

# Kendine Zarar Vermeye Seyreden Hastalıklar

## Self Inflicted Dermatological Diseases

Ertuğrul H. Aydemir

Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği Başkanı

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### Özet

Bu grup hastalıklar, kaşınma, koparma, sıkma, çekme, emme, ısırma gibi stress rahatlatıcı hastalıkların abartılı şekilleriyle karakterizedir. Bu grupta liken simpleks kronikus, prurigo nodularis, nörotik ekskoriyasyon, trikotillomani, onikotillomani gibi hastalıklar bulunur. Altta yatan psikolojik bozukluk sıklıkla depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk olabilir. İnatçı ve zor hastalıklar olup, dermatoloğun yanı sıra muhakkak deneyimli bir psikiyatrin yardımıyla ve uzun süre içerisinde sabırla tedavi edilmelidir. (*Türkderm 2010; 44 Özel Sayı 1: 41-5*)

**Anahtar Kelimeler:** Liken simpleks kronikus, prurigo nodularis, nörotik ekskoriyasyon, trikotillomani, onikotillomani

### Summary

This group of diseases are characterised with the aggravated types of stress releasing behaviors like scratching, picking, squeezing, and sucking. Lichen simplex chronicus, prurigo nodularis, neurotic excoriations, trichotillomani, and onychotillomani are the diseases in this group. Depression, anxiety, and obsesif compulsive disease are the main underlying psychologic diseases. They need a skillfull psychiatric approach in addition to dermatologic treatment, and should be treated with patience in a long duration. (*Turkderm 2010; 44 Suppl 1: 41-5*)

**Key Words:** Lichen simplex chronicus, prurigo nodularis, neurotic excoriations, trichotillomani, and onychotillomani

### Giriş

Kendine zarar vermeye seyreden hastalıklar grubu, kaşınma, koparma, sıkma, çekme, emme, ısırma gibi stress rahatlatıcı hastalıkların abartılı şekilleriyle karakterizedir<sup>1,2</sup>.

**Liken Simpleks Kronikus (Nörodermatit, Neurodermatitis Circumscripta):** Genellikle puberteden sonra ve kadınlarda sık görülen hastalık, grubun en sık görülen iki hastalığından biridir. Başlangıçta hiçbir bulgu yokken sinsi bir kaşınma hissiyle hasta kaşınmaya başlar<sup>1-4</sup>. Bazen folikülit, travma vb tetikleyici olabilir. Ruhsal bozukluklar, stress vb kaşınmayı artırır. Kronik kaşınma likenifikasyona neden olur. Likenifikasyon görüntüsü deride kalınlaşma, sulkuslarda derinleşme, hipo ve/veya hiper-

pigmentasyonun da bulunabildiği plak şeklinde yapılardan oluşur. Üzerinde ekskoriyasyonlar, skuamlar, krutlar, sızıntı bulunabilir<sup>1,3,4,5</sup> (Resim 1, 2). Bu görüntü, spesifik olmayıp, kronik kaşınmaya neden olan her hastalıkta aynı görüntü ortaya çıkabilir. Bu nedenle ayırıcı tanı zor olabilir, atopik dermatit, kronik irritasyon dermatiti vb. ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Likenifikasyon, kuru ve kalın deri nedeniyle kaşınma eşiğini düşürür, yeni kaşınmayı çağırır ve "kaşınma← →kuruma, kalınlaşma" şeklinde bir kısır döngü oluşturur. Kaşınma genellikle akşamları artar ve hastalar kriz halinde gelen, dayanılmaz bir kaşınma atağı tanımlarlar. Kaşınma atağından ancak yoğun kaşınmayla deriyi yırtarak "Pis kanı" (genellikle simsiyah olarak tanımlanır) akıttıktan sonra rahatladıklarını ifade ederler<sup>1</sup>. Kaşınmadan ağrıya geçiş ani

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Ertuğrul H. Aydemir, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye E-posta: ehaydemir@hotmail.com - ehaydemir2003@yahoo.com

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.  
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

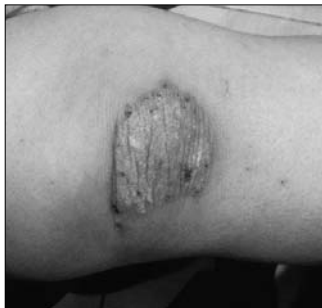
olur ve bu ani kesilme "Deri orgazmı" diye de adlandırılır. Bazen kaşıntı için eller yetmeyip, tırnak sırtları, kalem, fırça gibi aletler de kullanılabilir. Kaşıntı emosyonel stresle çok paralellik gösterir. Hastalar genellikle stabil fakat çok gergin olarak tanımlanır<sup>2</sup>.

Yerleşim yeri, hasta solak değilse, sağ elin uzanabileceği alanlardır. Sırtta, skapulaların ortaya yakın kısmı, ense, saçlı deri, kollar, ayak sırtı, el ve ayak bilekleri en sık görülen alanlardır<sup>1-5</sup>. Avuç içi, ayak tabanı, kulak içi, göz kapağı da tutulabilir. Ayrıca vulva, skrotum, anal bölge sıkça görüldüğü alanlardandır, fakat anus çevresiyle genital bölge bir arada sıkça tutulmaz. Özellikle sırtta kronik kaşıma eylemi sekonder amiloidoza (liken amiloidoz veya maküler amiloidoz) yol açabilir<sup>1,3</sup>.

Ayrıntı tanıda bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte öncelikle atopik dermatit akla gelmeli, kronik kaşıntıyla seyreden diğer hastalıklar da düşünülmelidir. Anal bölgede, skrotumda, vulvada bakteri ve mantar enfeksiyonları, barsak parazitleri, kontakt dermatitler akla gelebilir<sup>1,3,6</sup>.

Aile sorunları, cinsel sorunlar, çevre uyumsuzluğu, aşağılık kompleksi, uzun süren stres, anksiyete<sup>1,3</sup> sık görülen tetikleyicilerdir. Psikotik veya nörotik kişilerde sıktır. Bazı yazarlar, hastaların saldırganlıklarının, yıkım içgüdülerinin mazohistik bir yansıması şeklinde yorumlamaktadırlar<sup>1</sup>.

Tedavide dermatolojik tedavinin yanı sıra Liyezon psikiyatrisinden destek almak yararlı olur. Trisiklik antidepressanlar veya SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) grubu antidepressanlar yararlı olurlar. Davranış tedavileri çok yararlı olabilir<sup>1,2,3,5</sup>. Dermatolojik tedavide kaşıntı← →kaşıma kısır döngüsünün kırılması temel amaçtır<sup>1,3,4,5</sup>. Aşırı nem, aşırı kuruma, irrite edecek giysiler vb tetikleyicilerden kaçınılmalıdır<sup>5</sup>. Pomat bazında, güçlü kortikosteroidler başlangıçta çok yararlıdır, nemli zemine uygulama, gerekirse oklüzyon denenebilir. Yerel tedavinin aylarca devam etmesi gerekebilir, normal deri kıvamının yakalanması gerekir. Düzeltme oldukça steroidlerin gücü ve sıklığı azaltılabilir<sup>1,4,5</sup>. Dar alandaki kalın lezyonlarda lezyon içi triamsinolon (4-5 mg/ml) uygulaması da denenebilir<sup>1,3,4,5</sup> ve gerekirse lezyon içi steroid başlangıçta haftada bir de yapılabilir<sup>5</sup>. Kalsinörin inhibitörlerinin yararından da söz edilmektedir<sup>5</sup>. Bunun yanı sıra kaşıntıyı hızlı kesebilmek için doksepin, lokal anestezikler, kapsaisin devreye sokulabilir<sup>1,2,4,5</sup>. İnatçı durumlarda aspirin solüsyonları denenmiştir<sup>6</sup>. Antihistaminiklerin yararı yok gibidir. Sedasyonlu olanlar özellikle hidroksizin akşam dozları şeklinde kullanılabilir<sup>1,4</sup>.



Resim 1. Liken simpleks kronikus (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 2. Liken simpleks kronikus (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)

### Prurigo Nodularis

Liken simpleksin çok abartılı bir şekli gibi kabul edilir. Klinik bulguları ve patolojisi de bu görüntüyü verir. Elin ulaşabileceği alanlar, başlıca ekstremitelerde, özellikle de krural bölgede çok görülür. Avuç içi, ayak tabanı ve yüzde enderdir<sup>1,4</sup>. Şiddetli kaşıntılı, 0,5-1 cm çaplı, ortaları krutlu, gri-kahverengi, sert nodüller ve bazılarında erozyonlar, bazen nasırımsı keratozlar, fissürler görülür<sup>1,3,4</sup> Sayı iki-üç taneden yüzlerceye değişebilir<sup>4</sup>. Kaşıntı aralıklı ve şiddetli ataklar halinde ve genellikle de stres altındayken gelir, fakat genellikle lezyonun kendisine sınırlıdır Ancak deri yırtılıp kanama görülünce rahatlar<sup>1,3</sup>. Atopik dermatit veya bazı sistemik hastalıklara sekonder olarak da bulunabilir, Bu nedenle bir hastada prurigo nodularis varsa, altta yatan herhangi bir pruritus sistemik nedeninin ekarte edilmesi önemlidir<sup>4</sup>.

Histolojik olarak, artmış mast hücreleri, eozinofilik degranülasyon, papiller dermal sinirlerin hipertrofisi ve artmış P maddesi ve kalsitonin geniyle ilgili immünreaktivite hepsinde gözlenmiştir, fakat bu değişikliklerin ne ifade ettiği, nedensel mi yoksa enflamasyonun sonucu mu olduğu bilinmemektedir<sup>6</sup>.

Tedavisi zor ve tartışmalıdır. Hem pruritusun hem de deri lezyonlarının tedavisi zordur ve sıklıkla çeşitli tedavi rejimlerine dirençlidirler. Süregelen pruritus ve deriyi kazıma döngüsünü durdurmak önemlidir. Hastalar tekrarlayan kazımaların prurigo nodularis lezyonlarını arttırdığı konusunda uyarılmalıdır. Kombinasyon yaklaşımında anti-OKB, antianksiyete veya antidepressan ajanının dermatolojik tedavi ile kombinasyonu şeklinde alınması gereklidir<sup>1,3,4</sup>. Stres rahatlatıcı önlemler, liyezon psikiyatrisinden destek, yararlı olur. Doksepin hem antidepressan hem de antianksiyete ajanı olarak kullanışlıdır, antipruritik ve antihistaminik tedavide de aynı şekilde kullanılabilir<sup>1,3,4,6</sup>.

Dermatolojik tedavide topikal antipruritik mentol ve fenol veya pramoksin gibi anestetik madde içeren nemlendiriciler yardımcı olabilirler. Kapsaisin %0,025-0,3 günde dört ila altı kere ve kalsipotriol günde iki kere kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir, takrolimus değişik derecelerde başarı sağlamıştır<sup>3,4</sup>. Az sayıda lezyonlarda lezyon içi triamsinolon enjeksiyonları çok iyi yanıt verir. Güçlü steroidler, ancak oklüzyon altında iyi etki yapabilir<sup>1,3,4</sup>. Kriyoterapi kullanılmıştır, fakat depigmentasyon ve sikatris kalabilir<sup>4</sup>. Çok sayıda lezyon varsa Goeckerman, UVB veya PUVA ile fototerapi uygulanabilir. Ciddi dirençli vakalarda, azitretin, siklosporin (3,0-4,5 mg/kg/gün) ve talidomid (100-300 mg/gün, minimum 6 aylık kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir<sup>3,4,6</sup>.

### Nörotik Ekskoriyasyonlar

(Psikojenik ekskoriyasyon, kompulsif deri koparma, dermatilomania) Bu hastalıkta, hastalar derilerini yolmak için duydukları dayanılmaz dürtü ile tırnaklama yoluyla erozyonlar yaparlar, koparma, kazıma veya sürterek zedeleme şeklinde olabilir<sup>3,4,7,8</sup>. Kendi kendine zarar verme yoluyla gelişen hastalıkların en yaygın iki şekliendir<sup>2,4</sup>. Kadınlarda daha sık görülen tablo, her yaşta görülebilmekle beraber 20-40 yaşlar arasında daha sık görülür. 30-50 yaşın üzerinde başlayanlar ise daha inatçı olgulardır. Dermatoloji kliniklerindeki rastlanırlık oranı %2 civarındadır<sup>8</sup>. Hafif ve geçici şekillerin çoğu zaman doktora

başvurmamaları veya gözden kaçmaları nedeniyle, toplumda sanıldandan daha sık olduğu düşünülmektedir<sup>2,4</sup>.

Stres, depresyon, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk, sınır (borderline) kişilik bozukluğu sıklıkla altta yatan psikolojik bozukluklardır<sup>1,3,4,8</sup>. Bu hastalar genellikle aşırı duyarlı, kendine güveni az, hata yapmaktan korkan, eleştiriyeye duyarlı, çekingen, duyguları bastırılmış, kendini suçlayıcı, katı, takıntılı ve mükemmeliyetçi kişilerdir<sup>2,4</sup>. Kızgınlık, saldırganlık duyguları aşırı baskılanmış olup, bazen patlamalar şeklinde su yüzüne çıkarken, bazen de kendine yönelik yıkıcı/zarar verici bir eyleme dönüşebilir. Suçluluk duygularını veya bazen öfkelerini bastırmaya, kendilerini cezalandırmaya yönelik olabilir. Reddedici ve cezalandırıcı ebeveyn öyküsüne de oldukça sık rastlanır<sup>1,4</sup>. Bu hastalar, psikiyatrik hastalık yönünden de homojen bir grup değildir. Obsesif-kompulsif hastalığın bir yansıması şeklinde karşımıza çıkması sık görülen bir şeklidir. Özellikle çocuklar başta olmak üzere geçici ve hafif olgularda obsesif-kompulsif zeminde strese karşı bir yanıt şeklinde de görülebilir. Obsesif-kompulsif hastalığın psikobiyolojik olarak serotoninle ilgili nöral yollarda azalmış aktivite ile karakterize olduğu gösterilmiştir. Bazı hastalarda, semptomların agresif düşüncelerin yüzeye çıkması sonucunda gelişen anksiyetenin bir uzantısı olduğu düşünülür. Hastalık jeneralize anksiyetenin sonucu olarak da gelişebilir, yalnızca kompulsif eylemlerle sakinleşen, denetlenemeyen düşünceler ve sürekli artan anksiyete tipiktir. Bazen de majör depresyonun bir sonucu olarak karşımıza çıkabilir. Özellikle orta yaşlı geçkin kadınlarda veya bazı akneli erkeklerde depresyon sonucu nörotik ekskoriyasyon görülmesi daha sıktır. Ajite depresyonlu hastalarda, ekskoriyasyon, gerçek psikososyal sorunlardan bir kaçış ve depresyona karşı bilinçsiz bir savunmadır. Nörobiyolojik olarak, klişe davranışların diğer nörotransmitterlerle birlikte özellikle dopamin aracılığıyla ortaya çıktığı ve stresin de beta endorfin ve kortizol salınımıyla dopaminin salınımını arttırdığı da düşünülmektedir<sup>8</sup>. Hastaların yolunmaları dışında yaşam şekilleri tamamen normal görünebilir<sup>1,4,8</sup>. Psikososyal stresler atakları tetikler<sup>2,8</sup>. Bu hastalar çöküntüde olduklarında, kendilerini iyi hissetmediklerinde, kompulsif bir şekilde derilerinde kaşıma, oyma, yolma eylemleri yaparlar ve bu kanama ve ağrı ortaya çıkana kadar sürdürülür. Bu yolunmalar bazen özel bir yer ve zaman edinilerek törensel bir durum alabilir ve saatlerce sürebilir (Resim 3). Bu davranışlarından sonra da derideki bu şekil bozukluklarından dolayı mutsuz olurlar<sup>2</sup>.

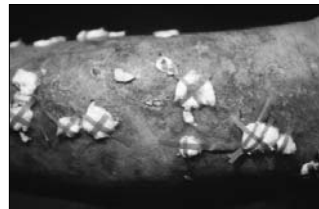
Nörotik ekskoriyasyonda lezyonlar hastanın ellerinin, özellikle de sağ elinin ulaşabildiği alanlarda yerleşir. Yüz, kolun ekstansör kısımları, boyun, omuzlar, bacakların arka kısımları, sırt ortası, kalçalar sık görüldüğü alanlardır<sup>1,4,8</sup>. Bu alanlarda kaşıntı olabilir veya olmayabilir. Bazen zeminde akne papülü, folikülit, keratin tıkaçları, böcek ısırıkları gibi küçük primer lezyonlar, kaşınma ve kazıma için bahane olan odak noktaları olabilir. Hastalığın aktivitesi, genellikle gece ve hasta boşken artar. Krutlanan lezyonların krutları da hasta tarafından kopartılır ve bir kısır döngü başlar<sup>1,8</sup>. Bir kısım hasta olayı meydana getirdiğinin farkında değilken, bir kısmı da bu işi zevk alarak yapmaktadır. Hastalar, lezyonları kendilerinin yaptığını inkar etmez, kabul ederler, fakat bu kazımaların kaçınılmaz ve gerek-

li olduğu iddiasındadırlar<sup>1,3,4</sup>. Genellikle doktora, başlangıçtan 5-8 sene sonra gelir<sup>1</sup>.

Dermatoloğun gördüğü belirtiler, kaşıma ve tırnaklamayla ortaya çıkan küçük krutlu lezyonlar ve ekskoriyasyonlardır. Hastalığın şiddeti, psikiyatrik hastalığın şiddeti ile paralel olup, değişik yaşlarda belirtiler bir arada olabilir. Çoğu kez lezyonlar 1 cm'den küçük olmakla birlikte ender olarak 1-2 cm olabilir. Lezyonların çoğu köşeli ve doğal olmayan görünüştedir, çizgisel, oval de olabilir<sup>1,2,4</sup>. Derin olan lezyonların yerlerinde çevresi hiperpigmente, ortası hipopigmente hafif atrofik sikatrisler kalır<sup>1,3</sup>.

Hastalığın özel bir şekli akne ekskoriye adı verilen ve yüzdeki çok hafif akne zemininde yerleşen şeklidir<sup>1,3</sup>. Akne ekskoriye, nörotik ekskoriyasyonun bir tipi olarak düşünülmektedir. Hastalar çıkan lezyonları çizer ve koparır ki; bu hastalıkta koparılan lezyonlar aknedir. Sıklıkla, hafif akne şiddetli ekskoriyasyonlarla beraberdir. Lezyonlar o kadar derin hale gelebilir ki, sikatris oluşabilir. Akne ekskoriye en sık olarak genç kadınlarda görülür, bundan dolayı "acne excoeree des jeunes filles" tanımı kullanılır<sup>4</sup>. Buna karşılık, bazı kaynaklar akne yaşının üzerinde daha sık olduğunu söylemektedir<sup>2</sup>. Bunun tedavisinde ek olarak iyi bir akne tedavisiyle zeminin de temizlenmesi gerekir<sup>2</sup>. Saçlı deride yerleşirse sikatrisyel alopesili alanlar, kırık saçlar da görülebilir<sup>4</sup>.

Tanıda zorluk çekilebilir. Kaşıntılı dermatozların hepsi akla gelebilir. En sık karıştığı hastalıkların başında artefakt dermatiti ve parazit delüzyonları gelir<sup>1,7</sup>. Artefakt dermatitinde lezyonlar genellikle büyük olup, hasta lezyonları kendi yaptığını kabul etmezken, burada tam aksine lezyonların küçük oluşu ve hastaların eylemi kabulü tanıya götürür. Fakat bazen büyük lezyonlu, fakat hasta tarafından kabul edilen ara tablolar da görülebilir. Bizim bir hastamızda her iki kalça da 15-20 cm'in üzerinde kaşıntılı ülserler vardı ve özellikleri ve öyküsü tamamen nörotik ekskoriyasyona uymaktaydı (Resim 4). Aynı hastanın ülserin tam ortasını kaşıyarak yolması da bir vizit sırasındaki kişisel gözlemimdir. Parazit delüzyonlarında ise anamnez çok tipiktir. Nörodermitlerin şiddetli şekilleri de bazen karışabilir<sup>1</sup>. Tedavinin dermatolojik kısmı pek etkin değildir. Kaşıntıyı ve dolayısıyla yolunmayı önlemek için, yerel steroidler, doksepin veya yerel anesteziklerle kombine edilebilir<sup>3,6,7</sup>. Altta yatan folikülit vb tetikleyiciler ortadan kaldırılmaya çalışılır, derinin nemli ve yumuşak tutulması yararlıdır<sup>1,4</sup>. Fakat etkileri sınırlıdır. Psikiyatrik tedavi farmakolojik ve psikolojik tedaviler kombine edilir. Bazen basit bir empatik, destekleyici tedavi yardımcı olabilir<sup>2</sup>. Doksepin (yüksek dozlara çıkılması gerekebilir) etkili



Resim 3. Nörotik ekskoriyasyon (Sınır olgu) (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 4. Nörotik ekskoriyasyon (Sınır olgu) (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)

olabilir, veya SSRI grubu (floksetin, fluvoksamin, citalopram), klomipramin, naltrekson ve dopamin antagonistleri, antidepresanlar kullanılabilir (özellikle obsesif kompulsif bozukluk durumlarında), hidrosizin yararlı olabilir<sup>1-4,7,8</sup>. Psikoz varsa pimozid veya olanzapin kullanılabilir<sup>7</sup>. Yıllarca tedavi gerekebilir. Yolunmayı erteleme veya atak sırasında yön değiştirme davranışlarını geliştirmeye çalışılır. Davranış modifikasyonunda, bilişsel-davranışçı (kognitif psikoterapi) ve psikodinamik psikoterapinin başarılı olabileceği bildirilmiştir. Olayı başlatan alt yapıdaki psikolojik sorunlar bulunmaya ve çözümlenmeye çalışılmalıdır<sup>1-4,8</sup>.

### Trikotillomani (Trikotillozis)

İlk kez 1889'da Hallopeau tarafından tanımlanmıştır<sup>2</sup>. Başta saçlar olmak üzere, kıl koparılmasıyla karakterizedir ve saç dışında kaş, kirpik, gövde ve hatta pubis kılları da koparılabilir. Kısa, kırık, düzensiz kıllar aynı alanda değişik oranlarda saç dökülmesi ile kendini gösterir. Genellikle çocuklar ve gençlerde erişkinlerden fazla (1/7) görülür ve ortalama yaş erkekler için 8 ve kızlar için 12 yaşdır ve bu yaşlarda cins dağılımı eşittir veya kızlarda biraz daha fazla olabilir<sup>1,4,8</sup>. Erişkinlerde ise kadınlarda (1/5) sık görülür. Hastalar genellikle saçlarını koparmak için dayanılmaz bir dürtü hissettiklerini, ayrıca koparana kadar aşırı bir gerginlik hissettiklerini ve koparma eyleminden sonra büyük bir rahatlama hissettiklerini söylerler<sup>1-4</sup>. Çocuklar (Resim 5), başlangıçta eylemi kabul etmese de, iyi bir yaklaşımla rahattmaları sağlanabilir. Çocuklarda anne-çocuk ilişkisi bozukluğu ön plandadır, okul sorunları, kardeş kıskançlıkları etkili olabilir ve emosyonel sorunlar genelde daha hafiftir, genellikle geçici bir olaya tepki şeklinde olabilir, iyi bir telkin çözüm için yeterli olabilir. Daha selim seyirli olup kendi kendini sınırlayabilir<sup>1,2</sup>. Ergenlerde (özellikle kızlar) aile ilişkileri, okul sorunları, beden imaj bozukluğu gibi nedenlerin tetiklediği daha ciddi psikopatolojik sorunlar olabilir, anksiyete ve depresyon akla gelmelidir<sup>2</sup>. Erişkinlerde olayı kabullenme de daha zordur, olayın çözümü de. Erişkinlerde daha da ciddi psikopatolojiler vardır, depresyon, şizofreni, stress, anksiyete, distimi, obsesif-kompulsif bozukluk, panik ataklar altta yatan sebep olabilir. Psikodinamik bakış açısına göre trikotillomanili hastaların işlevselliği bozuk bir aile içerisinde yetiştiği ve ayrılma, bireyleşme sorunları yaşadıkları ileri sürülmektedir<sup>2</sup>. Her ne kadar obsesif kompulsif bozukluk altta yatan nedenler arasında gösterilse de, tabloyla uyumsuz yanları da vardır. Son zamanlarda daha çok bir dürtü kontrol hastalığı olarak değerlendirilmekte ve bu hastaların belirgin obsesyonları olmadığı vurgulanmaktadır, ayrıca davranışlar gelecek bir zararı önlemeye yönelik değildir.

Bunun yanı sıra hastaların önemli bir kısmı saç koparmalar sırasında trasa benzer bir durumda olduklarını ve yarı bilinçli veya bilinçsiz şekilde eylemi yaptıklarını ve nöbetin sonunda algıladıklarını ifade ederler<sup>8</sup>. Gerginliği azaltabilecek uyum mekanizmaları tam olarak gelişmemiştir, zayıf uyaran (stimulus) kontrolü ve çözümlenmemiş öfke problemi vardır. Bu hastalar için saç çekme gerginliklerini kontrol etmek için bir yoldur. Dirençli vakalarda, tabloya parmak emme, tırnak yeme gibi diğer davranış bozuklukları ve okul başarısında düşme, bozuk eş ve aile ilişkileri eşlik eder<sup>1,2,4</sup>. %5-8'lik aile öyküsü genetik yatkınlığı veya süreğen, ailesel bir psikososyal yanıtı düşündürmektedir<sup>2</sup>. Daha genç hastalar genelde boş kaldıkları zaman, yalnızken, yorgunken ve genelde de akşamları saç koparırlar. Erişkinlerde daha bilinçli ve planlı bir davranış şeklinde olup, önce kalın veya bükümlü saçları koparıırken yavaş yavaş alan genişler<sup>2</sup>.

Tipik görüntü, düzensiz şekilli saçsız alanlardır. 0,5-1 cm'den 10 cm veya daha büyük boyutlara da ulaşabilir. Saçsız alanda görülen değişik boyda, sert kırık saçlar ayırıcı tanıda çok yardımcıdır, ayrıca aralarda tamamen sağlam saçlar bulunabilir<sup>1,3,4</sup>. Elin hakimiyet durumuna göre, en fazla verteks olmak üzere, oksipital, frontal alanlarda görülebilir. Genelde küçük bir noktadan başlayıp merkezden periferiye yayılır (Resim 6, 7)<sup>2</sup>. Ayırıcı tanıda en çok alopesya areata, tinea kapitis, moniletriaks, pili torti, traksiyon alopesisi karışıklık yaratabilir<sup>1,3,4</sup>. Hastalar şapka veya örtülerle bu dökük alanları saklamak isterler<sup>8</sup>. Histopatolojik incelemede perifoliküler kanamayla birlikte travmatize saç folikülleri, dermiste parçalanmış saçlar, boş foliküller ve deforme saç sapları (Trikomalazi) görülebilir. Multipl katajen saçlar karakteristik olarak görülür<sup>2,3</sup>. Özellikle çocuklarda alanı tıraşlayıp saç çıkışını gözlemek de tanıya yardımcı olur<sup>3</sup>, veya alanı bir bantla kapatarak da aynı gözlem yapılabilir<sup>8</sup>. Erişkinlerde gövde kılları da hedef alanlardandır. Erişkinlerde birden fazla alandan kıl koparma siktir (üçte biri üç alandan)<sup>2</sup>. Ayrıca hastalarda dökük alanları saklama eğilimi vardır<sup>2,8</sup>.

Bazı hastalarda "trikofaji" de eklenebilir ki bu çekilen saçların çiğnenip yutulması ile olur ve muhtemelen trikobezoarlar ile intestinal obstruksiyona neden olur<sup>2,4</sup>.

Rinotileksomani (Burun kılı koparma) da az bilinmekle birlikte en sık görülen şekillerdendir<sup>1</sup>. Çok seyrek olarak hastalar başkalarının kıllarını, hayvanların kıllarını veya (çocuklarda) oyuncaklarının kıllarını koparabilirler<sup>8</sup>.



Resim 5. Çocukta trikotillomani (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 6. Erişkinde trikotillomani (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 7. Erişkinde bölgesel trikotillomani (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)



Resim 8. Tırnak dipleriyle oynamaya bağlı deformite (Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir koleksiyonu)

Trikotillomaninin etkili tedavisi zordur ve geniş, esnek bir yaklaşım gerektirir<sup>4</sup>. Tedavi çocuklarda daha kolaydır, yumuşak bir yaklaşım, iyi bir iletişimle, olayın kabullenilmesi zor değildir. Daha sonra çocuk psikiyatristine yönlendirilebilir. Erişkinlerde altta yatan psikolojik sorun çok daha ciddi ve şiddetli olabilir. Muhakkak deneyimli bir psikiyatristin desteği alınmalıdır<sup>1,3</sup>. Davranış modifikasyonu tedavinin temelidir. Bu kendi kendini monitorize etme, hastaların saçlarını çekmek için büyük istek duyduklarında başka bir şey yapmalarını öğretmek, relaksasyon tedavisi ve pozitif destekten oluşmaktadır. Ek olarak, psikoeğitim üzerine odaklanan katı destek ağı ve eş desteği kullanışlıdır<sup>2,4,8</sup>. Trisiklik antidepressanlar ve SSRI grubunun yararlı olduğu bildirilmektedir, son zamanlarda klomipramin ve olanzapinle de iyi sonuçlar bildirilmektedir<sup>1-4,8</sup>.

Onikotillomani, onikofaji ve parmak emme de bu grubun özel tipleridir ve bazen özellikle trikotillomani olmak üzere diğerleriyle birlikte görülebilir<sup>1,2</sup>. Onikofaji etyolojisinde stres, aile üyelerinin taklidi, parmak emmeden dönüşüm sayılabilir<sup>2</sup>. Benim hastalarımın arasında da tırnak yiyen 50 yaş üzeri bir baba (obsesif, mükemmeliyetçi, müdahaleci ve baskıcı) ve yine yıllardır tırnak yiyen biri kız biri oğlan iki çocuğu bulunmaktadır. Buradaki bağlantının örnekleme mi, genlere mi bağlı veya başka bir neden mi bağlı olduğunu saptamak oldukça zor olsa gerektir. Tırnak yeme el parmaklarına sınırlı olmakla birlikte, tırnak koparma tüm tırnaklara yayılabilir<sup>2</sup>. Tırnak kütikülası ve tırnakların hasarı paronişi, tırnak distrofisi ve longitudinal melanonişiye neden olabilir. Çoğu zaman hasta tarafından eylem kabul edilir. Kronik ve şiddetli olgularda ileri distrofi ve anonişi dahi görülebilir<sup>2</sup>. Ayrıca tırnak dipleriyle tik halinde oynama alışkanlığı da tırnaklarda ciddi şekil bozukluğuna yol açar, eni-

ne yerleşmiş derin sulkuslar, tırnak plağında dalgalanmalar oldukça tipiktir. Hastalar genellikle farkında değildir ve çoğu kez olay yine stres zamanlarında gerçekleşmektedir (Resim 8).

Kompulsif dudak ısırma veya koparma keilitis şeklinde kendini gösterir. Bir genç bayan hastamızda "in situ ca" düzeyine gelmiş bir dudak ısırma keilitisine rastlamıştık<sup>1</sup>.

#### **Dermatotlazya (Dermatohthlasia)**

Dermatotlazya, ekimotik alanlar yaratacak şekilde kendini ovalama veya çimdikleme yönünde dayanılmaz bir arzuyla karakterize bir deri nörozudur, bazen herhangi bir yerdeki ağrıya karşı koymak için yapılır<sup>3</sup>.

#### **Kaynaklar**

1. Aydemir EH. Psikokütan Dermatozlar. Dermatoloji'de. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH ve ark: Nobel Tıp. İstanbul 1994;717-720.
2. Millard LG, Cotterill JA: Psychocutaneous disorders. Textbook of Dermatology'de Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Blackwell. Massachusset. 2004. Volume 4. 61.
3. James WD, Berger TG, Elston DM. Andrews'Deri Hastalıkları. Çeviri Ed. Aydemir EH. İstanbul Medikal Yay 2008.
4. Koo J ve Sue Lee: Psychocutaneous diseases. Dermatology'de. Jean L. Bolognia, Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapini. Mosby, 2. Baskı. 2007: Bölüm 8.
5. Ravitsky L, Levine EG et al: Lichen simplex chronicus. Treatment of Skin Disease'de. Lebowohl MG, Heyman WR et al: 2. Baskı. Mosby 2006;355-7.
6. Weisshaar E, Fleischer Jr AB ve Bernhard JD, Pruritus and Dyshesthesia. Dermatology'de. Jean L. Bolognia, Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapini. Mosby, 2. Baskı. 2007: Bölüm 7.
7. Koo J, Krishnan AI, Neurotic excoriation. Treatment of Skin Disease. Lebowohl MG, Heyman WR et al. 2. Baskı. Mosby 2006;431-3.
8. Vythilingum B, Stein DJ: Obsessive-compulsive disorders and dermatologic disease. Dermatologic Clinics 23/4. Psychocutaneous Disease. Ed Gupta MA. 2005:675-80.