

Serap Kocabey Uzun,
İljal Erturan

Primer Psikokütan Hastalıklar Primary Psychocutaneous Diseases

Özet

Psikokütan hastalıklar terimi, stres ve psikiyatrik belirtilerden etkilenen çeşitli dermatolojik hastalıkları içermektedir. Bugün için bu hastalıkların sınıflandırmasında en çok kabul gören sınıflama, Koo ve Lee tarafından önerilen ve etiyoolojiyi temel alan sınıflama sistemidir. Primer psikokütan hastalıklarda altta yatan patoloji tamamen psikiyatriktir ve hastalar psikiyatrik sorunları ile uğraşmak yerine derileri ile uğraşırlar. Hastanın tedavisi ile ilgili en iyi sonuçlar dermatologlar ve psikiyatristler iş birliği yaptığında alınır. Bu hastaların direkt psikiyatriste yönlendirilmesi intihar riskini ve ağır psikotik tabloların oluşma olasılığını arttıracak için önerilmemektedir. Dermatologlar stres ve psikiyatrik bozuklukların deri hastalıklarına etkisi konusunda hastalarını eğitebilmeli ve gerektiğinde psikotrop ilaçlar başlayabilmelidir. Hastalar ile daha iyi iletişim kurabilen ve nöroleptikler ve antidepresanlar hakkında yeterli bilgiye sahip bir dermatoloğun tedavide çok daha başarılı olacağı aşikardır. Bu derlemede, klinikte sık görülen psikokütan hastalıklar anlatılmıştır.

Anahtar kelimeler: Psikokütan, delüzyonel parazitöz, beden dismorfik bozukluğu, dermatitis artefakta, trikotillomani

Abstract

The term psychocutaneous diseases include various dermatological diseases which are affected by stress and psychiatric symptoms. The current most widely accepted classification of the psychocutaneous diseases is recommended by Koo and Lee and it is based on the etiology of the disease. In primary psychocutaneous diseases, the underlying pathology is completely psychiatric and patients deal with their skin problems rather than psychiatric problems. In the treatment of the patients the best results are obtained from dermatologists and psychiatrists collaboration. Directing these patients to the psychiatrist is not recommended because of increasing the risk for suicide and the possibility of developing severe psychosis. Dermatologists should be able to educate patients about the effects of stress and psychiatric problems on skin diseases and when necessary dermatologists should be able to start patients on psychotropic medication. It is evident that a dermatologist who has better communication with patients and has adequate knowledge on neuroleptics and antidepressants will be able to achieve better results from the treatment. In this review, psychocutaneous diseases frequently encountered in the clinic were discussed.

Key words: Psychocutaneous, delusional parasitosis, body dysmorphic disorder, dermatitis artefacta, trichotillomania

Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Dermatoloji
Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

İljal Erturan,
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Dermatoloji Anabilim
Dalı, Isparta, Türkiye
E-posta: ijaleraturan@yahoo.com.tr
Geliş Tarihi/Submitted: 01.10.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 12.02.2014

@Telif Hakkı 2014 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2014 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Giriş

Vücudun ve ruhun örtüsü olan deri, dış dünya ile kişinin iç evreni arasındaki en önemli iletişim aracıdır (1). Ruh ve deri arasındaki ilişkinin keşfi Hipokrat (MÖ 460-370)'e kadar uzanmaktadır. Psikodermatoloji, psikiyatri ve dermatolojiyi birlikte ilgilendiren bir çalışma alanıdır. Tarihsel süreçteki

varlığının, Heinroth tarafından psikosomatik teriminin kullanılmaya başlandığı 1818 yıllarında başladığı kabul edilebilir (2). Psikodermatoloji spektrumunda bulunan hastalıkların uluslararası kabul gören iki ana sınıflandırması olup, bunlardan biri Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından oluşturulan "Diagnostik Statistical Manuel and Mental Disorders (DSM)" kriterleri

diğeri ise Dünya Sağlık Örgütü'nün DSM ile birçok yönden benzerlik gösteren "International Statistical Classification of Disorders (ICD)" sınıflamasıdır (3). Her ne kadar psikiyatrik ve psikosomatik hastalıkların sınıflandırılmalarında DSM IV temel alınsa da, bu sınıflama sistemi yeterli görülmemektedir. Bugün en çok kabul gören sınıflama, Koo ve Lee tarafından önerilen ve etiyolojiyi temel alan sınıflamadır (Tablo 1) (4).

Primer psikokütan hastalıklarda altta yatan temel patoloji psikiyatriktir ve hastalar psikiyatrik sorunları ile yüzleşmek yerine derileri ile uğraşırlar. Genellikle dermatologlara başvururlar ve sorunun psikiyatrik olabileceğini kabul etmezler (5). Hastaları doğrudan psikiyatrye yönlendirmek intihar ve ağır psikiyatrik tabloların gelişme riskini arttıracığı için önerilmemektedir (6). Bu grup içerisinde delüzyonel parazitler, olfaktör delüzyonlar, beden dismorfik bozukluğu, patolojik deri yolma, trikotilomani ve dermatitis arteafakta gibi hastalıklar sayılabilir.

Delüzyonel Parazit

Delüzyonel parazit, ilk kez 1894 yılında klinik olarak Thibierge tarafından tanımlanmıştır (7). Enfestasyonla ilgili herhangi bir objektif kanıt olmamasına rağmen, hastaların parazit enfestasyonu olduklarına inanmasıdır (8). Oldukça nadir görülür. Prevalansı milyonda 40 olarak raporlanmıştır (9). Elli yaş altında her iki cinsiyeti de eşit tutarken, 50 yaş üstünde kadınlarda üç kat daha fazla görülür (3). Hastalar belirti olarak kaşıntı ile karıncalanma hissinden ve derilerinin altında bir şeyler dolaştığından söz ederler ve bunların parazitler olduğuna emindirler (10). Karakteristik bulgu böcekleri çıkartmak için oluşturulan ülserasyonlardır (5). Cımbız, bıçak, hatta buz kıracağı gibi sert ve kesici delici aletler kullanabilirler. Bu lezyonlar genellikle kol, uyluk bölgesi, göğüs ve yüz gibi kolay

ulaşılabilen bölgelerde görülür (10). Dermatolojik belirtiler hastalığın tanı konulduğu döneme göre değişir. Herhangi bir bulgu olmayabileceği gibi, kronik kaşımaya bağlı likenifikasyon olabilir veya kullanılan ilaçlara bağlı iritan kontakt dermatit gelişebilir (5). Hastalar giderek artan bir gayretle deri ve çevrelerini temizlemek zorunda kalır. Derilerinde benzil benzoat, böcek ilaçları gibi organik çözücülerin kokusu olabilir ve ikincil olarak jeneralize veya lokalize kimyasallar ile indüklenen dermatit gelişebilir (3). Sıklıkla hasta, hekime içinde vücudunda dolaşan parazitlerin bulunduğunu iddia ettiği küçük bir kutu, kavanoz vs. getirir. Bu durum oldukça karakteristik olup, kibrit kutusu belirtisi olarak isimlendirilmiştir (10). Getirilen örneklerin mikroskopik incelemesinde deri ve saç parçaları, kumaş örnekleri, serum koagülasyon elemanları, toz ve kir bulunur. Örnekler bazen karınca, sinek veya pire gibi gerçek organizmaları içerebilir (3). Ancak hastayı bunların gerçek olmadığına ikna etmek imkansızdır. Böyle bir girişim halinde çoğu hasta aynı hekime bir daha gitmeyecektir. Bu durum hastanın tedavisinin yarıda kalması ve başvuracağı yeni bir hekim ile her şeye sıfırdan başlayacağı anlamına gelmektedir (10).

Hikaye, klinik davranışlar, fizik muayene ve örneklerin sunumu tanıyı koydurur (3). Ayırıcı tanıda en başta gerçek parazitler ayırt edilmeli, ön yargılı olunmamalıdır. Organik bir kusur veya ilaç kullanımı dikkate alınmalıdır. Karışabileceği en önemli tablolardan biri, derilerine böcek düşmüş gibi bir histen söz eden kronik taktil halüsinasyonlardır. Fakat bu hastaların gördükleri bir böcek yoktur. Kokain de kokain böcekleri olarak isimlendirilen benzer bir tabloya neden olabilmektedir (5). Delüzyonel parazitli hastaların çoğunda altta yatan bir psikiyatrik bozukluk vardır (11).

Paylaşılmış psikotik bozukluk (delüzyonun paylaşılması); delüzyonel parazitli olguların %5-%15'inde ve genellikle aile üyeleri arasında görülür (5). Çoğu zaman birincil olgu tedavi edildiğinde diğer olgularda belirtiler kendiliğinden geriler (12).

Delüzyonel parazitli hastalar uzun süre tedavisiz kalırlar ve hastalıkları kronikleştikçe tedaviye yanıtları azalır. Tedavide en önemli basamak, hasta hekim ilişkisinde güvenin sağlanmasıdır (12). Parazit olarak gösterilen her parça dikkatli incelenmelidir (5). Parazitlerden doğrudan söz edilmemeli ve sorun, kaşıntı veya rahatsızlık sözleri tercih edilmelidir. İlk vizitte hastaya doğrudan ruhsal bir sorun olduğu söylenmemelidir (3). Hastayı rahatlatmak amacıyla antiparaziter losyonların reçete edilmesi, hastanın sanrısını daha da pekiştirecektir (10). Genellikle pimozide iyi cevap verirler. Son yıllarda yeni atipik antipsikotiklerin daha güvenilir olduğu bildirilmiştir (13).

Olfaktör Delüzyonlar (Olfaktör Referans Sendromu, Koku Delüzyonu, Bromidrosifobi)

Bedeninde koku olduğu ile ilgili aşırı uğraşın olmasıdır. Hasta yoğun sıkıntı yaşar, utanç duyar ve sosyal ortamlara girmekten kaçınır (5). Erkeklerde kadınlara oranla bu hastalığın gelişme olasılığı dört-beş kat daha fazladır (3). Ortalama yaş 25'tir. Genellikle yalnız yaşayan kimselerdir (10). Hastalığın süresi, kaynağı, hastanın verdiği tepkiler ve eşlik eden belirtiler hastadan hastaya değişiklik gösterebilir. İçsel halüsinasyonda hasta kaynağın kendi

Tablo 1. Psikokütan hastalıkların sınıflandırılması (Koo ve Lee) (4)

Psikofizyolojik Hastalıklar	Psikiyatrik Semptomlarla Beraber Dermatolojik Hastalıklar
Psoriasis	Alopesi areata
Atopik Dermatit	Vitiligo
Akne Ekskoriye	Jeneralize psoriasis
Hiperhidrozis	Kronik ekzema
Ürtiker	İktiyoziform sendromlar
Herpes simpleks virüs enfeksiyonu	Rinofima
Seboreik dermatit	Nörofibroma
Aft	Albinizm
Rozasea	Diğerleri
Kaşıntı	Kutanöz sensoryal sendromlar
Dermatolojik Semptomlarla Beraber Psikiyatrik Hastalıklar	Glossodini
Dermatitis artefakta	Vulvodini
Parazitöz sanrıları	Kafa derisinde kronik kaşıma
Trikotilomani	Psikojenik purpura sendromu
Obsesif-kompulsif bozukluk	Psodopsikodermatolojik hastalık
Fobik durumlar	Dermatoloji hastasında intihar
Dismorfofobi	
Yeme bozuklukları	
Nevrotik ekskoriyasyonlar	
Psikojenik kaşıntı	

bedeni olduğuna inanır, dışsal olanda ise bedendeki gerçek bir kokunun abartılı olduğu inancı vardır. Sık olarak aksilla, ayak ve genital bölgelerinden, hatta rektum veya vajinalarından kötü bir koku geldiğine inanırlar (5). Bu tür hastalar dikkatli bir yaklaşım gerektirirler ve mutlaka deneyimli ve birbirleri ile iletişimde olan bir psikiyatrist ve dermatolog tarafından izlenmelidirler (10).

Beden Dismorfik Bozuklukları (Dermatolojik Olmayan Hastalık, Dismorfofobi)

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), fiziksel görünümü ile ilgili küçük bir defektin veya var olmayan fakat hasta tarafından varlığı düşünülen bir sorunun zihni yoğun bir şekilde meşgul etmesidir (10). Normal toplumda BDB'nin görülme oranı %1-%2 iken, dermatoloji ve plastik cerrahide bu oran %2.9 ile 16 arasında değişmektedir. Başlangıcı genellikle erken ergenlikten 20'li yaşlara kadar uzanabilmektedir. Kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinmekle birlikte, son zamanlarda yapılan araştırmalarda kadın erkek oranının hemen hemen birbirine eşit olduğu saptanmıştır. Hastalık sıklıkla hiç evlenmemiş, çalışmayan, çocuklukta ruhsal travma öyküsü ve ailede benzer hastalığı olan, mükemmeliyetçi kimselerde görülmektedir (14). Klinik olarak hasta tamamen normal görünür. Sunduğu zengin semptomatolojiye rağmen çok az bulgu saptanabilir (10). Bedenlerinin belli bölgesinde bozukluk, kusur ya da düzensizlik olduğu şeklindeki inanışları hiçbir şekilde değiştirilemez. Günün ortalama üç-sekiz saati hastaların kontrol edemedikleri bu düşünceler ve uğraşlar ile geçer (5). Yakınlarda daha çok yüz, saçlı deri ve genital bölgeye ilişkindir. BDB'li hastanın muayenesi her zaman için organik hastalığı olan kişilerden çok daha uzun sürer. Hasta tekrar tekrar aynı konuya döner ve hekimin normal muayene çabasından hoşlanmaz. Sürekli olarak aşırı bir özenle bakım yapma, sık sık giysi değiştirme ve aynada kendilerini izleme gibi, kompulsif davranışlar sergilerler (10). Hastalar medikal tedavi ya da girişimsel yöntemlerin uygulanmasını isteyebilirler. Uygulanılan tedaviden genellikle memnun kalmazlar ve tedaviyi uygulayan hekime karşı saldırgan olabilirler (5). Tedavi öncesi ve sonrası fotoğrafların çekilmesi yasal iddiaları çürütmek için önemlidir (3). Dermatoloji polikliniklerinde sık görülmelerine rağmen çoğunlukla tanı konulamamaktadır.

Ailesel Bedensel Dismorfik Bozukluk: Nadiren de olsa sanrısız tipteki beden dismorfik bozukluklarında, ebeveyn bu sanrısız düşünceleri çocuğuna empoze eder ve giderek çocukta da aynı sanrıları geliştirebilir (10).

Vekilli Bedensel Dismorfik Bozukluk: Daha da nadir olarak hasta kendi çocuğu üzerinde sanrılar geliştirebilir (10).

Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, başlıca anoreksia nervosa, bulimia nervosa ve sınıflandırılmamış yeme bozuklukları olmak üzere üçe ayrılır. On beş ve 24 yaş arası genç kadınlar arasında siktir ve insidansı giderek artmaktadır. Kadın erkek oranı 20/1'dir. Anoreksia nervosa insidansı %1'in üzerindedir ve daha erken yaşlarda özellikle adölesan dönemde başlar. Bulimia'nın insidansı ise %5'in üzerindedir ve 20'li yaşlarda zirve yapar. Yeme bozuklukları ile BDB, nörotik ekskorsiyon, trikotilomani, onikofaji ve dermatitis

artefakta gibi psikokütan hastalıklar arasında ilişki bildirilmiştir. Yeme bozukluklarının metabolik etkileri bütün vücut sistemlerinde görülür. Deri belirtileri erken dönemde oluşabilir ve deneyimli bir doktor özellikle anoreksia nervosa'da ciddi tıbbi komplikasyonlar gelişmeden önce hastalığı tespit edebilir (3). Sık görülen deri belirtileri; kserozis, lanuga benzeri vücut kıllanması, telojen effluvium, karotenoderma, akne, hiperpigmentasyon, seboreik dermatit, akrosiyanoz, perniyöz anemi, livedo retikularis, inter dijital intertrigo, paronişi, jeneralize pruritus, yara iyileşmesinin oldukça yavaş olması, prurigo pigmentoza, ödem, akral soğukluk, pelegra ve akrodermatitis enteropatika olarak belirlenmiştir (15).

Psikojenik Pruritus

Organik nedenlerle açıklanamayan, psikojenik faktörlerle tetiklenen ya da şiddeti artan ve devamlılık kazanan somatoform kaşıntılardır. İlk kez 1967 yılında Herman Musaph tarafından tanımlanmıştır (16). Kaşıntı hissi genellikle hastanın boş zamanlarında, özellikle gece yatağa girmek üzere iken yoğunlaşır. Kronik ve yineleyici niteliktedir. Birden ortaya çıkar ve ani bir şekilde kaybolur. Atak süresi değişken olup, saatler veya günler sürebilir. Kaşıntıya özellikle duyarlı olan yerler; kulak kanalı, göz kapakları, burun delikleri ile perianal ve genital bölgelerdir (10). Primer lezyon görülmez, fakat likenifikasyondan nörotik ekskorsiyona kadar değişen ikincil lezyonlar bulunabilir (8). Son dönemde Fransız Psikodermatoloji Grubu bazı tanısal kriterler ileri sürmüştür. Tanı konulabilmesi için üç tanesi zorunlu olmak üzere toplam altı kriter mevcut olmalıdır (Tablo 2) (16).

Liken Simpleks Kronikus

Primer olarak kaşımaya bağlı derinin likenifikasyonu ile karakterizedir. Otuz beş ve 50 yaşlar arasında pik yapar. Kadın erkek oranı 2:1'dir (17). Hastalar genellikle stabil fakat anksiyeteli kişiler olarak tanımlanırlar. Strese karşı olan reaksiyonları kaşıma eylemi ile hafiflemektedir (10). Kaşıntı ana semptomdur ve ataklarla karakterizedir (17). Bilinçsiz olarak başlar ve devam eder. Bazı hastalar kaşıntının yerini rahatlatıcı, mazoşistik bir acı ve yanma hissi alıncaya kadar kaşımaya devam eder. Kaşıntının acı hissine dönüşmesi oldukça ani olur ve kaşınma dürtüsünün bu şekilde birden bire kesilmesi orgazm kutane olarak isimlendirilir (10). Klasik tutulum

Tablo 2. Fransız Psikodermatoloji Grubu psikojenik pruritus tanı kriterleri (16)

A- Zorunlu kriterler

- 1- Lokalize veya jeneralize, primer deri lezyonu olmaksızın
- 2- Altı haftadan uzun süren kronik kaşıntı
- 3- Somatik bir nedenin olmayışı

B- Yardımcı kriterler

- 1- Kaşıntının psikolojik etkilere yol açan bir veya birkaç yaşam olayı ile kronolojik ilişkisi
- 2- Stresle kaşıntının şiddetinin değişmesi
- 3- Gece uykusunun bozulması
- 4- Dinlenme sırasında kaşıntının belirgin olması
- 5- Diğer psikolojik bozukluklarla birliktelik
- 6- Psikotrop ilaçlara olumlu yanıt
- 7- Psikoterapilere olumlu yanıt

bölgeleri kolay ulaşılabilen özellikle ense ve boyun yanları, dirsek, uyluk, dizler ve ayak bilekleridir. Bu bölgelerin tutulumu erken dönemde yüzeysel ekskoriasyonlar ve küçük viyolase papüller ile karakterizedir. Kronik dönemde ise hiperkeratotik plak ve pigment değişiklikleri gibi çok farklı lezyonlar ortaya çıkabilmektedir (3). Tedavi ile geçici düzelmeler sağlansa bile nüks sıktır. İlk ve zorunlu hedef kaşıntı hissinin ortadan kaldırılmasıdır. Psikolojik stres kaynağının saptanıp giderilmesi dramatik bir iyileşme sağlayabilmektedir (10).

Prurigo Nodularis

Kronik yoğun kaşıntılı nodüller ile karakterizedir. İlk kez Hyde tarafından 1909 yılında tanımlanmıştır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir (18). Erken başlangıçlı atopik grupta ortalama yaş 19 iken, geç başlangıçlı nonatopik grupta ise ortalama yaş 48'dir ve daha çok alışkanlıklara yanıt olarak gelişmektedir. Kadınlarda daha sık görülür. Karaciğer hastalığı, böbrek yetmezliği-üremi, HIV, gluten enteropatisi, gebelik, fotodermatit, pikürler gibi çeşitli durumlara sekonder gelişebilir (3). Şiddetli kaşıntı ve kaşıma ana semptomdur ve deri lezyonlarının progresyonu ile ilişkisi vardır (19). Kaşıntı genellikle kronik ve aralıklı olup, inatçı ve lezyonların üzerine lokalizedir (10). Lezyonların boyutları ortalama 1-3 cm'dir. Küçük papüllerden büyük nodüllere kadar değişir. Lezyonlar üzerinde ve çevresinde pigmentasyon değişiklikleri sıktır. Ekstremitelerde özellikle ekstansör yüzlerinde daha sık görülür. Gövde, yüz, avuç içinde de görülebilir. Tırnakların kısa kesilmesi, geceleri eldiven giyilmesi ve lezyonların oklüzyonu, ekskoriasyonları azaltmak için alınabilecek önlemlerdir (3).

Patolojik Deri Yolma (Nörotik Ekskoriasyon, Psikojenik Ekskoriasyon, Dermatitilomani)

Deride hissedilen kaşıntı ve duyu kaybı ya da deride görülen iyi huylu düzensizlikler sonucunda tekrarlayıcı şekilde derinin yolunmasıdır (5). Dermatoloji kliniğindeki hastaların %2'sinde görülür. Kadınlarda daha sıktır ve başlangıç yaşı, 15-45 yaş arasındadır. Belirtilerin ortalama süresi de 5-21 yıl gibi geniş bir aralıkta değişir. Bir yıldan daha az süre belirtileri olan hastaların prognozu daha iyidir (20). Lezyonlar tüm aşamalarda görülebilir ve sayıları birkaç taneden yüzlerceye kadar değişebilir. Yeni lezyonlar serohemorajik krutla beraber köşeli ekskoriye erozyonlar şeklindedir. İyileşen lezyonların ise merkezleri beyaz ve atrofik, çevresi ise hiperpigmente ve hipertroftiktir. Ağırıklı olarak yüzde, saç kenarları, boyun yanları, göğüs üst kısmı, omuzlar, kolun üst kısımlarında ve baldırlarda görülür. Ellerin ulaşabildiği yerlerde simetrik olarak yerleşirler. Yara üzerinde sekonder enfeksiyon ve ülserasyon gelişimi sıktır (3). Hastalar bu yaraları kendilerinin oluşturduğunu kabul ederler (5). Hastaların çoğu olumsuz duyguları (anksiyete, gerilim, sıkılma gibi) takiben derilerini yolmaktadır. Deri yolma sonrası sıkıntıda belirgin azalma olmakta, ancak eylem sonrası suçluluk hissi artmaktadır (14). Hasta deri yolma, deri yolma hakkında düşünme veya yolma dürtüsüne karşı koymak için günlük ortalama üç saat kadar harcamaktadır. Kronik olguların %65'inde makyaj, kıyafetler ile kapatma gibi gizleme davranışları ve %40'ında ise sosyal durumlardan kaçınma görülür (3). Patolojik deri yolmaya eşlik eden psikiyatrik durumların mükemmeliyetçi ve takıntılı kişilik yapısı, obsesif-kompulsif bozukluk ve

depresyon olduğu ve psikososyal stresörlerin %33-%98 oranında belirtileri şiddetlendirdiği bilinmektedir (5).

Akne Ekskoriye

İlk olarak 1891 yılında Brocq tarafından akne lezyonlarını sıkı ve koparan duygusal stres altındaki genç kızlarda tanımlanmıştır (3). Sıklıkla hafif akne ve şiddetli ekskoriasyonlar ile beraberdir. Lezyonlar skar oluşturacak kadar derin olabilir (8). Kadınlarda sıktır ve ortalama 30 yaş civarında, akne vulgarisin görüldüğü yaş grubundan daha yaşlı bir grupta görülür. Lezyonlar kronik ekskoriasyonlara benzer ve ağırıklı olarak saç çizgisi etrafında, alında, yanaklarda ve çenede yerleşir. Kronik lezyonlar periferik hiperpigmentasyon ve beyaz atrofik skarlar ile karakterizedir. Psikolojik destek olmadan hastalığın seyri kötüdür (3).

Trikotilomani

Trikotilomani, sıklıkla diğer psikiyatrik süreçler ve sosyal veya fonksiyonel bozukluklarla birlikte kişinin kendi saçlarını çekmesiyle oluşan ve görünür bir saç kaybıyla sonuçlanan, tekrarlayan kompulsif alışkanlıktır (21). İlk kez 1889 yılında Hallopeau tarafından tanımlanmıştır (3). Kendini sınırlayabilir, fakat çoğu olguda sık remisyon ve relapslarla seyredir. İnsidansı tam olarak bilinmemekle birlikte, popülasyonun %0.6-%1.0 arasında etkilendiği tahmin edilmektedir (21). En sık görüldüğü dönem çocukluk çağıdır ve ortalama yaş erkekler için sekiz, kızlar için 12 olup, kız erkek oranı 5:1 dir (8). Trikotilomani için revize edilmiş DSM-IV tanı kriterleri Tablo 3'te belirtilmiştir (3).

Genellikle çocukluk çağında yaşanmış bir stresin yansıması şeklindedir ve genellikle aile içi psikososyal bir stresi izleyerek gelişir (10). Saç bulunan herhangi bir alanda görülebilir. En sık saçlı deri ve kaşlar etkilenir (21). En karakteristik görünüm frontotemporal bölgede lokalize bir saç kaybıdır. Saç koparma işlemi belirli bir merkezden başlayarak dalga dalga genişler (10). Klasik fiziksel bulgu, alopesik bölgede değişik boylardaki kıllar ile tamamen normal görülen etkilenmemiş alanların varlığıdır (8). Kesin tanı için saçlı deri biyopsisi en yararlı incelemedir. Çok sayıda katogen kıllar, pigment kümeleri ve kıl foliküllerinde travmatizasyon, en önemli histolojik bulgulardır. Alternatif olarak küçük çocuklarda etkilenen alanlardaki saç veya kıllar kesilerek yeniden büyümeleri gözlenebilir. Ayırıcı tanıda androjenik alopesi, tinea kapitis, moniletrijs, pseudopelad, pili torti, traksiyon alopesisi, beslenme yetersizlikleri, lupus ve lenfoma yer almaktadır (10).

Trikobezoar ve Rapunzel Sendromu

Bezoar, panzehir anlamına gelen Arapça kökenli bir kelime olan badzahr'dan gelir. Bezoarlar mide ve ince

Tablo 3. Trikotilomani için revize edilmiş DSM-IV tanı kriterleri (3)

Kişinin kendi saçlarını tekrarlayan koparma eylemi sonucu oluşan saç kaybı
Saç koparmadan önce veya davranışa karşı koymaya çalışırken ani bir şekilde gerilimin giderek artması duygusu
Saç koparılınca zevk, haz veya rahatlama duygusu
Hastalığın başka bir ruhsal bozukluk tarafından oluşmamış olması
Hastalık klinik olarak belirgin stresi provoke edebilir ve/veya mesleki sosyal veya diğer alanlarda bozulmaya yol açabilir

barsaklarda sebze veya fiber benzeri maddelerin top benzeri agregasyonlarıdır. Neredeyse sadece kız çocuklarında ve genç kadınlarda görülmektedir. Nadir görülür ve etiyojisi demir eksikliği ve pika ile ilişkili bulunmuştur. Demir replasman tedavisi ile organik olmayan maddeleri yutma eğilimi azalır. Saç yutulduğunda gastrik mukoza kıvrımları içinde kalır. Rapunzel sendromunda, gastrointestinal sistemde tıkanıklık yapma olasılığı yüksek olan en az jejunuma kadar uzanan kuyruklu bir trikobezoar vardır. Trikotilomanili çocuklarda karın ağrısı, kilo kaybı, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kötü nefes kokusu kombinasyonlarından herhangi biri görüldüğünde trikobezoar açısından araştırılmalıdır (3).

Onikotilomani ve Onikotilofaji

Tırnak yeme, anksiyeteyi azaltmak için kullanılan kompulsif bir davranış olarak kabul edilebilir (14). Çocuklarda ve adölesanlarda daha sık görülür. Tırnak yeme genellikle el tırnakları ile sınırlıdır, ancak tırnak koparma özellikle erişkinlerde bütün tırnakları içerebilir. Kronik olgularda trikotilomani ile bir ilişki olabilmektedir (3).

Otoeritrosit Sensitizasyon Sendromu: Gardner-Diamond Sendromu

Gardner ve Diamond tarafından 1955 yılında tanımlanmıştır. Genellikle genç kadınlarda görülür. Emosyonel stresler ile tetiklenen ağrılı spontan ekimozlarla karakterizedir. Etyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Günümüzde en çok psikosomatik köken kabul edilir. Emosyonel bozukluklar ile plazma fibrinolitik aktivitesi hızla artar ve plazminojen aktivatörlerinin salınımını sağlayarak hiperfibrinolize ve lokal hemorajiye sebep olur (22). Sıklıkla kol ve bacaklarda lokalizedir (3). Ekimozlar genelde belli bir sırayı takiben ortaya çıkar. Sızlama, yanma, batma hissini iki-altı saat bazen de 24 saat sonra eritem, ödem, sıcaklık ve ağrı izler. Bu inflamatuvar dönem 24 saat kadar devam edebilir ve sonraki günlerde şişlik azalırken, eritemli ve ısı artışı genişleyerek ekimoza dönüşür. Bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı, ateş, baş ağrısı, diplopi, parastezi, iştahsızlık, halsizlik, uykusuzluk, miyalji ve artralji gibi somatik semptomlar eşlik edebilir. Patognomonik test olmamakla birlikte 0.1 mL otolog venöz kanın intradermal enjeksiyonu ile yapılan intra dermal deri testi tanı koymada yararlıdır (22). Tedavide psikoterapi, psikotrop ilaçlardan daha başarılı bulunmuştur (3).

Dermatitis Artefakta

Hastanın derisinde, tırnaklarında, saçlarında ve mukoza yüzeylerinde tamamen farkında olarak, değişen şiddet ve tiplerde hasar oluşturucu eylemlerde bulunmasıdır (10). Hastalar lezyonları kendilerinin oluşturduğunu kabul etmezler (5). Kadınlarda ve genç erişkinlerde daha sık görülür. Çoğu hasta 15-25 yaş aralığındadır (23). Sıklıkla şiddetli psikososyal stres sonrası başlar. Öykü çoğunlukla belirsiz ve sahtedir ve hastalar sonraki lezyonun lokalizasyonu konusunda telkine yatkındırlar (20). Elde edilen tek bilgi herhangi bir öncül bulgu ve semptom olmaksızın lezyonların aniden ortaya çıkmasıdır. Uygulama biçimine göre bütün dermatitleri taklit edebilir. Lezyonlar genelde kesici, yakıcı, batıcı, aletlerle oluşturulan ve hiçbir dermatolojik hastalığa benzemeyen bir santimetreden daha büyük, geometrik şekiller, garip tabiatlı ve doğal olmayan yapılardan oluşmaktadır. Genellikle baskın elin kolaylıkla ulaşabileceği alanlarda gözlenir. Bu hastaların

lezyonları yaparken oluşan acıya dayanmaları, lezyonların yaygınlığına paralel olarak serum metenkefalin düzeylerinin yüksek bulunması ile açıklanmaya çalışılmıştır (5). Hastalar sürtme, tırnaklama, kesme, delme, emme, ısırma, vakum kapları kullanma, tıkama, deriye boya, ısı ya da kostik madde uygulama, enfekte materyal, kan, gaita ya da başka maddeleri enjekte etme gibi çeşitli yöntemleri kullanabilmektedirler (20).

Vekaletli Artefakt Dermatiti

Psikolojik hastalığı olan kişinin artefaktı kendisinde değil de başkasında ortaya çıkarmasıdır ve bu kişi genellikle bir çocuktur (5).

Tanıda en iyi yöntem lezyonu bandajla örterek iyileşme sürecini izlemektir (10). Lezyonların kişinin kendisi tarafından yapıldığının söylenmesi önerilmemektedir (24). Dolaylı olarak hastanın aktivitelerinin bilindiği belli edilmeli ve sempati ile yaklaşılmalıdır. Tedavide psikiyatriste doğrudan göndermek yerine dermatolog psikiyatrist iş birliğinin olması önem taşımaktadır (5).

Primer psikokütan hastalarda düşünce, davranış ve algı bozuklukları deriyi hedef almıştır. Ancak psikiyatrist ve dermatologlar hastanın tedavisinde iş birliği yaptığında en iyi sonuç alınır. Hastalar psikiyatriste gitmek konusunda isteksizdirler. Bu yüzden dermatoloji uzmanlık eğitiminde primer psikokütan hastalıklar ve tedavisi daha geniş yer almalıdır. Dermatologlar stres ve psikiyatrik sorunlarının deri hastalıklarına etkisi konusunda hastaları eğitebilmeli ve gerektiğinde psikotrop ilaçlar başlayabilmelidir.

Kaynaklar

1. Altunay İK. Psikodermatolojinin Geleceği. *Türkderm* 2010;44 Özel Sayı 1:55-6.
2. Altunay İK. Psikodermatoloji Tarihçesi ve Genel Bakış. *Türkderm* 2010;44 Özel Sayı 1:4-6.
3. Millard LG, Millard J. Psychocutaneous disorders. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's Textbook of Dermatology* 8th ed. West Sussex: Blackwell Publishing Ltd. ;2010. p.3269-322.
4. Jafferany M. Psychodermatology: A Guide to Understanding Common Psychocutaneous Disorders. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:203-13.
5. Mercan S. Primer Psikiyatrik Hastalıklar. *Türkderm* 2010; 44 Özel Sayı 1:16-24
6. Şenol M. Psikokutan Dermatolojiler: Patogenez ve Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2009;2:6-10.
7. Walling HW, Swick BL. Psychocutaneous Syndromes: A Call for Revised Nomenclature. *Clin Exp Dermatol*, 2007;32:317-9.
8. Koo JYM, Han A. Psychocutaneous Diseases. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2.th ed. Edinburgh: Mosby ; 2003. s.111-22.
9. Jafferany M, Stoep AV, Dumitrescu A, Hornung RL. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol*, 2010;49:784-9.
10. İşçimen A, Kayaalp L. Psikokutan Hastalıkları. In: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL, editörler, *Dermatoloji* 3.baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. s.2095-134.
11. Chung WL, Ng SS, Koh MJ, et al. A Review of Patients Managed at A Combined Psychodermatology Clinic: A Singapore Experience. *Singapore Med J* 2012;53:789-93.
12. Karakuş G. Delüzyonel Parazitöz: Klinik özellikleri, Tanı ve Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:384-400.
13. Koblenzer CS. The Current Management of Delusional Parasitosis and Dermatitis Artefacta. *Skin Therapy Lett.* 2010;15:1-3.
14. Mercan S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeleri. *Türkderm* 2010;44 Özel Sayı 1:25-35.
15. Mercan S. Dermatolojik Hastalıklarda Görülebilecek Olan Diğer Psikiyatrik Tablolar. *Türkderm* 2010;44 Özel Sayı 1:36-40.

16. Altunay İK, Köşlü A. Psikojenik Pruritus. Türk Dermatoloji Dergisi 2008;2:116-20.
17. Lotti T, Buggiani G, Prignano F. Prurigo nodularis and lichen simplex chronicus. Dermatol Ther 2008;21:42-6.
18. Accioly-Filho LW, Nogueira A, Ramos-e-Silva M. Prurigo nodularis of Hyde: an update. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000;14:75-82.
19. Gencoglan G, Inanir I, Gunduz K. Therapeutic Hotline: Treatment of prurigo nodularis and lichen simplex chronicus with gabapentin. Dermatol Ther. 2010;23:194-8.
20. Lesley M, Arnold M.D. Psikokutanöz Bozukluklar. In: Sadock BJ, Sadock VA. editors. Kaplan & Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry–Türkçe. 8.baskı. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. s.2164-73.
21. Rodrigues-Barata AR, Tosti A, Rodríguez-Pichardo A, Camacho-Martínez F. N-acetylcysteine in the Treatment of Trichotillomania. Int J Trichology 2012;4:176-8.
22. Kavala M, Südoğan S, Büyük AY, ve ark. Otoeritrosit Sensitizasyon Sendromu: Gardner-Diamond Sendromu. Turkderm 2003;37:120-3.
23. Rodríguez-Pichardo A, Hoffner MV, García-Bravo B, Camacho FM. Dermatitis artefacta of the breast: a retrospective analysis of 27 patients (1976-2006). J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24:270-4.
24. Mercan S, Altunay İK. Psikiyatri ve Dermatolojinin Ortak Çalışma Alanı: Psikodermatoloji. Türk Psikiyatri Derg. 2006;17:305-13.