre için kaşıntı hissinin bastırır. Bu geçici rahatlama hissi davranışsal olarak baktığımızda negatif güçlendirici bir etki yapar. Hasta kaşıntı hissinin ortaya çıktığı anlarda rahatlayabilmek için kaşınması gerektiğini öğrenir ve bu davranış bir süre sonra otomatikleşir. Kaşıntıya bağlı oluşan doku hasarı kaşıntı uyarısını güçlendirir. Bu pozitif geri uyarım mekanizması, "kaşıntı uyarısı-kaşıma eylemi döngüsünü" oluşturur. Kaşıma, kaşıntı dışında gerginlik, sıkıntı gibi başka uyarılarla da ortaya çı-

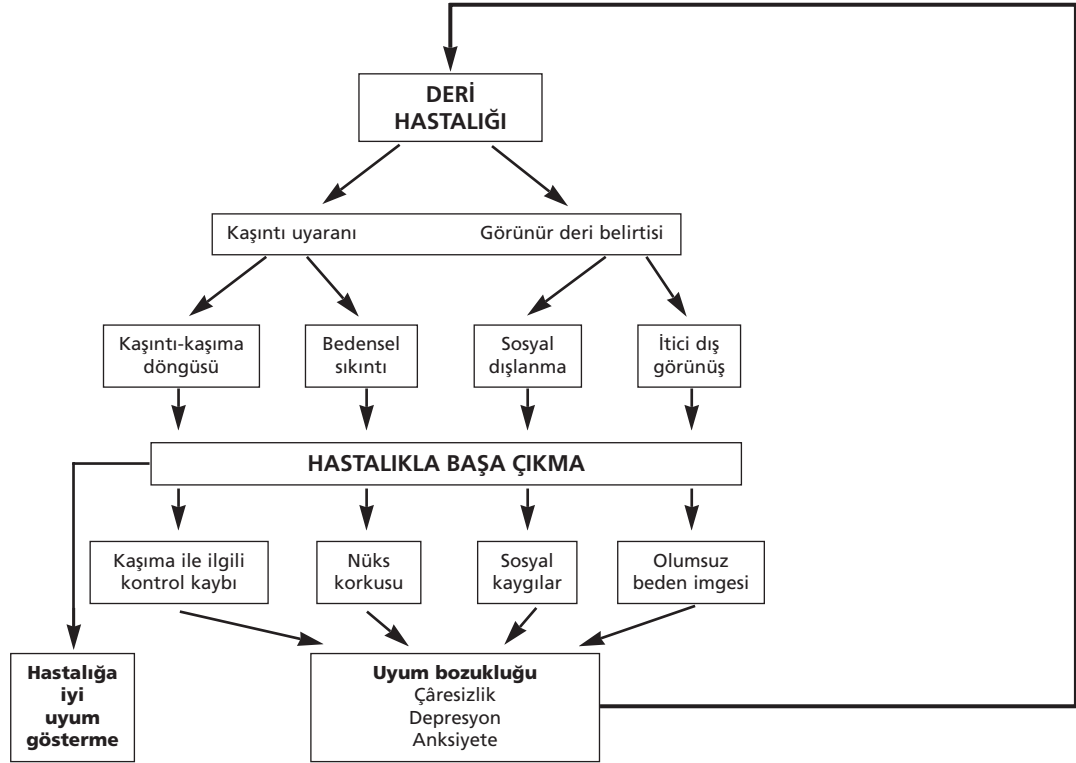
kabilir. Bu tür nesnel uyarılara karşı da kaşıma refleksinin gelişebileceği davranış deneylerinde gösterilmiştir (Jordan ve Whitlock 1972).

UYUM BOZUKLARININ OLUŞUMU

Süregen fiziksel hastalıklar insan hayatını birçok alanda kısıtlayan olumsuz sonuçlar doğurur: Hastalık gidişinin geriye dönüşsüz olması, hastalığın ilerleyici karakteri, alevlenmelerin çoğunlukla önceden tahmin edilemez olması, bedensel iyilik hâlinin ortadan kalkması, tıbbî tedaviye bağımlı hale gelmek, sık hastaneye yatış, kendilik algısında olumsuz değişim, hayattan beklentilerde azalma ve ölüm korkusu gibi. Genelde hayati tehdit içermemesi nedeniyle dermatolojik hastalıkların sebep olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal sıkıntılar küçümsenir. Oysa yapılan çalışmalar dermatoloji hastalarının diyabetli, artritli, diyalize bağlı böbrek hastaları ve hâttâ kanser hastalarıyla aynı düzeyde ruhsal sıkıntı yaşadıklarını göstermektedir (Stangier 2002). Şekil II'de hastalığın getirdiği olumsuz etkenlerle uygunsuz başa çıkma çabaları sonucu uyum bozukluğu gelişimi şematik olarak gösterilmiştir.

ŞEKİL II

Hastalık belirtileri ve sonuçları bedensel iyilik hâli (kaşıntı uyarısı sonucu), kendilik imgesi (olumsuz beden algısı nedeniyle) veya sosyal uyum (damgalanma nedeniyle) için tehdit olarak yaşıntılanır. Bu tehditle başa çıkma, aktif sorun çözme ve sorunu yeniden anlamlandırma yetisi için gerekli bireysel kaynaklar yeterli olmaz veya tükenirse, birey kontrol kaybı ve çaresizlik duyguları yaşar. Dermatoloji hastaları deri belirtileri nedeniyle sıklıkla olumsuz sosyal tepkilerle karşılaşır. Bu tepkiler genel estetik kaygılardan iğrenme duygusu ve/veya hastalığın bulaşacağı korkusuna kadar uzanır (Schmid-Ott 1999). Bu tepkiler büyük ihtimâlle yüzyıllar boyu lepra ve veba salgınları nedeniyle yaşanan, günümüzde de kendini özellikle AIDS fobisiyle belli eden anlaşılabilir korkunun evrimsel aktarımı sonucudur. Bu damgalayıcı davranış kendini çoğunlukla özel alanda, en çok da cinsellikte gösterirken, kamusal alanda, örneğin iş yaşamında da dezavantaj yaratabilmektedir (Finlay ve Coles 1995). Eğer kişi bu damgalanma davranışına karşı kendinden emin bir davranış modeli, olumlu bir kendilik duygusu geliştiremezse, belirgin bir anksiyete ve insanlar tarafından bakıldığı, reddedildiği duygusu yaşayabilir. Bunun sonucunda, yabancılarla iletişim, sa-



Şekil 2

una, yüzme havuzu gibi açık alanlara veya cinsel aktivite gibi özel alanlara ilişkin fobik kaçınma davranışı geliştirebilir (Ginsburg 1995). Dermatolojik hastalar deri belirtileri nedeniyle çekiciliklerini yitirdikleri duygusuna kapılıp olumsuz bir beden imgesi geliştirirler. Bu olumsuz idrak bir yandan nesnel olarak belirtilerin bedendeki lokalizasyonu ve şiddetiyle ilişkiliyken, diğer yandan da bireyin kendi davranış ve görünüşünü öznel olarak nasıl değerlendirdiğine bağlıdır (Wessley ve Lewis 1989). Bunun yanında ayna karşısında uzun zaman geçirmek gibi, belirtilerle aşırı uğraş da varolan hasarın abartılı değerlendirilmesine yol açabilir. Dermatolojik belirtilerle aşırı uğraş, sosyal reddedilmeye karşı artmış duyarlılık hastaların damgalandıklarına yönelik inançlarını güçlendirir ve kendilerini toplumsal hayattan soyutlamalarıyla sonuçlanabilir (Finlay ve Coles 1995). Bunun sonucu olarak da anksiyete ve/veya depresif bir duygudurum gelişerek deri belirtilerini daha da kötüleştirir, böylece bir kısır döngü oluşur (Stangier ve Ehlers 2000).

Sürengen hastalıkların gidişinde çok sayıda etken rol oynadığı ve bunların birçoğu da henüz tam olarak bilinmediği için, hastalığın gidişine etki edebilme gücü sınırlıdır. Bu nedenle hastalar hastalık üzerindeki

kontrollerini kaybettikleri hissine kapılıp, kendilerini hastalığın ve hastalığın bedensel, ruhsal, sosyal sonuçlarının esiri olarak görmeye başlayabilirler. Dermatolojik hastalıklarda, özellikle de nörodermitte bu duruma bağlı kontrol kaybı duygusu kaşıntı uyararı ve kaşıma nedeniyle sıkça yaşanılır. Kaşıntının kontrol edilemezliği inancı nedeniyle, bir sonraki kaşıntı krizinden korku gibi duygular ve felâket düşünceleri gelişir (Ehlers ve ark 1993). Bu beklenti anksiyetesi ve dikkatin muhtemel kaşıntı uyararına odaklanması nedeniyle yeni bir kaşıntı atağının ortaya çıkma ihtimali artar (Münzel 1999).

PSİKOKUTANÖZ HASTALIKLARDA PSİKOTERAPİ

Dermatoloji hastalarının deri belirtilerine odaklanmaları ve bu belirtilerin ruhsal etkenlerle olan ilişkisinden genelde habersiz olmaları nedeniyle psikoterapi motivasyonları çok düşüktür ve genellikle yıllar sonra gelişir (Koblenzer 1993). Ruhsal sorunların ortaya çıkması ile psikoterapinin başlaması arasındaki süre ne kadar kısa olursa prognoz da o kadar iyidir. Dermatolojide psikoterapötik destek genellikle şu durumlarda gereklidir:

- Akut veya süregen ruhsal sıkıntılar sonucu deri belirtilerinin kötüleşmesi
- Dermatolojik hastalık sonucu sosyal korkuların ve kaçınma davranışının gelişmesi (sosyal fobi)
- Beden dismorfik bozukluk gelişmesi
- Derinin hasta tarafından manipüle edilmesi.

Hastanın nasıl bir yardım talebinde bulunduğu ve hekimin hangi konularda yardım edebileceği göz önünde bulundurulması gereken hususlardır. Psikoterapi endikasyonu evet veya hayırla yanıtlanabilecek bir durum olmayıp, yıllara yayılan bir karar verme sürecidir. Fiziksel hastalıklarda olduğu gibi psikosomatik hastalıklarda da prognoz erken tanı ve tedaviyle yakından ilişkilidir (Ormel ve ark 1990). Dermatoloji hastaları hastalıklarının başlamasından ortalama 8.7 yıl sonra ilk olarak bir psikiyatr tarafından görülürler (Niemeier ve ark 2002). 8.7 yıl gibi uzun bir süre hastalık ve sonuçlarının süregenleşmesi nedeniyle psikoterapi prognozu açısından oldukça kötüdür. Bu sürecin kısaltılması sorumlu dermatoloğun hastanın psikososyal sorunlarına da dikkat göstermesi ve liyezon psikiyatrisi ile ortak çalışmasıyla mümkündür. Akut psikoz, organik beyin bozukluğu, akut intihar riski, alkol ve madde bağımlılığı, terapi motivasyonunun olmaması ve simülasyon durumlarında psikoterapi kontraendikedir. Akut intihar riskinde, alkol ve madde bağımlılığı durumunda öncelikle psikiyatrik tedavi gereklidir.

Genel Psikoterapi İlkeleri: Psikokütanöz hastalıklarda yalnızca deri belirtileriyle değil, kişinin hastalığıyla yaşamayı nasıl öğreneceğiyle de ilgilenilir (Zielke 1994). Tedavi hastanın dermatolojik hastalığı nedeniyle zorluk yaşadığı yaşam alanlarına odaklanır: Dermatolojik tedaviye uyum ve meslekî zorluklar gibi. Amaç hastanın kendini daha nesnel gözlemleyebilmesi, hastalıkla ilgili bilgi ve müdahale gücünü arttırması, yeniden aktif bir yaşam kurabilmesidir (Zielke 1994). Kişinin dermatolojik hastalığına yönelik öznel algısı değiştirilerek, hastalık nedeniyle yaşantılanan çâresizlik duygusuyla başa çıkabilme gücünün yeniden kazandırılması, dışarıdan (hekim) gelecek yardımlara bağımlılığın azaltılarak hastalığı yaşamına entegre edebilmesi yönünde cesaretlendirilmesi hedeflenir (Margraf 1996). Hastalar tedavilerinde küçük adımlar atmaya özendirilerek, kısa sürede ulaşılabilecek hedefler belirlenerek motive edilir, hastalık ve sonuçlarının süregenleşmesinin önüne geçmeye çalışılır (Margraf 1996, Kaschel ve ark. 1990). Hastanın, stres

durumlarında yararlanmak üzere gevşeme tekniklerini, kaşıma davranışını azalatacak stratejileri ve akut stres durumlarında kendi davranışlarının analizini yapabilmeyi öğrenmesi, dermatolojik topikal terapiyi uygulamayı öğrenmesi kadar önemlidir (Zielke 1994, Margraf 1996). Terapist burada ister bireysel ister grup terapisi koşullarında olsun daha çok bir moderatör işlevi görür. Direktif müdahalelerden mümkün olduğunca kaçınarak hastaya, önündeki imkânlardan birini seçmesi konusunda destek olur (Zielke 1994). Amaç kişinin hastalığı ve kendisiyle ilgili kararlarda inisiyatifini mümkün olduğunca kendi eline almasına destek olmak ve gerçek dışı beklentilerle tedaviyi yürüten dermatoloğa bağımlılık geliştirip pasif hasta rolüne bürünmesinin önüne geçmektir. Benzer sorun yeni çıkan tedavi tekniklerine karşı geliştirilen yüksek beklentiler için de geçerlidir. Bunun dışında hastanın tedavide getirdiği önerilerin hiç dikkate alınmadan göz ardı edilmesi de, doktor hasta arasında bir çatışmaya, kötüleşme durumunda hastanın doktorunu suçlamasına ve kendisine sunulan tedavi olasılıklarını değerlendirmemesine yol açabilir (Margraf 1996).

Avrupa ve Kuzey Amerika'da birçok dermatoloji kliniğinde dermatolojik tedavi yanında psikoeğitimin, kas gevşeme tekniklerinin, sosyal beceri ve iletişim eğitimlerinin, stresle başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi ve geliştirildiği grup terapileri standart tedavi programına dâhil edilmiştir (Zielke 1994). Bunların yanında ergoterapi, fizyoterapi, spor terapisi de sunulan olanaklar arasındadır. Yukarıda sayılan genel tedavi olanakları yanında belirli konulara, örneğin atopik dermatite özel terapi programları da geliştirilmiştir (Cole ve ark 1998, Ehlers ve ark. 1995, King ve Wilson 1991).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI METODLAR

Davranış tedavileri, oldukça genel bir tanımla, öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavilerine sistematik bir şekilde uygulanışdır (Sungur 1998). Öğrenme ilkelerini kullanarak insan davranışında "gözlemlenebilen" ve "ölçülebilen" değişiklikler oluşturan bir tedavi yaklaşımıdır. Bilişsel yaklaşımlara göre davranışları belirleyen bireyin günlük yaşamındaki bilinçli deneyimlerdir ve bu yaşantıların niteliğini bireyin düşünce biçimi belirler. Bilişsel-davranışçı terapi kabaca bu iki yönelimin birleştirilmesinden meydana gelmiştir. Davranışçı terapi tekniklerinin dermatolojik hastalıklarda da etkili olduğu gösterilmiştir (Münzel 1995, Kaschel ve ark. 1990). Kontrol kaybı ve çâresizlik duygusu nedeniyle gelişen uyum

bozukluklarında, deri hastalığını etkileyen etkenler konusunda eğitim programları uygulanır. Hastanın uygunsuz emosyonlarla başa çıkma çabaları ve sorun odaklı başa çıkma becerileri iyileştirilmeye çalışılır. Bunun için olumsuz beden imgesi ve umutsuzluk duygularının bilişsel yeniden anlamlandırılması, sorun çözme eğitimi, sosyal beceri ve iletişim eğitimi gibi bilişsel davranışçı teknikler kullanılır. İticilik duygusu nedeniyle gelişen uyum bozukluklarında tedavi, görünüşle ilgili işlevsel olmayan inanışların düzeltilmesine ve kendine güvenli bir davranış modelinin geliştirilmesine odaklanır.

Ruhsal bozuklukların tedavisinde etkinlikleri gösterilmiş birçok müdahale yöntemi ve metod psikotanoz hastalıklarda da kullanım alanı bulmaktadır:

Dermatolojik Eğitim Programları (Psikoedukasyon): Son 20 yılda bütün tıp dallarında psikoedukatif terapi yönelimleri önem kazanmaya başlamıştır (Pitschel-Walz ve ark 2003). Psikoedukasyon genel olarak, hasta gruplarının hastalıklarıyla ilgili olarak hekim ya da terapist tarafından belli psikoterapötik teknikler de kullanılarak bilgilendirilmesidir. Burada amaç hastalıkla ilgili ayrıntılı bilgi vermek, tedaviye uyumu arttırmak, belirsizlikten doğan anksiyeteyi azaltmak ve hastanın başa çıkma yetilerini arttırmaktır (Stern 1993). Çalışmalar psikoedukasyonun psikoterapinin vazgeçilmez bir parçası olduğunu göstermektedir (Berg 1991). Hastalıkla başa çıkma kılavuzları yardımıyla atılan küçük adımlar iyileşme sürecini de hızlandırabilir (Hoegl ve ark. 1994). Eğitim programları hastalıklara özgül olarak düzenleniyor olmasına rağmen önemli ortak noktalar içerirler. Hastalar deri değişikliklerini, lokalizasyonuna ve hastalığın evresine göre ayırt etmeyi öğrenir. Bu sayede hastalıklarının gidişini gerçekçi olarak değerlendirebilmeleri mümkün olur. Hastalık belirtilerini daha iyi değerlendirebilmeleri topikal tedaviyi daha etkin uygulamalarına olanak sağlar. Dermatolojik hastalığın tamamen iyileşmesi yönündeki gerçekçi olmayan arzu, işlevsel olmayan bir başa çıkma stratejisi olarak sorunlarla baş etmeyi zorlaştırır. Bu nedenle eğitim programlarında hastalığın gidişi ve muhtemel komplikasyonlarına önemli yer ayrılır. Bu konuda hazırlıklı olmak, hastanın olası kötüleşmelerde yaşayacağı çaresizlik duygusunu azaltır (Ehlers ve ark. 1995). Allerji, fiziksel-kimyasal ajanlar, iklim ve bedensel aktivitelerin etkisi konusunda bilgilendirme hastaya günlük hayatını düzenlemesi konusunda yardımcı olur (Morren ve ark. 1986). Dermatolojik eğitim program-

ları çok sık kullanılmasına rağmen, etkinliği ile ilgili çok fazla çalışma yapılmamıştır. Tek başına eğitim programlarının uygulanmasının hastalığın gidişi ve şiddetine etkili olmadığı gösterilmiştir (Ehlers ve ark. 1995). Bu nedenle atopik dermatitte (Kaschel ve ark. 1990, Ehlers ve ark. 1995, Droge ve ark. 1986, Melin ve ark. 1986), psöriazis vulgariste (Gupta ve ark. 1989, Zachariae ve ark. 1996) ve akne vulgariste (Gupta ve ark. 1996) kaşıntı uyararı/kaşıma ile başa çıkma stratejileri, stres yönetimi teknikleri, sosyal beceri eğitimleri ve gevşeme teknikleri eğitim programlarıyla kombine edilmiştir.

Kaşıntı-Kaşıma Döngüsünün Kırılması: Kaşıntı uyararı ile kaşıma davranışının etkileşimini gösteren sayısız çalışma vardır (Ehlers ve ark. 1995, Kaschel ve ark 1990, Melin ve ark. 1986, Niemeier ve ark. 1996, Scholz ve Hermanns 1994). Kaşıntı uyararının tekrar tekrar ortaya çıkması ve her defasında kaşıma davranışıyla sonuçlanması sonunda bir kısır döngü ortaya çıkar (Stangier ve ark. 1987). Bu kısır döngü bazı araştırmacılarca dermatolojik hastalığın, örneğin nörodermitin süregelenleşmesinden sorumlu tutulur (Rajka 1989). Huzursuzluk, kızgınlık, belirsizlik, zaman baskısı, sıkıntı ve karar verme zorluğu gibi gerginliğe neden olabilecek durumlar kaşıntı uyararının ortaya çıkmasına yol açabilir (Bosse ve Hünecke 1981, Niebel 2002). Amaç hastayı kaşıntı uyararı/kaşıma davranışı ilişkisi konusunda bilgilendirmek, otomatikleşmiş kaşıma davranışı konusunda duyarlılaştırmak ve hastanın kaşıma davranışını arttırabilecek günlük stresleri tespit edebilmesine yardımcı olmaktır (Kaschel ve ark. 1990). Kaşıma davranışını başlatabilecek olumsuz emosyonlar ve otomatik düşünceler tesbit edilerek kaşıma davranışı ve kaşıntı uyararı azaltılabilir (Scholz ve Hermanns 1994). Kaşıma davranışı ancak hastanın dikkati derisinden gelecek hafif kaşıntı uyararlarından uzaklaştırabilirse azalır (Ehlers ve ark. 1993). Gözlem protokolleri ve "Habit-reversal-tekniki"nin birlikte uygulandığı programlar bu dön-ğünün kırılması için en sık başvurulan davranışsal yöntemlerdir (Stangier 2002). "Habit-reversal-tekniki"nde, hastanın önce kaşıntıyla ilişkili durumları daha iyi algılaması sağlanır. Hastadan kaşıntı duygusunun en yoğun olduğu anlarda kaşıntının muhtemel zararlarını hayâl etmesi istenir. Daha sonra da hastanın kaşıma davranışı yerine koyabileceği alternatif bir davranış geliştirmesine yardımcı olunur; örneğin on saniye boyunca kaşınan bölgeye avuç içiyle basınç uygulanması.

Gevşeme Teknikleri: Başta nörodermit olmak üzere ruhsal sıkıntıların eşlik ettiği dermatolojik tablolarda gevşeme tekniklerinin etkinliği gösterilmiştir (Vaitl ve Petermann 2004). Psikoterapiyle birlikte ya da tek başına uygulanabilir. Etkililiği en iyi gösterilmiş gevşeme tekniği Jakobson'un progresif kas gevşeme tekniğidir (Stangier 2002). Uygulamada farklılıklar olsa da hepsinin ortak noktası gevşeme tepkisinin uyandırılmasıdır. Gevşeme kendini nöronal düzeyde sempatik aktivitenin azalması, parasempatik aktivitenin artmasıyla gösterir. Ruhsal olarak hastalarda rahatlık ve iyilik hâlinin arttığı, konsantrasyonun ve beden algısının düzeldiği görülür. Fizyolojik olarak gevşeme kendini kas tonusunun azalması, periferik damarların genişlemesi, arteriyel kan basıncının düşmesi, solunum sıklığının azalması ve beynin kanlanmasıyla artmasıyla gösterir. Gevşeme teknikleriyle hastalar düşünce ve bedenlerini etkileyebilmeyi öğrenirler. Sıkıntılarla başa çıkma becerileri ve kendileri üzerindeki kontrol duyguları artar. Hastalar bedensel ve ruhsal sıkıntıları nedeniyle çaresizlik duygusu yaşamak yerine daha rahat ve stressiz tepki vermeyi öğrenirler. Gevşeme teknikleri sayesinde dermatoloji hastalarının da bedenlerini algılamalarında düzelme ve buna bağlı olarak kaşıntı uyaranlarının yoğunluğunda azalma görülür (Kaschel ve ark 1990). Gevşeme doğaldır ki ağır seyreden hastalıklarda kısa süreli işe yarayan bir stratejidir ve mutlaka psikoterapiyle de desteklenmelidir.

Sosyal Beceri ve İletişim Eğitimi: İlişki kurma ve iletişim yeteneği, başlanan bir şeyi sürdürebilme yeteneği, çatışma çözebilme becerisi sosyal beceriler olarak kabul edilir. Bunun dışında kişinin sosyal olarak kendinden emin olmaması ve utangaçlığın kendisi bir hastalık değeri taşıyacak kadar ağır olabilir. Bir konuşmayı başlayıp bitirebilmek, eleştiri ve iltifatları uygun bir şekilde karşılayabilmek, iltifat edebilmek, duygularını açıkça ifade edebilmek, hakkını savunabilmek, hayır diyebilmek, itiraz edebilmek sosyal beceri eğitimlerinde hastalara öğretilmeye çalışılan becerilerdir. Model oluşturma, rol oynama, rol değiştirme burada kullanılan tekniklerdir. Daha çok grup terapisi ortamında uygulanır. Çalışmalar dermatoloji hastalarında sosyal becerilerin önemli ölçüde korunduğunu (Ehlers ve ark. 1993, Gieler ve ark. 1990) ama, özellikle kuaför, yüzme havuzu gibi sosyal ortamlara yönelik kaçınma davranışının geliştiğini göstermiştir (Finlay ve Khan 1994, Ginsburg ve Link 1989, Motley ve Finlay 1989). Hastalar grup ortamında sosyal beceri eğitimleri yar-

dımıyla tanıdıklarından aldıkları uygunsuz tedavi önerileriyle, kendilerine acınması gibi olumsuz duygularla başa çıkmayı da öğrenirler (Ehlers ve ark 1993, Ehlers ve ark 1994).

Gözlem Protokolleri: Kendini gözlem kişinin kendi üzerindeki kontrolünü arttırmaya yönelik önemli bir davranışsal yöntemdir. Bu yöntemde kişi hem gözleyen hem gözlenen konumunda olduğu için kendi davranışlarını değerlendirebilmesi ve karar verebilmesi de gerekir. Değerlendirme ancak günlük şeklinde protokollerin tutulmasıyla mümkün olur. Bu protokoller sayesinde hasta deri belirtilerinde kötüleşme ile onlara eşlik eden emosyonel, bilişsel, sosyal etkileşimleri daha iyi kavrar ve davranışlarında belli değişiklikler yapmaya hazır hâle gelir (Zielke 1994, Margraf 1996). Uzun süre tutulması gereken bu protokoller yardımıyla hasta tek boyutlu bir hastalık anlayışından çok boyutlu bir hastalık anlayışına geçebilir, yani dermatolojik hastalıkların yalnızca biyolojik etkilenlerle ilişkili olmadığını kavrayabilir. Çalışmalar hastaların dermatolojik belirtileriyle ruhsal süreçlerin ilişkisini ancak düzenli tutulan bir protokol yardımıyla anlamaya başlayabildiklerini göstermektedir (King ve Wilson 1991, Berg 1991). Doğaldır ki bu yöntem ancak bu yöntemi uygulayabilecek motivasyona ve eğitim düzeyine sahip hastalarda mümkündür.

SONUÇ

Tedavi programları bireysel veya grup terapileri olarak, hastalığın gidişine ve belirtilerin şiddetine göre ayaktan tedavi ünitelerinde yâhut dermatoloji kliniklerinde uygulanabilir. Grup terapisinin bireysel terapiye göre kimi avantajları vardır. Bir yandan aynı süre içinde birçok hasta görülerek zaman tasarrufu sağlanırken, diğer yandan hastalar öğrendikleri sosyal becerileri grup mikrokozmosu içinde test edebilmeyi öğrenirler. Öte yandan deneyimlerini birbirleriyle paylaşabilir ve süregen hastalıkla dünyada tek başlarına olmadıklarını fark ederler.

Süregen deri hastalıklarında psikososyal müdahaleler özellikle son 20 yılda önem kazanmaya başlamıştır (Kaschel ve ark. 1995, Cole ve ark. 1988, Zachariae ve ark. 1996, Gieler ve ark. 1990). Standart dermatolojik tedaviyle psikoedukasyon, sosyal beceri eğitimi, gevşeme teknikleri vb. bilişsel davranışçı tekniklerin kombine edildiği ve grup ortamında uygulanan entegratif tedavilerin, deri belirtilerinin (Ehlers ve ark. 1995, Melin ve ark. 1986, Zachariae ve ark. 1996) dü-

zelmesi ve örneğin nörodermitte kaşıntı sıklığının (Melin ve ark. 1986, Noren ve Melin 1989, Rosenbaum ve Ayllon 1981) azalmasında, tek başına standart dermatolojik tedaviye kıyasla daha etkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ayrıca deri belirtilerinin düzelmesinden bağımsız olarak hastaların anksiyete ve depresif duygudurumlarında belirgin iyileşme görülmektedir (Ehlers ve ark. 1995, Niebel 2002). İticilik duygusuna en etkili tekniğin sosyal beceri eğitimi (Fiegenbaum 1981) ve yüzleştirme (Newell ve Marks 2000) olduğu gösterilmiştir. Entegratif tedavi programları hastaların hastalığın ruhsal neden ve sonuçlarını daha iyi değerlendirebilmelerine, hastalığı yaşantılarına daha iyi ve uygun bir biçimde entegre edebilmelerine, tedaviye uyumlarının düzelmesine, hastalık ve sonuçları üzerindeki kontrol duygularının gelişmesine olanak sağlar. İçsel olarak hastalık üzerindeki kontrol duygusunun güçlenmesi çâresizlik duygusunun azalmasına ve hastalığın gidişine olumlu katkıda bulunur (Hasenbring 1988). Tedavinin başarısı kendini, deri belirtilerinin düzelmesi, anksiyetenin azalması, depresif duygudurumun düzelmesi ve yaşam kalitesinin artmasıyla belli eder (Lange ve ark. 1999).

KAYNAKLAR

- Alexander F (1950) Psychosomatic medicine. New York: Norton.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) Köroğlu E, çeviri editörü. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Berg M (1991) Evaluation of a questionnaire used in dermatological epidemiology. Discrepancy between self-reported symptoms and objective signs. *Acta Derm Venereol*; (Suppl.) 156: 13-17.
- Bosse K, Hünecke P (1981) Der Juckreiz des endogenen Ekzematikers. *München Med Wochensh*; 123: 1013-1016.
- Buske-Kirschbaum A, Jobst S, Wustmans A, Kirschbaum C, Rauh W, Hellhammer D (1997) Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosom Med*; 59: 419-426.
- Cohen F (1979) Personality, stress, and the development of physical illness. *Health psychology*. Ed Stone GC, Adler NE, Cohen F. San Fransisco, CA, Jossey Bass; 77-111.
- Cole WC, Roth HL, Sachs LB (1988) Group psychotherapy as an aid in the medical treatment of eczema. *J Am Acad Dermatol*; 18: 286-291.
- Droge U, Mautner V, Holting E (1986) Differenzierung der Pruritusqualitäten. *Dtsch Dermatol*; 34: 919-932.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. MO Öztürk, B Uluğ, Çev.: F Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Reza-

- ki, B Uluğ, çeviri editörleri. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
- Ehlers A, Gieler U, Stangier U (1995) Treatment of atopic dermatitis: a comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*; 63: 624-635.
- Ehlers A, Ohlsen A, Wenninger K, Gieler U (1994) Atopic dermatitis and stress: the possible role of negative communications with significant others. *Int J Behav Med*; 1: 107-121.
- Ehlers A, Stangier U, Dohn D, Gieler U (1993) Kognitive Faktoren beim Juckreiz: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Verhaltenstherapie*; 3: 112-119.
- Fiegenbaum W (1981) A social training program for clients with facial disfigurements: a contribution to the rehabilitation of cancer patients. *Journal of Rehabilitation Research*; 4: 501-509.
- Finlay AY, Coles EC (1995) The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol*; 132: 236-244.
- Finlay AY, Khan GK (1994) Dermatology life quality index (DLQI)-a simple practical measure for clinical use. *Clin Exp Dermatol*; 19: 210-216.
- Gieler U, Ehlers A, Höhler T, Burkard G (1990) The psychosocial status of patients with endogenous eczema. A study using cluster analysis for the correlation of psychological factors with somatic findings. *Hautarzt*; 41: 416-423.
- Ginsburg IH, Link B (1989) Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*; 20: 53-63.
- Ginsburg IH (1995) Psychological and psychophysiological aspects of psoriasis. *Dermatol Clin*; 13: 793-804.
- Gupta MA, Gupta AK, Kirkby S, Schork NJ, Gorr SK, Ellis CN, Voorhees JJ (1989) A psychocutaneous profile of psoriasis patients who were stress reactors. *Gen Hosp Psych*; 466-173.
- Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ (1996) Psychological factors affecting self-excoriative behavior in women with mild-to-moderate facial acne vulgaris. *Psychosom*; 37: 127-130.
- Gupta MA, Gupta AK (2001) The use of antidepressant drugs in dermatology. *J Eur Acad Derm Venereol*; 15: 512-518.
- Gupta MA, Gupta AK (2004) Stressful major life events are associated with a higher frequency of cutaneous sensory symptoms: an empirical study of non-clinical subjects. *J Eur Acad Dermatol Venereol*; 18: 560-565.
- Harth W, Gieler U (2006) Psychosomatische Dermatologie. Heidelberg: Springer.
- Hasenbring M (1988) Zur Adaptivität von Kontrollüberzeugungen-Empirische Befunde bei Patienten mit Krebserkrankungen, lumbalen Bandscheibenvorfall und chronischen Schmerzsyndromen. *Sich gesund fühlen im Jahre 2000*. Schüffel W (Editor) Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Hoegl L, Manfred F, Plewig G (1998) In-Patient behavioral medicine for chronic skin disease. *Hautarzt*; 48: 270-275.

- Hughes J, Barraclough B, Hamblin L, White JE (1983) Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J of Psychiatry*; 143: 51-54.
- Jordan JM, Whitlock FA (1972) Emotions and the skin: The conditioning of scratch responses in case of atopic dermatitis. *Br J Dermatol*; 86: 574-585.
- Kaschel R, Miltner H, Egenrieder H, Lischka G (1990) Verhaltenstherapie bei atopischem Ekzem. Ein Trainingsprogramm für ambulante und stationäre Patienten. *Akt Dermatol*; 15: 275-280.
- King RM, Wilson GW (1991) Use of diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J Psychosom Res*; 35: 697-706.
- Koblenzer CS (1993) Psychiatric syndromes of interest to dermatologists. *Int J Dermatol*; 32: 82-88.
- Köhler T (1995) Psychosomatische Krankheiten. Stuttgart: Kohlbaum.
- Lange S, Zschocke I, Langhardt S, Amon U, Augustin M (1999) Effects of combined dermatological and behavioural medicine therapy in hospitalized patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Hautarzt*; 50: 791-797.
- Margraf J (1996) Verhaltenstherapie. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Melin L, Frederiksen T, Noren P, Swebilius CB (1986) Behavioral treatment of scratching in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*; 115: 467-474.
- Morren MA, Przybilla B, Bamelis M, Heykants B, Reynaers A, Degreef H (1994) Atopic dermatitis: triggering factors. *J Am Acad Dermatol*; 31: 467-473.
- Motley RJ, Finlay AY (1989) How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol*; 14: 194-198.
- Münzel K (1995) Psychosoziale Belastung als Einflussfaktor bei allergischen Hauterkrankungen. *Verhaltensmedizin in der Rehabilitation*. Petermann F (Editor) Göttingen: Hogrefe.
- Münzel K (1999) Psychosoziale Belastung als Einflussfaktor bei der atopischen Dermatitis. *Neurodermitis*. Petermann F, Warschburger P (Editors) Göttingen: Hogrefe; 141-155.
- Newell R, Marks I (2000) Phobic nature of social difficulty in facially disfigured people. *Br J Psychiat*; 176: 177-181.
- Niebel G (2002) Verhaltensmedizin der chronischen Hautkrankheit. Bern: Huber, 2002.
- Niemeier V, Kupfer J, Köhnlein B, Schill WB, Gieler U (1996): Der psychosomatische Therapieansatz in der Dermatologie. *Z Hautkr*; 71: 902-907.
- Niemeier VL, Kupfer J, Köhnlein B, Brosig B, Gieler U (1999) Psychoneuroimmunologic aspects of atopic eczema-a meta-analytic overview. *Dermatology and Psychosomatics*; 1 (Suppl. 1): 34.
- Niemeier V, Harth W, Kupfer J, Mayer K, Linse R, Schill WB, Gieler U (2002) Prevalence of psychosomatic disorders in dermatological patients. Experiences in 2 dermatology clinics with liaison therapy model. *Hautarzt*; 53: 471-477.
- Noren P, Melin L (1989) The effect of combined topical steroids habit-reversal treatment in patients with atopic dermatitis. *Br J Dermatol*; 121: 359-366.
- Ormel J, van den Brink W, Koeter MWJ, Giel R, van der Meer K, van der Willige G, Wilmink FW (1990) Recognition, management and outcome of psychosocial disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. *Psychol Med*; 20: 909-923.
- Papadopoulos L, Bor R (1999) Psychological Approaches to Dermatology. Leichester: BPS Books.
- Picardi A, Abeni D, Melehi CF et al (2000) Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol*; 143: 983-991.
- Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W (2003) Psychoedukation. Depressionen. München Jana, Urban&Fischer; 3.
- Popkin MK, Callies AL, Colon EA, Stiebel V (1990) Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics*; 31: 410-414.
- Porter JR, Beuf AH, Lerner A, Nordlund J (1987) Respons to cosmetic disfigurement: Patients with vitiligo. *Cutis*; 39: 493-494.
- Rajka G (1989) On definition and framework of atopic dermatitis. *Acta Dermatol Venereol*; 144: 10-12
- Rosenbaum MS, Ayllon T (1981) The behavioral treatment of neurodermitis through habit-reversal. *Behav Res*; 19: 313-318.
- Schmid-Ott G, Jacobs R, Jaeger B et al. (1998) Stress-induced endocrine and immunological changes in psoriasis patients and healthy controls: An explorative study. *Psychotherapy and Psychosomatic*; 67: 37-42.
- Schmid-Ott G (1999) Stigmatisierung von Hautkranken. *Neurodermitis*. Petermann F, Warschburger P (Editors) Göttingen: Hogrefe; 157-174.
- Schmid-Ott G, Jaegger B, Adamek C, Koch H, Lamprecht F, Kapp A, Werfel T (2001) Levels of circulating CD8(+) lymphocytes, natural killer cells, and eosinophils increase upon acute psychosocial stress with atopic dermatitis. *J of Allergy and Clin Immunol*; 107: 171-177.
- Scholz OB, Hermanns N (1994) Krankheitsverhalten und Kognitionen beeinflussen die Juckreizwahrnehmung von Patienten mit atopischer Dermatitis. *Z Klein Psychol*; 23: 127-135.
- Singh LK, Pang X, Alexacos N, Letourneau R, Theoharides TC (1999) Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotrophin releasing hormone, neurotensin, and substance P: A link to neurogenic skin disorders. *Brain, Behaviour and Immunity*; 13: 225-229.
- Stangier U, Eschstruth J, Gieler U (1987) Chronische Hautkrankheiten: Psychophysiologische Aspekte und Krankheitsbewältigung. *Verhaltensther Psychosoz Prax*; 19: 349-368.
- Stangier U (1995) Feldstudien zur belastungsbedingte Reaktivität von Hautkrankheiten: Eine methodenkritische Übersicht. *Verhaltensmodifikation&Verhaltensmedizin*; 16: 353-371.
- Stangier U, Ehlers A (2000) Stress and anxiety in dermatological disorders. The management of stress and anxiety in medical disorders. Ed. Mostofsky DI, Barlow DH. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 304-333.

-
- Stangier U (2002) Hautkrankheiten und körperdysmorphe Störung. Göttingen: Hogrefe.
- Stern MJ (1993) Group therapy with medically ill patients Group Therapy in clinical practice. Ed. Alonso A, Swiller SW. Washington, American Psychiatry Press.
- Sungur M (1998) Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. Psikiyatri Temel Kitabı. Güleç C, Köroğlu E (Editors) Ankara: He-kimler Yayın Birliği, 895-907.
- Vaitl D, Petrmann F (2004) Entspannungsverfahren. Das Pra-xishandbuch. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Welzel-Ruhrmann C (1995) Psychologische Diagnostik bei Hauterkrankungen. Verhaltensmodifikation und Verhal- tensmedizin; 16: 311-353.
- Wessley S, Lewis G (1989) The clasification of psychiatric morbidity in attenders at the dermatology clinic. Br J of Psychiatry; 155: 686-691.
- Zachariae R, Bjerring P, Kragballe K (1996) Effects of psycho- logical intervention on psoriasis: a preliminary report. J Am Acad Dermatol; 34: 1008-1015.
- Zielke M (1994) Handbuch stationäre Verhaltensmedizin. Weinheim, Psychologische Verlags Union.